



Lista de medicamentos con receta Advantage de 3 niveles de Cigna Healthcare

Cobertura a partir del 1 de enero de 2026

Para el estado de California

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

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

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

Última actualización: 1 de agosto de 2025. Esta Lista de medicamentos está sujeta a cambios y ninguna de las versiones anteriores se encuentra vigente.



¿Qué encontrará adentro?	Página
Información sobre esta Lista de medicamentos	3
• Preguntas frecuentes	3
• Palabras que quizás necesite conocer	10
• Acerca de esta Lista de medicamentos	12
• Cómo leer esta Lista de medicamentos	12
• Cómo encontrar su medicamento	15
Lista de medicamentos con receta	18
Exclusiones y limitaciones de la cobertura	198
Índice de medicamentos	199

Consulte su Lista de medicamentos en línea las 24 horas, los 7 días de la semana

Este documento se actualizó por última vez el 1 de agosto de 2025.* Acceda en línea para ver la información más actualizada acerca de los medicamentos que cubre su plan.

- **Cigna.com/druglist.** Elija **Advantage 3 Tier** (Advantage de 3 niveles) de la lista desplegable. Después escriba el nombre de su medicamento o vea la Lista completa.
- **Aplicación myCigna¹ o myCigna.com.** Inicie sesión en su cuenta y use la herramienta *Price a Medication* (Conozca los precios de los medicamentos) para saber qué cobertura tiene su medicamento.

¿Tiene preguntas?

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

* Creación de la Lista de medicamentos:
creada originalmente el 1 de enero de 2004

Última actualización: 1 de agosto de 2025, para los
cambios que empezarán a regir el 1 de enero de 2026

Próxima actualización planificada: 1 de abril de 2026, para
los cambios que empezarán a regir el 1 de julio de 2026

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes

Aquí encontrará respuestas a preguntas que puede tener sobre su Lista de medicamentos y la cobertura de medicamentos con receta.

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

R. Revisamos y actualizamos la Lista de medicamentos en forma regular para garantizar la cobertura de medicamentos seguros, eficaces y de bajo costo. Hacemos cambios por varios motivos; por ejemplo, cuando surge un 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 surja un genérico.** 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 reglas (requisitos) de cobertura adicionales para un medicamento.** Esto suele suceder dos veces al año, el 1 de enero y el 1 de julio.

Cuando hacemos un cambio que afectará su medicamento (por ejemplo, empezará a costar más, dejará de estar cubierto y/o empezará a tener un requisito de cobertura adicional), 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 que pueden tratar la misma condición. Si su medicamento no está cubierto y su médico considera que un medicamento diferente no es adecuado para usted, el personal del consultorio puede pedirnos que lo cubramos a través de nuestro proceso de revisión.

También hay algunos medicamentos y productos que su plan no cubrirá en ningún caso, porque son una “exclusión del plan (o del beneficio)”. Esto significa que

el medicamento o el producto no está en su Lista de medicamentos, y no existe la opción de pedirnos que lo cubramos a través de nuestro proceso de revisión.

Por ejemplo, su plan no cubre (o “excluye”):

- Medicamentos con receta que tratan alergias (por ejemplo, Allegra, Clarinex, Xyzal y los genéricos) y pirosis u otras condiciones de acidez estomacal (por ejemplo, Nexium, Prilosec OTC y los genéricos).
- Medicamentos que tratan condiciones relacionadas con el estilo de vida, como medicamentos para la infertilidad, para la disfunción eréctil y para dejar de fumar.²
- Medicamentos que no están aprobados 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.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

P. ¿Cómo sé si un medicamento necesita aprobación?

R. Consulte su Lista de medicamentos o inicie sesión en la aplicación myCigna o en **myCigna.com** y use la herramienta *Price a Medication* (Conozca los precios de los medicamentos). Si al lado del nombre del medicamento aparece:

- **PA** (autorización previa) o **ST** (tratamiento escalonado), necesita aprobación para que su plan lo cubra.
- **QL** (límite a la cantidad), es posible que necesite aprobación según la cantidad que le estén despachando de una vez.
- **AGE** (requisito de edad), es posible que necesite aprobación según su edad.

P. ¿Qué tipos de medicamentos generalmente necesitan aprobación?

R. Medicamentos que:

- Pueden no ser seguros si se toman con otros medicamentos.
- Tienen alternativas de menor costo que son igual de eficaces para tratar la misma condición.
- Solo deberían usarse para determinadas condiciones médicas.
- Suelen usarse de manera incorrecta o presentan riesgo de abuso (tomarlos con mayor frecuencia de la recomendada).

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

R. Medicamentos que:

- Se toman en una cantidad mayor o durante más tiempo del recomendado.
- Se usan de manera incorrecta o presentan riesgo de abuso (tomarlos con mayor frecuencia de la recomendada).

P. ¿Qué medicamentos forman parte del programa de tratamiento escalonado?

R. En general, medicamentos de alto costo que se usan para tratar ciertas condiciones, tales como:

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

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

R. No todos los medicamentos son adecuados para todas las edades. Algunos medicamentos son más eficaces en personas de cierta edad o dentro de un rango de edad específico. Con el paso del tiempo, los cambios en el organismo pueden disminuir la capacidad para descomponer o eliminar ciertos medicamentos, lo que hace que permanezcan más tiempo en el cuerpo. Por esta razón, una persona adulta mayor podría necesitar una dosis más baja o un medicamento diferente que sea más seguro.

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

R. Pídale al personal del consultorio de su médico que se comunique con nosotros 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 nuestro portal para proveedores en **cignaforhcp.com**.

Revisaremos la información que nos envíe su médico para asegurarnos de que usted cumpla con las reglas (los requisitos) de cobertura del medicamento. Les enviaremos una carta a usted y a su médico para comunicarles nuestra decisión (aprobado/no aprobado) y los próximos pasos. Esto puede demorar hasta cinco (5) días hábiles. Puede comunicarse con el consultorio de su médico en cualquier momento para averiguar si ya tomamos una decisión. O puede iniciar sesión en la aplicación myCigna o en **myCigna.com** para saber en qué parte del proceso de revisión está su medicamento o para leer la decisión que tomamos.

Muchas veces no recibimos toda la información necesaria del consultorio para poder aprobar la cobertura. Si no aprobamos su medicamento, 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. Si no es así, usted y su médico pueden apelar la decisión enviándonos una solicitud por escrito en la que se expliquen los motivos por los que deberíamos cubrir el medicamento.

- **Para las solicitudes no urgentes**, les informaremos 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).

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

- **Para las solicitudes urgentes basadas en circunstancias apremiantes**, les informaremos 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 no respondemos a una solicitud de excepción a la autorización previa completada dentro de las 72 horas de recibir una solicitud no urgente y de las 24 horas de recibir una solicitud urgente basada en circunstancias apremiantes, la solicitud se considerará aprobada y su plan no podrá negarse a cubrir el medicamento. Además, si ya recibió la aprobación para que su plan cubra su medicamento, no podemos limitar ni excluir la cobertura para ese medicamento si su médico se lo sigue recetando para tratar su condición (siempre y cuando el medicamento se recete adecuadamente y sea seguro y eficaz para tratar su condición).

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

R. Si su médico considera que su medicamento es necesario para su tratamiento y que una alternativa no es adecuada para usted, su médico podrá pedirnos que evaluemos la posibilidad de aprobar la cobertura de su medicamento. Pídale al personal del consultorio de su médico que se comunique con nosotros 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 nuestro portal para proveedores en **cignaforhcp.com**.

Revisaremos la información que nos envíe su médico para asegurarnos de que usted cumpla con las reglas (los requisitos) de cobertura del medicamento. Les enviaremos una carta a usted y a su médico para comunicarles nuestra decisión (aprobado/no aprobado) y los próximos pasos. Esto puede demorar hasta cinco (5) días hábiles. Puede comunicarse con el consultorio de su médico en cualquier momento para averiguar si ya tomamos una decisión. O puede iniciar sesión en la aplicación myCigna o en **myCigna.com** para saber en qué parte del proceso de revisión está su medicamento o para leer la decisión que tomamos.

Muchas veces no recibimos toda la información necesaria del consultorio para poder aprobar la cobertura. Si no aprobamos su medicamento, 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. Si no es así, usted y su médico pueden apelar la decisión enviándonos una solicitud por escrito en la que se expliquen los motivos por los que deberíamos cubrir el medicamento.

- **Para las solicitudes no urgentes**, les informaremos 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**, les informaremos 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 nuestras reglas (requisitos) de cobertura para el medicamento y/o el médico revisor.

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

R. Si usted y su médico consideran que un medicamento alternativo no será efectivo para usted, su médico podrá pedirnos que evaluemos la posibilidad de aprobar la cobertura de su medicamento actual. Pídale al personal del consultorio de su médico que se comunique con nosotros 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 nuestro portal para proveedores en **cignaforhcp.com**.

Revisaremos la información que nos envíe su médico para asegurarnos de que usted cumpla con las reglas (los requisitos) de cobertura del medicamento. Les enviaremos una carta a usted y a su médico para comunicarles nuestra decisión (aprobado/no aprobado) y los próximos pasos. Esto puede demorar hasta cinco (5) días hábiles. Puede comunicarse con el consultorio de su médico en cualquier momento para averiguar si ya tomamos una decisión. O puede iniciar sesión en la aplicación myCigna o en **myCigna.com** para saber en qué parte del proceso de revisión está

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

su medicamento o para leer la decisión que tomamos. Muchas veces no recibimos toda la información necesaria del consultorio para poder aprobar la cobertura. Si no aprobamos su medicamento, 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. Si no es así, usted y su médico pueden apelar la decisión enviándonos una solicitud por escrito en la que se expliquen los motivos por los que deberíamos cubrir el medicamento.

- **Para las solicitudes no urgentes**, les informaremos 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**, les informaremos 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 no respondemos 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 nuestra aprobación para tener cobertura. Como usted no obtuvo la aprobación de antemano, su plan no cubrirá el costo. En ese caso, pídale a su médico que se comuniquen con nosotros para comenzar el proceso de revisión de la cobertura.

Podrá adquirir el medicamento de todos modos (sin usar su plan/seguro), pero pagará el precio total en la farmacia. En ese caso, lo que pague 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 personal del consultorio puede pedirnos que cubramos esa cantidad mayor a través de nuestro proceso de revisión.

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

R. Sí.

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

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

Si su médico quiere usar un medicamento recientemente aprobado, el personal del consultorio puede pedirnos que lo cubramos a través de nuestro proceso de revisión.

P. ¿Qué son los medicamentos preventivos?

R. Los medicamentos preventivos pueden ayudarle a evitar ciertas condiciones médicas a largo plazo, como por ejemplo, asma, depresión, diabetes, ataque al corazón, presión arterial alta, colesterol alto, osteoporosis (una enfermedad que debilita los huesos), carencia nutritiva prenatal (cuando una persona embarazada no recibe una cantidad suficiente de los nutrientes que necesita) y derrame cerebral. Estos medicamentos mejoran sus probabilidades de mantenerse saludable y vivir más tiempo.

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), también conocida como la “reforma del cuidado de salud”, ayuda a que el cuidado de la salud y el cuidado preventivo sean más accesibles. La PPACA exige que los planes cubran el costo total de ciertos medicamentos preventivos y productos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés) preventivos. Esto significa que usted no tiene que pagar nada, ni siquiera un copago, coseguro o deducible, por estos productos.

Para ver una lista de los medicamentos que cuestan \$0, visite **Cigna.com/PDL** y haga clic en el menú desplegable al lado de *Drug Lists for Employer Plans* (Listas de medicamentos para planes de empleadores). En la sección *Preventive Drug Lists* (Listas de medicamentos preventivos), haga clic en el vínculo *PPACA No Cost-Share Preventive Drug List* (Lista de medicamentos preventivos sin costos compartidos según la PPACA).

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 opciones de menor costo están disponibles y qué farmacias tienen 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.³

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 pensar en la posibilidad de usar un medicamento que esté cubierto en un nivel inferior, como un medicamento genérico o de marca preferida, o en pedir que le despachen un suministro para 90 días (si su plan lo permite). Pregúntele a su médico si alguna de estas opciones puede ser adecuada para usted.

P. ¿Qué es un medicamento genérico?

R. Un genérico es igual que su versión de marca. Tiene los mismos ingredientes activos, y la misma concentración y formulación, trata la(s) misma(s) condición(es), y actúa de la misma manera. Además, en general, cuesta menos.⁴ Los medicamentos genéricos suelen venderse con su nombre químico o científico, en lugar del nombre de marca.

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 los medicamentos de marca.⁴

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

R. Los medicamentos genéricos y los de marca pueden:⁴

- Tener un aspecto diferente. Por ejemplo, los medicamentos genéricos pueden tener una forma, un tamaño o un color diferente a sus versiones de marca.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

- Tener un sabor diferente y/o utilizar distintos conservantes, venir en un envase diferente y/o con un etiquetado distinto, y pueden tener una fecha de vencimiento diferente.

Es importante que sepa que estas diferencias no afectan la manera en que actúan los genéricos.

P. ¿Qué es un medicamento “biosimilar”?

R. Un medicamento biosimilar es “muy similar” al medicamento biológico original, que también se conoce como producto de referencia, que ya fue aprobado por la FDA. Si bien los biosimilares no son idénticos al medicamento original, se usan para tratar las mismas condiciones, y proporcionan los mismos resultados clínicos y beneficios de tratamiento. No hay diferencias clínicas en cuanto a su seguridad ni a cómo actúan. Además, suelen costar menos.⁵

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) de la lista 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 y/o sus medicamentos de especialidad a través de la farmacia de especialidad Accredito® para que estén cubiertos.⁶ 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.⁶

Despache los medicamentos de mantenimiento a través de Express Scripts Pharmacy

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, manejar, hacer el seguimiento y pagar sus medicamentos en su teléfono o en Internet.
- Reciba los pedidos por envío estándar sin costo adicional.⁷
- Obtenga un suministro para un máximo de 90 días de una vez.
- Hable con un farmacéutico las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Suscríbase a las renovaciones automáticas o recordatorios de renovaciones para no dejar de tomar ninguna dosis.⁸
- Use un plan de pagos (si lo necesita).

Estas son dos maneras sencillas de comenzar:

1. **En línea.** Inicie sesión en la aplicación myCigna o en **myCigna.com** y haga clic en la pestaña *Prescriptions* (Recetas). Elija *My Medications* (Mis medicamentos) de la lista desplegable. Luego haga clic en el botón que está al lado del nombre de su medicamento para pasar su(s) receta(s) de su farmacia minorista al servicio de entrega a domicilio. O bien,
2. **Por teléfono.**
 - Llame al consultorio de su médico. Pida que envíen una receta para 90 días (con renovaciones) al servicio de entrega a domicilio de Express Scripts. O bien,
 - Llame a Express Scripts Pharmacy al **800.835.3784**. Se comunicarán con el consultorio de su médico para obtener su receta. Tenga preparada su tarjeta de ID, la información de contacto de su médico y los nombres de sus medicamentos cuando llame.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

Despache los medicamentos de especialidad a través de la farmacia de especialidad Accredo

Si está usando un medicamento de especialidad, el equipo de Accredo puede ayudarle a controlar su condición médica poco frecuente y/o compleja. También le despacharán y le enviarán su medicamento de especialidad, para que no tenga que ir a buscarlo a la farmacia. Para obtener más información, visite **Cigna.com/specialty**.

- Hable con enfermeras y farmacéuticos especialmente capacitados, las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Reciba los pedidos por envío rápido sin costo adicional.⁷
- Suscríbase a las renovaciones y los recordatorios. Algunas renovaciones pueden solicitarse por mensaje de texto.⁹
- Reciba ayuda para pagar su medicamento (si la necesita).
- Maneje y haga el seguimiento de sus medicamentos en línea.

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

P. 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 llamarlos 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; ellos tienen acceso a la mayoría de los medicamentos de especialidad.⁶ Llame a Accredo al **877.826.7657**, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 10:00 p.m., hora del Centro; o los sábados, de 7:00 a.m. a 4:00 p.m., hora del Centro, para obtener más información.

P. ¿Cómo despacho mi receta?

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

1. **Enviarla electrónicamente** a la farmacia minorista de la red que usted elija, al servicio de entrega a domicilio de Express Scripts o a Accredo. O bien
2. **Darle una receta en papel.** Usted puede llevarla a la farmacia minorista de la red que elija, o enviarla por correo a Express Scripts Pharmacy o a Accredo.

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

R. Controlar una condición médica poco frecuente y/o compleja no es fácil. El equipo de farmacéuticos y enfermeras capacitados en medicamentos de especialidad de Accredo puede ayudarle. También le despacharán y le enviarán su medicamento de especialidad, para que no tenga que ir a buscarlo a la farmacia.

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; o los sábados, de 7:00 a.m. a 4:00 p.m., hora del Centro.

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

R. Use las herramientas y recursos en línea que encontrará en la aplicación myCigna o en **myCigna.com**. Puede averiguar cuánto cuestan sus medicamentos (y qué opciones de menor costo pueden estar disponibles), 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 entrega a domicilio.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

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

R. Clasificamos los medicamentos cubiertos en niveles (que representan niveles de costo compartido). Por lo general, cuanto más alto sea el nivel, mayor será el precio que pagará por el medicamento. 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 y del Nivel 3.
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.
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. 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.

- Los medicamentos que le despachan en la farmacia y que usted toma por su cuenta, por lo general, están cubiertos por el beneficio de farmacia.
- Los medicamentos que se administran por inyección o infusión en el consultorio de un médico, en un hospital, en un centro de infusión o en el hogar, por lo general, están cubiertos por el beneficio médico.

Por qué esto es importante: El beneficio que cubra el medicamento puede afectar su costo, si necesita la aprobación de Cigna Healthcare antes de que su plan lo cubra y/o si debe despacharlo a través de una farmacia en particular para que esté cubierto. Consulte la cobertura médica de su resumen de beneficios para obtener más información sobre cómo su plan cubre su medicamento.

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. ¿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 como 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.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

- **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):** 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 se aprueban, 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). Si se aprueban, usted pagará su costo compartido del nivel aplicable para despachar el medicamento.

Palabras que quizás necesite conocer

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Palabras que quizás necesite conocer (cont.)

en el cual se incluye un medicamento con receta determina la parte del costo del medicamento que usted debe pagar.

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Acerca de esta Lista de medicamentos

Esta es una lista de los medicamentos que se recetan con mayor frecuencia y están cubiertos por la Lista de medicamentos con receta Advantage de 3 niveles de Cigna Healthcare, que entrará en vigor el 1 de enero de 2026. **La Lista de medicamentos se actualiza bastante seguido**; por eso, es posible que no estén incluidos todos los medicamentos que cubre su plan. Además, también es posible que su plan no cubra todos estos medicamentos. Inicie sesión en la aplicación myCigna o en **myCigna.com** para ver qué medicamentos cubre su plan.

Importante: Su plan no cubre medicamentos con receta que tratan alergias (por ejemplo, Allegra®, Clarinex®, Xyzal® y los genéricos) y pirosis u otras condiciones de acidez estomacal (por ejemplo, Nexium®, Prilosec OTC® y los genéricos). En cambio, puede comprarlos como productos de venta libre (OTC) en su farmacia local o tienda minorista sin presentar una receta.

Cómo leer esta Lista de medicamentos

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

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

Niveles

Clasificamos los medicamentos cubiertos en niveles (que representan niveles de costo compartido). Por lo general, cuanto más alto sea el nivel, mayor será el precio que pagará por el medicamento.

Nivel 1	Genéricos. Estos medicamentos están cubiertos con el costo compartido más bajo de su plan. Los genéricos actúan de la misma manera y tienen los mismos beneficios clínicos que sus versiones de marca, y generalmente cuestan mucho menos. ⁴	\$
Nivel 2	Marcas preferidas. Estos medicamentos en general tienen una o más alternativas genéricas de menor costo que tratan la misma condición.	\$\$
Nivel 3	Marcas no preferidas. Estos medicamentos están cubiertos con el costo compartido más alto de su plan. Las marcas no preferidas en general tienen una o más alternativas genéricas y/o de marca preferida que tratan la misma condición.	\$\$\$

* 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.)

Letras (siglas) en la columna Notas

En esta Lista de medicamentos, algunos medicamentos tienen **letras (siglas)** junto al nombre en la columna Notas. Esto es lo que significan.

PA	Autorización previa* : Este medicamento necesita la aprobación de Cigna Healthcare para que su plan lo cubra. El personal del consultorio de su médico deberá enviarnos información para analizar y asegurarnos de que usted cumpla con las reglas (requisitos) de cobertura del medicamento.
QL	Límite a la cantidad* : Su plan cubrirá solamente una cantidad específica de este medicamento por vez. Si su médico quiere que le despachen más de la cantidad permitida, el personal del consultorio puede pedirnos que cubramos una cantidad mayor.
ST	Tratamiento escalonado* : Se trata de un medicamento de alto costo que tiene una o más alternativas de menor costo que tratan la misma condición. Su plan no cubrirá este medicamento hasta que usted primero haya probado al menos un medicamento preferido (en general, un medicamento genérico o de marca preferida) y pueda demostrar que no le dio resultado. Si su médico considera que un medicamento preferido no es adecuado para usted, el personal del consultorio puede pedirnos que cubramos el medicamento de mayor costo.
AGE	Requisito de edad* : Su plan solo cubrirá este medicamento si usted tiene una determinada edad o se encuentra dentro de un determinado rango de edad. Si usted no se encuentra dentro del rango de edad permitido y su médico quiere que use el medicamento, el personal del consultorio puede pedirnos que lo cubramos.
SP	Este es un medicamento de especialidad , que se usa para tratar una condición médica poco frecuente y/o compleja. Algunos planes tienen reglas (requisitos) de cobertura adicionales para los medicamentos de especialidad. Por ejemplo, es posible que algunos cubran solamente un suministro para un máximo de 30 días y/o que exijan que se los despachen en una farmacia de especialidad preferida para estar cubiertos.
HD	Medicamentos para entrega a domicilio : Algunos planes solo cubren determinados medicamentos de mantenimiento si se despachan a través del servicio de entrega a domicilio de Express Scripts Pharmacy. Según su plan, es posible que pueda conseguir cobertura para despachar el medicamento en una farmacia minorista de la red una, dos o tres veces, antes de tener que pasarse al servicio de entrega a domicilio.
PPACA	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 el costo total de este medicamento o producto preventivo. Esto significa que usted no tiene que pagar nada, ni siquiera un copago, coseguro o deducible.
CSL	Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos : La ley estatal de California limita el costo compartido (o la cantidad que usted paga de su bolsillo) por determinados medicamentos de quimioterapia oral.

* No todos los planes tienen reglas (requisitos) de cobertura adicionales para los medicamentos. Inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com, o consulte los materiales de su plan, para averiguar si el suyo tiene.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Cómo leer esta Lista de medicamentos (cont.)

Use la tabla incluida abajo para entender cómo están cubiertos los medicamentos en la Lista de medicamentos con receta Advantage de 3 niveles de Cigna Healthcare.*

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

Los medicamentos de marca están escritos en **MAYÚSCULA**.

Los medicamentos genéricos están escritos en **minúscula cursiva**.

* Esta tabla es solo un ejemplo. Es posible que no refleje cómo están cubiertos actualmente estos medicamentos en esta Lista de medicamentos.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Cómo encontrar su medicamento

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

Condición	Página	Condición	Página
Analgésicos (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	19-27	Antiinfecciosos (infecciones)	60
Analgésicos (condiciones urinarias)	27	Antiinfecciosos/Varios (productos femeninos)	60
Anestésicos (varios)	27, 28	Antiinfecciosos/Varios (infecciones)	60, 61
Anestésicos (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	28-31	Antiinfecciosos/Varios (varios)	61
Anestésicos (condiciones urinarias)	32	Antiinfecciosos/Varios (condiciones cutáneas)	62
Antialérgicos (alergia y rociadores nasales)	32	Agentes inhibidores del factor de necrosis tumoral antiinflamatorios (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	62, 63
Antiartríticos (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	32-35	Antineoplásicos (cáncer)	63-76
Antiasmáticos (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	36-38	Antineoplásicos (condiciones cutáneas)	76
Antibióticos (alergia/rociadores nasales)	38	Medicamentos contra la obesidad (control del peso)	76
Antibióticos (medicamentos para los oídos)	38	Antiparasitarios (infecciones)	76
Antibióticos (condiciones oculares)	38, 39	Medicamentos antiparkinsonianos (enfermedad de Parkinson)	77, 78
Antibióticos (infecciones)	39-50	Medicamentos antiplaquetarios (diluyentes de la sangre/anticoagulantes)	78, 79
Antibióticos (varios)	50	Antivíricos (SIDA/VIH)	79-81
Antibióticos (condiciones cutáneas)	50, 51	Antivíricos (condiciones oculares)	81
Anticoagulantes (diluyentes de la sangre/ anticoagulantes)	51-53	Antivíricos (infecciones)	82-84
Antídotos (condiciones gastrointestinales/ pirosis)	53	Antivíricos (condiciones cutáneas)	84
Antídotos (abuso de sustancias)	53, 54	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (alergia/rociadores nasales)	84
Antimicóticos (condiciones oculares)	54	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (enfermedad de Alzheimer)	84, 85
Antimicóticos (productos femeninos)	54	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (trastorno de déficit de atención e hiperactividad)	85
Antimicóticos (infecciones)	54, 55	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	85
Antimicóticos (condiciones cutáneas)	55, 56	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (Varios)	85, 86
Antihistamínicos y descongestivos combinados (alergia/rociadores nasales)	56	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (condiciones urinarias)	87
Antihistamínicos (alergia/rociadores nasales)	56	Productos biológicos (alergia/rociadores nasales)	87
Antihistamínicos (condiciones oculares)	56, 57	Productos biológicos (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	87
Antihiper glucémicos (diabetes)	57-60	Productos biológicos (varios)	87, 88
Antiinfecciosos (productos femeninos)	60	Productos biológicos (vacunas)	88-90

Información sobre esta Lista de medicamentos

Cómo encontrar su medicamento (cont.)

Condición	Página	Condición	Página
Sangre (modificadores de la sangre/ trastornos hemorrágicos)	90-92	Elect./calóricos/H2O (varios)	126, 127
Sangre (diluyentes de la sangre/ anticoagulantes)	92	Elect./calóricos/H2O (nutritivos/alimenticios)	128-131
Sangre (varios)	92	Elect./calóricos/H2O (condiciones urinarias)	131, 132
Medicamentos para enfermedades cardíacas (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	92-96	Gastrointestinales (medicamentos para el colesterol)	132
CARDIOVASCULARES (Alergia/rociadores nasales)	96, 97	Gastrointestinales (condiciones gastrointestinales/pirosis)	132-139
Cardiovasculares (asma/EPOC/ condiciones respiratorias)	97, 98	Gastrointestinales (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	139
Cardiovasculares (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	98-103	Gastrointestinales (condiciones cutáneas)	140
Cardiovasculares (medicamentos para el colesterol)	103-105	Hormonas (condiciones gastrointestinales/pirosis)	140
Cardiovasculares (varios)	105	Hormonas (agentes hormonales)	140-146
Medicamentos para el sistema nervioso central (enfermedad de Alzheimer)	105, 106	Hormonas (infertilidad)	147
Medicamentos para el sistema nervioso central (varios)	106, 107	Hormonas (varias)	147
MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Esclerosis múltiple)	107	Hormonas (productos para la osteoporosis)	147
Medicamentos para el sistema nervioso central (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	107	Inmunosupresores (varios)	147
Medicamentos para el sistema nervioso central (trastornos convulsivos)	108-111	Inmunosupresores (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	148
Medicamentos para el sistema nervioso central (trastornos del sueño/sedantes)	11	Inmunosupresores (condiciones cutáneas)	148, 149
Factores estimulantes de colonias (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)	111, 112	Inmunosupresores (medicamentos para trasplante)	149, 150
Factores estimulantes de colonias (cáncer)	112	Dispositivos y suministros médicos varios, no farmacológicos (diabetes)	150-159
Anticonceptivos (productos anticonceptivos)	112, 113	Dispositivos y suministros médicos varios, no farmacológicos (dispositivos, suministros y servicios varios para pruebas de diagnóstico)	159-162
Preparaciones para la tos/el resfrío (alergia/rociadores nasales)	114	Relajantes musculares (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	162, 163
Preparaciones para la tos/el resfrío (medicamentos para la tos/el resfrío)	114	Vitaminas prenatales (nutritivas/alimenticias)	163
Diagnóstico (diabetes)	114, 115	Medicamentos psicoterapéuticos (ansiedad/depresión/trastorno bipolar)	163-168
Diagnóstico (varios)	115-119	Medicamentos psicoterapéuticos (trastorno de déficit de atención e hiperactividad)	168-170
Diuréticos (diuréticos)	119, 120	Medicamentos psicoterapéuticos (esquizofrenia/antipsicóticos)	170-173
Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (alergia/rociadores nasales)	120, 121	Medicamentos psicoterapéuticos (trastornos del sueño/sedantes)	173
Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (medicamentos para los oídos)	121	Sedantes/hipnóticos (trastornos del sueño/sedantes)	173-175
Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (condiciones oculares)	121-125	Preparaciones cutáneas (varias)	175
Elect./calóricos/H2O (medicamentos para el colesterol)	125		
Elect./calóricos/H2O (productos dentales)	125, 126		
Elect./calóricos/H2O (diabetes)	126		

Información sobre esta Lista de medicamentos

Cómo encontrar su medicamento (cont.)

Condición	Página	Condición	Página
Preparaciones cutáneas (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	175, 176	Productos farmacológicos no clasificados (esclerosis múltiple)	192
Preparaciones cutáneas (condiciones cutáneas)	176-183	Productos farmacológicos no clasificados (nutritivos/alimenticios)	192, 193
Preparaciones para la tiroides (agentes hormonales)	183, 184	Productos farmacológicos no clasificados (productos para la osteoporosis)	193
Productos farmacológicos no clasificados (SIDA/VIH)	184	Productos farmacológicos no clasificados (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	193, 194
Productos farmacológicos no clasificados (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	184, 185	Productos farmacológicos no clasificados (condiciones cutáneas)	194
Productos farmacológicos no clasificados (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)	185	Productos farmacológicos no clasificados (abuso de sustancias)	194
Productos farmacológicos no clasificados (cáncer)	185, 186	Productos farmacológicos no clasificados (medicamentos para trasplante)	194, 195
Productos farmacológicos no clasificados (productos dentales)	186	Productos farmacológicos no clasificados (condiciones urinarias)	195
Productos farmacológicos no clasificados (condiciones oculares)	186	Productos farmacológicos no clasificados (control del peso)	196
Productos farmacológicos no clasificados (condiciones gastrointestinales/pirosis)	186, 187	Vacunas (vacunas)	196
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Agentes hormonales)	187	Vitaminas (nutritivas/alimenticias)	196, 197
Productos farmacológicos no clasificados (varios)	188-192	Vitaminas (vitaminas)	197

Lista de medicamentos con receta

ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS Y BARBITÚRICOS		
<i>butalbital/acetaminophen</i>	T1	
ANALGÉSICOS, COMB. DE SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
<i>butalb-aspirin-caffe 50-325-40</i>	T1	QL (6 tabs/day)
<i>butalbital-asa-cafeine cap</i> (Fiorinal)	T1	QL (6 caps/day)
FIORINAL (<i>butalbital-aspirin-cafeine</i>)	T3	QL (6 caps/day)
ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
<i>butalb/acetaminophen/cafeine</i>	T3	
<i>butalb/acetaminophen/cafeine</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)
ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS, SALICILATOS		
<i>choline salicyl/mag salicylate</i>	T1	HD
<i>diflunisal</i>	T1	HD
ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS, NO SALICILATOS		
ACETAMINOPHEN 1000MG/100ML BAG	T3	
<i>acetaminophen 1,000mg/100ml vial</i> (Ofirmev)	T1	
OFIRMEV (<i>acetaminophen</i>)	T3	
ANALGÉSICOS, BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO NEURONALES		
PRIALT	T3	SP
ANALGÉSICOS, NO OPIOIDES		
<i>clonidine 1,000 mcg/10 ml vial</i> (Duraclon)	T1	
<i>clonidine 5,000 mcg/10 ml vial</i>	T1	
PREPARACIONES ANTIMIGRAÑOSAS		
AIMOVIG AUTOINJECTOR	T2	PA
AJOVY AUTOINJECTOR	T2	PA
AJOVY SYRINGE	T2	PA
<i>almotriptan malate</i>	T1	QL (12 tabs/30 days)
CAFERGOT (<i>ergotamine-cafeine</i>)	T3	QL (40 tabs/28 days)
<i>dihydroergotamine 1 mg/ml amp</i>	T1	QL (10 amps/30 days)
DURACLON (<i>clonidine hcl</i>)	T3	
<i>eletriptan hydrobromide</i>	T1	QL (6 tabs/30 days)
EMGALITY PEN	T2	PA
EMGALITY SYRINGE	T2	PA
<i>ergotamine tartrate/cafeine</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES ANTIMIGRAÑOSAS (cont.)		
<i>ergotamine tartrate/cafeine</i> (Cafergot)	T1	QL (40 tabs/28 days)
<i>frovatriptan succinate</i>	T1	QL (18 tabs/30 days)
<i>isomethept/dichlphn/acetaminop</i>	T1	
<i>isomethepten/caf/acetaminophen</i>	T1	
<i>naratriptan hcl</i>	T1	QL (9 tabs/30 days)
NURTEC ODT	T2	PA QL (16 tabs/30 days)
<i>rizatriptan benzoate</i>	T1	QL (12 tabs/30 days)
<i>rizatriptan benzoate (Maxalt Mlt)</i>	T1	QL (12 tabs/30 days)
<i>rizatriptan benzoate (Maxalt)</i>	T1	QL (12 tabs/30 days)
<i>rizatriptan</i>	T1	QL (12 tabs/30 days)
<i>sumatriptan</i>	T1	QL (2 boxes/30 days)
<i>sumatriptan 4 mg/0.5 ml cart</i>	T1	QL (4ml/30 days)
<i>sumatriptan 4 mg/0.5 ml inject</i>	T1	QL (4ml/30 days)
<i>sumatriptan 6 mg/0.5 ml cart</i>	T1	QL (4ml/30 days)
<i>sumatriptan 6 mg/0.5 ml inject</i>	T1	QL (4ml/30 days)
<i>sumatriptan 6 mg/0.5 ml syrng</i>	T1	QL (4ml/30 days)
<i>sumatriptan 6 mg/0.5 ml vial</i>	T1	QL (5ml/30 days)
<i>sumatriptan succ 100 mg tablet</i>	T1	QL (9 tabs/30 days)
<i>sumatriptan succ 25 mg tablet</i>	T1	QL (18 tabs/28 days)
<i>sumatriptan succ/naproxen sod</i>	T1	QL (18 tabs/30 days)
UBRELVY	T2	PA QL (0.67 tabs/day)
VYEPTI	T3	PA SP
ZAVZPRET	T2	PA QL (6 units/30 days)
<i>zolmitriptan</i>	T1	QL (12 tabs/30 days)
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA		
<i>diclofenac potassium</i>	T1	HD
<i>ketorolac 10 mg tablet</i>	T1	QL (20 tabs/25 days)
<i>ketorolac 15 mg/ml syringe</i>	T1	QL (40 ml/30 days)
<i>ketorolac 15 mg/ml vial</i>	T1	QL (40 ml/30 days)
<i>ketorolac 30 mg/ml carpject</i>	T1	
<i>ketorolac 30 mg/ml isecure syr</i>	T1	QL (20ml/30 days)
<i>ketorolac 30 mg/ml syringe</i>	T1	QL (20ml/30 days)

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA (cont.)		
<i>ketorolac 30 mg/ml vial</i>	T1	QL (4 ml/ days)
<i>ketorolac 300 mg/10 ml vial</i>	T1	
<i>ketorolac 60 mg/2 ml carpupject</i>	T1	QL (20ml/30 days)
<i>ketorolac 60 mg/2 ml syringe</i>	T1	QL (20ml/30 days)
<i>ketorolac 60 mg/2 ml vial</i>	T1	QL (20ml/30 days)
<i>mefenamic acid</i>	T1	HD
ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANALGÉSICOS NO SALICILATOS		
<i>acetamin-codein 300-30 mg/12.5</i>	T1	
<i>acetaminop-codeine 120-12 mg/5</i>	T1	
<i>acetaminophen-cod #2 tablet</i>	T1	PA
<i>acetaminophen-cod #3 tablet</i>	T1	PA
<i>acetaminophen-cod #4 tablet</i>	T1	PA
APADAZ	T3	
BENZHYDROCODONE-ACETAMINOPHEN	T1	
<i>hydrocodone/acetaminophen</i>	T1	PA
<i>hydrocodone/acetaminophen (Hydrocodone-acetaminophen)</i>	T1	PA
<i>hydrocodone/acetaminophen (Norco)</i>	T1	PA
HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN	T1	PA
LORTAB	T1	PA
NALOCET	T1	PA
NORCO (<i>lorcet hd</i>)	T3	PA
NORCO (<i>lorcet plus</i>)	T3	PA
NORCO (<i>lorcet</i>)	T3	PA
<i>oxycodone hcl/acetaminophen (Nalocet)</i>	T1	PA
<i>oxycodone hcl/acetaminophen (Percocet)</i>	T1	PA
<i>oxycodone hcl/acetaminophen (Primlev)</i>	T1	PA
PERCOCET (<i>oxycodone-acetaminophen</i>)	T3	PA
PRIMLEV	T1	PA
<i>tramadol hcl/acetaminophen (Ultracet)</i>	T1	
ULTRACET (<i>tramadol hcl-acetaminophen</i>)	T3	
COMBINACIÓN DE ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS		
<i>hydrocodone/ibuprofen</i>	T1	PA
<i>hydrocodone/ibuprofen (Ibudone)</i>	T1	PA
IBUDONE	T1	PA

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a 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
COMBINACIÓN DE ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (cont.)		
<i>ibuprofen/oxycodone hcl</i>	T1	PA
ANALGÉSICOS OPIOIDES, COADYUVANTES ANESTÉSICOS		
<i>alfentanil 1, 000 mcg/2 ml amp</i> (Alfentanil Hcl)	T1	PA
<i>alfentanil 500 mcg/ml ampul</i> (Alfentanil Hcl)	T1	PA
ALFENTANIL 500 MCG/ML AMPULE (<i>alfentanil hcl</i>)	T3	PA
<i>fentanyl 100 mcg/2 ml ampul</i>	T1	
<i>fentanyl 100 mcg/2 ml vial</i>	T1	
FENTANYL 2, 500 MCG/50 ML BAG	T1	
<i>fentanyl 2, 500 mcg/50 ml vial</i>	T1	
<i>fentanyl 250 mcg/5 ml ampul</i>	T1	
<i>fentanyl 250 mcg/5 ml vial</i>	T1	
FENTANYL 5, 000 MCG/100 ML BAG	T1	
<i>fentanyl 50 mcg/ml vial</i>	T1	
<i>fentanyl 500 mcg/10 ml vial</i>	T1	
<i>fentanyl citrate/pf</i>		
<i>remifentanil hcl</i> (Ultiva)	T1	PA
<i>sufentanil citrate</i>	T1	PA
ULTIVA (<i>remifentanil hcl</i>)	T3	PA
COMB. DE ANALGÉSICOS OPIOIDES, NO SALICILATOS Y XANTINAS		
ACETAMIN-CAFF-DIHYDROCODEINE	T1	PA
<i>acetaminophen/caff/dihydrocod</i> (Acetamin-caff-dihydrocodeine)	T1	PA
<i>acetaminophen/caff/dihydrocod</i> (Trezix)	T1	PA
TREZIX	T3	PA
ANALGÉSICOS OPIOIDES		
ACTIQ (<i>fentanyl citrate</i>)	T3	PA
ARYMO ER	T3	PA
BELBUCA 150 MCG FILM	T2	QL (2 films/day)
BELBUCA 300 MCG FILM	T2	QL (2 films/day)
BELBUCA 450 MCG FILM	T2	QL (2 films/day)
BELBUCA 600 MCG FILM	T2	QL (2 films/day)
BELBUCA 75 MCG FILM	T2	QL (2 films/day)
BELBUCA 750 MCG FILM	T2	QL (60 films/30 days)

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANALGÉSICOS OPIOIDES (cont.)		
BELBUCA 900 MCG FILM	T2	QL (2 films/day)
BUPRENEX	T3	
<i>buprenorphine</i> (Butrans)	T1	QL (4 patches/28 days)
<i>buprenorphine hcl</i>	T1	
<i>butorphanol 1 mg/ml vial</i>	T1	
<i>butorphanol 10 mg/ml spray</i>	T1	PA QL (6 bots/30 days)
<i>butorphanol 2 mg/ml vial</i>	T1	
<i>butorphanol 4 mg/2 ml vial</i>	T1	
BUTRANS (<i>buprenorphine</i>)	T3	QL (4 patches/28 days)
<i>codeine sulfate</i>	T1	PA
DEMEROL	T3	PA
DILAUDID 0.2 MG/ML SYRINGE	T3	PA
DILAUDID 0.5 MG/0.5 ML SYRINGE	T3	PA
DILAUDID 1 MG/ML SYRINGE	T3	PA
DILAUDID 2 MG/ML SYRINGE	T3	PA
DILAUDID 4 MG/ML SYRINGE	T3	
DURAGESIC (<i>fentanyl</i>)	T3	PA
<i>fentanyl</i>	T1	PA
<i>fentanyl</i> (Duragesic)	T1	PA
FENTANYL 1,000 MCG/100 ML-NS	T3	
FENTANYL 1,000 MCG/100 ML-NS	T1	
FENTANYL 1,000 MCG/50-0.9% NACL	T1	
<i>fentanyl 1,250 mcg/250-0.9% nacl</i>	T1	
<i>fentanyl 10 mcg/ml-0.9% nacl</i>	T1	
FENTANYL 100 MCG/2 ML CARPUJCT	T1	
<i>fentanyl 100 mcg/2 ml carpujct</i> (Fentanyl Citrate)	T1	
<i>fentanyl 100 mcg/2 ml syringe</i>	T1	
FENTANYL 2 MCG-BUP 0.0625%-NS	T1	
FENTANYL 2 MCG-BUPIV 0.1%-NS	T1	
FENTANYL 2 MCG-BUPIV 0.125%-NS	T1	
FENTANYL 2 MCG-BUPIV 0.125%-NS	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANALGÉSICOS OPIOIDES (cont.)		
FENTANYL 2 MCG-BUPIVAC 0.1%-NS	T1	
FENTANYL 2, 000MCG/100-0.9%NACL	T1	
FENTANYL 2, 500MCG/250-0.9%NACL	T1	
FENTANYL 2, 750 MCG/55 ML SYR	T1	
FENTANYL 2.5MG/250ML-0.9% NACL	T1	
FENTANYL 25 MCG/0.5 ML SYRINGE	T3	
FENTANYL 250 MCG/5 ML SYRINGE	T1	
FENTANYL 5, 000MCG/250-0.9%NACL	T1	
FENTANYL 50 MCG/ML SYRINGE	T1	
FENTANYL 500 MCG/50ML-0.9%NACL	T1	
FENTANYL 550 MCG/55ML-0.9%NACL	T1	
FENTANYL CIT 200 MCG BUCCAL TB	T1	PA
FENTANYL CIT 400 MCG BUCCAL TB	T1	PA
FENTANYL CIT 600 MCG BUCCAL TB	T1	PA
FENTANYL CIT 800 MCG BUCCAL TB	T1	PA
<i>fentanyl cit ofc 1, 200 mcg (Actiq)</i>	T1	PA
<i>fentanyl cit ofc 1, 600 mcg (Actiq)</i>	T1	PA
<i>fentanyl citrate ofc 200 mcg (Actiq)</i>	T1	PA
<i>fentanyl citrate ofc 400 mcg (Actiq)</i>	T1	PA
<i>fentanyl citrate ofc 600 mcg (Actiq)</i>	T1	PA
<i>fentanyl citrate ofc 800 mcg</i>	T1	PA
FENTANYL-ROPIVACAINE-0.9% NACL	T1	
<i>fentanyl/ropivacaine/ns/pf</i>	T1	
FENTORA	T3	PA
<i>hydrocodone bitartrate (Hysingla Er)</i>	T1	PA
<i>hydrocodone bitartrate (Zohydro Er)</i>	T1	PA
HYDROMORPHONE 0.25 MG/0.5 ML	T3	PA
HYDROMORPHONE 0.5 MG/ML-NS SYR	T1	PA
HYDROMORPHONE 1 MG/ML-NS SYRNG	T1	PA
HYDROMORPHONE 10 MG/50 ML-NS	T1	PA
<i>hydromorphone 10 mg/50 ml-ns (Hydromorphone Hcl-0.9% Nacl)</i>	T1	PA
<i>hydromorphone syr</i>	T1	PA
HYDROMORPHONE 100 MG/100 ML-NS	T1	PA
HYDROMORPHONE 100 MG/50 ML-NS	T1	PA
<i>hydromorphone 15 mg/30 ml-ns</i>	T1	PA

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANALGÉSICOS OPIOIDES (cont.)		
HYDROMORPHONE 2 MG/10 ML-NS	T1	PA
HYDROMORPHONE 2 MG/ML-NS SYRNG	T1	PA
HYDROMORPHONE 20 MG/100 ML-NS	T1	PA
HYDROMORPHONE 200 MG/100 ML-NS	T1	PA
HYDROMORPHONE 25 MG/50 ML-NS	T1	PA
HYDROMORPHONE 30 MG/30 ML-NS	T1	PA
HYDROMORPHONE 5 MG/25 ML-NS	T1	PA
HYDROMORPHONE 50 MG/50 ML-NS	T1	PA
HYDROMORPHONE 55 MG/55 ML-NS	T1	PA
HYDROMORPHONE 6 MG/30 ML-NS	T1	PA
<i>hydromorphone hcl</i>	T1	PA
<i>hydromorphone hcl</i> (Dilaudid)	T1	PA
<i>hydromorphone hcl/pf</i>	T1	PA
HYDROMORPHONE HCL-AGUA	T1	PA
HYDROMORPH-ROPIVA-0.9% NACL	T1	PA
HYSINGLA ER (<i>hydrocodone bitartrate er</i>)	T2	PA
INFUMORPH	T3	PA
KADIAN (<i>morphine sulfate er</i>)	T3	PA
LAZANDA	T3	PA
<i>meperidine hcl</i>	T1	PA
<i>meperidine hcl/pf</i>	T1	PA
<i>meperidine hcl/pf</i>	T3	PA
METHADONE HCL-0.9% NACL	T3	
MITIGO	T1	PA
MORPHABOND ER	T2	PA
<i>morphine 0.5 mg/ml-0.9% nacl</i>	T1	PA
MORPHINE 2 MG/2 ML-0.9% NACL	T1	PA
<i>morphine 2 mg/2 ml-0.9% nacl</i> (Morphine Sulfate-0.9% Nacl)	T1	PA
MORPHINE 2 MG/2 ML-0.9% NACL (<i>morphine sulfate-nacl</i>)	T1	PA
MORPHINE 2 MG/ML-0.9% NACL SYR	T1	PA
MORPHINE 4 MG/ML-0.9% NACL SYR	T1	PA
<i>morphine 5 mg/5 ml-0.9% nacl</i> (Morphine Sulfate-0.9% Nacl)	T1	PA
<i>morphine 50 mg/50 ml-0.9% nacl</i>	T1	PA

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANALGÉSICOS OPIOIDES (cont.)		
MORPHINE 50 MG/50 ML-0.9% NACL	T1	
MORPHINE 55 MG/55 ML-0.9% NACL	T1	PA
MORPHINE 100 MG/100 ML-NS	T3	
<i>morphine 100mg/100ml-0.9% nacl</i>	T1	PA
MORPHINE 275 MG/55 ML-0.9%NACL	T1	PA
MORPHINE 500MG/100ML-0.9% NACL	T1	PA
<i>morphine sulfate (Kadian)</i>	T1	PA
<i>morphine sulfate (Morphine Sulfate)</i>	T1	PA
<i>morphine sulfate (Ms Contin)</i>	T1	PA
<i>morphine sulfate/0.9% nacl/pf (Morphine Sulfate-0.9% Nacl)</i>	T1	PA
<i>morphine sulf 1,000 mg/20 ml</i>	T1	PA
<i>morphine sulfate/pf</i>	T1	PA
<i>morphine sulfate/pf</i>	T3	PA
MS CONTIN (<i>morphine sulfate er</i>)	T3	PA
<i>nalbuphine hcl</i>	T1	
<i>naltrexone 50 mg tablet</i>	T1	QL(180 tabs/30 days)
NUCYNTA	T3	PA
NUCYNTA ER	T3	PA
OLINVYK	T3	PA
OPANA	T3	
<i>opium/belladonna alkaloids</i>	T1	PA
OXAYDO	T3	PA
<i>oxycodone hcl</i>	T1	PA
OXYCODONE HCL ER	T1	PA
<i>oxymorphone hcl</i>	T1	PA
<i>pentazocine hcl/naloxone hcl</i>	T1	PA
ROXYBOND	T3	PA
<i>tramadol hcl (Ultram)</i>	T1	QL (8 tabs/day)
<i>tramadol hcl 50 mg tablet</i>	T1	QL (8 tabs/day)
TRAMADOL HCL 75 MG TABLET	T3	QL(< 18 yo 5 tabs/day)
<i>tramadol er 100 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
<i>tramadol er 200 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
<i>tramadol er 300 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
TRAMADOL HCL ER 100 MG CAPSULE	T1	QL (1 cap/day)
<i>tramadol hcl er 100 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANALGÉSICOS OPIOIDES (cont.)		
TRAMADOL HCL ER 150 MG CAPSULE	T1	QL (1 cap/day)
TRAMADOL HCL ER 200 MG CAPSULE	T1	QL (1 cap/day)
<i>tramadol hcl er 200 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
TRAMADOL HCL ER 300 MG CAPSULE	T1	QL (1 cap/day)
<i>tramadol hcl er 300 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
ULTRAM (<i>tramadol hcl</i>)	T3	QL (8 tabs/day)
XTAMPZA ER	T2	PA
ZOHYDRO ER (<i>hydrocodone bitartrate er</i>)	T3	PA
ANALGÉSICOS OPIOIDES, SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
<i>codeine/butalbital/asa/cafein</i> (Fiorinal With Codeine #3)	T1	PA
FIORINAL WITH CODEINE #3 (<i>butalbital compound-codeine</i>)	T3	PA
ANALGÉSICOS OPIOIDES, NO SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
<i>butalbit/acetamin/caff/codeine</i>	T1	PA
<i>butalbit/acetamin/caff/codeine</i> (Fioricet With Codeine)	T1	PA
RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS, ANALGÉSICOS SALICILATOS, OPIOIDES		
<i>carisoprodol/aspirin/codeine</i>	T1	PA
ANALGÉSICOS (Condiciones urinarias)		
AGENTES ANALGÉSICOS DE LAS VÍAS URINARIAS		
ELMIRON	T3	
RIMSO-50	T3	
ANESTÉSICOS (Varios)		
ANESTÉSICOS GENERALES, PARA INHALACIÓN		
<i>desflurane</i> (Suprane)	T1	
<i>isoflurane</i>	T1	
ANESTÉSICOS GENERALES INYECTABLES		
AMIDATE	T3	
AMIDATE (<i>etomidate</i>)	T3	
BREVITAL SODIUM	T3	
DIPRIVAN (<i>propofol</i>)	T3	
<i>etomidate</i> (Amidate)	T1	
KETALAR	T3	
KETALAR (<i>ketamine hcl</i>)	T3	
KETAMINE HCL	T1	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

ANESTÉSICOS (Varios) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANESTÉSICOS GENERALES INYECTABLES (cont.)		
<i>ketamine hcl</i> (Ketalar)	T1	
<i>ketamine hcl in 0.9 % nacl</i>	T1	
<i>ketamine hcl in 0.9 % nacl</i> (Ketamine Hcl-0.9% Nacl)	T1	
KETAMINE HCL-0.9% NACL	T1	
KETAMINE HCL-0.9% NACL (<i>ketamine hcl-0.9% nacl</i>)	T1	
METHOHEXITAL-STERILE AGUA	T1	
PROPOFOL	T1	
ANESTÉSICOS GENERALES, TIPO BENZODIAZEPINAS INYECTABLES		
<i>midazolam hcl</i>	T1	
<i>midazolam hcl/pf</i>	T1	
MIDAZOLAM HCL-0.9% NACL	T1	
MIDAZOLAM HCL-D5W	T1	
MIDAZOLAM-0.9% NACL	T1	
ANESTÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
ANESTÉSICOS LOCALES		
ARTICADENT DENTAL	T3	
BUFFERED LIDOCAINE	T1	
BUPIVACAINE HCL	T1	
<i>bupivacaine hcl</i> (Marcaine)	T1	
<i>bupivacaine hcl</i> (Sensorcaine)	T1	
<i>bupivacaine hcl in dextrose/pf</i> (Sensorcaine With Dextrose)	T1	
<i>bupivacaine hcl/epinephrine</i> (Marcaine-epinephrine)	T1	
<i>bupivacaine hcl/epinephrine/pf</i> (Sensorcaine-mpf Epinephrine)	T1	
<i>bupivacaine hcl/pf</i> (Marcaine)	T1	
<i>bupivacaine hcl/pf</i> (Sensorcaine-mpf)	T1	
<i>bupivacaine hcl/pf</i> (Sensorcaine-mpf)	T3	
BUPIVACAINE HCL-0.9% NACL	T1	
CARBOCAINE (<i>polocaine</i>)	T3	
<i>chloroprocaine hcl/pf</i> (Nesacaine-mpf)	T1	
CITANEST FORTE DENTAL	T3	
CITANEST PLAIN DENTAL	T3	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANESTÉSICOS LOCALES (cont.)		
CLOROTEKAL	T3	
EXPAREL	T3	
LIDOCAINE 0.5MG INTRADERM SYST	T1	
<i>lidocaine 100 mg/10 ml (1%) syr</i>	T1	
LIDOCAINE 200 MG/20 ML (1%) SYR	T1	
LIDOCAINE 40 MG/2 ML (2%) SYRG	T1	
<i>lidocaine hcl (Xylocaine)</i>	T1	
<i>lidocaine hcl 1% 20 mg/2 ml (Xylocaine-mpf)</i>	T1	
<i>lidocaine hcl 1% 20 mg/2 ml vl (Xylocaine-mpf)</i>	T1	
<i>lidocaine hcl 1% 100 mg/10 ml (Xylocaine-Mpf)</i>	T1	
<i>lidocaine hcl 1% 300 mg/30 ml (Xylocaine-mpf)</i>	T1	
<i>lidocaine hcl 1% 50 mg/5 ml vl (Xylocaine-mpf)</i>	T1	
<i>lidocaine hcl 1% vial (Xylocaine)</i>	T1	
<i>lidocaine hcl 1.5% ampul (Xylocaine-mpf)</i>	T1	
<i>lidocaine hcl 10 mg/ml syringe</i>	T1	
<i>lidocaine hcl 100 mg/10 ml syr</i>	T1	
<i>lidocaine hcl 2% 100 mg/5 ml (Xylocaine-mpf)</i>	T1	
<i>lidocaine hcl 2% 200 mg/10 ml (Xylocaine-mpf)</i>	T1	
<i>lidocaine hcl 2% 40 mg/2 ml (Xylocaine-mpf)</i>	T1	
<i>lidocaine hcl 2% 40 mg/2 ml vl (Xylocaine-mpf)</i>	T1	
<i>lidocaine hcl 2% jel urojet ac</i>	T1	
<i>lidocaine hcl 2% jelly</i>	T1	
<i>lidocaine hcl 2% jelly uro-jet</i>	T1	
<i>lidocaine hcl 2% vial (Xylocaine)</i>	T1	
<i>lidocaine hcl 2% vial (Xylocaine-mpf)</i>	T1	
LIDOCAINE HCL 200 MG/10 ML SYR	T1	
LIDOCAINE HCL 30 MG/3 ML SYR	T1	
<i>lidocaine hcl 4% ampul</i>	T1	
<i>lidocaine hcl 4% solution</i>	T1	
<i>lidocaine hcl 4% 200 mg/5 ml</i>	T1	
<i>lidocaine hcl/dextrose 7.5%/pf</i>	T1	
<i>lidocaine hcl/epinephrine (Xylocaine With Epinephrine)</i>	T1	
<i>lidocaine hcl/epinephrine bit (Lidocaine-epinephrine)</i>	T3	
<i>lidocaine hcl/epinephrine/pf (Xylocaine With Epinephrine)</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANESTÉSICOS LOCALES (cont.)		
<i>lidocaine hcl/epinephrine/pf</i> (Xylocaine-mpf With Epinephrine)	T1	
LIDOCAINE HCL-0.9% NACL	T1	
<i>lidocaine hcl/pf</i>	T1	
<i>lidocaine hcl/pf</i> (Xylocaine-Mpf)	T1	
<i>lidocaine in nacl,iso-osmot/pf</i>	T1	
MARCAINE (<i>bupivacaine hcl</i>)	T3	
MARCAINE (<i>sensorcaine</i>)	T3	
MARCAINE (<i>sensorcaine-mpf</i>)	T3	
MARCAINE SPINAL	T3	
MARCAINE-EPINEPHRINE	T3	
MARCAINE-EPINEPHRINE (<i>bupivacaine hcl-epinephrine</i>)	T3	
MARCAINE-EPINEPHRINE (<i>sensorcaine-epinephrine</i>)	T3	
<i>mepivacaine hcl</i> (Carbocaine)	T1	
<i>mepivacaine hcl/pf</i>	T1	
<i>mepivacaine hcl/pf</i>	T3	
<i>mepivacaine hcl/pf</i> (Carbocaine)	T1	
NAROPIN	T3	
NESACAINE	T3	
NESACAINE-MPF (<i>chloroprocaine hcl</i>)	T3	
ORABLOC	T3	
POLOCAINE	T1	
<i>ropivacaine 0.2% 20 mg/10 ml</i> (Naropin)	T1	
<i>ropivacaine 0.2% 200 mg/100 ml</i> (Naropin)	T1	
<i>ropivacaine 0.2% 40 mg/20 ml</i> (Naropin)	T1	
<i>ropivacaine 0.2% 400 mg/200 ml</i> (Naropin)	T1	
ROPIVACAINE 0.2% SYRINGE	T1	
<i>ropivacaine 0.5% 100 mg/20 ml</i> (Naropin)	T1	
ROPIVACAINE 0.5% 1000 MG/200ML	T3	
<i>ropivacaine 0.5% 150 mg/30 ml</i> (Naropin)	T1	
ROPIVACAINE 0.5% 500 MG/100 ML	T3	
<i>ropivacaine 0.75% 150 mg/20 ml</i> (Naropin)	T1	
<i>ropivacaine 1% 100 mg/10 ml v/l</i> (Naropin)	T1	
<i>ropivacaine 1% 200 mg/20 ml v/l</i> (Naropin)	T1	
ROPIVACAINE 50 MG/10 ML SYRNG	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANESTÉSICOS LOCALES (cont.)		
ROPIVACAINE HCL 0.2% ON-Q PUMP	T1	
ROPIVACAINE HCL 0.5% SYRINGE	T1	
ROPIVACAINE HCL-0.9% NACL	T1	
ROPIVACAINE HCL-NACL	T1	
SENSORC MPF 0.75%-EPI 1:200000	T3	
SENSORCAINE 0.25% VIAL (<i>bupivacaine hcl</i>)	T3	
<i>sensorcaine 0.5% vial (Marcaine)</i>	T1	
SENSORCAINE WITH DEXTROSE	T1	
SENSORCAINE-MPF 0.25% AMPUL (<i>bupivacaine hcl</i>)	T3	
SENSORCAINE-MPF 0.25% VIAL (<i>bupivacaine hcl</i>)	T3	
SENSORCAINE-MPF 0.5% AMPUL (<i>bupivacaine hcl</i>)	T3	
<i>sensorcaine-mpf 0.5% vial (Marcaine)</i>	T1	
SENSORCAINE-MPF 0.75% AMPUL (<i>bupivacaine hcl</i>)	T1	
SENSORCAINE-MPF 0.75% VIAL (<i>marcaine</i>)	T3	
SENSORC-MPF 0.25%-EPI 1:200000 (<i>bupivacaine hcl-epinephrine</i>)	T1	
SENSORCN-MPF 0.5%-EPI 1:200000 (<i>bupivacaine hcl-epinephrine</i>)	T3	
<i>tetracaine hcl/pf</i>	T1	
XYLOCAINE (<i>lidocaine hcl</i>)	T3	
XYLOCAINE WITH EPINEPHRINE (<i>lidocaine hcl-epinephrine</i>)	T3	
XYLOCAINE-MPF	T3	
XYLOCAINE-MPF (<i>lidocaine hcl</i>)	T3	
XYLOCAINE-MPF WITH EPINEPHRINE	T3	
XYLOCAINE-MPF WITH EPINEPHRINE (<i>lidocaine hcl-epinephrine</i>)	T3	
ZINGO	T3	
ANESTÉSICOS LOCALES TÓPICOS		
<i>lidocaine 5% ointment</i>	T1	QL (145gm/30 days)
<i>lidocaine</i>	T1	
<i>lidocaine/prilocaine</i>	T1	
LIDODERM (<i>lidocaine</i>)	T3	
PAIN EASE MEDIUM STREAM SPRAY	T3	
ZTLIDO	T2	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

ANESTÉSICOS (Condiciones urinarias)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANESTÉSICOS/ANALGÉSICOS DE LAS VÍAS URINARIAS (COLORANTES AZODERIVADOS)		
<i>phenazopyridine hcl</i> (Pyridium)	T1	
PYRIDIUM (<i>phenazopyridine hcl</i>)	T3	
ANTIALÉRGICOS (Alergia/rociadores nasales)		
ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS		
<i>cromolyn 100 mg/5 ml oral conc</i> (Gastrocrom)	T1	
GASTROCROM (<i>cromolyn sodium</i>)	T3	
ANTIARTRÍTICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS, SALICILATOS		
DISALCID (<i>salsalate</i>)	T3	HD
<i>salsalate</i> (Disalcid)	T1	HD
AGENTES ANTIARTRÍTICOS Y QUELANTES		
DEPEN (<i>penicillamine</i>)	T3	PA SP
<i>penicillamine</i>	T1	PA SP
<i>penicillamine</i> (Depen)	T1	PA SP
AGENTES ANTIARTRÍTICOS, ANTAGONISTAS DE LOS FOLATOS		
OTREXUP	T2	PA
ANTIINFLAMATORIOS, INHIBIDORES DE LA SÍNTESIS DE PIRIMIDINAS		
ARAVA (<i>leflunomide</i>)	T3	HD
<i>leflunomide</i> (Arava)	T1	HD
ANTIINFLAMATORIOS, INHIB. DE LA FOSFODIESTERASA-4 (PDE4)		
OTEZLA 28 DAY STARTER PACK	T2	PA QL (1 pack/180 days) SP HD
OTEZLA 30 MG TABLET	T2	PA QL (2 tabs/day) SP HD
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS/ANTIARTRÍTICOS, VARIOS		
DUROLANE	T3	PA SP HD
EUFLEXXA	T3	PA SP HD
GEL-ONE 30MG/3ML SYR	T3	PA SP HD
GELSYN-3	T3	PA SP HD
GENVISC 850 25MG/2.5ML SYR	T3	PA SP
HYALGAN	T3	PA SP HD
HYMOVIS	T3	PA SP HD
MONOVISC	T3	PA SP HD
ORTHOVISC	T3	PA SP HD

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS/ANTIARTRÍCICOS, VARIOS (cont.)		
SUPARTZ FX 25MG/2.5ML SYR	T3	PA SP HD
SYNVISC	T3	PA SP HD
SYNVISC-ONE	T3	PA SP HD
SYNOJOYNT	T3	PA SP
TRILURON	T3	PA SP HD
TRIVISC 25MG/2.5ML SYR	T3	PA SP
VISCO-3	T3	PA SP HD
ANTIINFLAMATORIOS, MOD. SELECT. COESTIM., INHIBIDORES DE CÉLULAS T		
ORENCIA 125 MG/ML SYRINGE	T3	PA QL (4 syringes/28 days) SP HD
ORENCIA 250 MG VIAL	T3	PA SP HD
ORENCIA 50 MG/0.4 ML SYRINGE	T3	PA QL (4 syringes/28 days) SP HD
ORENCIA 87.5 MG/0.7 ML SYRINGE	T3	PA QL (4 syringes/28 days) SP HD
ORENCIA CLICKJECT	T3	PA QL (4 injectors/28 days) SP HD
COLCHICINA		
COLCHICINE	T1	HD
<i>colchicine 0.6 mg capsule (Mitigare)</i>	T1	HD
<i>colchicine 0.6 mg tablet (Colcrys)</i>	T1	HD
COLCRYS (colchicine)	T3	HD
MITIGARE (colchicine)	T2	
RIDAURA	T3	
TRAT. DE LA HIPERURICEMIA - TIPO ENZIMA URATO OXIDASA		
ELITEK	T2	SP
KRYSTEXXA	T3	PA SP
TRAT. DE LA HIPERURICEMIA - INHIBIDORES DE LA XANTINA OXIDASA		
<i>allopurinol</i>	T1	
<i>allopurinol sodium</i>	T1	
<i>febuxostat 80 mg tablet (Uloric)</i>	T1	HD
ULORIC 40 MG TABLET (<i>febuxostat</i>)	T3	QL (1 tab/day) HD
ULORIC 80 MG TABLET (<i>febuxostat</i>)	T3	HD
ZYLOPRIM (<i>allopurinol</i>)	T3	HD
INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK)		
LITFULO	T3	PA QL(1 cap/day) SP HD
OLUMIANT	T3	PA QL (1 tab/day) SP HD

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a 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
INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK) (cont.)		
RINVOQ	T2	PA QL (1 tab/day) SP HD
RINVOQ LQ	T2	PA QL (12 mls/day) SP HD
XELJANZ 1 MG/ML SOLUTION	T2	PA QL (480ml/22 days) SP HD
XELJANZ 10 MG TABLET	T2	PA QL (2 tabs/day) SP HD
XELJANZ 5 MG TABLET	T2	PA QL (2 tabs/day) SP HD
XELJANZ XR	T2	PA QL (1 tab/day) SP HD
COMB. DE ANALGÉSICOS NO ESTEROIDEOS Y ANALGÉSICOS NO SALICILATOS		
COMBOGESIC IV	T3	
ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (INHIB. NO ESPECÍFICOS DE LA COX) Y ANÁLOGOS DE LA PROSTAGLANDINA		
ARTHROTEC 50 (<i>diclofenac sodium-misoprostol</i>)	T3	ST HD
ARTHROTEC 75 (<i>diclofenac sodium-misoprostol</i>)	T3	ST HD
<i>diclofenac sodium/misoprostol</i> (Arthrotec 50)	T1	HD
<i>diclofenac sodium/misoprostol</i> (Arthrotec 75)	T1	HD
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA		
ANAPROX DS (<i>naproxen sodium ds</i>)	T3	ST HD
CALDOLOR	T3	
DAYPRO (<i>oxaprozin</i>)	T3	ST HD
<i>diclofenac sod dr 25 mg tab</i>	T1	HD
<i>diclofenac sod dr 50 mg tab</i>	T1	HD
<i>diclofenac sod dr 75 mg tab</i>	T1	HD
<i>diclofenac sod ec 25 mg tab</i>	T1	HD
<i>diclofenac sod ec 50 mg tab</i>	T1	HD
<i>diclofenac sod ec 75 mg tab</i>	T1	HD
<i>diclofenac sodium</i>	T1	HD
EC-NAPROSYN (<i>naproxen</i>)	T3	ST HD
<i>etodolac</i>	T1	HD
<i>etodolac</i> (Lodine)	T1	HD
FELDENE (<i>piroxicam</i>)	T3	ST HD
<i>fenoprofen calcium</i> (Nalfon)	T1	HD
<i>flurbiprofen</i>	T1	HD
<i>ibuprofen</i>	T1	HD
<i>indomethacin</i>	T1	HD
<i>indomethacin 25 mg capsule</i>	T1	HD
<i>indomethacin 25 mg/5 ml susp</i> (Indocin)	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA (cont.)		
<i>indomethacin 50 mg capsule</i>	T1	HD
<i>indomethacin 50 mg suppository (Indocin)</i>	T1	HD
<i>ketoprofen 25 mg, 75 mg capsule</i>	T1	HD
LODINE (<i>etodolac</i>)	T3	ST HD
<i>meclofenamate sodium</i>	T1	HD
<i>meloxicam</i>	T1	HD
MOBIC (<i>meloxicam</i>)	T3	ST HD
<i>nabumetone</i>	T1	HD
NALFON 600 MG TABLET (<i>profeno</i>)	T1	ST HD
NAPROSYN TABLET (<i>naproxen</i>)	T3	ST HD
<i>naproxen</i>	T1	HD
<i>naproxen (Ec-naprosyn)</i>	T1	HD
<i>naproxen (Naprosyn)</i>	T1	HD
<i>naproxen sodium</i>	T1	HD
<i>naproxen sodium (Anaprox Ds)</i>	T1	HD
OXAPROZIN 300 MG CAPSULE	T3	HD
oxaprozin 600 mg caplet (Daypro)	T1	HD
<i>oxaprozin 600 mg tablet (Daypro)</i>	T1	HD
<i>piroxicam</i>	T1	HD
QMIIZ ODT 15 MG TABLET	T3	ST HD
QMIIZ ODT 7.5 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST HD
<i>tolmetin sodium</i>	T1	HD
<i>tolmetin sodium (Tolectin 600)</i>	T1	HD
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, INHIBIDOR SELECTIVO DE LA CICLOOXIGENASA-2 (COX-2)		
CELEBREX 100 MG CAPSULE (<i>celecoxib</i>)	T3	QL (2 caps/day) ST
CELEBREX 200 MG CAPSULE (<i>celecoxib</i>)	T3	QL (2 caps/day) ST
CELEBREX 400 MG CAPSULE (<i>celecoxib</i>)	T3	QL (1 cap/day) ST
CELEBREX 50 MG CAPSULE (<i>celecoxib</i>)	T3	QL (2 caps/day) ST
<i>celecoxib 100 mg capsule (Celebrex)</i>	T1	QL (2 caps/day) HD
<i>celecoxib 200 mg capsule (Celebrex)</i>	T1	QL (2 caps/day) HD
CELEBREX 400 MG CAPSULE (<i>celecoxib</i>)	T3	QL (1 cap/day) HD
CELEBREX 50 MG CAPSULE (<i>celecoxib</i>)	T3	QL (2 caps/day) HD
AGENTES URICOSÚRICOS		
<i>probenecid/colchicine</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE LA 5-LIPOXIGENASA		
<i>zileuton</i>	T1	HD
ANTICOLINÉRGICOS, DE INHALACIÓN ORAL, ACCIÓN PROLONGADA		
INCRUSE ELLIPTA	T2	HD
LONHALA MAGNAIR REFILL	T3	PA HD
LONHALA MAGNAIR STARTER	T3	PA HD
SPIRIVA RESPIMAT	T2	HD
ANTICOLINÉRGICOS, DE INHALACIÓN ORAL, ACCIÓN RÁPIDA		
ATROVENT HFA	T2	HD
<i>ipratropium bromide</i>	T1	HD
AGENTES ADRENÉRGICOS BETA		
<i>albuterol sulf 2 mg/5 ml syrup</i>	T1	HD
<i>albuterol sulfate 2 mg tab</i>	T1	HD
<i>albuterol sulfate 4 mg tab</i>	T1	HD
<i>albuterol sulfate er 4 mg tab</i>	T1	HD
<i>albuterol sulfate er 8 mg tab</i>	T1	HD
<i>metaproterenol sulfate</i>	T1	HD
<i>terbutaline sulfate</i>	T1	HD
AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS, ACCIÓN RÁPIDA		
<i>albuterol 2.5 mg/0.5 ml sol</i>	T1	
<i>albuterol 5 mg/ml solution</i>	T1	
<i>albuterol 15 mg/3 ml solution</i>	T1	
<i>albuterol 75 mg/15 ml soln</i>	T1	
<i>albuterol sul 0.63 mg/3 ml sol</i>	T1	
<i>albuterol sul 1.25 mg/3 ml sol</i>	T1	
<i>albuterol sul 2.5 mg/3 ml soln</i>	T1	
<i>albuterolhfa 90 mcg inhale (Proaire Hfa)</i>	T1	QL (8.5gm/30 days)
ALBUTEROL SULFATE HFA	T1	QL (8.5gm/30 days)
arformoterol tartrate (Brovana)	T1	QL (4 ml/day) HD
AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS, ACCIÓN RÁPIDA		
<i>levalbuterol hcl (Xopenex / Xopenex Concentrate)</i>	T1	
XOPENEX (<i>levalbuterol hcl</i>)	T3	
XOPENEX CONCENTRATE (<i>levalbuterol concentrate</i>)	T3	
COMBO DE ADRENÉRGICOS BETA Y ANTICOLINÉRGICOS, INHALADOS		
ANORO ELLIPTA	T2	HD

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
COMBO DE ADRENÉRGICOS BETA Y ANTICOLINÉRGICOS, INHALADOS (cont.)		
COMBIVENT RESPIMAT	T2	QL (2 inhalers/30 days)
<i>ipratropium/albuterol sulfate</i>	T1	HD
DULERA	T2	HD
<i>fluticasone propion/salmeterol</i>	T1	HD
STIOLTO RESPIMAT INHAL SPRAY	T2	HD
STRIVERDI RESPIMAT	T2	QL
BREZTRI AEROSPHERE	T2	
TRELEGY ELLIPTA	T2	
COMBO DE ADRENÉRGICOS BETA Y GLUCOCORTICOIDES, INHALADOS		
AIRDUO DIGIHALER	T3	ST HD
AIRSUPRA	T2	QL (2 inhalers/28 days) HD
<i>budesonide/formoterol fumarate (Symbicort)</i>	T1	QL HD
FLUTICASONE-SALMETEROL	T1	QL (1 inhaler/30 days) HD
<i>fluticasone-salmeterol (Advair Diskus)</i>	T1	QL (1 inhaler/30 days)
GLUCOCORTICOIDES, PARA INHALACIÓN ORAL		
ALVESCO	T2	
ASMANEX HFA	T2	QL (1 inhaler/30days)
ASMANEX TWISTHALER	T2	QL (1 inhaler/30days)
<i>budesonide (Pulmicort)</i>	T1	HD
FLUTICASONE PROP	T3	QL HD
PULMICORT (<i>budesonide</i>)	T3	HD
QVAR REDIHALER	T2	
ANTAGONISTAS ALFA DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-5 (IL-5), ANTICUERPOS MONOCLONALES		
FASENRA	T2	PA SP HD
FASENRA PEN	T2	PA SP HD
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LEUCOTRIENOS		
ACCOLATE (<i>zafirlukast</i>)	T3	HD
<i>montelukast sodium</i> (Singulair)	T1	HD
SINGULAIR (<i>montelukast sodium</i>)	T3	
<i>zafirlukast</i> (Accolate)	T1	HD
ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS, INHALADOS ORALMENTE		
<i>cromolyn 20 mg/2 ml neb soln</i>	T1	QL (480ml/30 days) HD
ANTICUERPOS MONOCLONALES A LA INMUNOGLOBULINA E (IGE)		
XOLAIR	T2	PA SP HD

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICUERPOS MONOCLONALES - ANTAGONISTAS DE LA INTERLEUCINA-5		
CINQAIR	T3	PA SP
NUCALA	T2	PA SP HD
MUCOLÍTICOS		
<i>acetylcysteine</i>	T1	
INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA-4 (PDE4)		
DALIRESP 250 MCG TABLET	T3	QL (28 tabs/180 days) HD
DALIRESP 500 MCG TABLET	T3	QL (2 tabs/day) HD
<i>roflumilast 250 mcg tablet (Daliresp)</i>	T3	QL (28 tabs/180 days) HD
<i>roflumilast 500 mcg tablet (Daliresp)</i>	T3	QL (2 tabs/day) HD
XANTINAS		
<i>aminophylline</i>	T1	
THEO-24	T3	HD
<i>theophylline anhydrous</i>	T1	HD
<i>theophylline in dextrose 5 %</i>	T1	
ANTIBIÓTICOS (Alergia/rociadores nasales)		
PREPARACIONES NAALES ANTIBIÓTICAS		
BACTROBAN NASAL	T3	
ANTIBIÓTICOS (Medicamentos para los oídos)		
PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIBIÓTICAS		
<i>ciprofloxacin hcl</i>	T1	
CORTISPORIN-TC	T3	
<i>neomycin/polymyxin b/hydrocort</i>	T1	
<i>ofloxacin</i>	T1	
PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIBIÓTICOS ANTIINFLAMATORIOS		
CIPRO HC	T3	
<i>ciprofloxacin hcl/dexameth</i>	T1	
CIPROFLOXACIN HCL-FLUOCINOLONE	T3	
OTOVEL	T3	
ANTIBIÓTICOS (Condiciones oculares)		
COMBINACIONES DE ANTIBIÓTICOS PARA LOS OJOS Y GLUCOCORTICOIDES		
<i>neomycin/bacit/p-myx/hydrocort</i>	T1	
<i>neomycin/polymyxin b/dexametha (Maxitrol)</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Condiciones oculares) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
COMBINACIONES DE ANTIBIÓTICOS PARA LOS OJOS Y GLUCOCORTICOIDES		
<i>neomycin/polymyxin b/hydrocort</i>	T1	
<i>tobramycin/dexamethasone</i> (Tobradex)	T1	
TOBRADEX EYE OINTMENT	T2	
TOBRADEX ST	T3	
ZYLET	T3	
SULFONAMIDAS PARA LOS OJOS		
BLEPH-10 (<i>sulfacetamide sodium</i>)	T3	
BLEPHAMIDE	T3	
<i>sulfacetamide sodium</i>	T1	
<i>sulfacetamide sodium</i> (Bleph-10)	T1	
<i>sulfacetamide/prednisolone sp</i>	T1	
ANTIBIÓTICOS OFTÁLMICOS		
AZASITE 1% EYE DROPS	T3	
<i>bacitracin</i> (Baciguent)	T1	
<i>bacitracin/polymyxin b sulfate</i>	T1	
BESIVANCE 0.6% SUSP	T2	
<i>erythromycin base</i>	T1	
<i>gatifloxacin</i>	T1	
<i>gentamicin sulfate</i>	T1	
<i>levofloxacin</i>	T1	
MOXEZA (<i>moxifloxacin</i>)	T3	
<i>moxifloxacin hcl</i> (Moxeza)	T1	
<i>moxifloxacin hcl</i> (Vigamox)	T1	
MOXIFLOXACIN HCL-BSS	T1	
MOXIFLOXACIN HCL-NACL	T1	
<i>neomycin sulf/bacitracin/poly</i>	T1	
<i>neomycin/polymyxin b/gramicidin</i>	T1	
<i>ofloxacin</i> (Ocuflox)	T1	
<i>tobramycin 0.3% eye drop</i>	T1	
ANTIBIÓTICOS (Infecciones)		
AGENTES ANTIBACTERIANOS TIPO SULFONAMIDAS ABSORBIBLES		
BACTRIM (<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>)	T3	
BACTRIM DS (<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>)	T3	
<i>sulfadiazine</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIBACTERIANOS TIPO SULFONAMIDAS ABSORBIBLES (cont.)		
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	T1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	T3	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i> (Bactrim Ds)	T1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i> (Bactrim)	T1	
ANTIBIÓTICOS AMINOGLUCÓSIDOS		
<i>amikacin sulfate</i>	T1	
ARIKAYCE	T3	PA SP
<i>gentamicin in nacl, iso-osm</i>	T1	
<i>gentamicin sulfate</i>	T1	
GENTAMICIN SULFATE IN NS	T1	
<i>gentamicin sulfate/pf</i>	T1	
KITABIS PAK	T3	PA QL (10ml/day) SP HD
<i>neomycin sulfate</i>	T1	
STREPTOMYCIN SULFATE	T1	
TOBI PODHALER	T2	PA QL (8 caps/day) SP HD
<i>tobramycin 300 mg/4 ml ampule</i>	T1	PA QL (8ml/day) SP HD
<i>tobramycin 300 mg/5 ml ampule</i>	T1	PA QL (10ml/day) SP HD
TOBRAMYCIN PAK 300 MG/5 ML	T3	PA QL (10ml/day) SP HD
ANTIBIÓTICOS AMINOGLUCÓSIDOS		
<i>tobramycin sulfate</i>	T1	
<i>tobramycin/sodium chloride</i>	T1	
ZEMDRI	T3	
AGENTES ANTIBACTERIANOS-ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS		
FLAGYL (<i>metronidazole</i>)	T3	
LIKMEZ	T3	PA
<i>metronidazole</i> (Flagyl)	T1	
<i>metronidazole/sodium chloride</i>	T1	
<i>metronidazole/sodium chloride</i>	T3	
ANTIBIÓTICOS, ANTIBACTERIANOS, VARIOS		
<i>fosfomycin tromethamine</i>	T1	
<i>fosfomycin tromethamine</i> (Monurol)	T1	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS, ANTIBACTERIANOS, VARIOS (cont.)		
<i>methenamine hippurate</i>	T1	
<i>methenamine mandelate</i>	T1	
MONUROL (<i>fosfomycin tromethamine</i>)	T3	
PRIMSOL	T3	
<i>trimethoprim</i>	T1	
URIBEL	T3	
URIBEL TABS (<i>methenam/m.blue/salicyl/hyoscy</i>)	T3	
UTA	T3	
ANTIBIÓTICOS, VARIOS, OTROS		
<i>bacitracin</i>	T1	
ANTILEPROSOS		
<i>dapsone</i>	T1	
THALOMID	T2	PA SP HD
AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS		
<i>ethambutol hcl</i>	T1	HD
<i>isoniazid</i>	T1	HD
AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS		
PASER	T3	HD
<i>pyrazinamide</i>	T1	HD
<i>rifabutin</i>	T1	HD
TRECTOR	T3	HD
ANTIBIÓTICOS ANTITUBERCULOSOS		
CAPASTAT SULFATE	T3	
CYCLOSERINE	T1	
<i>cycloserine</i>	T1	
PRETOMANID	T3	PA QL (1 tab/day)
PRIFTIN	T3	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS ANTITUBERCULOSOS (cont.)		
RIFADIN (<i>rifampin</i>)	T3	
RIFAMATE	T3	
<i>rifampin</i>	T1	
<i>rifampin</i> (Rifadin)	T1	
RIFATER	T3	
SIRTURO	T3	SP
BETALACTAMASAS		
AZACTAM (<i>aztreonam</i>)	T3	
<i>aztreonam</i> (Azactam)	T1	
CAYSTON	T3	PA QL (3ml/day) SP HD
ANTIBIÓTICOS CARBAPENÉMICOS (TIENAMICINAS)		
INVANZ (<i>ertapenem</i>)	T3	
MEROPENEM	T3	
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - I.ª GENERACIÓN		
<i>cefadroxil</i>	T1	
<i>cefazolin sodium</i>	T1	
CEFAZOLIN 2 GM VIAL	T3	
CEFAZOLIN 3 GM VIAL	T3	
<i>cefazolin sodium/dextrose, iso</i>	T1	
CEFAZOLIN SODIUM-0.9% NACL	T1	
CEFAZOLIN SODIUM-D5W	T1	
CEFAZOLIN SODIUM-DEXTROSE	T1	
CEFAZOLIN SODIUM-STERILE AGUA	T1	
<i>cephalexin</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 1.ª GENERACIÓN (cont.)		
<i>cephalexin</i> (Keflex)	T1	
DAXBIA	T3	
KEFLEX (<i>cephalexin</i>)	T3	
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 2.ª GENERACIÓN		
<i>cefaclor</i>	T1	
CEFOTAN	T3	
<i>cefotetan disodium</i>	T1	
<i>cefotetan disodium</i> (Cefotan)	T1	
<i>cefoxitin sodium</i>	T1	
<i>cefoxitin sodium/dextrose, iso</i>	T1	
<i>cefprozil</i>	T1	
<i>cefuroxime axetil</i>	T1	
<i>cefuroxime sodium</i> (Zinacef)	T1	
ZINACEF	T3	
ZINACEF (<i>cefuroxime sodium</i>)	T3	
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 3.ª GENERACIÓN		
AVYCAZ	T3	
<i>cefixime</i> (Suprax)	T1	
<i>cefepodoxime proxetil</i>	T1	
<i>ceftazidime</i>	T1	
<i>ceftazidime</i> (Fortaz)	T1	
CEFTRIAXONE	T1	
<i>ceftriaxone in is-osm dextrose</i>	T1	
<i>ceftriaxone sodium</i>	T1	
CLAFORAN	T3	
FORTAZ	T3	
FORTAZ (<i>tazicef</i>)	T3	
FORTAZ IN ISO-OSMOTIC DEXTROSE	T3	
ZERBAXA	T3	
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 4.ª GENERACIÓN		
CEFEPIME HCL	T1	
<i>cefepime hcl</i> (Maxipime)	T1	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 4.ª GENERACIÓN (cont.)		
<i>cefepime in iso-osm dextrose</i>	T1	
CEFEPIME-DEXTROSE	T1	
MAXIPIME	T3	
MAXIPIME (<i>cefepime hcl</i>)	T3	
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - SIDERÓFOROS		
FETROJA	T3	
CEFALOSPORINAS - 5.ª GENERACIÓN		
TEFLARO	T3	
ANTIBIÓTICOS DE CLORANFENICOL Y DERIVADOS		
<i>chloramphenicol sod succinate</i>	T1	
GLICILCICLINAS		
<i>tigecycline</i> (Tygacil)	T1	
TYGACIL (<i>tigecycline</i>)	T3	
ANTIBIÓTICOS LINCOSAMIDAS		
CLEOCIN HCL (<i>clindamycin hcl</i>)	T3	
CLEOCIN PEDIATRIC (<i>clindamycin (pediatric)</i>)	T3	
CLEOCIN PHOS 150 MG/ML VIAL (<i>clindamycin phosphate</i>)	T3	
CLEOCIN PHOS 300 MG/2 ML VIAL (<i>clindamycin phosphate</i>)	T3	
<i>cleocin phos 300 mg/2ml addvan</i>	T1	
CLINDAMYCIN 300 MG/50 ML-D5W	T3	
CLEOCIN PHOS 600 MG/4 ML VIAL (<i>clindamycin phosphate</i>)	T3	
CLEOCIN PHOS 600 MG/4ML ADDVAN (<i>clindamycin phosphate</i>)	T3	
CLEOCIN PHOS 9 G/60 ML VIAL (<i>clindamycin phosphate</i>)	T3	
CLEOCIN PHOS 900 MG/6 ML VIAL (<i>clindamycin phosphate</i>)	T3	
CLEOCIN PHOS 900 MG/6ML ADDVAN (<i>clindamycin phosphate</i>)	T3	
CLIN SINGLE USE	T3	
<i>clindamycin hcl</i> (Cleocin Hcl)	T1	
<i>clindamycin palmitate hcl</i> (Cleocin Pediatric)	T1	
<i>clindamycin phosphate</i>	T1	
<i>clindamycin phosphate</i> (Cleocin Phosphate)	T1	
<i>clindamycin phosphate/d5w</i>	T1	
CLINDAMYCIN-0.9% NACL	T1	
LINCOCIN	T3	
<i>lincomycin hcl</i> (Lincocin)	T1	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS LIPOGLUCOPÉPTIDOS		
DALVANCE	T3	
ORBACTIV	T3	
VIBATIV	T3	
ANTIBIÓTICOS MACRÓLIDOS		
<i>azithromycin (Zithromax)</i>	T1	
<i>azithromycin 1 gm pwd packet (Zithromax)</i>	T1	
<i>azithromycin 100 mg/5 ml susp (Zithromax)</i>	T1	
<i>azithromycin 200 mg/5 ml susp (Zithromax)</i>	T1	
<i>azithromycin 200 mg/5 ml susp (Zithromax)</i>	T1	
<i>azithromycin 250 mg tablet (Zithromax)</i>	T1	
<i>azithromycin 500 mg add-van v/</i>	T1	
<i>azithromycin 500 mg tablet (Zithromax Tri-pak)</i>	T1	
<i>azithromycin 600 mg tablet</i>	T1	
<i>azithromycin i.v. 500 mg vial (Zithromax)</i>	T1	
<i>clarithromycin</i>	T1	
DIFICID 200 MG TABLET	T3	QL (28 tabs/28 days)
DIFICID 40 MG/ML SUSPENSION	T3	QL (5ml/day)
ERYPED 200 (<i>erythromycin ethylsuccinate</i>)	T3	
ERY-TAB (<i>erythromycin</i>)	T3	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE	T3	
<i>erythromycin base</i>	T1	
<i>erythromycin base</i>	T3	
<i>erythromycin base (Ery-tab)</i>	T1	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	T1	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	T3	
<i>erythromycin ethylsuccinate (Eryped 200)</i>	T1	
<i>erythromycin stearate</i>	T1	
PCE	T3	
ZITHROMAX 1 GM POWDER PACKET (<i>azithromycin</i>)	T3	
ZITHROMAX 100 MG/5 ML SUSP (<i>azithromycin</i>)	T3	
ZITHROMAX 200 MG/5 ML SUSP (<i>azithromycin</i>)	T3	
ZITHROMAX 200 MG/5 ML SUSP (<i>azithromycin</i>)	T3	
ZITHROMAX 250 MG TABLET (<i>azithromycin</i>)	T3	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS MACRÓLIDOS (cont.)		
ZITHROMAX 250 MG Z-PAK TABLET (<i>azithromycin</i>)	T3	
ZITHROMAX 500 MG TABLET (<i>azithromycin</i>)	T3	
ZITHROMAX I.V. 500 MG VIAL (<i>azithromycin</i>)	T3	
ZITHROMAX TRI-PAK (<i>azithromycin</i>)	T3	
AGENTES ANTIBACTERIANOS DERIVADOS DE NITROFURANOS		
FURADANTIN (<i>nitrofurantoin</i>)	T3	
MACROBID (<i>nitrofurantoin mono-macro</i>)	T3	
MACRODANTIN (<i>nitrofurantoin</i>)	T3	
<i>nitrofurantoin</i> (Furadantin)	T1	
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	T1	
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst</i> (Macrobid)	T1	
ANTIBIÓTICOS OXAZOLIDINONAS		
linezolid (Zyvox)	T1	PA
linezolid in 0.9% sodium chlor	T1	
linezolid in dextrose 5% (Zyvox)	T1	
SIVEXTRO 200 MG TABLET	T3	PA
SIVEXTRO 200 MG VIAL	T3	
ZYVOX 100 MG/5 ML SUSPENSION (<i>linezolid</i>)	T3	PA
ZYVOX 200 MG/100 ML-D5W	T3	
ZYVOX 600 MG TABLET (<i>linezolid</i>)	T3	PA
ZYVOX 600 MG/300 ML-D5W	T3	
ANTIBIÓTICOS DE PENICILINA		
amoxicillin	T1	
amoxicillin/potassium clav (Augmentin Es-600)	T1	
ampicillin sodium	T1	
ampicillin sodium/sulbactam na	T1	
ampicillin trihydrate	T1	
BICILLIN C-R	T3	
BICILLIN L-A	T3	
dicloxacillin sodium	T1	
EXTENCILLINE	T3	
LENTOCILIN S	T3	
MOXATAG	T3	
nafticillin in dextrose, iso-osm	T1	
nafticillin sodium	T1	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS DE PENICILINA (cont.)		
<i>oxacillin in dextrose (iso-osm)</i>	T1	
<i>oxacillin sodium</i>	T1	
<i>penicillin g potassium</i>	T1	
<i>penicillin g sodium</i>	T1	
PENICILLIN GK-ISO-OSM DEXTROSE	T1	
<i>penicillin v potassium</i>	T1	
<i>piperacillin sodium/tazobactam</i>	T1	
<i>piperacillin sodium/tazobactam</i> (Piperacillin-tazobactam)	T1	
<i>piperacillin sodium/tazobactam</i> (Zosyn)	T1	
PIPERACILLIN-TAZOBACTAM	T1	
UNASYN (<i>ampicillin-sulbactam</i>)	T3	
ZOSYN	T3	
ZOSYN (<i>piperacillin-tazobactam</i>)	T3	
DERIVADOS DE LA PLEUROMUTILINA		
XENLETA 150 MG/15 ML VIAL	T3	
XENLETA 600 MG TABLET	T3	PA QL (10 tabs/30 days)
ANTIBIÓTICOS DE POLIMIXINA Y DERIVADOS		
<i>colistin (colistimethate na)</i> (Coly-mycin M Parenteral)	T1	
COLY-MYCIN M PARENTERAL (<i>colistimethate</i>)	T3	
<i>polymyxin b sulfate</i>	T1	
ANTIBIÓTICOS DE QUINOLONAS		
AVELOX (<i>moxifloxacin hcl</i>)	T3	
AVELOX IV (<i>moxifloxacin</i>)	T3	
BAXDELA 300 MG VIAL	T3	
BAXDELA 450 MG TABLET	T3	PA
CIPRO (<i>ciprofloxacin hcl</i>)	T3	
CIPRO (<i>ciprofloxacin</i>)	T3	
CIPRO I.V. (<i>ciprofloxacin-d5w</i>)	T3	
<i>ciprofloxacin</i> (Cipro)	T1	
<i>ciprofloxacin hcl</i>	T1	
<i>ciprofloxacin hcl</i> (Cipro)	T1	
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i>	T1	
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i> (Cipro I.v.)	T1	
<i>ciprofloxacin lactate</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS DE QUINOLONAS (cont.)		
<i>ciprofloxacin/ciprofloxa hcl</i>	T1	
FACTIVE	T3	
<i>levofloxacin</i>	T1	
<i>levofloxacin in dextrose 5 %</i>	T1	
MOXIFLOXACIN	T1	
<i>moxifloxacin hcl (Avelox)</i>	T1	
<i>moxifloxacin-sod.chloride (iso) (Avelox Iv)</i>	T1	
<i>ofloxacin</i>	T1	
RIFAMICINAS Y ANTIBIÓTICOS DERIVADOS AFINES		
AEMCOLO	T3	QL (12 tabs/3 days)
XIFAXAN 200 MG TABLET	T2	
XIFAXAN 550 MG TABLET	T2	QL (42 tabs/14 days)
ANTIBIÓTICOS ESTREPTOGRAMINAS		
SYNERCID	T3	
ANTIBIÓTICOS DE TETRACICLINA		
<i>coremino er 135 mg tablet</i>	T1	
<i>coremino er 45 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
ANTIBIÓTICOS DE TETRACICLINA		
<i>coremino er 90 mg tablet</i>	T1	
<i>demeclocycline hcl (Targadox)</i>	T1	
<i>doxycycline hyclate</i>	T1	
<i>doxycycline monohydrate</i>	T1	
<i>doxycycline monohydrate (Vibramycin)</i>	T1	
MINOCIN	T3	
<i>minocycline er 115 mg tablet</i>	T1	
<i>minocycline er 45 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
<i>minocycline er 55 mg tablet</i>	T1	
<i>minocycline er 65 mg tablet</i>	T1	
<i>minocycline er 80 mg tablet</i>	T1	
<i>minocycline er 90 mg tablet</i>	T1	
<i>minocycline hcl</i>	T1	
NUZYRA 100 MG VIAL	T3	SP
NUZYRA 150 MG TABLET	T3	QL (30 tablets/28 days) SP
<i>tetracycline hcl</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS DE TETRACICLINA (cont.)		
VIBRAMYCIN	T3	
XERAVA	T3	
ANTIBIÓTICOS VAGINALES		
<i>clindamycin phosphate</i> (Cleocin)	T1	
<i>metronidazole</i> (Metrogel-vaginal)	T1	
NUVESSA	T3	
ANTIBIÓTICOS DE VANCOMICINA Y DERIVADOS		
VANCOMYCIN	T1	
<i>vancomycin</i> 50 mg/ml solution	T1	
<i>vancomycin</i> 250 mg/5 ml soln (Firvanq)	T1	
<i>vancomycin</i> 500 mg add-van vial	T1	
<i>vancomycin</i> 500 mg vial	T1	
VANCOMYCIN 500 MG/100 ML BAG	T3	
VANCOMYCIN 750 MG ADD-VAN VIAL	T1	
VANCOMYCIN 750 MG/150 ML BAG	T3	
<i>vancomycin</i> 1 gm add-van vial	T1	
<i>vancomycin</i> 1 gm vial	T1	
VANCOMYCIN 1 GRAM/200 ML BAG	T3	
VANCOMYCIN 1.25 GM/250 ML BAG	T3	
VANCOMYCIN 1.5 GRAM/300 ML BAG	T3	
VANCOMYCIN 1.75 GM/350 ML BAG	T3	
VANCOMYCIN 2 GRAM/400 ML BAG	T3	
VANCOMYCIN HCL 1.25 GRAM VIAL	T1	
VANCOMYCIN HCL 1.5 GRAM VIAL	T1	
VANCOMYCIN HCL 1.75 GRAM VIAL	T1	
<i>vancomycin hcl</i> 10 gm vial	T1	
<i>vancomycin hcl</i> 125 mg capsule	T1	
VANCOMYCIN HCL 1G/200 ML BAG	T1	
<i>vancomycin hcl</i> 250 mg capsule	T1	
VANCOMYCIN HCL 250 MG VIAL	T1	
<i>vancomycin</i> vial	T1	
VANCOMYCIN HCL-0.9% NACL	T1	
VANCOMYCIN 1.25 GRAM/250ML-D5W	T1	
VANCOMYCIN 1.5 GRAM/250 ML-D5W	T1	
VANCOMYCIN 1.5 GRAM/300 ML-D5W	T3	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS DE VANCOMICINA Y DERIVADOS (cont.)		
VANCOMYCIN HCL 2 GRAM VIAL	T3	
VANCOMYCIN-D5W 500 MG/100 ML	T1	

ANTIBIÓTICOS (Varios)

LIPOPÉPTIDOS CÍCLICOS		
DAPTOMYCIN	T1	

ANTIBIÓTICOS (Condiciones cutáneas)

ANTIBIÓTICOS TÓPICOS Y ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS		
---	--	--

NEO-SYNALAR	T3	
-------------	----	--

ANTIBIÓTICOS TÓPICOS		
-----------------------------	--	--

BENZAMYCIN (<i>erythromycin-benzoyl peroxide</i>)	T3	
CENTANY	T3	
CENTANY AT	T3	
CLEOCIN T (<i>clindamycin phosphate</i>)	T3	
CLINDACIN ETZ KIT	T3	
CLINDACIN PAC	T3	
<i>clindamycin phosphate</i>	T1	
<i>erythromycin base in ethanol</i>	T1	
<i>erythromycin base in ethanol</i>	T3	
<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i> (Benzamycin)	T1	
EVOCLIN (<i>clindamycin phosphate</i>)	T3	
<i>gentamicin sulfate</i>	T1	
<i>mupirocin</i> (Centany)	T1	
<i>mupirocin calcium</i>	T1	
XEPI	T3	

SULFONAMIDAS TÓPICAS		
-----------------------------	--	--

AVAR 9.5-5% CLEANSING PADS	T3	
<i>avar cleanser</i> (Rosanil)	T1	
AVAR LS	T3	
<i>mafenide acetate</i>	T1	
ROSANIL (<i>sodium sulfacetamide-sulfur</i>)	T1	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Condiciones cutáneas) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SULFONAMIDAS TÓPICAS (cont.)		
SILVADENE (ssd)	T3	
silver sulfadiazine (Silvadene)	T1	
sulfacetamide sod/sulfur/urea	T1	
sulfacetamide sodium/sulfur	T1	
sulfacetamide sodium/sulfur (Avar-e Green)	T1	
sulfacetamide sodium/sulfur (Rosanil)	T1	
sulfacetamide/sulfur/cleansr23	T1	
sulfact sod/sulur/avob/otn/oct	T1	
SULFAMYLON	T3	

ANTICOAGULANTES (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)

ANTICOAGULANTES CUMARÍNICOS		
warfarin sodium	T1	HD
CITRATOS COMO ANTICOAGULANTES		
ACD SOLUTION A	T3	
ACD-A	T3	
ANTICOAG SODIUM CITRATE 4% SOL	T3	
CITRATE PHOSPHATE DEXTROSE	T1	
TRICITRASOL	T3	
INHIBIDORES DIRECTOS DEL FACTOR XA		
BEVYXXA	T3	QL (42 caps/42 days)
ELIQUIS	T2	PA
SAVAYSA 15 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day)
SAVAYSA 30 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day)
SAVAYSA 60 MG TABLET	T3	PA
XARELTO	T2	
HEPARINA Y PREPARACIONES RELACIONADAS		
ARIXTRA (fondaparinux sodium)	T3	QL (1 syringe/day) SP
enoxaparin 100 mg/ml syringe (Lovenox)	T1	QL (2 syringes/day) SP
enoxaparin 120 mg/0.8 ml syr (Lovenox)	T1	QL (2 syringes/day) SP
enoxaparin 150 mg/ml syringe (Lovenox)	T1	QL (2 syringes/day) SP
enoxaparin 30 mg/0.3 ml syr (Lovenox)	T1	QL (2 syringes/day) SP
enoxaparin 300 mg/3 ml vial (Lovenox)	T1	QL (1 vial/day) SP
enoxaparin 40 mg/0.4 ml syr (Lovenox)	T1	QL (2 syringes/day) SP

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

ANTICOAGULANTES (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HEPARINA Y PREPARACIONES RELACIONADAS (cont.)		
<i>enoxaparin 60 mg/0.6 ml syr (Lovenox)</i>	T1	QL (2 syringes/day) SP
<i>enoxaparin 80 mg/0.8 ml syr (Lovenox)</i>	T1	QL (2 syringes/day) SP
<i>fondaparinux sodium (Arixtra)</i>	T1	QL (1 syringe/day) SP
FRAGMIN	T3	QL (2ml/day) SP
<i>heparin 10, 000 unit/10 ml vial</i>	T1	
<i>heparin 2, 000 unit/2 ml vial</i>	T1	
<i>heparin 30, 000 unit/30 ml vial</i>	T1	
<i>heparin 40, 000 unit/4 ml vial</i>	T1	
<i>heparin 5, 000 unit/ml carpuct</i>	T1	
<i>heparin 50, 000 unit/10 ml vial</i>	T1	
<i>heparin 50, 000 unit/5 ml vial</i>	T1	
<i>heparin 1,000 unit/500 ml-ns</i>	T1	
HEPARIN 2,000 UNIT/1,000 ML-NS (<i>heparin sodium,porcine/ns/pf</i>)	T3	
<i>heparin 2,000 unit/1,000 ml-ns (Heparin Sodium-0.9% Nacl)</i>	T1	
HEPARIN 2,500 UNIT/500 ML-NS	T1	
HEPARIN 30,000 UNIT/1,000-NS	T1	
HEPARIN 5,000 UNIT/1,000 ML-NS	T1	
HEPARIN 5,000 UNIT/500 ML-NS	T1	
<i>heparin sod 1, 000 unit/ml vial</i>	T1	
<i>heparin sod 10, 000 unit/ml vl</i>	T1	
<i>heparin sod 20, 000 unit/ml vl</i>	T1	
<i>heparin sod 5, 000 unit/0.5 ml</i>	T1	
HEPARIN SOD 5, 000 UNIT/0.5 ML	T3	
<i>heparin sod 5, 000 unit/0.5 ml (Heparin Sodium)</i>	T1	
<i>heparin sod 5, 000 unit/ml syrg</i>	T1	
<i>heparin sod 5, 000 unit/ml vial</i>	T1	
<i>heparin sod, porcine/0.9 % nacl</i>	T1	
<i>heparin sod, pork in 0.45% nacl</i>	T1	
<i>heparin sodium, porcine</i>	T1	
<i>heparin sodium, porcine/pf</i>	T1	
HEPARIN SODIUM-0.45% NACL	T1	
LOVENOX 100 MG/ML SYRINGE (<i>enoxaparin sodium</i>)	T3	QL (2 syringes/day) SP
LOVENOX 120 MG/0.8 ML SYRINGE (<i>enoxaparin sodium</i>)	T3	QL (2 syringes/day) SP
LOVENOX 150 MG/ML SYRINGE (<i>enoxaparin sodium</i>)	T3	QL (2 syringes/day) SP

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

ANTICOAGULANTES (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HEPARINA Y PREPARACIONES RELACIONADAS (cont.)		
LOVENOX 30 MG/0.3 ML SYRINGE (<i>enoxaparin sodium</i>)	T3	QL (2 syringes/day) SP
LOVENOX 300 MG/3 ML VIAL (<i>enoxaparin sodium</i>)	T2	QL (1 vial/day) SP
LOVENOX 40 MG/0.4 ML SYRINGE (<i>enoxaparin sodium</i>)	T3	QL (2 syringes/day) SP
LOVENOX 60 MG/0.6 ML SYRINGE (<i>enoxaparin sodium</i>)	T3	QL (2 syringes/day) SP
LOVENOX 80 MG/0.8 ML SYRINGE (<i>enoxaparin sodium</i>)	T3	QL (2 syringes/day) SP
INHIBIDORES DE LA TROMBINA, SELECTIVOS, DIRECTOS Y REVERSIBLES		
ARGATROBAN	T1	SP HD
ARGATROBAN 250MG/2.5ML VIAL	T3	SP
ARGATROBAN-0.9% NACL	T1	SP HD
<i>dabigatran etexilate</i>	T1	
PRADAXA	T3	PA HD
INHIBIDORES DE LA TROMBINA, SELECTIVOS, DIRECTOS Y REVERSIBLES - TIPO HIRUDINA		
ANGIOMAX (<i>bivalirudin</i>)	T3	
BIVALIRUDIN 250 MG ADD-VANT VL	T1	
<i>bivalirudin 250 mg vial</i> (Angiomax)	T1	
BIVALIRUDIN RTU 250 MG/50 ML	T3	
BIVALIRUDIN-0.9% NACL	T1	
ANTÍDOTOS (Condiciones gastrointestinales/pirosis)		
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES OPIOIDES MU, CON ACCIÓN PERIFÉRICA		
MOVANTIK	T2	PA
RELISTOR	T3	PA
SYMPROIC	T2	PA
ANTÍDOTOS (Abuso de sustancias)		
ANTAGONISTAS OPIOIDES		
KLOXXADO	T2	PA QL (2 sprays/30 days)
<i>naloxone 0.4 mg/ml carpject</i>	T1	
<i>naloxone 0.4 mg/ml vial</i>	T1	
NALOXONE 2 MG AUTO-INJECTOR	T3	QL (0.8ml/day)
<i>naloxone 2 mg/2 ml syringe</i>	T1	
<i>naloxone 4 mg/10 ml vial</i>	T1	
<i>naltrexone hcl</i>	T1	QL (180 tabs/30 days)
NARCAN	T2	QL (2 units/30 days)

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

ANTÍDOTOS (Abuso de sustancias) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTAGONISTAS OPIOIDES (cont.)		
OPVEE	T2	QL (2 units/30 days)
REXTOVY	T2	QL (2 units/30 days)
ZIMHI	T3	QL (2 inj/month)

ANTIMICÓTICOS (Condiciones oculares)

AGENTES ANTIMICÓTICOS OFTÁLMICOS		
NATACYN	T3	

ANTIMICÓTICOS (Productos femeninos)

ANTIMICÓTICOS VAGINALES		
GYNAZOLE 1	T1	
<i>miconazole nitrate</i>	T1	
<i>terconazole</i>	T1	

ANTIMICÓTICOS (Infecciones)

AGENTES ANTIMICÓTICOS		
ANCOBON (<i>flucytosine</i>)	T3	
<i>clotrimazole</i>	T1	
CRESEMBA 74.5 MG CAPSULE	T3	PA
CRESEMBA 186 MG CAPSULE	T3	PA
CRESEMBA 372 MG VIAL	T3	
<i>fluconazole</i>	T1	
<i>fluconazole in dextrose, iso-os</i>	T1	
<i>flucytosine</i> (Ancobon)	T1	
<i>itraconazole</i>	T1	
<i>ketoconazole</i>	T1	
ORAVIG	T3	
<i>posaconazole</i> (Noxafil)	T1	
<i>terbinafine hcl</i>	T1	
VFEND (<i>voriconazole</i>)	T3	PA
VFEND IV (<i>voriconazole</i>)	T3	
VIVJOA	T3	PA
<i>voriconazole 200 mg tablet</i> (Vfend)	T1	PA
<i>voriconazole 200 mg vial</i> (Vfend Iv)	T1	
<i>voriconazole 40 mg/ml susp</i> (Vfend)	T1	PA
<i>voriconazole 50 mg tablet</i> (Vfend)	T1	PA

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a 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
ANTIBIÓTICOS ANTIMICÓTICOS		
ABELCET	T3	
AMBISOME	T3	
<i>amphotericin b</i>	T1	
CANCIDAS (<i>caspofungin acetate</i>)	T3	
<i>caspofungin acetate</i> (Cancidas)	T1	
ERAXIS	T3	
<i>griseofulvin ultramicrosize</i> (Gris-peg)	T1	
<i>griseofulvin, microsize</i>	T1	
GRIS-PEG (<i>griseofulvin ultramicrosize</i>)	T3	
MICAFUNGIN-0.9% NACL	T3	
<i>micafungin sodium</i> (Mycamine)	T1	
MYCAMINE (<i>micafungin</i>)	T3	
<i>nystatin</i>	T1	
ANTIMICÓTICOS (Condiciones cutáneas)		
ANTIMICÓTICO TÓPICO/ANTIINFLAMATORIO, AGENTE ESTEROIDE		
<i>clotrimazole/betamethasone dip</i>	T1	
ANTIMICÓTICOS TÓPICOS		
<i>ciclodan 0.77% cream</i>	T1	
CICLODAN 0.77% CREAM KIT	T3	
<i>ciclodan 8% solution</i>	T1	
<i>ciclopirox</i>	T1	
<i>ciclopirox olamine</i>	T1	
<i>ciclopirox olamine</i> (Loprox)	T1	
<i>econazole nitrate</i>	T1	
ECOZA	T3	
EXODERM	T1	
<i>ketoconazole</i>	T1	
<i>ketoconazole/skin cleanser 28</i>	T1	
LOPROX (<i>ciclopirox</i>)	T3	
LULICONAZOLE	T1	
<i>naftifine hcl</i>	T1	
<i>naftifine hcl</i> (Naftin)	T1	
NAFTIN (<i>naftifine hcl</i>)	T3	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIMICÓTICOS (Condiciones cutáneas) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIMICÓTICOS TÓPICOS (cont.)		
<i>nystatin</i>	T1	
<i>nystatin/triamcinolone acet</i>	T1	

ANTIISTAMÍNICOS Y DESCONGESTIVOS COMBINADOS (Alergia/rociadores nasales)

COMBINACIÓN DE ANTIISTAMÍNICOS DE 1.ª GENERACIÓN Y DESCONGESTIVOS

<i>phenylephrine hcl/prometh hcl</i>	T1	
--------------------------------------	----	--

COMBINACIÓN DE ANTIISTAMÍNICOS DE 2.ª GENERACIÓN Y DESCONGESTIVOS

CLARINEX-D 12 HOUR	T3	
--------------------	----	--

ANTIISTAMÍNICOS (Alergia/rociadores nasales)

ANTIISTAMÍNICOS - 1.ª GENERACIÓN

<i>carbinoxamine maleate</i>	T1	
<i>clemastine fumarate</i>	T1	
<i>cyproheptadine hcl</i>	T1	
<i>cyproheptadine hcl</i> (Cyproheptadine Hcl)	T1	
<i>diphenhydramine hcl</i>	T1	
<i>hydroxyzine hcl</i>	T1	
<i>hydroxyzine pamoate</i>	T1	
<i>hydroxyzine pamoate</i> (Vistaril)	T1	
PHENERGAN (<i>promethazine hcl</i>)	T3	
<i>promethazine hcl</i>	T1	
<i>promethazine hcl</i> (Phenergan)	T1	
VISTARIL (<i>hydroxyzine pamoate</i>)	T3	

ANTIISTAMÍNICOS - 2.ª GENERACIÓN

<i>cetirizine hcl</i>	T1	HD
<i>desloratadine 2.5 mg odt</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>desloratadine 5 mg odt</i>	T1	HD
<i>desloratadine 5 mg tablet</i>	T1	HD
<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	T1	HD
QUZYTIR	T3	

ANTIISTAMÍNICOS (Condiciones oculares)

<i>azelastine hcl 0.05% drops</i>	T1	
<i>bepotastine besilate</i>	T1	
<i>epinastine hcl</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIISTAMÍNICOS (Condiciones oculares) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIISTAMÍNICOS PARA LOS OJOS (cont.)		
<i>olopatadine hcl 0.1% eye drops</i>	T1	
<i>olopatadine hcl 0.2% eye drop</i>	T1	

ANTIIPERGLUCÉMICOS (Diabetes)

ANTIIPERGLUCÉMICOS, MIMÉTICOS DE INCRETINA (AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-I)		
BYDUREON	T2	QL (4 vials/28 days) ST HD
BYDUREON BCISE	T2	QL (4 pens/28 days) ST
BYDUREON PEN	T2	QL (4 pens/28 days) ST HD
OZEMPIC 0.25-0.5 MG DOSE PEN	T2	QL (2 pens/28 days) ST HD
OZEMPIC 1 MG DOSE PEN (1.5 ML)	T2	QL (2 pens/28 days) ST HD
OZEMPIC 1 MG DOSE PEN (3 ML)	T2	QL (3ml/21 days) ST HD
REZVOGLAR KWIKPEN	T2	QL
RYBELSUS	T2	QL (1 tab/day) ST
TRULICITY 0.75 MG/0.5 ML PEN	T2	QL (4 pens/28 days) ST HD
TRULICITY 1.5 MG/0.5 ML PEN	T2	QL (4 pens/28 days) ST HD
TRULICITY 3 MG/0.5 ML PEN	T2	QL (2 ml/28 days) ST HD
TRULICITY 4.5 MG/0.5 ML PEN	T2	QL (2 ml/28 days) ST HD
ANTIIPERGLUCÉMICOS, INSULINA, ACCIÓN PROLONGADA-AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-I		
SOLIQUA 100-33	T2	HD
ANTIIPERGLUCÉM.-INHIB. DEL COTRANSPORT. DE SOD./GLUC. TIPO 2 (SGLT-2)		
FARXIGA	T2	ST QL(1 tab/day)
JARDIANCE	T2	QL (1 tab/day) ST HD
ANTIIPERGLUCÉMICOS - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE DOPAMINA		
CYCLOSET	T3	HD
ANTIIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE LA ALFA-GLUCOSIDASA		
<i>acarbose (Precose)</i>	T1	HD
<i>GLYSET (miglitol)</i>	T3	HD
<i>miglitol (Glyset)</i>	T1	HD
<i>PRECOSE (acarbose)</i>	T3	HD
ANTIIPERGLUCÉMICOS, TIPO ANÁLOGOS DE AMILINA		
SYMLINPEN 60	T2	
SYMLINPEN 120	T2	HD
ANTIIPERGLUCÉMICOS, TIPO BIGUANIDAS		
GLUCOPHAGE XR (<i>metformin hcl er</i>)	T3	HD

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO BIGUANIDAS (cont.)		
<i>metformin hcl</i> (Glucophage Xr)	T1	HD
<i>metformin hcl</i> (Riomet)	T1	HD
RIOMET (<i>metformin hcl</i>)	T3	HD
RIOMET ER	T3	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE DPP-4		
JANUVIA	T2	QL (1 tab/day) ST HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS-BLOQUEADORES DE LOS RECEPTORES DE GLUCOCORTICOIDES		
<i>mifepristone 300 mg tablet</i> (Korlym)	T2	QL (1 tab/day) ST HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO ESTIMULANTES DE LIBERACIÓN DE INSULINA		
AMARYL (<i>glimepiride</i>)	T3	HD
<i>chlorpropamide</i>	T1	HD
<i>glimepiride</i> (Amaryl)	T1	HD
GLIMEPIRIDE 3 MG TABLET	T3	HD
<i>glipizide</i> (Glucotrol XL)	T1	HD
<i>glipizide</i> (Glucotrol)	T1	HD
GLIPIZIDE 2.5 MG TABLET	T3	HD
GLUCOTROL (<i>glipizide</i>)	T3	HD
GLUCOTROL XL (<i>glipizide xl</i>)	T3	HD
<i>glyburide</i>	T1	HD
GLYNASE (<i>glyburide micronized</i>)	T3	HD
<i>repaglinide</i>	T1	HD
STARLIX (<i>nateglinide</i>)	T3	HD
<i>tolbutamide</i>	T1	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, COMB. DE INHIBIDORES DE SGLT-2 Y DPP-4		
GLYXAMBI	T2	QL (1 tab/day) ST HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS Y BIGUANIDAS		
ACTOPLUS MET (<i>pioglitazone-metformin</i>)	T3	HD
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i> (Actoplus Met)	T1	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS Y SULFONILUREAS		
DUETACT (<i>pioglitazone-glimepiride</i>)	T3	HD
<i>pioglitazone hcl/glimepiride</i> (Duetact)	T1	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, COMB. DE INHIBIDORES DE DPP-4 Y BIGUANIDAS		
JANUMET	T2	QL (2 tabs/day) ST HD

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, COMB. DE INHIBIDORES DE DPP-4 Y BIGUANIDAS (cont.)		
JANUMET XR 100-1,000 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day) ST HD
JANUMET XR 50-1,000 MG TABLET	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
JANUMET XR 50-500 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day) ST HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, ESTIM. DE LIBERACIÓN DE INSULINA-BIGUANIDAS		
glipizide/metformin hcl	T1	HD
glyburide/metformin hcl	T1	HD
repaglinide/metformin hcl	T1	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS (AGONISTAS DE PPARG)		
ACTOS (pioglitazone hcl)	T3	HD
AVANDIA	T3	HD
pioglitazone hcl (Actos)	T1	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS-COMB. DE INHIBIDORES DE SGLT-2 Y BIGUANIDAS		
SYNJARDY	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
SYNJARDY XR 10-1,000 MG TABLET	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
SYNJARDY XR 12.5-1,000 MG TAB	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
SYNJARDY XR 25-1,000 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day) ST HD
SYNJARDY XR 5-1,000 MG TABLET	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
XIGDUO XR 10 MG-1,000 MG TAB	T2	QL (1 tab/day) ST HD
XIGDUO XR 10 MG-500 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day) ST HD
XIGDUO XR 2.5 MG-1,000 MG TAB	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
XIGDUO XR 5 MG-1,000 MG TABLET	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
XIGDUO XR 5 MG-500 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day) ST HD
ANTIHIPERGLUCÉM.-COMB. DE INHIB. DE SGLT-2, INHIB. DE DPP-4 Y BIGUANIDAS		
TRIJARDY XR	T2	QL (1 tab/day) ST HD
INSULINAS		
BASAGLAR KWIKPEN U-100	T2	QL (1.5ml/day) HD
FIASP PENFILL	T3	QL (1.5ml/day) HD
HUMALOG	T2	QL(1.5 mls/day) HD
HUMALOG KWIKPEN U-200	T2	QL (1ml/day) HD
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	T2	QL (2ml/day) HD
HUMALOG MIX 75-25	T2	QL (2ml/day) HD
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	T2	QL (2ml/day) HD
HUMULIN R U-500	T2	QL (1ml/day) HD
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	T2	QL (1ml/day) HD

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INSULINAS (cont.)		
LYUMJEV	T2	QL (1.5ml/day) HD
LYUMJEV KWIKPEN U-100	T2	QL (1.5ml/day) HD
LYUMJEV KWIKPEN U-200	T2	QL (1ml/day) HD
TRESIBA	T2	QL (1.5ml/day) HD
TRESIBA FLEXTOUCH U-100	T2	QL (1.5ml/day) HD
TRESIBA FLEXTOUCH U-200	T2	QL (0.9ml/day) HD

ANTIINFECCIOSOS (Productos femeninos)

SULFONAMIDAS VAGINALES

AVC	T3	
-----	----	--

ANTIINFECCIOSOS (Infecciones)

ANTIBIÓTICOS DE PENICILINA

<i>amoxicillin</i>	T1	
<i>ampicillin sodium</i>	T1	
<i>nafcillin sodium</i>	T1	

ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Productos femeninos)

ANTISÉPTICOS VAGINALES

<i>acetic acid/oxyquinoline</i> (Relagard)	T1	
RELAGARD (<i>fem ph</i>)	T3	
TRIMO-SAN	T3	

ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Infecciones)

ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS DE 2.ª GENERACIÓN-ANTIBACTERIANOS

TINDAMAX (<i>tinidazole</i>)	T3	
<i>tinidazole</i>	T1	
<i>tinidazole</i> (Tindamax)	T1	

AMEBICIDAS

<i>paromomycin sulfate</i>	T1	
----------------------------	----	--

ANTIHELMÍNTICOS

<i>albendazole</i> (Albenza)	T1	
ALBENZA (<i>albendazole</i>)	T3	
BILTRICIDE (<i>praziquantel</i>)	T3	
EMVERM	T1	
<i>ivermectin</i> (Stromectol)	T1	PA
<i>praziquantel</i> (Biltricide)	T1	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Infecciones) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTHELMÍNTICOS (cont.)		
STROMEKTOL (<i>ivermectin</i>)	T3	PA
MEDICAMENTOS CONTRA LA MALARIA		
<i>atovaquone/proguanil hcl</i> (Malarone)	T1	
<i>chloroquine ph 250 mg tablet</i>	T1	QL (56 Tabs/365 Days)
<i>chloroquine ph 500 mg tablet</i>	T1	
COARTEM	T3	PA QL (24 tabs/30 days)
<i>hydroxychloroquine sulfate</i> (Plaquenil)	T1	
KRINTAFEL	T3	PA QL (2 tabs/30 days)
MALARONE (<i>atovaquone-proguanil hcl</i>)	T3	PA
<i>mefloquine hcl</i>	T1	
PLAQUENIL (<i>hydroxychloroquine sulfate</i>)	T3	
PRIMAQUINE (<i>primaquine phosphate</i>)	T1	
<i>primaquine phosphate</i> (Primaquine)	T1	
<i>pyrimethamine 25 mg tablet</i> (Daraprim)	T1	PA
<i>pyrimethamine 25 mg tablet</i> (Daraprim)	T1	PA SP
QUALAQUIN (<i>quinine sulfate</i>)	T3	PA
<i>quinine sulfate</i> (Qualaquin)	T1	
MEDICAMENTOS ANTIPROTOZOARIOS, VARIOS		
<i>atovaquone</i>	T1	
BENZNIDAZOLE	T3	
IMPAVIDO	T3	PA
LAMPIT	T3	
NEBUPENT (<i>pentamidine isethionate</i>)	T3	
PENTAM 300 (<i>pentamidine isethionate</i>)	T3	
ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Varios)		
MEDICAMENTOS ANTIPROTOZOARIOS, VARIOS (cont.)		
<i>pentamidine isethionate</i> (Nebupent)	T1	
<i>pentamidine isethionate</i> (Pentam 300)	T1	
AGENTES ANTIBACTERIANOS, VARIOS		
<i>glycine urologic solution</i>	T1	
<i>glycine urologic solution</i>	T3	
AGENTES SECADORES ANTISÉPTICOS TÓPICOS		
<i>formaldehyde</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (CONDICIONES CUTÁNEAS)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIMICÓTICOS TÓPICOS		
CICLODAN 8% KIT	T3	
<i>ciclopirox/urea/camph/men/euc</i> (Ciclodan)	T1	
AGENTES INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL ANTIINFLAMATORIOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
ANTIINFLAMATORIOS INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL		
ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN CROHNS	T2	PA QL(1 starter kit/365 days) SP HD
ADALIMUMAB-ADBM(CF)PEN	T2	PA QL(2 pens/syringes/28 days) SP HD
ADALIMUMAB-RYVK(CF)	T2	PA QL (2 auto-injs/28 days) SP
AMJEVITA(CF)	T2	PA QL(2 syringes/28 days) SP HD
AMJEVITA(CF) AUTOINJECTOR	T2	PA QL(2 auto-injs/28 days) SP HD
AVSOLA	T2	PA SP
CIMZIA 200 MG VIAL KIT	T2	PA QL (1 kit/28 days) SP HD
CIMZIA 2X200 MG/ML SYRINGE KIT	T2	PA QL (1 kit/28 days) SP HD
CIMZIA 2X200 MG/ML (X3) START KT	T2	PA QL (1 kit/year) SP HD
CYLTEZO (CF)	T2	PA QL(1 starter kit/365 days) SP
CYLTEZO(CF) PEN	T2	PA QL(2 pens/28 days) SP
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS	T2	PA QL(1 starter kit/365 days) SP
ENBREL 25 MG KIT	T2	PA QL (8 vials/28 days) SP HD
ENBREL 25 MG/0.5 ML SYRINGE	T2	PA QL (8 syringes/28 days) SP HD
ENBREL 25 MG/0.5 ML VIAL	T2	PA QL (4ml/28 days) SP HD
ENBREL 50 MG/ML SYRINGE	T2	PA QL (4 syringes/28 days) SP HD
ENBREL MINI	T2	PA QL (4 cartridges/28 days) SP HD
ENBREL SURECLICK	T2	PA QL (4 syringes/28 days) SP HD
HUMIRA	T2	PA QL (2 syringes/28 days) SP HD
HUMIRA PEN	T2	PA QL (2 pens/28 days) SP HD
HUMIRA PEN CROHN'S-UC-HS	T2	PA QL (1 kit/year) SP HD
HUMIRA PEN PSOR-UEITS-ADOL HS	T2	PA QL (1 kit/year) SP HD
HUMIRA (CF)	T2	PA QL (2 syringes/28 days) SP HD
HUMIRA (CF) PEN 40 MG/0.4 ML	T2	PA QL (2 pens/28 days) SP HD
HUMIRA (CF) PEN 80 MG/0.8 ML	T2	PA QL (1 kit/year) SP HD
HUMIRA (CF) PEN CROHN'S-UC-HS	T2	PA QL (1 kit/year) SP
HUMIRA (CF) PEN PEDIATRIC UC	T2	PA QL (4 KITS/365 DAYS) SP HD

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

AGENTES INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL ANTIINFLAMATORIOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAMATORIOS INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL (cont.)		
HUMIRA (CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS	T2	PA QL (1 kit/year) SP HD
HYRIMOZ(CF) PEN	T2	PA QL (2 pens/28 days) SP HD
IBRANCE	T3	PA QL SP
IBTROZI 200 MG CAPSULE	T3	PA SP HD
INFLECTRA	T2	PA SP HD
RENFLEXIS	T3	PA SP HD
SIMLANDI(CF)	T2	PA QL SP
SIMPONI 100 MG/ML PEN INJECTOR	T2	PA QL (1 injector/28 days) SP HD
SIMPONI 100 MG/ML SYRINGE	T2	PA QL (1 syringe/28 days) SP HD
SIMPONI ARIA	T2	PA SP HD

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer)

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

<i>bexarotene</i> (Targretin)	T1	PA SP HD
-------------------------------	----	----------

ANTIBIÓTICOS ANTINEOPLÁSICOS

<i>adriamycin 10 mg vial</i>	T1	PA SP
<i>adriamycin 10 mg/5 ml vial</i>	T1	PA SP
<i>adriamycin 20 mg/10 ml vial</i>	T1	PA SP
ADRIAMYCIN (<i>doxorubicin hcl</i>)	T3	PA SP
<i>bleomycin sulfate</i>	T1	PA SP
<i>dactinomycin</i> (Cosmegen)	T1	PA SP
<i>daunorubicin hcl</i>	T1	PA SP
DOXIL (<i>lipodox 50</i>)	T3	PA SP
<i>doxorubicin hcl</i>	T1	PA SP
<i>doxorubicin hcl</i> (Adriamycin)	T1	PA SP
<i>doxorubicin hcl peg-liposomal</i> (Doxil)	T1	PA SP
ELLENCÉ (<i>epirubicin hcl</i>)	T3	PA SP
<i>epirubicin 200 mg/100 ml vial</i> (Ellence)	T1	PA SP
<i>epirubicin 50 mg/25 ml vial</i> (Ellence)	T1	PA SP
<i>epirubicin hcl 200 mg vial</i>	T1	SP
IDAMYCIN PFS (<i>idarubicin hcl</i>)	T3	PA SP
<i>idarubicin hcl</i> (Idamycin Pfs)	T1	PA SP
<i>mitomycin</i> (Mutamycin)	T1	PA SP
MUTAMYCIN (<i>mitomycin</i>)	T3	PA SP

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS ANTINEOPLÁSICOS (cont.)		
valrubicin (Valstar)	T1	SP
VALSTAR (valrubicin)	T2	SP
ZANOSAR	T2	PA SP
FÁRMACOS INMUNOCONJUGADOS ANTINEOPLÁSICOS		
IMDELLTRA	T3	PA SP
LUNSUMIO	T3	PA SP
ANTINEOPLÁSICOS - ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-MUERTE PROGRAMADA-I (PD-I)		
ZYNYZ	T3	PA SP
ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-CD20 (LINFOCITOS B)		
GAZYVA	T3	PA SP
RIABNI	T2	PA SP
RITUXAN	T2	PA SP
RITUXAN HYCELA	T2	PA SP
RUXIENCE	T2	PA SP
TRUXIMA	T2	PA SP
ANTINEOPLÁSICOS, ANTICUERPOS MONOCLONALES RECOMBINANTES INHIBIDORES DEL VEGF HUMANO		
AVASTIN	T2	PA SP
MVASI	T2	PA SP
VEGZELMA	T3	PA SP
ZIRABEV	T2	PA SP
ANTINEOPLÁS., INHIBIDORES DE LA HISTONA DEACETILASA (HDAC)		
BELEODAQ	T3	PA SP
FARYDAK	T3	PA SP HD
ISTODAX	T3	PA SP
ROMIDEPSIN 10 MG KIT	T1	PA SP
ROMIDEPSIN 27.5 MG/5.5 ML VIAL	T3	PA SP
ZOLINZA	T2	PA SP HD
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS - ALQUILANTES		
ALKERAN 2 MG TABLET (melphalan)	T3	SP
ALKERAN 50 MG VIAL (melphalan hcl)	T3	PA SP
BELRAPZO	T3	PA SP HD
bendamustine vial	T1	PA SP HD
BENDEKA	T3	PA SP HD

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS - ALQUILANTES (cont.)		
BICNU (<i>carmustine</i>)	T2	SP
<i>busulfan</i> (Busulfex)	T1	SP
<i>carboplatin</i>	T1	PA SP
<i>carmustine</i> (Bicnu)	T1	SP
CISPLATIN 50MG VIAL	T3	PA SP
<i>cisplatin vial</i>	T2	PA QL (2 pens/28 days) SP HD
<i>cyclophosphamide 1 gm vial</i>	T3	SP
CYCLOPHOSPHAMIDE 1 GM/10 ML VL	T3	SP
CYCLOPHOSPHAMIDE 2 GM/20 ML VL	T3	SP
CYCLOPHOSPHAMIDE 500 MG/5ML VL	T3	SP
<i>cyclophosphamide 2 gm vial</i>	T3	SP
<i>cyclophosphamide 25 mg capsule</i>	T3	SP HD
<i>cyclophosphamide 500 mg vial</i>	T3	SP
CYCLOPHOSPHAMIDE 500 MG/2.5 ML	T3	SP
EVOMELA	T3	PA SP
GLEOSTINE	T2	
GLIADEL	T3	SP
HYDREA (<i>hydroxyurea</i>)	T3	
<i>hydroxyurea</i> (Hydrea)	T1	
IFEX (<i>ifosfamide</i>)	T3	PA SP
<i>ifosfamide</i>	T1	PA SP
<i>ifosfamide</i> (Ifex)	T1	PA SP
LEUKERAN	T2	
<i>melphalan</i> (Alkeran)	T1	PA SP CSL
MYLERAN	T2	
<i>oxaliplatin</i>	T1	PA SP
PEPAXTO	T3	PA SP
TEMODAR (<i>temozolomide</i>)	T3	PA SP HD
TEMODAR 180 MG CAPSULE (<i>temozolomide</i>)	T3	PA SP HD
TEMODAR 20 MG CAPSULE (<i>temozolomide</i>)	T3	PA SP HD
<i>temozolomide</i>	T1	PA SP HD CSL
TEPADINA	T3	PA SP
TEPADINA (<i>thiotepa</i>)	T3	PA SP
<i>thiotepa</i> (Tepadina)	T1	PA SP
TREANDA	T3	PA SP

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS - ALQUILANTES (cont.)		
YONDELIS	T3	PA SP
ZEPZELCA	T3	PA SP
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS - ANTIANDROGÉNICOS		
<i>abiraterone 500 mg tablet</i>	T1	SP HD
<i>abiraterone acetate 250 mg tab</i>	T1	PA SP HD
<i>abiraterone acetate 500 mg tab (Zytiga)</i>	T1	SP HD CSL
<i>bicalutamide (Casodex)</i>	T1	
CASODEX (<i>bicalutamide</i>)	T3	
ERLEADA 240 MG TABLET	T2	PA QL(1 tab/day) SP HD CSL
ERLEADA 60 MG TABLET	T2	PA SP HD CSL
<i>flutamide</i>	T1	
<i>nilutamide</i>	T1	QL (4 tabs/day)
NUBEQA	T2	PA SP HD
XTANDI	T2	PA SP HD
ANTINEOPLÁSICOS - ANTIBIÓTICOS Y ANTIMETABOLITOS		
VYXEOS	T3	PA SP
ANTINEOPLÁSICOS - ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-CD38		
DARZALEX	T3	PA SP HD
DARZALEX FASPRO	T3	PA SP
SARCLISA	T3	PA SP
ANTINEOPLÁSICOS - ANTIMETABOLITOS		
ALIMTA	T2	PA SP
ARRANON	T2	PA SP
<i>capecitabine (Xeloda)</i>	T1	PA SP HD
<i>cladribine</i>	T1	PA SP
<i>clofarabine</i>	T1	PA SP
<i>cytarabine</i>	T1	PA SP
<i>cytarabine/pf</i>	T1	PA SP
DACOGEN (<i>decitabine</i>)	T2	PA SP
<i>floxuridine</i>	T1	PA SP
<i>fludarabine phosphate</i>	T1	PA SP
<i>fluorouracil</i>	T1	PA SP
<i>fluorouracil 2.5 gm/50 ml btl</i>	T1	PA SP
<i>fluorouracil 2.5 gm/50 ml vial</i>	T1	PA SP
<i>fluorouracil 5 gm/100 ml btl</i>	T1	PA SP

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSICOS - ANTIMETABOLITOS (cont.)		
<i>fluorouracil 5 gm/100 ml vial</i>	T1	PA SP
<i>fluorouracil 5, 000 mg/100 ml</i>	T1	PA SP
<i>fluorouracil 500 mg/10 ml vial</i>	T1	PA SP
FOLOTYN 20 MG/ML VIAL	T2	PA SP
FOLOTYN 40 MG/2 ML VIAL	T3	PA SP
<i>gemcitabine hcl</i>	T1	PA SP
GEMCITABINE 1GM/10ML VIAL	T3	PA SP
GEMCITABINE 1.5GM/15ML VIAL	T3	PA SP
GEMCITABINE 2GM/20ML VIAL	T3	PA SP
GEMCITABINE 200MG/2ML VIAL	T3	PA SP
INFUGEM	T3	PA SP HD
INQOVI	T3	PA SP HD
JYLAMVO	T3	CSL
LONSURF	T3	PA SP HD
<i>mercaptopurine</i>	T1	
<i>methotrexate sodium</i>	T1	
<i>methotrexate sodium/pf</i>	T1	
NIPENT	T3	PA SP
ONUREG	T3	PA QL (14 Tabs/28 Days) SP
PEMRYDI RTU	T3	PA
PURIXAN	T3	SP
TABLOID	T3	
TREXALL	T2	
VIDAZA (<i>azacitidine</i>)	T2	PA SP
XATMEP	T3	
XELODA (<i>capecitabine</i>)	T3	PA SP HD
ANTINEOPLÁSICOS - ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-SLAMF7		
EMPLICITI	T3	PA SP HD
<i>anastrozole</i> (Arimidex)	T1	HD PPACA
ARIMIDEX (<i>anastrozole</i>)	T3	HD
AROMASIN (<i>exemestane</i>)	T3	HD
<i>exemestane</i> (Aromasin)	T1	HD PPACA
FEMARA (<i>letrozole</i>)	T3	HD
<i>letrozole</i> (Femara)	T1	HD
TAFINLAR 10 MG TABLET FOR SUSP	T2	PA QL(30 tabs/day) SP HD CSL

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA AROMATASA		
TAFINLAR TABLET	T2	PA QL(30 tabs/day) SP HD CSL
OJEMDA TABLET	T3	PA QL(1 packet/28 Days) SP CSL
OJEMDA 25 MG/ML ORAL SUSP	T3	PA QL(8 bottles/28 days) SP CSL
ZELBORAF	T3	PA SP HD
ANTINEOPLÁSICOS-COMB. DE INHIBIDORES DE ENZIMAS Y AGENTES ANTIANDROGÉNICOS		
AKEEGA	T3	PA QL(2 tabs/day) SP CSL
ANTINEOPLÁSICOS - ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-CD19 (LINFOCITOS B)		
MONJUVI	T3	PA SP
ANTINEOPLÁSICOS - EPOTILONAS Y ANÁLOGOS		
IXEMPRA	T2	PA SP
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA VÍA DE HEDGEHOG		
DAURISMO	T3	PA SP HD
ERIVEDGE	T2	PA SP HD
ODOMZO	T2	PA SP HD
ANTINEOPLÁSICOS - INMUNOTERAPIA, AGENTES VIRALES		
IMLYGIC	T3	PA SP
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK)		
JAKAFI	T3	PA SP HD
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDOR DE LA PROTEÍNA KRAS		
LUMAKRAS 120 MG TABLET	T3	PA QL(8 tabs/day) SP HD CSL
LUMAKRAS 240 MG TABLET	T3	PA QL(4 tabs/day) SP HD CSL
LUMAKRAS 320 MG TABLET	T3	PA QL(3 tabs/day) SP HD CSL
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA MEK1 Y MEK2		
COTELLIC	T3	PA SP HD
GOMEKLI	T3	PA SP HD
KOSELUGO 10 MG CAPSULE	T3	PA QL (10 capsules/day) SP
KOSELUGO 25 MG CAPSULE	T3	PA QL (4 caps/day) SP
MEKINIST	T2	PA QL SP HD
HALAVEN (<i>eribulin mesylate</i>)	T3	PA SP
AFINITOR (<i>everolimus</i>)	T3	PA SP HD
AFINITOR DISPERZ	T3	PA SP
<i>eribulin mesylate</i> (Halaven)	T1	PA SP
<i>everolimus</i>	T1	PA QL(1 tab/day) SP HD CSL
<i>temsirolimus</i> (Torisel)	T1	PA SP

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE MICROTÚBULOS		
TORISEL (<i>temsirolimus</i>)	T2	PA SP
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA MTOR		
everolimus 10 mg tablet (<i>Afinitor</i>)	T1	PA QL(1 tab/day) SP HD CSL
everolimus 7.5 mg tablet (<i>Afinitor</i>)	T1	PA QL(1 tab/day) SP HD CSL
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA PROTEÍNA METILTRANSFERASA		
TAZVERIK	T3	PA SP
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA TOPOISOMERASA I		
CAMPTOSAR	T3	PA SP
CAMPTOSAR (<i>irinotecan hcl</i>)	T3	PA SP
HYCANTIN 0.25 MG CAPSULE	T3	PA SP HD
HYCANTIN 1 MG CAPSULE	T3	PA SP HD
HYCANTIN 4 MG VIAL (<i>topotecan hcl</i>)	T2	PA SP HD
<i>irinotecan hcl</i>	T1	PA SP
<i>irinotecan hcl</i> (Camptosar)	T1	PA SP
ONIVYDE	T3	PA SP
<i>topotecan hcl</i>	T1	PA SP HD
<i>topotecan hcl</i> (Hycamtin)	T1	PA SP HD
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DEL VEGF-A, B Y PLGF		
ZALTRAP	T3	PA SP
ANTINEOPLÁSICOS - ANTAGONISTA DE VEGFR		
CYRAMZA	T3	PA SP
ANTINEOPLÁSICOS - ALCALOIDES DE LA VINCA		
MARQIBO	T3	PA SP
NAVELBINE (<i>vinorelbine tartrate</i>)	T3	PA SP
<i>vinblastine sulfate</i>	T1	PA SP
<i>vincristine sulfate</i>	T1	PA SP
<i>vinorelbine tartrate</i> (Navelbine)	T1	PA SP
ANTINEOPLÁSICOS - ANTICUERPO CD22-ANTIBIÓTICO CITOTÓXICO		
BESPONS	T3	PA SP
MYLOTARG	T3	PA SP
ANTINEOPLÁSICOS COMB. - INHIBIDORES DE LA QUINASA Y LA AROMATASA		
KISQALI FEMARA CO-PACK	T2	PA QL (1 pack/28 days) SP CSL
ANTINEOPLÁSICOS - ANTICUERPOS MONOCLONALES BLOQUEADORES DE LOS RECEPTORES DEL EGF		
ERBITUX	T2	PA SP

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSICOS - ANTICUERPOS MONOCLONALES BLOQUEADORES DE LOS RECEPTORES DEL EGF (cont.)		
HERCEPTIN	T3	PA SP
HERCEPTIN HYLECTA	T3	PA SP
HERZUMA	T3	PA SP
KANJINTI	T2	PA SP
MARGENZA	T3	PA SP
OGIVRI	T3	PA SP
ONTRUZANT	T3	PA SP
PERJETA	T3	PA SP
PHESGO	T3	PA SP HD
PORTRAZZA	T3	PA SP
TRAZIMERA	T2	PA SP
VECTIBIX	T2	PA SP
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS INMUNOMODULADORES		
lenalidomide	T1	PA QL(1 cap/day) SP HD CSL
POMALYST	T2	PA SP HD
REVLIMID	T2	PA QL(1 tab/day) SP HD CSL
AGONISTAS DE LHRH (GNRH) ANTINEOPLÁSICOS, SUPR. HIPOFISARIOS		
ELIGARD	T3	SP HD
leuprolide acetate	T1	PA SP HD
LEUPROLIDE DEPOT	T3	PA SP HD
TRELSTAR	T3	SP HD
ZOLADEX	T2	PA SP HD
FIRMAGON	T2	PA SP HD
ORGOVYX	T3	PA SP
ALECENSA	T2	PA QL(8 tabs/day) SP HD CSL
ALUNBRIG 30 MG TABLET	T2	PA QL(2 tabs/day) SP CSL
ALUNBRIG 90 MG TABLET	T2	PA QL(1 tab/day) SP CSL
ALUNBRIG 90 MG-180 MG TAB PACK	T2	PA QL(1 tab/day) SP CSL
ALUNBRIG 180 MG TABLET	T2	PA QL(1 tab/day) SP CSL
ALIQOPA	T3	PA SP
AYVAKIT	T3	PA QL (1 tab/day) SP
BALVERSA	T3	PA SP
BORTEZOMIB	T3	PA SP
BORUZU	T3	PA SP

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSICOS, INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS		
BOSULIF	T3	PA SP HD
BRUKINSA	T2	PA QL (4 caps/day) SP
CABOMETYX	T3	PA SP HD
CALQUENCE	T3	PA SP
CAPRELSA	T3	PA SP
COMETRIQ	T3	PA SP HD
COPIKTRA	T3	PA SP
<i>dasatinib 20 mg tablet (Sprycel)</i>	T1	PA QL(3 tabs/day) SP CSL
<i>dasatinib 70 mg tablet (Sprycel)</i>	T1	PA QL(2 tabs/day) SP CSL
<i>dasatinib 50 mg, 80 mg, 100 mg, 140 mg tablet (Sprycel)</i>	T1	PA QL(1 tab/day) SP CSL
DANZITEN	T2	PA SP CSL
ENSACOVE 25 MG CAPSULE	T2	PA QL(9 caps/day) SP CSL
ENSACOVE 100 MG CAPSULE	T2	PA QL (2 caps/day) SP CSL
<i>erlotinib hcl</i>	T1	PA SP HD CSL
EXKIVITY	T3	PA SP HD
FOTIVDA	T3	PA QL (30 caps/30 days) SP HD
FRUZAQLA 1 MG CAPSULE	T2	PA QL(84 caps/28 days) SP CSL
FRUZAQLA 5 MG CAPSULE	T2	PA QL(21 caps/28 days) SP CSL
GAVRETO	T3	PA QL (4 Tabs/Day) SP CSL
<i>gefitinib</i>	T1	PA SP HD CSL
GILOTRIF	T3	PA SP HD
GLEEVEC (<i>imatinib mesylate</i>)	T3	PA SP HD
IBRANCE	T2	PA QL(21 caps/28 days) SP HD CSL
<i>imatinib mesylate 100 mg tab (Gleevec)</i>	T1	QL(6 tabs/day) SP HD CSL
<i>imatinib mesylate 400 mg tab (Gleevec)</i>	T1	QL(2 tabs/day) SP HD CSL
IMBRUVICA	T2	PA SP
IMKELDI	T3	PA SP HD
INLYTA	T3	PA SP HD
INREBIC	T3	PA SP HD
IRESSA	T3	PA SP HD
ITOVEBI	T3	PA SP HD CSL
IWILFIN	T3	PA QL(8 tabs/day) SP CSL
KISQALI 600MG	T2	PA QL (63/28days) SP HD CSL
KISQALI 400MG	T2	PA QL (42/28days) SP HD CSL
KISQALI 200MG	T2	PA QL (21/28days) SP HD CSL
KYPROLIS	T3	PA SP HD

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSICOS, INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS (cont.)		
<i>lapatinib ditosylate</i> (Tykerb)	T1	PA SP HD
LENVIMA	T2	PA SP HD
LORBRENA	T3	PA SP HD
LYNPARZA	T2	PA SP HD
LYTGOBI 12 MG DAILY DOSE (3X 4MG TB)	T3	PA QL (3 tabs/day) SP CSL
LYTGOBI 16 MG DAILY DOSE (4X 4MG TB)	T3	PA QL (4 tabs/day) SP CSL
LYTGOBI 20 MG DAILY DOSE (5X 4MG TB)	T3	PA QL (5 tabs/day) SP CSL
NERLYNX	T3	PA SP HD
NEXAVAR	T2	PA SP HD
NINLARO	T3	PA SP HD
OGSIVEO 100 MG TABLET	T3	PA QL SP CSL
OGSIVEO 150 MG TABLET	T3	PA QL SP CSL
OGSIVEO 50 MG TABLET	T3	PA QL (6 Tabs/day) SP CSL
OJJAARA	T3	PA QL (1 tab/day) SP CSL
<i>pazopanib</i> (Votrient)	T1	PA QL (4 tabs/day) SP HD CSL
PEMAZYRE	T3	PA QL (14 tabs/21 days) SP
PIQRAY	T2	PA SP HD CSL
QINLOCK	T3	PA QL (3 tabs/day) SP
RETEVMO 40 MG CAPSULE	T3	PA QL (6 caps/day) SP HD
RETEVMO 80 MG CAPSULE	T3	PA QL (4 tabs/day) SP HD
RETEVMO 120 MG, 160 MG TABLET	T3	PA QL (2 tabs/day) SP HD CSL
ROMVIMZA	T3	PA QL (8 caps/28 days) SP CSL
REVUFORJ	T3	PA QL (2 tabs/day) SP CSL
ROZLYTREK	T3	PA SP HD
RUBRACA	T2	PA SP
RYDAPT	T3	PA SP HD
SCEMBLIX 20 MG TABLET	T2	PA QL (2 tablets/day) SP HD
SCEMBLIX 40 MG, 10 MG TABLET	T2	PA SP HD CSL
STIVARGA	T2	PA QL (84 tabs/28 days) SP HD CSL
TABRECTA	T3	PA QL (4 tabs/day) SP HD
TAGRISSO	T3	PA SP HD
TALZENNA	T3	PA SP HD
TEPMETKO	T3	PA QL (2 tabs/day) SP
TRUQAP	T3	PA QL (64 tabs/28 days) SP CSL
TUKYSA	T3	PA SP

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSICOS, INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS (cont.)		
TURALIO 125 MG CAPSULE	T3	PA QL (4 caps/day) SP CSL
TURALIO 200 MG CAPSULE	T3	PA SP CSL
TYKERB (<i>lapatinib</i>)	T3	PA SP HD
UKONIQ	T3	PA QL (4 tabs/day) SP
VELCADE	T2	PA SP
VERZENIO	T2	PA QL (120mg/day) SP HD
VITRAKVI	T3	PA SP HD
VIZIMPRO	T3	PA SP HD
XALKO CAPSULES	T3	PA QL (4 caps/day) SP HD CSL
XALKORI PELLETS	T3	PA QL (4 pellets/day) SP HD CSL
XOSPATA	T3	PA SP
ZEJULA	T2	PA SP
ZYDELIG	T3	PA SP HD
ANTINEOPLÁSICOS, COMB. DE INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS		
AVMAPKI-FAKZYNJA	T3	PA SP CSL
ANTINEOPLÁSICOS, ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-MUERTE PROGRAMADA-I (PD-I)		
KEYTRUDA	T3	PA SP
LIBTAYO	T3	PA SP
LOQTORZI	T3	PA SP
OPDIVO	T3	PA SP HD
TECENTRIQ HYBREZA	T3	PA SP
OPDIVO	T3	PA SP HD
TEVIMBRA	T3	PA SP
ZYNYZ	T3	PA SP
ANTINEOPLÁSICOS-INHIBIDORES DE LINFOMA DE CÉLULAS B-2 (BCL-2)		
VENCLEXTA	T3	PA SP
VENCLEXTA STARTING PACK	T3	PA SP
ANTINEOPLÁSICOS-ANTICUERPO DIRECTO CD22/CONJ. DE CITOTÓXICOS		
LUMOXITI	T3	PA SP
ANTINEOPLÁSICOS-INHIBIDORES DE INTERLEUCINA-6 (IL-6), ANTICUERPOS		
SYLVANT	T3	PA SP
ANTINEOPLÁSICOS-INHIBIDORES DE LA ISOCITRATO DESHIDROGENASA		
REZLIDHIA	T3	PA QL (2 caps/day) SP CSL
IDHIFA	T3	PA SP HD

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSICOS-INHIBIDORES DE LA ISOCITRATO DESHIDROGENASA (cont.)		
TIBSOVO	T3	PA SP
ANTINEOPLÁSICOS-INHIBIDORES DE LA ISOCITRATO DESHIDROGENASA		
ADCETRIS	T3	PA SP
BLNREP	T3	PA
BLINCYTO	T3	PA SP
ANTINEOPLÁSICOS-INHIBIDORES DE LA ISOCITRATO DESHIDROGENASA (cont.)		
ENHERTU	T3	PA SP HD
KADCYLA	T3	PA SP
PADCEV	T3	PA SP
POLIVY	T3	PA SP HD
POTELIGEO	T3	PA SP
TRODELVY	T3	PA SP
UNITUXIN	T3	PA SP
ZEVALIN	T2	PA SP
ANTINEOPLÁSICOS, VARIOS		
ABRAXANE	T2	PA SP
ARSENIC TRIOXIDE	T1	PA SP
<i>arsenic trioxide (Trisenox)</i>	T1	PA SP
ASPARLAS	T3	SP
BCG (TICE STRAIN)	T3	SP
<i>dacarbazine</i>	T1	PA SP
DOCEFREZ	T3	PA SP
<i>docetaxel 160 mg/16 ml vial</i>	T1	PA SP
<i>docetaxel 160 mg/8 ml vial</i>	T1	PA SP HD
<i>docetaxel 20 mg/2 ml vial</i>	T1	PA SP
<i>docetaxel 20 mg/ml vial</i>	T1	PA SP
<i>docetaxel 80 mg/4 ml vial (Taxotere)</i>	T1	PA SP
<i>docetaxel 80 mg/8 ml vial (Docivyx)</i>	T1	PA SP
ERWINAZE	T3	PA SP
ETOPOPHOS	T2	PA SP
<i>etoposide</i>	T1	PA SP
<i>etoposide 1,000 mg/50 ml vial</i>	T1	PA SP
<i>etoposide 100 mg/5 ml vial</i>	T1	PA SP
<i>etoposide 50 mg capsule</i>	T1	SP HD
<i>etoposide 500 mg/25 ml vial</i>	T1	PA SP

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSICOS, VARIOS (cont.)		
JEVTANA	T3	PA SP HD
LYSODREN	T2	
MATULANE	T2	SP
<i>mitoxantrone hcl</i>	T1	PA SP
ONCASPAR	T2	PA SP
<i>paclitaxel</i>	T1	PA SP
PACLITAXEL PROTEIN-BOUND 100MG	T2	PA SP
TAXOTERE (<i>docetaxel</i>)	T3	PA SP
<i>tretinoin 10 mg capsule</i>	T1	PA
TRISENOX (<i>arsenic trioxide</i>)	T2	PA SP
ANTINEOPLÁSICOS-INHIB. SELECT. DE LA EXP. NUCLEAR (SINE)		
XPOVIO	T3	PA SP
ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-MUERTE CELULAR PROGRAMADA-LIGAND I (PD-LI)		
BAVENCIO	T3	PA SP
IMFINZI	T3	PA SP
TECENTRIQ	T3	PA SP HD
ANTICUERPO MONOCLONAL AL RECEPTOR ANTÍGENO DEL LINFOCITO T CITOTÓXICO (CTLA-4)		
IMJUDO	T3	PA SP HD
YERVOY	T3	PA SP HD
INMUNOMODULADORES		
ACTIMMUNE	T2	PA SP HD
ALFERON N	T2	PA SP HD
PROLEUKIN	T2	PA SP
FOTOACTIVADOS, AGENTES ANTINEOPLÁSICOS (SISTÉMICOS)		
PHOTOFRIN	T2	SP
UVADEX	T2	
RADIOFÁRMACOS DE USO TERAPÉUTICO		
AZEDRA	T3	PA SP
MODULADORES SELECTIVOS DE RECEPTORES ESTROGÉNICOS (SERM)		
FARESTON (<i>toremifene citrate</i>)	T3	QL (2 tabs/day) HD
FASLODEX (<i>fulvestrant</i>)	T2	PA SP HD
<i>fulvestrant</i> (Faslodex)	T1	PA SP HD
SOLTAMOX	T2	HD
<i>tamoxifen citrate</i>	T1	HD PPACA
<i>toremifene citrate</i> (Fareston)	T1	QL (2 tabs/day) HD

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSICOS ESTEROIDES		
EMCYT	T2	SP HD
<i>megestrol acetate</i>	T1	
ANTINEOPLÁSICOS (Condiciones cutáneas)		
ANTINEOPLÁSICOS TÓPICOS FOTOACT., LESIONES PREMALIGNAS		
LEVULAN	T3	SP
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS TÓPICOS PARA LESIONES PREMALIGNAS		
EFUDEX (<i>fluorouracil</i>)	T3	
FLUOROPLEX	T2	
FLUOROURACIL 0.5% CREAM	T1	
<i>fluorouracil 2% topical soln</i>	T1	
<i>fluorouracil 5% cream (Efudex)</i>	T1	
<i>fluorouracil 5% topical soln</i>	T1	
PANRETIN	T3	SP HD
PICATO	T3	
TOLAK	T3	
VALCHLOR	T3	SP HD
MEDICAMENTOS CONTRA LA OBESIDAD (Control del peso)		
AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DEL PÉPTIDO SIMILAR AL GLUCAGÓN TIPO I CONTRA LA OBESIDAD		
WEGOVY	T2	PA QL (1 box/ month)
ANTIPARASITARIOS (Infecciones)		
ANTIPARASITARIOS		
ALINIA (<i>nitazoxanide</i>)	T3	
<i>nitazoxanide</i> (Alinia)	T1	
ANTIPARASITARIOS OFTÁLMICOS (DE LOS OJOS)		
XDEMIVY	T2	PA QL (4 bottles/30 days) SP
ANTIPARASITARIOS TÓPICOS		
<i>crotamiton</i> (Eurax)	T1	
ELIMITE (<i>permethrin</i>)	T3	
EURAX	T3	
<i>permethrin</i> (Elimite)	T1	
SKLICE (<i>ivermectin</i>)	T3	
<i>spinosad</i> (Natroba)	T1	
ULESFIA	T3	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS (Enfermedad de Parkinson)		
MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, ANTICOLINÉRGICOS		
<i>benztropine mesylate</i>	T1	HD
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	T1	HD
MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, OTROS		
<i>amantadine hcl</i>	T1	HD
APOKYN	T3	PA SP HD
AZILECT 0.5 MG TABLET (<i>rasagiline mesylate</i>)	T3	QL (1 tab/day) HD
AZILECT 1 MG TABLET (<i>rasagiline mesylate</i>)	T3	HD
<i>bromocriptine mesylate</i> (Parlorel)	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa</i>	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa</i> (Sinemet 10-100)	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa</i> (Sinemet 25-100)	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa</i> (Sinemet 25-250)	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 50)	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i> (Stalevo 75)	T1	HD
COMTAN (<i>entacapone</i>)	T3	HD
DUOPA	T3	SP HD
<i>entacapone</i> (Comtan)	T1	HD
INBRIJA	T3	PA SP HD
KYNMOBI	T2	PA HD
NEUPRO	T3	HD
NOURIANZ	T3	PA QL (1 tab/day) SP HD
OSMOLEX ER	T3	QL(1 tab/day) HD
OSMOLEX ER 258 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) HD
PARLODEL (<i>bromocriptine mesylate</i>)	T3	HD
<i>pramipexole di-hcl</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS (Enfermedad de Parkinson) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, OTROS (cont.)		
<i>pramipexole er 0.375 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>pramipexole er 0.75 mg tablet</i>	T1	HD
<i>pramipexole er 1.5 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>pramipexole er 2.25 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>pramipexole er 3 mg tablet</i>	T1	HD
<i>pramipexole er 3.75 mg tablet</i>	T1	HD
<i>rasagiline mesylate 0.5 mg tab (Azilect)</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
RYTARY	T3	HD
<i>selegiline hcl</i>	T1	HD
SINEMET 10-100 (<i>carbidopa-levodopa</i>)	T3	HD
SINEMET 25-100 (<i>carbidopa-levodopa</i>)	T3	HD
SINEMET 25-250 (<i>carbidopa-levodopa</i>)	T3	HD
STALEVO 100 (<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>)	T3	HD
STALEVO 125 (<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>)	T3	HD
STALEVO 50 (<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>)	T3	HD
STALEVO 75 (<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>)	T3	HD
TASMAR (<i>tolcapone</i>)	T3	HD
<i>tolcapone (Tasmar)</i>	T1	HD
XADAGO	T3	ST HD
INHIBIDORES DE LA DESCARBOXILASA		
<i>carbidopa</i>	T1	
MEDICAMENTOS ANTIPLAQUETARIOS (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)		
INHIBIDORES DE LA AGRUPACIÓN PLAQUETARIA		
AGGRASTAT	T3	HD
<i>aspirin/dipyridamole</i>	T1	HD
<i>cilostazol</i>	T1	HD
<i>clopidogrel bisulfate</i>	T1	HD
<i>clopidogrel bisulfate (Plavix)</i>	T1	HD
<i>dipyridamole 25 mg tablet</i>	T1	HD
<i>dipyridamole 50 mg/10 ml vial</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE LA AGRUPACIÓN PLAQUETARIA (cont.)		
<i>dipyridamole 50 mg tablet</i>	T1	HD
<i>dipyridamole 75 mg tablet</i>	T1	HD
EFFIENT (<i>prasugrel hcl</i>)	T3	HD
EPTIFIBATIDE	T1	HD
<i>eptifibatide</i> (Integrilin)	T1	HD
INTEGRILIN (<i>eptifibatide</i>)	T3	HD
PLAVIX (<i>clopidogrel</i>)	T3	HD
<i>prasugrel hcl</i> (Effient)	T1	HD
<i>ticlopidine hcl</i>	T1	HD
<i> tirofiban-0.9% sodium chloride</i>	T1	HD
AGENTES REDUCTORES DE PLAQUETAS		
AGRYLIN (<i>anagrelide hcl</i>)	T3	
<i>anagrelide hcl</i>	T1	
<i>anagrelide hcl</i> (Agrylin)	T1	
ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH)		
ANTIRRETROVIRALES - ANTICUERPOS MONOCLONALES AL DOMINIO 2 ANTI-CD4		
TROGARZO	T3	PA SP
ANTIRRETROVIRALES - INHIBIDORES DE LA CÁPSIDE		
SUNLENCA 4- 300 MG TABLET	T3	PA QL(5 tabs/180 days) SP
SUNLENCA 5- 300 MG TABLET	T3	PA QL(5 tabs/180 days) SP
SUNLENCA 463.5 MG/1.5 ML VIAL	T3	PA SP
ANTIRRETROVIRALES-COMB. DE INHIBIDORES DE LA INTEGRASA Y NNRTI		
CABENUVA	T3	PA SP
JULUCA	T2	SP
ANTIRRETROVIRALES-COMB. DE INHIBIDORES DE LA INTEGRASA Y NRTI		
DOVATO	T2	SP
ANTIRRETROVIRALES-COMB. DE NRTI E INHIBIDORES DE LA INTEGRASA		
TRIUMEQ	T2	QL(1 tab/day) SP
TRIUMEQ PD	T2	QL(1 tab/day) SP
ANTIRRETROVIRALES-NUCLEÓSIDOS, NUCLEÓTIDOS, INHIB. DE LA PROTEASA		
SYMTUZA	T2	SP
ANTIVÍRICOS, ESPEC. PARA VIH, INHIB. DE LA PROTEASA NO PEPTÍDICOS		
APTIVUS	T2	PA SP
<i>darunavir ethanolate</i> (Prezista)	T1	SP
PREZCOBIX	T3	PA SP

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIVÍRICOS, ESPEC. PARA VIH, INHIB. DE LA PROTEASA NO PEPTÍDICOS		
PREZISTA	T2	SP
ANTIVÍRICOS, ESPEC. PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS-NUCLEÓTIDOS		
CIMDUO	T3	PA SP
DESCOY	T2	SP PPACA
<i>emtricitabine-tenofv 100-150mg</i>	T1	SP
<i>emtricitabine-tenofv 133-200mg</i>	T1	SP
<i>emtricitabine-tenofv 167-250mg</i>	T1	SP
<i>emtricitabine-tenofv 200-300mg</i>	T1	SP PPACA
TEMIXYS	T3	PA SP
ANTIVÍRICOS, ESPEC. PARA VIH, COMB. ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS, RTI		
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	T1	PA SP
<i>abacavir/lamivudine/zidovudine</i>	T1	PA SP
<i>lamivudine/zidovudine</i>	T1	SP
ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, ANTAG. DEL CO-RECEPTOR CCR5		
<i>maraviroc (Selzentry)</i>	T1	PA SP
SELZENTRY	T2	PA SP
ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA FIJACIÓN DE LA CD4		
RUKOBIA	T3	PA QL (2 tablets/day) SP
ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA FUSIÓN		
FUZEON	T2	PA SP
ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, NO NUCLEÓSIDOS, RTI		
EDURANT	T3	PA SP
<i>efavirenz</i>	T1	PA SP
<i>nevirapine</i>	T1	PA SP
PIFELTRO	T3	PA SP
ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS, RTI		
<i>abacavir sulfate</i>	T1	PA SP
<i>emtricitabine (Emtriva)</i>	T1	PA SP
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	T2	PA SP
<i>lamivudine 10 mg/ml oral soln</i>	T1	SP
<i>lamivudine 150 mg tablet</i>	T1	SP
<i>lamivudine 300 mg tablet</i>	T1	PA SP
RETROVIR	T3	PA SP
<i>zidovudine</i>	T1	SP

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS, RTI (cont.)		
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	T1	PA SP
VIREAD	T2	PA SP
ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, COMB. DE INHIBIDORES DE LA PROTEASA		
<i>lopinavir/ritonavir</i>	T1	
ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA PROTEASA		
<i>atazanavir sulfate</i>	T1	PA SP
EVOTAZ	T3	PA SP
<i>fosamprenavir calcium</i>	T1	PA SP
LEXIVA	T2	PA SP
REYATAZ	T2	PA SP
<i>ritonavir</i>	T1	SP
ANTIVÍRICOS, INHIBIDORES DE LA TRANSFERENCIA DE CADENA DE LA INTEGRASA DEL VIH-I		
APRETUDE	T3	PA SP
ISENTRESS	T2	SP
ISENTRESS HD	T2	PA SP
TIVICAY	T2	SP
TIVICAY PD	T2	SP
ANTIRRETROV., COMB. DE NUCLEÓSIDOS, NUCLEÓTIDOS Y RTI NO NUCLEÓSIDOS		
DELSTRIGO	T3	PA SP
<i>efavirenz/emtricit/tenofovr df (Atripla)</i>	T1	PA SP
<i>efavirenz</i>	T1	PA SP
<i>efavirenz/lamivu/tenofov disop (Symfi Lo)</i>	T1	SP
<i>efavirenz/lamivu/tenofov disop (Symfi)</i>	T1	SP
<i>emtricit/rilpivirine/tenof df (Complera)</i>	T1	QL(1 tab/day) SP
ODEFSEY	T3	PA SP
ANTIRRETROV.-NUCLEÓSIDOS, RTI NUCLEÓTIDOS, INHIBIDORES DE LA INTEGRASA		
BIKTARVY	T2	SP
GENVOYA	T2	SP
STRIBILD	T3	PA SP
ANTIVÍRICOS (Condiciones oculares)		
ANTIVÍRICOS PARA LOS OJOS		
<i>trifluridine</i>	T1	
ZIRGAN	T3	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (Infecciones)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTIVÍRICOS		
SYNAGIS	T3	PA SP HD
ANTIVÍRICOS, GENERALES		
<i>acyclovir</i>	T1	
<i>acyclovir sodium</i>	T1	
<i>cidofovir</i>	T1	SP
CYTOVENE (<i>ganciclovir sodium</i>)	T3	SP
<i>famciclovir</i>	T1	
FLUMADINE (<i>rimantadine hcl</i>)	T3	
<i>foscarnet sodium</i> (Foscavir)	T1	
FOSCAVIR	T3	
FOSCAVIR (<i>foscarnet sodium</i>)	T3	
GANCICLOVIR 500MG/250ML BAG	T3	SP
<i>ganciclovir sodium</i>	T1	SP
<i>ganciclovir sodium</i> (Cytovene)	T1	SP
LIVTENCITY	T3	PA QL (4 tabs/day) SP
<i>oseltamivir 6 mg/ml suspension</i> (Tamiflu)	T1	QL (180ml/30 days)
<i>oseltamivir phos 30 mg capsule</i> (Tamiflu)	T1	QL (20 caps/30 days)
<i>oseltamivir phos 45 mg capsule</i> (Tamiflu)	T1	QL (10 caps/30 days)
<i>oseltamivir phos 75 mg capsule</i> (Tamiflu)	T1	QL (10 caps/30 days)
PREVYMIS 240 MG TABLET	T3	SP HD
PREVYMIS 240 MG/12 ML VIAL	T3	SP
PREVYMIS 480 MG TABLET	T3	SP HD
PREVYMIS 480 MG/24 ML VIAL	T3	SP
RAPIVAB	T3	
RELENZA	T3	QL (20/30 days)
<i>rimantadine hcl</i> (Flumadine)	T1	
TAMIFLU 30 MG CAPSULE (<i>oseltamivir phosphate</i>)	T3	QL (20/30 days)
TAMIFLU 45 MG CAPSULE (<i>oseltamivir phosphate</i>)	T3	QL (10/30 days)
TAMIFLU 6 MG/ML SUSPENSION (<i>oseltamivir phosphate</i>)	T3	QL (180ml/30 days)
TAMIFLU 75 MG CAPSULE (<i>oseltamivir phosphate</i>)	T3	QL (10/30 days)
<i>valganciclovir hcl</i>	T1	
VALTREX (<i>valacyclovir</i>)	T3	
XOFLUZA	T3	QL (2 tabs/30 days)

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (Infecciones) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIVÍRICO - INHIBIDOR DE LA ARN POLIMERASA		
LAGEVRIO (EUA)	T3	QL (1 pack/120 days)
HEP. C - COMBO DE INHIB. DE NS5A, NS3/4A, NS5B NUCLEÓTIDOS		
VOSEVI	T2	PA SP HD
VIRUS DE LA HEP. C, INH. DE LA POLIMERASA NS5B ANÁLOGA DE NUCLEÓTIDOS		
SOVALDI 150 MG PELLET PACKET	T2	PA QL (1 tab/day) SP HD
SOVALDI 200 MG PELLET PACKET	T2	PA QL (1 tab/day) SP HD
SOVALDI 200 MG TABLET	T2	PA QL (1 tab/day) SP HD
SOVALDI 400 MG TABLET	T2	PA SP HD
VIRUS DE LA HEP. C - COMBO DE INHIB. DE LA POLIMERASA NS5B Y NS5A		
EPCLUSA 200 MG-50 MG TABLET	T2	PA QL (1 tab/Day) SP HD
EPCLUSA 400 MG-100 MG TABLET	T2	PA SP HD
HARVONI 33.75-150 MG PELLET PK	T2	PA QL (1 tab/day) SP HD
HARVONI 45-200 MG PELLET PACKT	T2	PA QL (1 tab/day) SP HD
HARVONI 45-200 MG TABLET	T2	PA QL (1 tab/day) SP HD
HARVONI 90-400 MG TABLET	T2	PA SP HD
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS B		
<i>adefovir dipivoxil (Hepsera)</i>	T1	SP HD
BARACLUDE	T2	SP HD
<i>entecavir 0.5 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) SP HD
<i>entecavir 1 mg tablet</i>	T1	SP HD
EPIVIR HBV (<i>lamivudine hbv</i>)	T3	SP
<i>lamivudine (Epivir Hbv)</i>	T1	SP
VELLIDY	T2	SP HD
PEGASYS	T2	PA SP HD
PEGINTRON	T3	PA SP HD
<i>ribasphere 200 mg capsule</i>	T1	SP HD
<i>ribasphere 200 mg tablet</i>	T1	SP HD
<i>ribasphere 400 mg tablet</i>	T1	SP
<i>ribasphere 600 mg tablet</i>	T1	SP
<i>ribasphere ribapak 200-400 mg</i>	T3	SP HD
RIBASPHERE RIBAPAK 400-400 mg	T1	SP HD
RIBASPHERE RIBAPAK 600-400 mg	T1	SP HD
RIBASPHERE RIBAPAK 600-600 mg	T1	SP HD
<i>ribavirin</i>	T1	SP HD

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
VIRUS DE LA HEPATITIS C - COMB. DE INHIB. DE NS5A Y NS3/4A		
ZEPATIER	T3	PA SP HD
INHIBIDOR DE LA ARN POLIMERASA		
LAGEVRIO 200 MG CAP (EUA)	T2	QL (1 pack/120 days)
MOLNUPIRAVIR	T3	QL (1 pkg/120 days)
ANTIVÍRICOS (Condiciones cutáneas)		
AGENTES TÓPICOS PARA EL TRATAMIENTO DE VERRUGAS GENITALES-VPH		
VEREGEN	T3	
MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Alergia/rociadores nasales)		
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANAFILAXIA		
ADYPHREN	T1	
ADYPHREN AMP	T1	
epinephrine 0.15 mg auto-inject	T1	QL (2 packs/30 days)
EPINEPHRINE 0.3 MG AUTO-INJECT	T1	QL (2 packs/30 days)
epinephrine 0.3 mg auto-inject (Epinephrine)	T1	QL (2 packs/30 days)
EPINEPHRINE PROFESSIONAL EMS	T3	
EPINEPHRINE PROFESSIONAL KIT	T3	
EPINEPHRINESNAP-EMS	T3	
EPINEPHRINESNAP-V	T3	
MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Enfermedad de Alzheimer)		
INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA		
ARICEPT (donepezil hcl)	T3	HD
BLOXIVERZ (neostigmine methylsulfate)	T3	
donepezil hcl	T1	HD
donepezil hcl (Aricept)	T1	HD
EXELON (rivastigmine)	T3	HD
galantamine er 16 mg capsule (Razadyne Er)	T1	HD
galantamine er 24 mg capsule (Razadyne Er)	T1	HD
galantamine er 8 mg capsule (Razadyne Er)	T1	QL (1 cap/day) HD
galantamine hbr	T1	HD
neostigmine methylsulfate (Bloxiverz)	T1	
neostigmine methylsulfate (Neostigmine Methylsulfate)	T1	HD
NEOSTIGMINE METHYLSULFATE	T1	
physostigmine salicylate	T1	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA (cont.)		
<i>pyridostigmine bromide</i>	T3	
<i>pyridostigmine bromide</i> (Mestinon)	T1	HD
RAZADYNE ER 16 MG CAPSULE (<i>galantamine er</i>)	T3	HD
RAZADYNE ER 24 MG CAPSULE (<i>galantamine er</i>)	T3	HD
RAZADYNE ER 8 MG CAPSULE (<i>galantamine er</i>)	T3	QL (1 cap/day) HD
<i>rivastigmine</i> (Exelon)	T1	HD
<i>rivastigmine tartrate</i>	T1	HD

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Trastorno de déficit de atención e hiperactividad)¹⁰

ADRENÉRGICOS, AROMÁTICOS, SIN CATECOLAMINAS		
ADDERALL (<i>dextroamphetamine-amphetamine</i>)	T3	PA ST
<i>amphetamine sulfate</i> (Evekeo)	T1	PA
<i>dextroamp/amphet</i> (Adderall Xr) (Mydayis)	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dextroamphetamine er 10 mg cap</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dextroamphetamine er 15 mg cap</i>	T1	PA QL (3/day)
<i>dextroamphetamine er 5 mg cap</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dextroamphetamine sulfate</i>	T1	PA
<i>dextroamph-amphet er cp</i> (Mydayis)	T1	QL
EVEKEO (<i>amphetamine sulfate</i>)	T3	PA ST
<i>lisdexamfetamine capsule</i> (Vyvanse)	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>lisdexamfetamine tb chew</i> (Vyvanse)	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>methamphetamine hcl</i>	T1	PA
XELSTRYM	T3	PA QL (1 patch/day)
ZENZEDI	T3	PA ST

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

AGENTES VASOCONSTRICTORES ADRENÉRGICOS		
<i>droxidopa</i> (Northera)	T1	SP HD
<i>midodrine hcl</i>	T1	
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA		
DIBENZYLINE (<i>phenoxybenzamine hcl</i>)	T3	HD
<i>phenoxybenzamine hcl</i> (Dibenzylamine)	T1	HD
<i>phentolamine mesylate</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a 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 (Varios)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ADRENÉRGICOS, CATECOLAMINAS		
dopamine hcl	T1	
dopamine hcl in dextrose 5 %	T1	
epinephrine	T3	
epinephrine 1 mg/10 ml luerjet	T1	
epinephrine 1 mg/10 ml abbojct	T1	
epinephrine 1 mg/ml ampul/vial	T1	
epinephrine 30 mg/30 ml vial	T1	
epinephrine hcl in 0.9 % nacl	T1	
epinephrine hcl in 0.9 % nacl (Epinephrine Hcl-0.9% Nacl)	T1	
epinephrine hcl in dextrose 5%	T1	
epinephrine hcl in dextrose 5% (Epinephrine Hcl-d5w)	T1	
EPINEPHRINE HCL-0.9% NACL	T1	
EPINEPHRINE HCL-0.9% NACL (epinephrine hcl-0.9% nacl)	T1	
EPINEPHRINE HCL-D5W	T1	
EPINEPHRINE HCL-D5W (epinephrine hcl-d5w)	T1	
isoproterenol hcl	T1	
isoproterenol hcl (Isuprel)	T1	
ISUPREL	T3	
LEVOPHED (norepinephrine bitartrate)	T3	
LEVOPHED BITARTRATE (norepinephrine bitartrate)	T3	
norepinephrine bit/0.9 % nacl	T1	
norepinephrine bitartrate (Levophed Bitartrate)	T1	
norepinephrine bitartrate (Levophed)	T1	
norepinephrine bitartrate/d5w	T1	
NOREPINEPHRINE BITARTRATE-D5W	T1	
AGENTES BLOQUEADORES NEUROMUSCULARES		
atracurium besylate	T1	
BOTOX 100 UNIT VIAL	T3	PA SP
BOTOX 200 UNIT VIAL	T3	PA SP HD
cisatracurium besylate (Nimbex)	T1	
DAXXIFY	T3	PA SP
DYSPORE	T3	PA SP HD
MIVACRON	T3	
MYOBLOC	T3	PA SP HD

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a 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 (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES BLOQUEADORES NEUROMUSCULARES (cont.)		
NIMBEX (<i>cisatracurium besylate</i>)	T3	
<i>pancuronium bromide</i>	T1	
QUELICIN (<i>succinylcholine chloride</i>)	T3	
<i>rocuronium bromide</i>	T1	
<i>rocuronium bromide</i> (Rocuronium Bromide)	T1	
SUCCINYLCHOLINE CHLORIDE	T1	
<i>succinylcholine chloride</i> (Quelicin)	T1	
<i>succinylcholine chloride</i> (Quelicin)	T3	
<i>succinylcholine chloride</i> (Succinylcholine Chloride)	T1	
SUCCINYLCHOLINE CHLORIDE-NACL	T1	
<i>vecuronium bromide</i>	T1	
VECURONIUM BROMIDE-AGUA	T1	
XEOMIN	T3	PA SP 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
PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Alergia/rociadores nasales)		
EXTRACTOS ALERGÉNICOS, TERAPÉUTICOS		
GRASTEK	T3	PA QL (1 tab/day)
ODACTRA	T3	PA QL (1 tab/day)
ORALAIR	T3	PA QL (1 tab/day)
RAGWITEK	T3	PA QL (1 tab/day)
PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)		
INHIBIDORES DE CALICREÍNA PLASMÁTICA		
TAKHZYRO	T3	PA SP HD
PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Varios)		
SUEROS INMUNOLÓGICOS		
HYPERRHO S-D	T3	SP

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Varios) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SUEROS INMUNOLÓGICOS (cont.)		
MICRHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS	T3	SP
RHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS	T3	SP
RHOPHYLAC	T3	SP
WINRHO SDF	T3	SP HD
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA FENILCETONURIA - FENILALANINA AMONIO LIASA		
PALYNZIQ	T3	PA SP HD

PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas)

VACUNAS CONTRA EL COVID-19		
COMIRNATY	T3	PPACA
MODERNA COVID EUA	T3	PPACA
NOVAVAX	T3	PPACA
PFIZER COVIDEUA	T3	PPACA
SPIKEVAX 2023-2024	T3	PPACA
VACUNAS CONTRA VIRUS ENTÉRICOS		
IPOX	T3	PPACA
ROTARIX	T3	PPACA
ROTATEQ	T3	PPACA
VACUNAS CONTRA COCOS GRAMNEGATIVOS		
BEXSERO	T3	PPACA
MENACTRA	T3	PPACA
MENQUADFI	T3	PPACA
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP	T3	PPACA
PENBRAYA	T3	PPACA
TRUMENBA	T3	PPACA
VACUNAS CONTRA COCOS GRAMPOSITIVOS		
CAPVAXIVE	T3	PPACA
PNEUMOVAX 23	T3	PPACA
PREVNAR 13	T3	PPACA
PREVNAR 20	T3	PPACA
VACUNAS CONTRA EL VIRUS DE LA INFLUENZA		
AFLURIA TRIVALENT	T2	PPACA
EZ FLU	T2	PPACA
FLUAD TRIVALENT	T2	PPACA

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
VACUNAS CONTRA EL VIRUS DE LA INFLUENZA (cont.)		
FLUARIX TRIVALENT	T2	PPACA
FLUBLOK TRIVALENT	T2	PPACA
FLUCELVAX TRIVALENT	T2	PPACA
FLULAVAL TRIVALENT	T2	PPACA
FLUMIST TRIVALENT	T3	PPACA
FLUVIRIN	T2	PPACA
FLUZONE TRIVALENT	T2	PPACA
PREPARACIONES, COMBINACIONES DE VACUNAS/TOXOIDES		
ACTHIB	T3	PPACA
ADACEL TDAP	T3	PPACA
BOOSTRIX TDAP	T3	PPACA
DAPTACEL DTAP	T3	PPACA
DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS-PED	T3	
HIBERIX	T3	PPACA
INFANRIX DTAP	T3	PPACA
KINRIX	T3	PPACA
M-M-R II VACCINE	T3	PPACA
PEDVAXHIB	T3	PPACA
PENTACEL	T3	PPACA
PENTACEL ACTHIB COMPONENT	T3	PPACA
PROQUAD	T3	PPACA
QUADRACEL DTAP-IPV	T3	PPACA
TDVAX	T3	PPACA
TENIVAC	T3	PPACA
VAXELIS	T3	PPACA
VACUNAS ANTIVIRALES/DE CÉLULAS TUMORÍGENAS		
ACAM2000	T3	PPACA
ENGRIX-B ADULT	T3	PPACA
ENGRIX-B PEDIATRIC-ADOLESCENT	T3	PPACA
ERVEBO (NATIONAL STOCKPILE)	T3	
GARDASIL 9	T3	PPACA

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES, COMBINACIONES DE VACUNAS/TOXOIDES (cont.)		
HEPLISAV-B	T3	PPACA
IXCHIQ	T3	PPACA
JYNNEOS	T3	PPACA
MRESVIA	T3	PPACA
PEDIARIX	T3	PPACA
RECOMBIVAX HB	T3	PPACA
SHINGRIX	T3	PPACA
TWINRIX	T3	PPACA
VARIVAX VACCINE	T3	PPACA
ZOSTAVAX	T3	PPACA
SANGRE (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)		
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA TROMBÓTICA		
ADZYNMA	T3	PA SP
CABLIVI	T3	PA SP
AGENTES ANTIFIBRINOLÍTICOS		
AMICAR (<i>aminocaproic acid</i>)	T3	SP HD
<i>aminocaproic acid</i>	T1	SP HD
<i>aminocaproic acid</i> (Amicar)	T1	SP HD
CYKLOKAPRON (<i>tranexamic acid</i>)	T3	SP
FIBRYGA	T3	PA SP
LYSTEDA (<i>tranexamic acid</i>)	T3	SP
RIASTAP	T3	PA SP
<i>tranexamic acid</i>	T1	SP
<i>tranexamic acid in nacl,iso-os</i>	T1	SP
TRANEXAMIC ACID-NACL	T1	SP
TRANEXAMIC 1,000 MG/100ML-NACL	T3	SP
FACTORES ANTIHEMOFÍLICOS		
ALTUVILLO	T2	PA SP HD
INHIBIDORES DEL COMPLEMENTO (C3)		
EMPAVELI	T2	PA SP
FABHALTA	T2	PA QL(2 caps/day) SP
VOYDEYA	T2	PA QL(1 packet/28 days) SP
FACTORES DE COAGULACIÓN, VARIOS		
VONVENDI	T3	SP HD

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
COAGULANTES		
<i>protamine sulfate</i>	T1	
PREPARACIONES DE COMPLEJO DE FACTOR IX (CCP)		
KCENTRA	T3	SP
PREPARACIONES DE FACTOR X		
COAGADEX	T3	PA SP
CORIFACT	T3	PA SP
TRETEN	T3	PA SP
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEMOFILIA, SIN REEMPLAZO DE FACTOR		
ALHEMO PEN	T2	PA SP
HEMLIBRA	T2	PA SP HD
HYMPAVZI PEN	T2	PA SP
ANTICUERPO MONOCLONAL HUMANO INHIBIDOR DEL COMPLEMENTO (C5)		
SOLIRIS	T2	PA SP
ULTOMIRIS	T3	PA SP HD
PREPARACIONES DE PROTEÍNA C		
CEPROTIN	T3	PA SP
AGENTES PARA LA ANEMIA DREPANOCÍTICA		
ADAKVEO	T3	PA SP
DROXIA	T2	
HEMOSTÁTICOS TÓPICOS		
AXBRYTA 300MG TAB	T3	PA QL (5 tabs/day) SP
SIKLOS	T3	PA
ASTRINGYN	T3	
AVITENE	T3	
ENDO-AVITENE	T3	
EVICEL	T3	
<i>gelatin sponge, absorb/porcine</i> (Gelfoam)	T1	
GELFOAM	T3	
GELFOAM (<i>surgifoam</i>)	T3	
GELFOAM COMPRESSED	T3	
MONSEL'S	T3	
RAPLIXA	T3	
RECOTHROM	T3	
SURGIFOAM	T1	
SYRINGE AVITENE	T3	
TACHOSIL	T3	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

SANGRE (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HEMOSTÁTICOS TÓPICOS (cont.)		
THROMBI-GEL	T3	
THROMBIN-JMI	T3	
THROMBI-PAD	T3	
ULTRAFOAM	T3	
SANGRE (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)		
REVERSOR ANTICOAGULANTE PARA INHIB. DEL FACTOR XA		
ANDEXXA	T3	SP
REVERSOR ANTICOAGULANTE, INHIB. DIRECTO DE LA TROMBINA		
PRAXBIND	T3	SP
AGENTES HEMORREOLÓGICOS		
<i>pentoxifylline</i>	T1	HD
TROMBOLÍTICOS - TIPO NUCLEÓTIDOS		
DEFITELIO	T3	PA SP
ENZIMAS TROMBOLÍTICAS		
ACTIVASE	T3	
CATHFLO ACTIVASE	T3	
RETAVASE	T3	
TNKASE	T3	
SANGRE (Varios)		
AGENTES DE TERAPIA CELULAR/GENÉTICA - HEMATOPOYÉTICA		
OMISIRGE	T3	
MEDICAMENTOS PARA ENFERMEDADES CARDÍACAS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)		
AGENTES ANTIANGINOSOS Y ANTIISQUÉMICOS, NO HEMODINÁMICOS		
RANEXA (<i>ranolazine er</i>)	T3	QL (4 tabs/day) HD
<i>ranolazine</i> (Ranexa)	T1	QL (4 tabs/day) HD
ANTIARRÍTMICOS		
<i>adenosine</i>	T1	HD
<i>amiodarone hcl</i>	T1	HD
AMIODARONE HCL-D5W	T1	HD
<i>bretylium tosylate</i>	T1	
CORVERT (<i>ibutilide fumarate</i>)	T3	PA
<i>disopyramide phosphate</i> (Norpac)	T1	HD
<i>dofetilide 125 mcg capsule</i> (Tikosyn)	T1	QL (8 caps/day) HD

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIARRÍTMICOS (cont.)		
dofetilide 250 mcg capsule (Tikosyn)	T1	QL (4 caps/day) HD
dofetilide 500 mcg capsule (Tikosyn)	T1	QL (2 caps/day) HD
flecainide acetate	T1	HD
ibutilide fumarate (Corvert)	T1	
lidocaine hcl/dextrose 5 %/pf	T1	HD
lidocaine hcl/pf	T1	HD
mexiletine hcl	T1	HD
MULTAQ	T2	
NEXTERONE	T3	
NORPACE (disopyramide phosphate)	T3	PA HD
NORPACE CR	T3	HD
pacerone 100 mg tablet	T3	PA HD
pacerone 200 mg tablet	T1	HD
pacerone 400 mg tablet	T3	PA HD
procainamide hcl	T1	HD
propafenone hcl	T1	HD
propafenone hcl (Rythmol Sr)	T1	HD
quinidine gluconate	T1	HD
RYTHMOL SR (propafenone hcl er)	T3	PA HD
TIKOSYN 125 MCG CAPSULE (dofetilide)	T3	PA QL (8 caps/day) HD
TIKOSYN 250 MCG CAPSULE (dofetilide)	T3	PA QL (4 caps/day) HD
TIKOSYN 500 MCG CAPSULE (dofetilide)	T3	PA QL (2 caps/day) HD
XYLOCAINE IV	T3	
AGENTES BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO		
ADALAT CC (nifedipine er)	T3	HD
amlodipine besylate (Norvasc)	T1	HD
CALAN SR (verapamil er)	T3	HD
CAMZYOS	T3	PA QL (30 caps/30 days) SP
CARDENE I.V. (nicardipine hcl)	T3	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO (cont.)		
CARDIZEM LA 420 MG TABLET (<i>matzim la</i>)	T3	HD
CLEVIPREX	T3	
<i>diltiazem 24h er(la) 120 mg tb</i> (Cardizem La)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>diltiazem 24h er(la) 180 mg tb</i> (Cardizem La)	T1	HD
<i>diltiazem 24h er(la) 240 mg tb</i> (Cardizem La)	T1	HD
<i>diltiazem 24h er(la) 300 mg tb</i> (Cardizem La)	T1	HD
<i>diltiazem 24h er(la) 360 mg tb</i> (Cardizem La)	T1	HD
<i>diltiazem 24h er(la) 420 mg tb</i> (Cardizem La)	T1	HD
<i>diltiazem hcl</i> (Cardizem)	T1	HD
<i>diltiazem hcl</i> (Cardizem La)	T1	HD
<i>diltiazem hcl</i> (Tiazac)	T1	HD
DILTIAZEM HCL-0.7% NACL	T3	
DILTIAZEM HCL-0.9% NACL	T1	
<i>felodipine</i>	T1	HD
<i>isradipine</i>	T1	
<i>nicardipin 20mg/200ml-0.9%nacl</i>	T3	HD
<i>nicardipin 40mg/200ml-0.9%nacl</i>	T3	HD
NICARDIPINE 1 MG/10 ML-NS SYRG	T1	HD
<i>nicardipine hcl</i>	T1	HD
<i>nicardipine hcl</i> (Cardene I.V.)	T1	HD
NICARDIPINE HCL-D5W	T1	HD
<i>nifedipine</i>	T1	HD
<i>nifedipine</i> (Adalat Cc)	T1	HD
<i>nifedipine</i> (Procardia XI)	T1	HD
<i>nifedipine</i> (Procardia)	T1	HD
<i>nisoldipine er 17 mg tablet</i> (Sular)	T1	HD
<i>nisoldipine er 20 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>nisoldipine er 25.5 mg tablet</i>	T1	HD
<i>nisoldipine er 30 mg tablet</i>	T1	HD
<i>nisoldipine er 34 mg tablet</i> (Sular)	T1	HD
<i>nisoldipine er 40 mg tablet</i>	T1	HD
<i>nisoldipine er 8.5 mg tablet</i> (Sular)	T1	HD
NORLIQVA ORAL SOLN	T2	PA QL (10 mls/day) HD
NORVASC (<i>amlodipine besylate</i>)	T3	HD

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO (cont.)		
NYMALIZE	T3	
PROCARDIA (<i>nifedipine</i>)	T3	HD
SULAR (<i>nisoldipine</i>)	T3	HD
TIAZAC (<i>tiadylt er</i>)	T3	HD
verapamil hcl	T1	HD
verapamil hcl (Calan Sr)	T1	HD
verapamil hcl (Verelan Pm)	T1	HD
verapamil hcl (Verelan)	T1	HD
VERELAN (<i>verapamil hcl</i>)	T3	HD
VERELAN (<i>verapamil sr</i>)	T3	HD
VERELAN PM (<i>verapamil er pm</i>)	T3	HD
SOLUCIONES CARDIOPLÉJICAS		
CARDIOPLEGIA DEL NIDO FORMULA	T3	
CARDIOPLEGIA HIGH POTASSIUM	T3	
CARDIOPLEGIA IND 8:1 NON-ENRCH	T3	
CARDIOPLEGIA INDUCTION 4:1	T3	
CARDIOPLEGIA INDUCTION 8:1	T3	
CARDIOPLEGIA MAINTENANCE 4:1	T3	
CARDIOPLEGIA MAINTENANCE 8:1	T3	
CARDIOPLEGIA REPERFUSATE 4:1	T3	
cardioplegic solution no. 1 (Plegisol)	T1	
PLEGISOL	T3	
GLUCÓSIDOS DIGITÁLICOS		
digoxin	T1	HD
digoxin (Lanoxin)	T1	HD
LANOXIN	T3	HD
LANOXIN (<i>digoxin</i>)	T3	HD
LANOXIN PEDIATRIC	T3	HD
REDUCTORES DE LA FRECUENCIA CARDÍACA, INHIB. SELECTIVOS DE LA CORRIENTE I (F) DEL SA		
CORLANOR 5 MG TABLET (<i>ivabradine hcl</i>)	T2	PA HD
CORLANOR 5 MG/5 ML ORAL SOLN	T2	PA SP HD
CORLANOR 7.5 MG TABLET (<i>ivabradine hcl</i>)	T2	PA HD
ivabradine hcl (Corlanor)	T1	PA HD
CARDIOTÓNICOS		
dobutamine hcl	T1	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a 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
CARDIOTÓNICOS (cont.)		
<i>dobutamine hcl in dextrose 5 %</i>	T1	
<i>milrinone lactate</i>	T1	
<i>milrinone lactate/d5w</i>	T1	
VASODILADORES, CORONARIOS		
DILATRATE-SR	T3	HD
<i>isosorbide dinitrate</i>	T1	HD
MINITRAN	T1	HD
NITRO-DUR	T3	HD
<i>nitroglycerin (Nitro-dur)</i>	T1	HD
<i>nitroglycerin (Nitrolingual)</i>	T1	HD
<i>nitroglycerin (Nitromist)</i>	T1	HD
<i>nitroglycerin (Nitrostat)</i>	T1	HD
<i>nitroglycerin 50 mg/10 ml vial</i>	T1	
<i>nitroglycerin in 5 % dextrose</i>	T1	
NITROLINGUAL (<i>nitroglycerin</i>)	T3	HD
NITROMIST (<i>nitroglycerin</i>)	T3	HD
NITROSTAT (<i>nitroglycerin</i>)	T3	HD
ESTIMULADOR DE LA GUANILATO CICLASA SOLUBLE (SGC)		
VERQUVO	T2	PA QL(1 tab/day)
CARDIOVASCULARES (Alergia/rociadores nasales)		
AGENTES SIMPATICOMIMÉTICOS		
AKOAZ	T3	
BIORPHEN	T3	
EPHEDRINE SULFATE	T1	
<i>ephedrine sulfate (Akovaz)</i>	T1	
EPHEDRINE SULFATE-0.9% NACL	T1	
EPHEDRINE SULFATE-NACL	T1	
IMMPHENTIV	T3	
<i>phenylephrine hcl (Vazculep)</i>	T1	
<i>phenylephrine hcl in 0.9% nacl (Phenylephrine Hcl-0.9% Nacl)</i>	T1	
<i>phenylephrine hcl/dextrose 5 %</i>	T1	
PHENYLEPHRINE HCL-0.9% NACL	T1	
PHENYLEPHRINE HCL-0.9% NACL (<i>phenylephrine hcl-0.9% nacl</i>)	T1	
PHENYLEPHRINE HCL-D5W	T1	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a 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 (Alergia/rociadores nasales) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES SIMPATICOMIMÉTICOS (cont.)		
VAZCULEP (<i>phenylephrine hcl</i>)	T3	

CARDIOVASCULARES (Asma/EPOC/condiciones respiratorias)

ANTIHIP. PULM., ESTIMULADOR DE LA GUANILATO CICLASA SOLUBLE		
ADEMPAS	T3	PA SP HD
ANTIHIP. PULM., INHIB. SEL. DE LA FOSFODIESTERASA T5 DE C-GMP		
REVATIO 10 MG/12.5 ML VIAL	T3	PA SP HD
<i>sildenafil citrate</i> (Revatio)	T1	PA SP HD
<i>tadalafil</i> (Adcirca)	T1	PA SP HD
ANTIHIP. PULMONAR, ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES DE ENDOTELINA		
<i>ambrisentan</i> (Letairis)	T1	PA SP HD
<i>bosentan</i> (Tracleer)	T1	PA SP HD
LETAIRIS (<i>ambrisentan</i>)	T3	PA SP HD
OPSUMIT	T2	PA SP HD
TRACLEER 125 MG TABLET (<i>bosentan</i>)	T3	PA SP HD
TRACLEER 32 MG TABLET FOR SUSP	T2	PA SP HD
TRACLEER 62.5 MG TABLET (<i>bosentan</i>)	T3	PA SP HD
AGENTE ANTIHIPERTENSIVO PULMONAR, ACTRIIA-FC		
WINREVAIR	T3	PA SP HD
ANTIHIPERTENSIVOS PULMONARES, TIPO PROSTACICLINAS		
<i>epoprostenol sodium</i>	T3	PA SP HD
<i>epoprostenol sodium 0.5 mg vial</i>	T1	PA SP HD
<i>epoprostenol sodium 0.5 mg vial</i> (Flolan)	T1	PA SP
<i>epoprostenol sodium 1.5 mg vial</i>	T1	PA SP HD
<i>epoprostenol sodium 1.5 mg vial</i> (Flolan)	T1	PA SP
FLOLAN	T3	PA SP
ORENITRAM ER	T3	PA SP HD
ORENITRAM MONTH 1 TITRATION KT	T3	PA QL(168 tabs/180 days) SP HD
ORENITRAM MONTH 2 TITRATION KT	T3	PA QL(336 tabs/180 days) SP HD
ORENITRAM MONTH 3 TITRATION KT	T3	PA QL(252 tabs/180 days) SP HD
REMODULIN (<i>treprostinil</i>)	T3	PA SP HD
<i>treprostinil sodium</i> (Remodulin)	T1	PA SP HD
TYVASO	T2	PA SP HD
TYVASO INSTITUTIONAL START KIT	T2	PA SP HD
TYVASO REFILL KIT	T2	PA SP HD

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERTENSIVOS PULMONARES, TIPO PROSTACICLINAS (cont.)		
TYVASO STARTER KIT	T2	PA SP HD
UPTRAVI	T2	PA SP HD
VENTAVIS	T3	PA SP HD
VELETRI VIAL	T1	PA SP
YUTREPIA	T2	PA SP HD
ANTIHIP. PULMONAR-ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES DE ENDOTELINA-INHIB. DE LA PDE5 DEL GMPC		
OPSYNVI	T3	PA QL (1 tab/day) SP HD

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

COMBINACIÓN DE INHIBIDORES DE LA ECA-BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO		
<i>amlodipine besylate/benazepril</i>	T1	HD
PRESTALIA 14 MG-10 MG TABLET	T3	HD
PRESTALIA 3.5 MG-2.5 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) HD
INHIBIDOR DE LA ECA-TIAZIDA O DIURÉTICO TIAZÍDICO		
PRESTALIA 7 MG-5 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) HD
<i>trandolapril/verapamil hcl</i>	T1	HD
<i>captopril-hctz 25-15 mg tablet</i>	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>captopril-hctz 25-25 mg tablet</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>captopril-hctz 50-15 mg tablet</i>	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>captopril-hctz 50-25 mg tablet</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>enalapril/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>fosinopril/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA/BETA		
CARDURA (<i>doxazosin mesylate</i>)	T3	HD
CARDURA XL	T3	HD
<i>carvedilol</i> (Coreg)	T1	HD
<i>carvedilol er 10 mg capsule</i> (Coreg Cr)	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>carvedilol er 20 mg capsule</i> (Coreg Cr)	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>carvedilol er 40 mg capsule</i> (Coreg Cr)	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>carvedilol er 80 mg capsule</i> (Coreg Cr)	T1	HD
COREG (<i>carvedilol</i>)	T3	ST HD
COREG CR 10 MG CAPSULE (<i>carvedilol er</i>)	T3	QL (1 cap/day) ST HD
COREG CR 20 MG CAPSULE (<i>carvedilol er</i>)	T3	QL (1 cap/day) ST HD
COREG CR 40 MG CAPSULE (<i>carvedilol er</i>)	T3	QL (1 cap/day) ST HD

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA/BETA (cont.)		
COREG CR 80 MG CAPSULE (<i>carvedilol er</i>)	T3	ST HD
<i>doxazosin mesylate</i> (Cardura)	T1	HD
LABELALOL HCL 10 MG/2 ML SYRNG	T3	
<i>labetalol hcl 100 mg tablet</i>	T1	
<i>labetalol hcl 100 mg/20 ml vial</i>	T1	
<i>labetalol hcl 20 mg/4 ml crpjt</i>	T1	
<i>labetalol hcl 20 mg/4 ml syrng</i>	T1	
<i>labetalol hcl 20 mg/4 ml vial</i>	T1	
<i>labetalol hcl 200 mg tablet</i>	T1	HD
<i>labetalol hcl 200 mg/40 ml vial</i>	T1	HD
<i>labetalol hcl 300 mg tablet</i>	T1	HD
MINIPRESS (<i>prazosin hcl</i>)	T3	HD
<i>prazosin hcl</i>	T1	
<i>terazosin hcl</i>	T1	HD
ANTAG. DE RECEPT. DE ANGIOTENSINA-BLOQ. DE LOS CANALES DE CALCIO-TIAZIDAS		
<i>amlodipine/valsartan/hcthiiazid</i>	T1	HD
<i>olmesartan/amlodipin/hcthiiazid</i>	T1	HD
COMB. INHIBIDOR DEL RECEPT. DE ANGIOTENSINA-DE LA NEPRILISINA (ARNI)		
ENTRESTO SPRINKLE	T3	QL(2 tabs/day)
COMB. DE ANTAG. DE RECEPT. DE ANGIOTENSINA-DIURÉTICOS TIAZÍDICOS		
<i>candesartan/hydrochlorothiazid</i>	T1	HD
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>losartan/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>olmesartan-hctz 20-12.5 mg tab</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>olmesartan-hctz 40-12.5 mg tab</i>	T1	HD
<i>olmesartan-hctz 40-25 mg tab</i>	T1	HD
<i>telmisartan-hctz 40-12.5 mg tb</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>telmisartan-hctz 80-12.5 mg tb</i>	T1	HD
<i>telmisartan-hctz 80-25 mg tab</i>	T1	HD
<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i> (Diovan Hct)	T1	HD
BLOQ. DE RECEPTORES DE ANGIOTENSINA-BLOQ. DE LOS CANALES DE CALCIO		
<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	T1	HD
<i>amlodipine-olmesartan 10-20 mg</i>	T1	HD
<i>amlodipine-olmesartan 10-40 mg</i>	T1	HD
<i>amlodipine-olmesartan 5-20 mg</i>	T1	QL (1 tab/day) HD

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a 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
BLOQ. DE RECEPTORES DE ANGIOTENSINA-BLOQ. DE LOS CANALES DE CALCIO (cont.)		
<i>amlodipine-olmesartan 5-40 mg</i>	T1	HD
<i>telmisartan-amlodipine 40-10</i>	T1	HD
<i>telmisartan-amlodipine 40-5 mg</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>telmisartan-amlodipine 80-10</i>	T1	HD
<i>telmisartan-amlodipine 80-5 mg</i>	T1	HD
ANTIHIPERTENSIVOS, INHIBIDORES DE LA ECA		
<i>benazepril hcl</i>	T1	HD
<i>captopril</i>	T1	HD
<i>enalapril maleate (Vasotec)</i>	T1	HD
<i>enalaprilat dihydrate</i>	T1	
<i>fosinopril sodium</i>	T1	HD
<i>lisinopril (Zestril)</i>	T1	HD
<i>moexipril hcl</i>	T1	HD
<i>perindopril erbumine</i>	T1	HD
<i>quinapril hcl</i>	T1	HD
<i>ramipril</i>	T1	HD
<i>trandolapril</i>	T1	HD
ANTIHIPERTENSIVOS, ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ANGIOTENSINA		
<i>candesartan cilexetil</i>	T1	HD
<i>eprosartan mesylate</i>	T1	HD
<i>irbesartan</i>	T1	HD
<i>losartan potassium</i>	T1	HD
<i>olmesartan medoxomil 20 mg tab</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>olmesartan medoxomil 40 mg tab</i>	T1	HD
<i>olmesartan medoxomil 5 mg tab</i>	T1	HD
<i>telmisartan 20 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>telmisartan 40 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>telmisartan 80 mg tablet</i>	T1	HD
<i>valsartan</i>	T1	HD
ANTIHIPERTENSIVOS, BLOQUEADORES GANGLIONARES		
VECAMYL	T1	
ANTIHIPERTENSIVOS, VARIOS		
DEMSE (metyrosine)	T3	HD
metyrosine (Demser)	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERTENSIVOS, VARIOS (cont.)		
<i>nitroprusside sodium</i> (Nitropress)	T1	
ANTIHIPERTENSIVOS, SIMPATOLÍTICOS		
CATAPRES-TTS 1 (<i>clonidine</i>)	T3	HD
CATAPRES-TTS 2 (<i>clonidine</i>)	T3	HD
CATAPRES-TTS 3 (<i>clonidine</i>)	T3	HD
<i>clonidine</i> (Catapres-tts 1)	T1	HD
<i>clonidine</i> (Catapres-tts 2)	T1	HD
<i>clonidine</i> (Catapres-tts 3)	T1	HD
<i>clonidine hcl 0.1 mg tablet</i> (Catapres)	T1	HD
<i>clonidine hcl 0.2 mg tablet</i>	T1	HD
<i>clonidine hcl 0.3 mg tablet</i> (Catapres)	T1	HD
<i>guanfacine hcl</i>	T1	HD
<i>methyl dopa</i>	T1	HD
<i>methyl dopa/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>methyl dopate hcl</i>	T1	
ANTIHIPERTENSIVOS, VASODILATADORES		
CORLOPAM	T3	HD
<i>hydralazine hcl</i>	T1	HD
<i>minoxidil</i>	T1	HD
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS BETA		
<i>acebutolol hcl</i>	T1	HD
<i>atenolol</i> (Tenormin)	T1	HD
<i>betaxolol hcl</i>	T1	HD
<i>bisoprolol fumarate</i>	T1	HD
BREVIBLOC	T3	
<i>esmolol hcl</i>	T1	
<i>esmolol hcl</i> (Brevibloc)	T1	
ESMOLOL HCL-AGUA	T1	
<i>esmolol in sodium chloride, iso</i> (Brevibloc)	T1	HD
INNOPRAN XL	T3	ST HD
<i>metoprolol succinate</i> (Toprol XL)	T1	HD
<i>metoprolol tartrate</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS BETA (cont.)		
<i>metoprolol tartrate</i> (Lopressor)	T1	HD
<i>nadolol</i>	T1	HD
<i>nadolol</i> (Corgard)	T1	HD
<i>pindolol</i>	T1	HD
<i>propranolol hcl</i>	T1	HD
<i>propranolol hcl</i> (Inderal La)	T1	HD
<i>sotalol hcl</i>	T1	
<i>sotalol hcl</i> (Betapace Af)	T1	HD
SOTYLIZE SOLN	T3	HD
<i>timolol maleate</i>	T1	HD
BETABLOQUEANTES Y TIAZIDAS, DIURÉTICOS TIAZÍDICOS		
<i>atenolol/chlorthalidone</i> (Tenoretic 100)	T1	HD
<i>atenolol/chlorthalidone</i> (Tenoretic 50)	T1	HD
<i>bisoprolol/hydrochlorothiazide</i> (Ziac)	T1	HD
<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>nadolol/bendroflumethiazide</i>	T1	HD
<i>propranolol/hydrochlorothiazid</i>	T1	HD
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES MUSCARÍNICOS (ANTICOLINÉRGICOS)		
ATROPEN	T3	
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DEL CONDUCTO ARTERIAL PERSISTENTE, TIPO AINE		
<i>ibuprofen lysine/pf</i> (Neoprofen)	T1	
<i>indomethacin 1 mg vial</i>	T1	
NEOPROFEN (<i>ibuprofen lysine</i>)	T3	
INHIBIDOR DE LA RENINA, DIRECTO		
<i>aliskiren 150 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>aliskiren 300 mg tablet</i>	T1	HD
COMBINACIÓN DE VASODILADORES		
<i>isosorbide dinit/hydralazine</i> (Bidil)	T1	QL (6 tabs/day) HD
VASODILADORES, VARIOS		
<i>alprostadil</i>	T1	
PROSTIN VR PEDIATRIC	T3	
HORMONAS PARATIROIDEAS		
YORVIPATH	T3	
VASODILADORES, PERIFÉRICOS		
<i>ergoloid mesylates</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a 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
VASODILADORES, PERIFÉRICOS (cont.)		
<i>isoxsuprine hcl</i>	T1	
<i>papaverine hcl</i>	T1	
CARDIOVASCULARES (Medicamentos para el colesterol)		
ANTIHIPERLIP. - INHIB. DE HMG-COA REDUCT.-INHIB. DE AB. DE COLEST.		
<i>ezetimibe/simvastatin</i>	T1	HD
ANTIHIPERLIP. - INHIB. DE HMG-COA REDUCT.-BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO		
<i>amlodipine-atorvast 10-40 mg (Caduet)</i>	T1	HD
<i>amlodipine-atorvast 10-80 mg (Caduet)</i>	T1	HD
<i>amlodipine-atorvast 2.5-10 mg</i>	T1	HD
<i>amlodipine-atorvast 2.5-20 mg</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>amlodipine-atorvast 2.5-40 mg</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>amlodipine-atorvast 5-10 mg (Caduet)</i>	T1	HD
<i>amlodipine-atorvast 5-20 mg (Caduet)</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>amlodipine-atorvast 5-40 mg (Caduet)</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>amlodipine-atorvast 5-80 mg (Caduet)</i>	T1	HD
CADUET 10 MG-10 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	HD
CADUET 10 MG-20 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	HD
CADUET 10 MG-40 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	HD
CADUET 10 MG-80 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	HD
CADUET 5 MG-10 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	HD
CADUET 5 MG-20 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	QL (1 tab/day) HD
CADUET 5 MG-40 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	QL (1 tab/day) HD
CADUET 5 MG-80 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	HD
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIB. DE LA PROTEÍNA SIMILAR A LA ANGIOPOYETINA 3		
EVKEEZA	T3	PA SP
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIB. DE LA SÍNTESIS DE LA APO B-100		
KYNAMRO	T3	PA SP
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDORES DE PCSK9		
REPATHA PUSHTRONEX	T2	
REPATHA SURECLICK	T2	
REPATHA SYRINGE	T2	
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS-INHIB. DE LA HMG-COA REDUCTASA (ESTATINAS)		
<i>atorvastatin 10 mg tablet</i>	T1	HD PPACA
<i>atorvastatin 20 mg tablet</i>	T1	HD PPACA

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para el colesterol) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS-INHIB. DE LA HMG-COA REDUCTASA (ESTATINAS) (cont.)		
<i>atorvastatin 40 mg tablet</i>	T1	HD
<i>atorvastatin 80 mg tablet</i>	T1	HD
<i>fluvastatin sodium</i>	T1	HD PPACA
<i>lovastatin 10 mg tablet</i>	T1	HD
<i>lovastatin 20 mg tablet</i>	T1	HD PPACA
<i>lovastatin 40 mg tablet</i>	T1	HD PPACA
<i>pitavastatin 1 mg tablet (Livalo)</i>	T1	QL (1 tab/day) HD PPACA
<i>pitavastatin 2 mg tablet (Livalo)</i>	T1	QL (1 tab/day) HD PPACA
<i>pitavastatin 4 mg tablet (Livalo)</i>	T1	HD PPACA
<i>pravastatin sodium</i>	T1	HD PPACA
<i>rosuvastatin calcium 10 mg tab</i>	T1	QL (1 tab/day) HD PPACA
<i>rosuvastatin calcium 20 mg tab (Crestor)</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>rosuvastatin calcium 40 mg tab (Crestor)</i>	T1	HD
<i>rosuvastatin calcium 5 mg tab</i>	T1	QL (1 tab/day) HD PPACA
<i>simvastatin 10 mg tablet</i>	T1	HD PPACA
<i>simvastatin 20 mg tablet</i>	T1	HD PPACA
<i>simvastatin 40 mg tablet</i>	T1	HD PPACA
<i>simvastatin 5 mg tablet</i>	T1	HD
SECUESTRADORES DE SALES BILIARES		
<i>cholestyramine (with sugar) (Questran)</i>	T1	HD
<i>cholestyramine/aspartame</i>	T1	HD
<i>cholestyramine/aspartame (Questran Light)</i>	T1	HD
<i>colesevelam hcl (Welchol)</i>	T1	HD
COLESTID	T3	HD
COLESTID (<i>colestipol hcl</i>)	T3	HD
<i>colestipol hcl (Colestid)</i>	T1	HD
QUESTRAN (<i>cholestyramine</i>)	T3	HD
QUESTRAN LIGHT (<i>prevalite</i>)	T3	HD
LIPOTRÓPICOS		
<i>ezetimibe (Zetia)</i>	T1	HD
<i>fenofibrate</i>	T1	HD
<i>fenofibrate nanocrystallized (Tricor)</i>	T1	HD
<i>fenofibrate, micronized</i>	T1	HD
<i>fenofibrate 120 mg tablet (Fenoglide)</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para el colesterol) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
LIPOTRÓPICOS (cont.)		
<i>fenofibrate 40 mg tablet (Fenoglide)</i>	T1	HD
<i>fenofibric acid (choline) (Trilipix)</i>	T1	HD
<i>fenofibric acid (Fibricor)</i>	T1	HD
FIBRICOR (<i>fenofibric acid</i>)	T3	ST HD
<i>gemfibrozil (Lopid)</i>	T1	HD
LIPOFEN	T3	ST HD
LOPID (<i>gemfibrozil</i>)	T3	HD
<i>niacin (Niaspan)</i>	T1	HD
NIASPAN (<i>niacin er</i>)	T3	HD
TRICOR (<i>fenofibrate</i>)	T3	ST HD
TRIGLIDE	T3	ST HD
TRILIPIX (<i>fenofibric acid</i>)	T3	ST HD
ZETIA (<i>ezetimibe</i>)	T3	HD

CARDIOVASCULARES (Varios)

ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ENDOTELINA-ANGIOTENSINA		
FILSPARI	T2	PA QL(1 tab/day) SP
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA VENOSCLEROSIS		
ASCLERA	T3	PA SP
ETHAMOLIN	T3	
<i>sodium tetradecyl sulfate (Sotradecol)</i>	T1	
SOTRADECOL	T3	
SOTRADECOL (<i>sodium tetradecyl sulfate</i>)	T3	

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Enfermedad de Alzheimer)

TRATAMIENTO DEL ALZHEIMER, ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES NMDA		
<i>memantine hcl</i>	T1	HD
<i>memantine hcl er 14 mg capsule (Namenda Xr)</i>	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>memantine hcl er 28 mg capsule (Namenda Xr)</i>	T1	HD
NAMENDA	T3	HD
NAMENDA XR 14 MG CAPSULE (<i>memantine hcl er</i>)	T3	QL (1 cap/day) HD
NAMENDA XR 21 MG CAPSULE (<i>memantine hcl er</i>)	T3	HD
NAMENDA XR 28 MG CAPSULE (<i>memantine hcl er</i>)	T3	HD
NAMENDA XR 7 MG CAPSULE (<i>memantine hcl er</i>)	T3	QL (1 cap/day) HD
NAMENDA XR TITRATION PACK	T3	QL (112/365 days) HD
NAMZARIC 14 MG-10 MG CAPSULE	T3	QL (2 caps/day) HD
NAMZARIC 21 MG-10 MG CAPSULE	T3	QL (2 caps/day) HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
TRATAMIENTO DEL ALZHEIMER, ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES NMDA (cont.)		
NAMZARIC 28 MG-10 MG CAPSULE	T3	QL (2 caps/day) HD
NAMZARIC 7 MG-10 MG CAPSULE	T3	QL (2 caps/day) HD
NAMZARIC TITRATION PACK	T3	QL (112/365 days) HD

ANTICUERPOS MONOCLONALES DIRIGIDOS CONTRA LAS AMILOIDES

ADUHELM	T3	PA SP
---------	----	-------

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Varios)

ALCOHOL, USO SISTÉMICO

ALCOHOL, DEHYDRATED	T1	
<i>ethyl alcohol</i>	T1	

AGENTES PARA LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA

<i>edaravone</i>	T1	PA SP
QALSODY	T3	
RADICAVA ORS	T3	PA SP QL(50ml/28days)
RADICAVA	T3	PA SP
RILUTEK (<i>riluzole</i>)	T3	SP HD
<i>riluzole</i> (Rilutek)	T1	SP HD
TIGLUTIK	T3	PA SP

ESTIMULANTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

DOPRAM	T3	
<i>doxapram hcl</i> (Dopram)	T1	

MEDICAMENTOS PARA TRATAR TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO

AUSTEDO	T3	PA SP HD
AUSTEDO XR	T3	PA QL SP HD
AUSTEDO XR TITRATION KIT(WK1-4)	T3	PA QL(1 kit/180 days) SP HD
AUSTEDO XR 6MG	T3	PA QL(1 tab/day) SP HD
AUSTEDO XR 12MG	T3	PA QL(2 tabs/day) SP HD
AUSTEDO XR 18 MG TABLET	T3	PA QL(1 tab/day) SP HD
AUSTEDO XR 24MG	T3	PA QL(3 tabs/day) SP HD
INGREZZA	T4	PA QL(1 tab/day) SP
INGREZZA INITIATION PACK (TARDIV)	T4	PA QL (28 caps/year) SP
<i>tetrabenazine</i>	T1	PA SP HD

AGENTES PARA EL AFECTO PSEUDOBULBAR (PBA), ANTAGONISTAS DE NMDA

NUEDEXTA	T3	QL (4 caps/day)
----------	----	-----------------

XANTINAS

CAFCIT (<i>caffeine citrate</i>)	T3	HD
------------------------------------	----	----

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Varios) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
XANTINAS (cont.)		
CAFFEINE AND SODIUM BENZOATE	T1	HD
<i>caffeine citrate</i> (Cafcit)	T1	HD
<i>caffeine/sodium benzoate</i> (Caffeine And Sodium Benzoate)	T1	HD

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Esclerosis múltiple)

AGENTES PARA TRATAR LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE		
AVONEX	T2	PA SP HD
AVONEX PEN	T2	PA SP HD
BAFIERTAM	T2	PA SP HD
BETASERON	T2	PA SP HD
BRIUMVI	T3	PA SP
<i>dimethyl fumarate</i>	T1	HD
<i>glatopa</i>	T1	HD
<i>glatiramer</i>	T1	HD
<i>glatiramer acetate</i>	T1	PA SP HD
KESIMPTA PEN	T2	PA SP HD
LEMTRADA	T3	PA SP HD
MAVENCLAD	T3	PA SP HD
MAYZENT	T2	PA SP HD
OCREVUS	T2	PA SP
PLEGRIDY	T2	PA SP HD
PLEGRIDY PEN	T2	PA SP HD
PONVORY	T2	PA SP HD
REBIF	T2	PA SP HD
REBIF REBIDOSE	T2	PA SP HD
<i>teriflunomide</i> (Aubagio)	T1	SP HD
VUMERITY	T2	PA SP HD

AGENTES PARA EL TRAT. DE TRAST. DE LA TRANSMISIÓN NEUROMUSC., BLOQ. DE LOS CAN. DE POT.		
<i>dalfampridine</i>	T1	PA SP HD
FIRDAPSE	T3	PA QL (8 tabs/day) SP
RUZURGI	T3	PA SP

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

INHIBIDORES DEL PÉPTIDO RELACIONADO CON EL GEN DE LA CALCITONINA (CGRP)		
EMGALITY SYRINGE	T2	PA
MODULADOR DE LOS RECEPTORES DE ESFINGOSINA 1-FOSFATO (SIP)		
VELSIPITY	T2	PA QL(30 tabs/30 days) SP HD

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a 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)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONVULSIVOS - TIPO BENZODIAZEPINAS		
<i>clobazam</i> (Onfi)	T1	HD
<i>clonazepam</i>	T1	HD
<i>clonazepam</i> (Klonopin)	T1	HD
DIASTAT (<i>diazepam</i>)	T3	PA HD
<i>diazepam 10 mg rectal gel syst</i> (Diastat Acudial)	T1	HD
<i>diazepam 2.5 mg rectal gel sys</i> (Diastat)	T1	HD
<i>diazepam 20 mg rectal gel syst</i>	T1	HD
KLONOPIN (<i>clonazepam</i>)	T3	PA HD
NAYZILAM	T2	PA QL (5 kits/30 days) HD
ONFI (<i>clobazam</i>)	T3	PA HD
VALTOCO	T2	PA QL (5 boxes/30 Days) HD
ANTICONVULSIVOS - TIPO CANNABINOIDES		
EPIDIOLEX	T3	PA SP HD
ANTICONVULSIVOS		
BRIVIACT 10 MG TABLET	T3	PA HD
BRIVIACT 10 MG/ML ORAL SOLN	T3	PA HD
BRIVIACT 100 MG TABLET	T3	PA HD
BRIVIACT 25 MG TABLET	T3	PA HD
BRIVIACT 50 MG TABLET	T3	PA HD
BRIVIACT 50 MG/5 ML VIAL	T3	HD
BRIVIACT 75 MG TABLET	T3	PA HD
<i>carbamazepine</i>	T1	HD
<i>carbamazepine</i> (Carbatrol)	T1	HD
<i>carbamazepine</i> (Tegretol Xr)	T1	HD
<i>carbamazepine</i> (Tegretol)	T1	HD
CARBATROL (<i>carbamazepine er</i>)	T3	PA HD
CELONTIN	T2	HD
CEREBYX (<i>fosphenytoin sodium</i>)	T3	
DIACOMIT	T3	PA SP HD
DILANTIN 100 MG CAPSULE (<i>phenytoin sodium extended</i>)	T3	PA HD

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONVULSIVOS (cont.)		
DILANTIN 30 MG CAPSULE	T2	PA HD
DILANTIN 50 MG INFATAB (<i>phenytoin</i>)	T3	PA HD
DILANTIN-125 (<i>phenytoin</i>)	T3	PA HD
<i>divalproex sodium</i> (Depakote Er)	T1	HD
<i>divalproex sodium</i> (Depakote Sprinkle)	T1	HD
<i>divalproex sodium</i> (Depakote)	T1	HD
<i>ethosuximide</i> (Zarontin)	T1	HD
<i>felbamate</i>	T1	HD
FINTEPLA	T3	PA SP HD
<i>fosphenytoin sodium</i> (Cerebyx)		
FYCOMPA 0.5 MG/ML ORAL SUSP	T2	PA HD
<i>gabapentin</i> (Gralise)	T1	HD
<i>gabapentin</i> (Neurontin)	T1	HD
KEPPRA (<i>levetiracetam</i>)	T3	HD
<i>lacosamide</i> (Vimpat)	T1	HD
<i>lamotrigine</i>	T1	HD
<i>levetiracetam</i> (Keppra)	T1	HD
<i>levetiracetam in nacl (iso-os)</i>	T1	
LEVETIRACETAM-NACL 250 MG/50ML		
LYRICA (<i>pregabalin</i>)	T3	PA HD
NEURONTIN (<i>gabapentin</i>)	T3	PA HD
<i>oxcarbazepine</i>	T1	PA HD
OXTELLAR XR (<i>Oxtellar Xr</i>)	T3	PA HD
PEGANONE	T2	HD
PHENYTEK (<i>phenytoin sodium extended</i>)	T3	PA HD
<i>phenytoin</i>	T1	HD
<i>phenytoin</i> (Dilantin)	T1	HD
<i>phenytoin</i> (Dilantin-125)	T1	HD
<i>phenytoin sodium</i>	T1	HD
<i>phenytoin sodium extended</i> (Dilantin)	T1	HD
<i>phenytoin sodium extended</i> (Phenytek)	T1	HD
<i>pregabalin</i>	T1	HD
<i>pregabalin</i> (Lyrica)	T1	HD
<i>primidone</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONVULSIVOS (cont.)		
<i>primidone 250 mg tablet (Mysoline)</i>	T1	HD
<i>primidone 50 mg tablet (Mysoline)</i>	T1	HD
<i>rufinamide 200 mg tablet (Banzel)</i>	T1	PA QL (16 tabs/day) HD
<i>rufinamide 400 mg tablet (Banzel)</i>	T1	PA QL (8 tabs/day) HD
SPRITAM	T3	PA HD
TEGRETOL (<i>carbamazepine</i>)	T3	PA HD
TEGRETOL (<i>epitol</i>)	T3	PA HD
TEGRETOL XR (<i>carbamazepine er</i>)	T3	PA HD
<i>tiagabine hcl 12 mg tablet</i>	T1	QL (8 tabs/day) HD
<i>tiagabine hcl 16 mg tablet</i>	T1	QL (6 tabs/day) HD
<i>tiagabine hcl 2 mg tablet</i>	T1	HD
<i>tiagabine hcl 4 mg tablet</i>	T1	HD
<i>topiramate er (Qudexy Xr)</i>	T1	HD
<i>topiramate er (Trokendi XR)</i>	T1	QL (1 cap/day) HD
TROKENDI XR 25 MG, 100 MG CAPSULE (<i>topiramate</i>)	T3	QL (1 cap/day) HD
TROKENDI XR 50 MG, 200 MG CAPSULE (<i>topiramate</i>)	T3	HD
<i>valproic acid</i>	T1	HD
<i>valproic acid (as sodium salt)</i>	T1	HD
<i>vigabatrin</i>	T1	SP HD
VIMPAT 10 MG/ML SOLUTION	T2	PA HD
VIMPAT 100 MG TABLET	T2	PA HD
VIMPAT 150 MG TABLET	T2	PA HD
VIMPAT 200 MG TABLET	T2	PA HD
VIMPAT 200 MG/20 ML VIAL	T3	HD
VIMPAT 50 MG TABLET	T2	PA HD
XCOPRI 25 MG TABLET	T3	PA HD
XCOPRI 100 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day) HD
XCOPRI 12.5-25 MG TITRATION PK	T3	PA QL (1/28 days) HD
XCOPRI 150 MG TABLET	T3	PA QL (1/day) HD
XCOPRI 150-200 MG TITRATION PK	T3	PA QL (1/28 days) HD

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONVULSIVOS (cont.)		
XCOPRI 200 MG TABLET	T3	PA QL (2/day) HD
XCOPRI 250 MG DAILY DOSE PACK	T3	PA QL (1/28 days) HD
XCOPRI 350 MG DAILY DOSE PACK	T3	PA QL (1/28 days) HD
XCOPRI 50 MG TABLET	T3	PA QL (1/day) HD
XCOPRI 50-100 MG TITRATION PAK	T3	PA QL (1/28 days) HD
ZARONTIN (<i>ethosuximide</i>)	T3	PA HD
<i>zonisamide</i>	T1	HD

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

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

WAKIX	T3	PA QL (2 tabs/day) SP HD
-------	----	--------------------------

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

ERITROPOYESIS-AGENTES ESTIMULANTES

ARANESP	T2	PA SP
EPOGEN	T2	PA SP
MIRCERA	T3	PA SP
PROCRIT	T2	PA SP
RETACRIT	T2	PA SP

ESTIMULANTES DE LEUCOCITOS (RECuento DE GLÓBULOS BLANCOS)

FULPHILA	T3	PA SP
GRANIX	T3	PA SP
LEUKINE	T2	SP
NEULASTA	T2	PA SP
NEULASTA ONPRO	T2	PA SP HD
NEUPOGEN	T3	PA SP
NIVESTYM	T2	SP
NYPOZI	T3	PA SP
NYVEPRIA	T2	PA SP
ROLVEDON	T3	PA SP
STIMUFEND	T3	PA SP
UDENYCA	T2	PA SP
ZARXIO	T2	SP HD
ZIEXTENZO	T3	PA SP

AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE TROMBOPOYETINA

DOPTLET	T2	PA SP HD
---------	----	----------

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

FACTORES ESTIMULANTES DE COLONIAS (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ESTIMULANTES DE LEUCOCITOS (RECuento DE GLÓBULOS BLANCOS) (cont.)		
MULPLETA	T3	PA SP HD
NPLATE	T3	PA SP
FACTORES ESTIMULANTES DE COLONIAS (Cáncer)		
ANTAGONISTA DEL RECEPTOR DE QUIMIOCINAS CXCR4		
MOZOBIL	T3	PA SP
XOLREMDI	T3	PA QL(4 caps/day) SP CSL
ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos)		
ANTICONCEPTIVOS, INTRAVAGINALES, SISTÉMICOS		
ANNOVERA	T3	
etonogestrel/ethinyl estradiol (Nuvaring)	T1	PPACA
NUVARING (etonogestrel-ethinyl estradiol)	T3	
ANTICONCEPTIVOS, IMPLANTABLES		
NEXPLANON	T3	SP PPACA
ANTICONCEPTIVOS, INYECTABLES		
DEPO-PROVERA 150 MG/ML SYRINGE (medroxyprogesterone acetate)	T3	
DEPO-PROVERA 150 MG/ML VIAL (medroxyprogesterone acetate)	T3	
DEPO-SUBQ PROVERA 104	T3	
ANTICONCEPTIVOS, ORALES		
BEYAZ (rajani)	T3	HD
desogestrel-ethinyl estradiol	T1	HD PPACA
drospir/eth estro/levomefol ca (Beyaz)	T1	HD PPACA
drospir/eth estro/levomefol ca (Safyral)	T1	HD PPACA
ELLA	T3	HD PPACA
ESTROSTEP FE (tri-igest fe)	T3	HD
ethinyl estradiol/drospirenone (Yasmin 28)	T1	HD PPACA
ethinyl estradiol/drospirenone (Yaz)	T1	HD PPACA
ethynodiol d-ethinyl estradiol	T1	HD PPACA
levonorgest/eth.estradiol/iron (Balcoltra)	T1	HD PPACA
l-norgest/e.estradiol-e.estradiol	T1	HD PPACA
l-norgest/e.estradiol-e.estradiol (Quartette)	T1	HD PPACA
LOESTRIN (norethindron/ethinyl estradiol)	T3	HD
LOESTRIN FE (norethindrone/eth estradiol-fe)	T3	HD
LOESTRIN FE (tarina fe 1-20 eq)	T3	HD

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONCEPTIVOS, ORALES (cont.)		
MICROGESTIN 24 FE (<i>tarina 24 fe</i>)	T3	HD
<i>noreth-ethinyl estradiol/iron</i>	T1	HD PPACA
<i>noreth-ethinyl estradiol/iron</i> (Generess Fe)	T1	HD PPACA
<i>noreth-ethinyl estradiol/iron</i> (Generess Fe)	T3	HD PPACA
<i>norethindrone</i> (Ortho Micronor)	T1	HD PPACA
<i>norethindrone ac/eth estradiol</i> (Loestrin)	T1	HD PPACA
<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i>	T1	HD PPACA
<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i> (Erostep Fe)	T1	HD PPACA
<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i> (Loestrin Fe)	T1	HD PPACA
<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i> (Microgestin 24 Fe)	T1	HD PPACA
<i>norethindrone-ethin. estradiol</i>	T1	HD PPACA
<i>norethin-ee 1.5-0.03 mg (21) tb</i> (Loestrin)	T1	HD PPACA
<i>norgestrel-ethinyl estradiol</i>	T1	HD PPACA
ORTHO MICRONOR (<i>tulana</i>)	T3	HD
QUARTETTE (<i>rivelsa</i>)	T3	HD
SAFYRAL (<i>tydemy</i>)	T3	HD
TYBLUME	T3	HD
YASMIN 28 (<i>zumandimine</i>)	T3	HD
YAZ (<i>vestura</i>)	T3	HD
ANTICONCEPTIVOS TRANSDÉRMICOS		
<i>norelgestromin/ethin.estradiol</i>	T1	HD PPACA
DIAFRAGMAS/CAPUCHONES CERVICALES		
CAYA CONTOURED	T3	PPACA
FEMCAP	T3	PPACA
WIDE SEAL DIAPHRAGM	T3	PPACA
DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)		
KYLEENA	T3	SP PPACA
LILETTA	T3	SP PPACA
MIRENA	T3	SP PPACA
PARAGARD T 380-A	T3	SP PPACA
SKYLA	T3	SP PPACA

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a 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 (Alergia/rociadores nasales)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
COMB. DE ANTIHIST.-DESCONGEST.-ANTICOLINÉRGICOS DE I.ª GENERACIÓN		
RESPA A.R.	T3	
PREPARACIONES PARA LA TOS/EL RESFRÍO (Medicamentos para la tos/el resfrío)		
ANTITUSIVOS NO OPIOIDES		
<i>benzonatate</i>	T1	
<i>benzonatate</i> (Tessalon Perle)	T1	
TESSALON PERLE (<i>benzonatate</i>)	T3	
ANTITUS. NO OPIOIDES-ANTIHISTAMÍNICOS DE I.ª GENERACIÓN-DESCONGESTIVOS		
<i>brompheniramine/pseudoephed/dm</i> (Bromfed Dm)	T1	
COMB. DE ANTITUSIVOS NO OPIOIDES-ANTIHISTAMÍNICOS DE I.ª GENERACIÓN		
<i>promethazine/dextromethorphan</i>	T1	
ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTIHISTAMÍNICOS DE I.ª GENERACIÓN-DESCONGESTIVOS		
<i>hydrocodone/cpm/pseudoephed</i>	T1	PA
<i>promethazine/phenyleph/codeine</i>	T1	PA QL (480ml/22 days)
<i>promethazine/phenyleph/codeine</i>	T1	PA QL (480ml/30 days)
ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTIHISTAMÍNICOS DE I.ª GENERACIÓN		
<i>hydrocodone/chlorphen p-stirex</i>	T1	PA
<i>promethazine-codeine solution</i>	T1	PA QL (480ml/22 days)
<i>promethazine-codeine syrup</i>	T1	PA QL (480ml/30 days)
TUXARIN ER	T3	PA QL (2 tabs/day)
TUZISTRA XR	T3	PA QL (960ml/30 days)
COMBINACIONES DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTICOLINÉRGICOS		
HYCODAN (<i>hydromet</i>)	T3	PA QL (480ml/22 days)
<i>hydrocodone bit/homatrop me-br</i> (Hycodan)	T1	PA QL (480ml/22 days)
<i>hydrocodone-homatropine 5-1.5</i>	T1	PA QL (180 tabs/30 days)
COMBINACIONES DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTICOLINÉRGICOS (cont.)		
<i>hydrocodone-homatropine soln</i> (Hycodan)	T1	PA QL (480ml/30 days)
HYDROCODONE-HOMATROPINE SYRUP	T1	PA QL (480ml/30 days)
COMBINACIÓN DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-EXPECTORANTES		
HYDROCODONE-GUAIFENESIN	T1	PA QL (960ml/30 days)
OBREDON	T3	PA QL (960ml/30 days)
DIAGNÓSTICO (Diabetes)		
DIAGNÓSTICO DEL NIVEL DE AZÚCAR EN SANGRE		
FREESTYLE INSULINX	T2	
FREESTYLE INSULINX TEST STRIPS	T2	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

DIAGNÓSTICO (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
DIAGNÓSTICO DEL NIVEL DE AZÚCAR EN SANGRE (cont.)		
FREESTYLE LITE TEST STRIP	T2	
FREESTYLE PRECISION NEO	T2	
FREESTYLE TEST STRIPS	T2	
ONETOUCH ULTRA TEST STRIP	T2	
ONETOUCH VERIO TEST STRIP	T2	
PRECISION XTRA TEST STRIPS	T2	
TRUE METRIX TEST STRIP	T2	
DIAGNÓSTICO (Varios)		
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO SUPRARRENAL RADIOACTIVOS		
ADREVIEW	T3	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO BILIAR		
CHOLETEC	T3	
TC99M MEBROFENIN PREP	T1	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO BILIAR, RADIOPACOS		
<i>indocyanine green</i>	T1	
SINOGRAFIN	T3	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO CARDIOVASCULAR - RADIOACTIVOS		
AMMONIA N-13	T3	
MYOVUE	T3	
TC99M PYROPHOSPHATE PREP	T1	
TC99M SESTAMIBI PREP	T1	
THALLOUS CHLORIDE TL-201	T1	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO CARDIOVASCULAR, AGENTES NO RADIOPACOS		
<i>adenosine 60 mg/20 ml vial</i>	T1	
<i>adenosine 90 mg/30 ml vial</i>	T1	
DEFINITY	T3	
<i>dipyridamole 50 mg/10 ml vial</i>	T1	
LEXISCAN	T3	
OPTISON	T3	
<i>regadenoson 0.4 mg/5 ml syring</i>	T1	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO CARDIOVASCULAR - RADIOPACOS		
ISOVUE-200	T3	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

DIAGNÓSTICO (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO CARDIOVASCULAR - RADIOPACOS (cont.)		
ISOVUE-250	T3	
ISOVUE-300	T3	
ISOVUE-370	T3	
ISOVUE-M 200	T3	
ISOVUE-M 300	T3	
OMNIPAQUE	T3	
OPTIRAY 240	T3	
OPTIRAY 300	T3	
OPTIRAY 320	T3	
OPTIRAY 350	T3	
ULTRAVIST	T3	
VISIPAQUE	T3	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO CEREBRAL Y DE LA MÉDULA ESPINAL RADIOACTIVOS		
CERETEC	T3	
INDIUM IN-111 DTPA	T3	
DOTAREM	T3	
<i>gadoterate meglumine (Dotarem)</i>	T1	
MAGNEVIST	T3	
MULTIHANCE	T3	
MULTIHANCE MULTIPACK	T3	
OMNISCAN	T3	
OMNISCAN PREFILL PLUS	T3	
OPTIMARK	T3	
PROHANCE	T3	
PROHANCE MULTIPACK	T3	
PREPARACIONES DE DIAGNÓSTICO, VARIAS		
ADVANCED DNA MEDICATED COLLECT	T3	
ARIDOL	T3	
DMSA	T3	
DRAXIMAGE DTPA	T3	
GDAVIST	T3	
<i>gadobutrol</i>	T1	
GLUCAGON HCL	T1	
<i>isosulfan blue (Lymphazurin)</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

DIAGNÓSTICO (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE DIAGNÓSTICO, VARIAS (cont.)		
<i>lidocaine hcl/glycerin</i> (Advanced Dna Medicated Collect)	T1	
LIPIODOL	T3	
LUMASON	T3	
LYMPHAZURIN	T3	
NETSPOT	T3	
PROVOCHOLINE	T3	
TC99M MEDRONATE PREP	T1	
TC99M SULFUR COLLOID PREP	T1	
RADIOFÁRMACOS DE DIAGNÓSTICO - IMÁGENES DE AMILOIDES/TAU		
AMYVID	T3	
VIZAMYL	T3	PA
RADIOFÁRMACOS DE DIAGNÓSTICO - TRANSPORTADOR DE DOPAMINA (DAT)		
DATSCAN	T3	
AGENTES PARA EL DIAGNÓSTICO OCULAR		
AK-FLUOR	T3	
AK-FLUOR (<i>fluorescein</i>)	T3	
<i>fluorescein sodium</i>	T1	
<i>fluorescein sodium</i> (Ak-fluor)	T1	
<i>ful-glo 1 mg ophth strip</i>	T1	
FUL-GLO EYE STRIPS	T3	
<i>lissamine green</i>	T1	
AGENTES PARA CISTOSCOPIA DE FLUORESCENCIA/IMÁGENES ÓPTICAS		
CYSVIEW	T3	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOPACOS GASTROINTESTINALES		
ENTERO VU	T3	
E-Z DISK	T3	
E-Z-HD	T3	
E-Z-PAQUE	T3	
E-Z-PASTE	T3	
GASTROMARK	T3	
LIQUID E-Z PAQUE	T3	
LIQUID POLIBAR PLUS	T3	
NEULUMEX	T3	
POLIBAR ACB	T3	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

DIAGNÓSTICO (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOPACOS GASTROINTESTINALES (cont.)		
READI-CAT 2	T3	
SITZMARKS	T3	
TAGITOL V	T3	
VARIBAR HONEY	T3	
VARIBAR NECTAR	T3	
VARIBAR PUDDING	T3	
VARIBAR THIN HONEY	T3	
VARIBAR THIN LIQUID	T3	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO HEPÁTICO		
EOVIST	T3	
PREPARACIONES CON HISTAMINA		
HISTATROL INTRADERMAL	T3	
HISTATROL PERCUTANEOUS	T3	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO DE LA FUNCIÓN METABÓLICA		
CHIRHOSTIM	T3	
METOPIRONE	T3	
R-GENE 10	T3	
AGENTES DE DIAGNÓSTICO CON ANTICUERPOS MONOCLONALES PARA DETECTAR TUMORES		
PROTASCINT	T3	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOACTIVOS, GENERALES		
OCTREOSCAN	T3	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOACTIVOS PARA RADIOMARCADO DE LEUCOCITOS AUTÓLOGOS		
INDIUM IN-111 OXYQUINOLINE	T1	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOACTIVOS PARA RADIOMARCADO DE AMINOÁCIDOS SINTÉTICOS		
AXUMIN	T3	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO DE LA FUNCIÓN METABÓLICA RADIOACTIVOS		
FLUDEOXYGLUCOSE F-18	T3	
ELEMENTOS RADIOFARMACÉUTICOS		
GA 68 DOTATOC	T3	
INDICLOR	T3	
AGENTES DE DIAGNÓSTICO DE FUNCIÓN RENAL		
indigotindisulfonate sodium	T3	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOPACOS URINARIOS		
CONRAY	T3	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

DIAGNÓSTICO (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOPACOS URINARIOS (cont.)		
CONRAY-30	T3	
CONRAY-43	T3	
CYSTO-CONRAY II	T3	
CYSTOGRAFIN	T3	
CYSTOGRAFIN-DILUTE	T3	
<i>diatrizoate meglumine, sodium</i>	T3	
<i>diatrizoate meglumine, sodium</i> (Gastrografin)	T1	
GASTROGRAFIN (<i>md-gastroview</i>)	T3	
DIURÉTICOS (Diuréticos)		
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ARGININA VASOPRESINA (AVP)		
TOLVAPTAN 15 MG TABLET	T3	SP
<i>tolvaptan 30 mg tablet</i> (Samsca)	T1	SP
VAPRISOL-5% DEXTROSE	T3	
INHIBIDORES DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA		
<i>acetazolamide</i>	T1	
<i>acetazolamide sodium</i>	T1	HD
<i>methazolamide</i>	T1	HD
DIURÉTICOS DE ASA		
<i>bumetanide</i>	T1	HD
<i>ethacrynate sodium</i> (Sodium Edecrin)	T1	
<i>furosemide</i>	T1	HD
<i>furosemide</i> (Lasix)	T1	HD
FUROSEMIDE-0.9% NACL	T1	
SODIUM EDECRIN (<i>ethacrynate sodium</i>)	T3	
<i>torsemide</i>	T1	HD
DIURÉTICOS OSMÓTICOS		
<i>mannitol</i>	T3	
<i>mannitol</i> (Osmitol)	T1	
OSMITROL (<i>mannitol</i>)	T3	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

DIURÉTICOS (Diuréticos) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO		
<i>amiloride hcl</i>	T1	HD
CAROSPIR SUSP	T2	PA
CAROSPIR (<i>spironolactone</i>)	T1	HD
<i>eplerenone</i> (Inspra)	T1	HD
INSPRA (<i>eplerenone</i>)	T3	HD
KERENDIA	T2	PA QL (1 tab/day)
<i>spironolactone</i>	T1	HD
<i>spironolactone</i> (Aldactone) (Carospir)	T1	HD
<i>triamterene</i> (Dyrenium)	T1	HD
DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO EN COMBINACIÓN		
ALDACTAZIDE	T3	HD
ALDACTAZIDE (<i>spironolactone-hctz</i>)	T3	HD
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
DYAZIDE (<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>)	T3	HD
<i>spironolact/hydrochlorothiazid</i> (Aldactazide)	T1	HD
<i>triamterene/hydrochlorothiazid</i> (Dyazide)	T1	HD
TIAZIDA Y DIURÉTICOS AFINES		
<i>chlorothiazide sodium</i> (Sodium Diuril)	T1	
<i>chlorthalidone</i>	T1	HD
DIURIL	T3	HD
<i>hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>indapamide</i>	T1	HD
<i>metolazone</i>	T1	HD
SODIUM DIURIL (<i>chlorothiazide sodium</i>)	T3	HD
PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Alergia/rociadores nasales)		
ANTIISTAMÍNICOS NAALES		
<i>azelastine 0.1% (137 mcg) spray</i>	T1	HD
<i>azelastine 0.15% nasal spray</i>	T1	HD
<i>olopatadine 665 mcg nasal spray</i> (Patanase)	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Alergia/rociadores nasales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIISTAMÍNICOS NASALES (cont.)		
PATANASE (olopatadine hcl)	T3	HD
COMB. DE ANTIISTAMÍNICOS NASALES Y ANTIINFLAM. ESTEROIDEOS		
azelastine/fluticasone	T1	HD
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS NASALES		
flunisolide	T1	HD
fluticasone prop 50 mcg spray	T1	HD
mometasone furoate 50 mcg spry	T1	QL (4 bots/30 days) HD
PREPARACIONES NASALES, VARIAS (CON RECETA)		
ipratropium bromide	T1	HD
PREPARACIONES NASALES, VASOCONSTRICTORES (CON RECETA)		
ADRENALIN CHLORIDE	T3	
epinephrine hcl (Adrenalin Chloride)	T1	
PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Medicamentos para los oídos)		
PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIINFLAMATORIAS		
DERMOTIC (fluocinolone acetonide oil)	T3	
fluocinolone acetonide oil (Dermotic)	T1	
PREPARACIONES ÓTICAS, VARIAS, ANTIINFECCIOSOS		
hydrocortisone/acetic acid	T1	
PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Condiciones oculares)		
LÁGRIMAS ARTIFICIALES		
LACRISERT	T3	
MIEBO	T2	QL(4 bottles/30 days)
ANTIINFECCIOSOS PARA LOS OJOS (CON RECETA ÚNICAMENTE)		
BETADINE	T3	
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS PARA LOS OJOS		
ACUVAIL	T3	
ALREX	T3	
bromfenac sodium (Bromsite)	T1	
BROMSITE .(bromfenac sodium)	T2	
dexamethasone 0.1% eye drop	T1	
diclofenac 0.1% eye drops	T1	
EYSUVIS	T2	QL (8.3ml/14 days)
FLAREX 0.1% EYE DROPS	T2	
fluorometholone (Fml)	T1	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS PARA LOS OJOS (cont.)		
<i>flurbiprofen sodium</i>	T1	
ILEVRO	T3	
ILUVIEN	T3	SP
INVELTYS 1% EYE DROP	T2	
<i>ketorolac 0.4% ophth solution</i> (Acular Ls)	T1	
<i>ketorolac 0.5% ophth solution</i> (Acular)	T1	
LOTEMAX 0.5% EYE OINTMENT	T2	
LOTEMAX (<i>loteprednol etabonate</i>)	T3	
LOTEMAX SM 0.38% OPHTH GEL	T2	
<i>loteprednol etabonate</i> (Lotemax)	T1	
OMNIPRED (<i>prednisolone acetate</i>)	T3	
OZURDEX	T3	SP
<i>prednisolone acetate</i> (Pred Forte)	T1	
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	T1	
PROLENSA	T3	
TRIESENCE	T3	
IRRIGACIÓN OCULAR		
BSS PLUS	T3	
ANESTÉSICOS LOCALES PARA LOS OJOS		
AKTEN	T3	
ALCAINE (<i>proparacaine hcl</i>)	T3	
ALTAFLUOR BENOX (<i>flurox</i>)	T3	
<i>benoxinate hcl/fluorescein sod</i> (Altafluor Benox)	T1	
<i>benoxinate hcl/fluorescein sod</i> (Altafluor Benox)	T3	
<i>proparacaine hcl</i> (Alcaine)	T1	
<i>proparacaine/fluorescein sod</i>	T1	
<i>proparacaine/fluorescein sod</i>	T3	
<i>tetracaine hcl</i>	T1	
TETRAVISC	T3	
TETRAVISC FORTE	T3	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a 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
ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS PARA LOS OJOS		
<i>cromolyn 4% eye drops</i>	T1	
COMBINACIONES DE MIDRIÁTICOS OCULARES Y AINE		
OMIDRIA	T3	
PREPARACIONES OCULARES, VARIAS (SIN RECETA)		
GELFILM	T3	
VASOCONSTRICTORES PARA LOS OJOS		
<i>phenylephrine hcl</i>	T1	
MIÓTICOS Y OTROS REDUCTORES DE LA PRESIÓN INTRAOCULAR		
<i>apraclonidine hcl</i> (Iopidine)	T1	HD
AZOPT (<i>brinzolamide</i>)	T3	HD
<i>betaxolol hcl</i>	T1	HD
BETOPTIC S 0.25% DROPS	T2	HD
<i>bimatoprost</i>	T1	QL (10 gm/30 days) HD
<i>brimonidine tartrate</i>	T1	HD
<i>brimonidine tartrate</i> (Alphagan P)	T1	HD
<i>brimonidine tartrate/timolol</i> (Combigan)	T1	HD
<i>brinzolamide</i> (Azopt)	T1	HD
<i>carbachol</i>	T3	HD
<i>carteolol hcl</i>	T1	HD
COMBIGAN	T2	HD
<i>dorzolamide hcl</i> (Trusopt)	T1	HD
<i>dorzolamide hcl/timolol maleat</i> (Cosopt)	T1	HD
<i>dorzolamide/timolol/pf</i> (Cosopt Pf)	T1	HD
DURYSTA	T3	PA SP HD
IOPIDINE	T3	HD
IOPIDINE (<i>apraclonidine hcl</i>)	T3	HD
ISOPTO CARPINE (<i>pilocarpine hcl</i>)	T3	HD
<i>latanoprost</i>	T1	HD
<i>levobunolol hcl</i>	T1	HD
MIOCHOL-E	T3	HD
PHOSPHOLINE IODIDE	T3	HD
<i>pilocarpine hcl</i> (Isopto Carpine)	T1	HD
RHOPRESSA	T3	
ROCKLATAN	T3	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MIÓTICOS Y OTROS REDUCTORES DE LA PRESIÓN INTRAOCULAR (cont.)		
SIMBRINZA	T2	HD
<i>timolol maleate</i> (Istalol)	T1	HD
<i>timolol maleate</i> (Timoptic)	T1	HD
<i>timolol maleate</i> (Timoptic-xe)	T1	HD
<i>timolol maleate/pf</i> (Timoptic Ocudose)	T1	HD
<i>travoprost</i>	T1	HD
TRUSOPT (<i>dorzolamide hcl</i>)	T3	HD
MIDRIÁTICOS		
<i>atropine 1% eye drops</i> (Isopto Atropine)	T1	HD
<i>atropine 1% eye ointment</i>	T1	HD
ATROPINE SULFATE-0.9% NACL	T3	HD
CYCLOGYL	T3	HD
CYCLOGYL (<i>cyclopentolate hcl</i>)	T3	HD
CYCLOMYDRIL	T3	HD
<i>cyclopentolate hcl</i> (Cyclogyl)	T1	HD
<i>homatropine hbr</i>	T1	HD
MYDRIACYL (<i>tropicamide</i>)	T3	HD
PAREMYD	T3	HD
<i>tropicamide</i>	T1	HD
<i>tropicamide</i> (Mydriacyl)	T1	HD
ANTAGONISTAS DEL FACTOR DE CRECIMIENTO ENDOTELIAL VASC. OFT.		
EYLEA	T3	PA SP
PAVBLU	T3	PA SP
ANTICUERPOS MONOCLONALES RECOMBINANTES ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DEL VEGF-A OFTÁLMICOS		
BEOVU	T3	PA SP
LUCENTIS	T3	PA SP
AGENTES ANTIFIBRÓTICOS OFTÁLMICOS		
MITOSOL	T3	
ANTIINFLAMATORIOS OFTÁLMICOS, TIPO INMUNOMODULADOR		
CEQUA	T2	
RESTASIS	T2	HD
XIIDRA	T2	HD
INHIBIDORES DEL COMPLEMENTO OFTÁLMICO		
SYFOVRE	T3	PA SP HD

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES OFTÁLMICOS REDUCTORES DE LA CISTINA		
CYSTADROPS	T3	PA QL (20ml/21 days) SP
CYSTARAN	T3	PA QL (120ml/28 days) SP
FACTOR DE CRECIMIENTO DEL NERVIÓ OFTÁLMICO HUMANO (HNGF)		
OXERVATE	T3	PA SP HD
PREPARACIONES OFTÁLMICAS, VARIAS		
AMVISC	T3	SP
AMVISC PLUS	T3	SP
DISCOVISC	T3	
DUOVISC	T3	
HEALON (<i>biolon</i>)	T3	SP
HEALON5	T3	
PROVISC 10MG/ML DISP SYR	T3	SP
TOTALVISC	T3	SP
VISCOAT	T3	
ELEMENTOS DE ASISTENCIA PARA OPERACIÓN OFTALMOLÓGICA		
CELLUGEL	T3	
<i>hypromellose</i> (Cellugel)	T1	
MEMBRANEBLUE	T3	
VISIONBLUE	T3	
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Medicamentos para el colesterol)		
SUPLEMENTOS DE LÍPIDOS ORALES		
DOJOLVI	T3	PA SP HD
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Productos dentales)		
PREPARACIONES CON FLÚOR		
CLINPRO 5000	T3	
<i>fluoride (sodium)</i> (Prevident 5000 Ortho Defense)	T1	
<i>fluoride (sodium)</i> (Prevident 5000 Plus)	T1	
<i>fluoride (sodium)</i> (Prevident 5000)	T1	
<i>fluoride (sodium)</i> (Prevident)	T1	
FLUORIDEX	T1	
FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF	T3	
FRAICHE 5000 PREVI	T3	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Productos dentales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES CON FLÚOR (cont.)		
FRAICHE 5000 SENSITIVE	T3	
PREVIDENT	T3	
PREVIDENT (<i>sodium fluoride</i>)	T3	
PREVIDENT KIDS	T3	
PREVIDENT 5000	T3	
PREVIDENT 5000 ENAMEL PROTECT	T3	
PREVIDENT 5000 ORTHO DEFENSE	T3	
PREVIDENT 5000 PLUS (<i>sodium fluoride 5000 plus</i>)	T3	
PREVIDENT 5000 SENSITIVE	T3	
<i>sodium fluoride/potassium nit</i> (Prevident 5000 Sensitive)	T1	
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Diabetes)		
AGENTES PARA TRATAR LA HIPOGLUCEMIA (HIPERGLUCÉMICOS)		
BAQSIMI	T2	QL (2 units/30 days)
<i>diazoxide</i> (Proglycem)	T1	
<i>glucagon 1 mg emergency kit</i>	T1	QL (2 pens/30 days)
GLUCAGON 1 MG EMERGENCY KIT	T3	QL (2 pens/30 days)
PROGLYCEM (<i>diazoxide</i>)	T3	
ZEGALOGUE	T2	QL (2 units/23 days)
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Varios)		
AGENTES GENERADORES/CONTENEDORES DE BICARBONATO		
<i>sodium acetate</i>	T1	
<i>sodium bicarbonate</i>	T1	
<i>sodium bicarbonate in d5w</i>	T1	
FÁRMACOS USADOS PARA TRATAR LA ACIDOSIS		
THAM	T3	
SOLUCIONES IV: DEXTROSA Y SOLUCIÓN DE LACTATO SÓDICO COMPUESTA		
<i>dextrose 5%-lactated ringers</i>	T1	
SOLUCIONES IV: DEXTROSA-SOLUCIÓN SALINA		
<i>dextrose 10 % and 0.2 % nacl</i>	T1	
<i>dextrose 10 % and 0.45 % nacl</i>	T1	
<i>dextrose 2.5 % and 0.45 % nacl</i>	T1	
<i>dextrose 5 % and 0.3 % nacl</i>	T1	
<i>dextrose 5 % and 0.9 % nacl</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a 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 (Varios) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SOLUCIONES IV: DEXTROSA-SOLUCIÓN SALINA (cont.)		
<i>dextrose 5 %-0.2 % sod chlorid</i>	T1	
<i>dextrose 5 %-0.45 % sod chlorid</i>	T1	
GLUCOSE IN AGUA (<i>dextrose in water</i>)	T1	
SOLUCIONES IV: DEXTROSA-AGUA		
<i>dextrose 70%-water 3,000 ml</i>	T1	
<i>dextrose in water</i>	T1	
GLUCOSE 5%-AGUA (<i>dextrose 5 % in water</i>)	T1	
SUPLEMENTOS DE ÁCIDO NUCLEICO/NUCLEÓTIDOS		
XURIDEN	T3	PA SP
SOLUCIONES Y COMBINACIONES DE AMINOÁCIDOS PARENTERALES		
AMINO ACID 3%-D10W-CALCIUM-HEPARIN	T3	
AMINOSYN	T3	
AMINOSYN II	T3	
AMINOSYN II WITH ELECTROLYTES	T3	
AMINOSYN M	T3	
AMINOSYN WITH ELECTROLYTES	T3	
AMINOSYN-PF	T3	
AMINOSYN-RF	T3	
CLINIMIX	T3	
CLINIMIX E	T3	
CLINISOL	T3	
HEPATAMINE	T3	
KABIVEN	T3	
<i>parenteral amino acid 10% no.4</i>	T3	
<i>parenteral amino acid 10% no.6</i>	T3	
<i>parenteral amino acid 10% no.7</i>	T3	
PERIKABIVEN	T3	
PLENAMINE	T3	
PROCALAMINE	T3	
PROSOL	T3	
TROPHAMINE	T3	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a 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)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
REPOSICIÓN DE CALCIO		
<i>calcium chloride</i>	T1	
<i>calcium gluc 1,000mg/50ml-nacl</i>	T1	
<i>calcium glu 2,000mg/100ml-nacl</i>	T1	
<i>calcium gluconate</i>	T1	
<i>calcium gluconate in 0.9% nacl</i> (Calcium Gluconate-0.9% Nacl)	T1	
CALCIUM GLUCONATE-0.9% NACL	T1	
CALCIUM GLUCONATE-0.9% NACL (<i>calcium gluconate-0.9% nacl</i>)	T1	
CALCIUM GLUCONATE-D5W	T1	
MANTENIMIENTO DE ELECTROLITOS		
AURYXIA	T3	QL (12 tabs/day)
<i>calcium acetate</i>	T1	
<i>electrolyte-48 solution/d5w</i>	T1	
FOSRENOL 1,000 MG POWDER PACK	T2	
FOSRENOL 1,000 MG TABLET CHEW (<i>lanthanum carbonate</i>)	T3	
FOSRENOL 500 MG TABLET CHEW (<i>lanthanum carbonate</i>)	T3	
FOSRENOL 750 MG POWDER PACKET	T2	
FOSRENOL 750 MG TABLET CHEW (<i>lanthanum carbonate</i>)	T3	
IONOSOL B WITH DEXTROSE 5%	T3	
IONOSOL MB-DEXTROSE 5%	T3	
ISOLYTE P WITH DEXTROSE	T3	
ISOLYTE S	T3	
<i>lanthanum carbonate</i> (Fosrenol)	T1	
LOKELMA	T2	
NORMOSOL-M AND DEXTROSE	T3	
NORMOSOL-R	T3	
NORMOSOL-R AND DEXTROSE	T3	
NORMOSOL-R PH 7.4	T3	
PLASMA-LYTE 148	T3	
PLASMA-LYTE A PH 7.4	T3	
<i>ringer's solution</i>	T1	
<i>ringer's solution, lactated</i>	T1	
<i>sevelamer carbonate</i> (Renvela)	T1	
<i>sevelamer hcl</i>	T1	
<i>sevelamer hcl</i> (Renagel)	T1	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Nutritivos/alimenticios) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
REDUCTORES DE ELECTROLITOS (cont.)		
<i>sodium polystyrene sulfon/sorb</i>	T1	
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	T1	
<i>sps 15 gm/60 ml suspension</i>	T1	
<i>sps 30 gm/120 ml enema susp</i>	T3	
TPN ELECTROLYTES	T3	
TPN ELECTROLYTES II	T3	
VELPHORO	T2	
VELTASSA	T2	
AGENTES QUE CONTIENEN YODO		
IODOPEN	T3	
<i>potassium iodide/iodine</i>	T1	
SSKI	T1	
REPOSICIÓN DE HIERRO		
CITRANATAL BLOOM	T3	
FERAHEME	T3	PA
FERRLECIT (<i>sod ferric gluconate complex</i>)	T3	
INFED	T3	
INJECTAFER	T3	PA
<i>iron dextran complex (Infed)</i>	T3	
MONOFERRIC	T3	PA
<i>mv-mins no.73/iron fum/folic (Hemocyte Plus)</i>	T1	
<i>sodium ferric gluconat/sucrose (Ferrelecit)</i>	T1	
TRIFERIC	T3	
VENOFER	T3	
REPOSICIÓN DE SALES MAGNÉSICAS		
<i>magnesium chloride</i>	T1	
<i>magnesium sulfate</i>	T1	
<i>magnesium sulfate in water</i>	T1	
MAGNESIUM SULFATE-0.9% NACL	T1	
MAGNESIUM SULFATE-D5W	T1	
MAGNESIUM-LACTATED RINGERS	T1	
REPOSICIÓN DE MINERALES, VARIOS		
ADDAMEL N	T3	
<i>chromic chloride</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Nutritivos/alimenticios) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
REPOSICIÓN DE MINERALES, VARIOS (cont.)		
<i>cupric chloride</i>	T1	
<i>manganese chloride</i>	T1	
<i>manganese sulfate</i>	T1	
MULTITRACE-4 CONC VIAL	T1	
<i>multitrace-4 vial</i>	T3	
MULTITRACE-4 VIAL	T1	
MULTITRACE-5	T1	
PEDITRACE	T3	
SELENIOS ACID	T1	
TRALEMENT	T3	
REPOSICIÓN DE FOSFATO		
GLYCOPHOS	T3	
<i>potassium phos, m-basic-d-basic</i>	T1	
POTASSIUM PHOSPHATE-0.9% NACL	T1	
POTASSIUM PHOSPHATES	T3	
<i>potassium phos,m-basic-d-basic</i>	T1	
<i>potassium cl er 15 meq tablet</i>	T1	
<i>sod phosphate, monobasic-dibas</i>	T1	
SODIUM PHOSPHATE-0.9% NACL	T1	
REPOSICIÓN DE POTASIO		
EFFER-K 10 MEQ TABLET EFF	T3	
EFFER-K 20 MEQ TABLET EFF	T3	
<i>effer-k 25 meq tablet eff</i>	T1	
<i>klor-con 10 meq tablet (K-tab Er)</i>	T1	
<i>klor-con 10 meq tablet (K-tab Er)</i>	T3	
<i>klor-con 8 meq tablet</i>	T1	
<i>klor-con 8 meq tablet</i>	T3	
<i>potassium acetate</i>	T1	
<i>potassium bicarbonate/cit ac</i>	T1	
POTASSIUM CL ER 15 MEQ TABLET	T3	
<i>potassium chloride</i>	T1	
<i>potassium chloride</i>	T3	
<i>potassium chloride (K-tab Er)</i>	T1	
<i>potassium chloride in 0.9%nacl</i>	T1	
<i>potassium chloride in d5w</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Nutritivos/alimenticios) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
REPOSICIÓN DE POTASIO (cont.)		
<i>potassium chloride in Ir-d5</i>	T1	
<i>potassium chloride in water</i>	T1	
<i>potassium chloride/d5-0.2%nacl</i>	T1	
<i>potassium chloride/d5-0.3%nacl</i>	T1	
<i>potassium chloride/d5-0.45nacl</i>	T1	
<i>potassium chloride/d5-0.9%nacl</i>	T1	
<i>potassium chloride-0.45% nacl</i>	T1	
POTASSIUM CHLORIDE-0.9% NACL	T1	
<i>potassium cl/lido/0.9 % nacl</i> (Potassium Cl-lidocaine-ns)	T1	
POTASSIUM CL-LIDOCAINE-NS (<i>potassium cl-lidocaine-ns</i>)	T1	
REPOSICIÓN DE PROTEÍNAS		
AQNEURSA	T3	PA SP
PREPARACIONES CON SODIO/SOLUCIÓN SALINA		
<i>0.9 % sodium chloride</i>	T1	
KENDALL 0.9% NACL WITH CAP	T1	
<i>sodium chloride 0.45 %</i>	T1	
<i>sodium chloride 0.9 % (flush)</i>	T1	
<i>sodium chloride 3 %</i>	T1	
<i>sodium chloride 5 %</i>	T1	
SWABFLUSH	T3	
REPOSICIÓN DE ZINC		
<i>zinc chloride</i>	T1	
<i>zinc sulfate</i>	T1	

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Condiciones urinarias)

SOLUCIONES PARA DIÁLISIS		
DELFLEX WITH 1.5% DEXTROSE	T3	
DELFLEX-2.5% DEXTROSE	T3	
DIANEAL PD-2 W-1.5% DEXTROSE	T3	
DIANEAL PD-2 W-2.5% DEXTROSE	T2	
DIANEAL PD-2 W-4.25% DEXTROSE	T3	
DIANEAL WITH 1.5% DEXTROSE	T3	
DIANEAL WITH 2.5% DEXTROSE	T3	
DIANEAL WITH 4.25% DEXTROSE	T3	
EXTRANEAL ICODextrin DIALYSIS	T3	
<i>perit. dialysis no.6-1.5 % dex</i> (Dianeal With 1.5% Dextrose)	T3	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Condiciones urinarias) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SOLUCIONES PARA DIÁLISIS (cont.)		
<i>periton.dialysis 7-2.5 % dextr</i> (Dianeal With 2.5% Dextrose)	T3	
<i>periton.dialysis 8-4.25 % dext</i> (Dianeal With 4.25% Dextrose)	T3	
PHOXILLUM	T3	
PRISMASOL	T3	
MODIFICADORES DEL PH URINARIO		
K-PHOS NO.2	T3	HD
K-PHOS ORIGINAL	T3	HD
ORACIT	T3	HD
<i>potassium citrate</i> (Urocit-k)	T1	HD
<i>potassium citrate/citric acid</i>	T1	HD
RENACIDIN	T3	HD
UROCIT-K (<i>potassium citrate er</i>)	T3	HD
UROQID-ACID NO.2	T3	HD

GASTROINTESTINALES (Medicamentos para el colesterol)

LIPOTRÓPICOS		
<i>icosapent ethyl</i> (Vascepa)	T1	HD
LOVAZA (<i>triklo</i>)	T3	HD
<i>omega-3 acid ethyl esters</i> (Lovaza)	T1	HD
VASCEPA	T2	PA HD

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis)

INHIBIDORES DE AMONÍACO		
AMMONUL (<i>sodium phenylacet-sod benzoate</i>)	T3	
<i>lactulose</i>	T1	HD
<i>lactulose 10 gm/15 ml solution</i>	T1	
LITHOSTAT	T3	HD
OLPRUVA	T3	PA SP HD
PHEBURANE	T2	PA QL(8 Bottles/30 Days) SP HD
<i>sodium benzoate/sod phenylacet</i> (Ammonul)	T1	
<i>sodium phenylbutyrate</i> (Buphenyl)	T1	SP HD
ANTICOLINÉRGICOS, AMONIO CUATERNARIO		
<i>chlordiazepoxide/clidinium br</i>	T1	
CUVPOSA	T3	
GLYCATE	T3	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a 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
ANTICOLINÉRGICOS, AMONIO CUATERNARIO (cont.)		
<i>glycopyrrolate</i>	T1	
GLYCOPYRROLATE 1 MG/5 ML SYRNG	T1	
<i>glycopyrrolate 1 mg/5 ml vial</i>	T1	
<i>glycopyrrolate</i> (Glycate)	T1	
<i>glycopyrrolate</i> (Robinul Forte)	T1	
<i>glycopyrrolate</i> (Robinul)	T1	
GLYCOPYRROLATE-AGUA	T1	
<i>propantheline bromide</i>	T1	
ROBINUL (<i>glycopyrrolate</i>)	T3	
ROBINUL FORTE (<i>glycopyrrolate</i>)	T3	
ANTICOLINÉRGICOS/ANTIESPASMÓDICOS		
BENTYL	T3	
<i>dicyclomine hcl</i>	T1	
<i>dicyclomine hcl</i> (Bentyl)	T1	
ANTIDIARREICOS - INHIBIDORES DE CANALES DE CLORURO G.I.		
MYTESI	T3	
ANTIDIARREICOS - INHIBIDORES DE LA TRIPTÓFANO HIDROXILASA		
XERMELO	T3	PA SP
ANTIDIARREICOS		
<i>diphenoxylate hcl/atropine</i>	T1	
<i>diphenoxylate hcl/atropine</i> (Lomotil)	T1	
<i>loperamide hcl</i>	T1	
MOTOFEN	T3	
<i>opium tincture</i>	T1	PA
<i>paregoric</i>	T1	
ANTIEMÉTICOS, TIPO CANNABINOIDES		
<i>dronabinol</i>	T1	
AGENTES ANTIEMÉTICOS/ANTIVÉRTIGO		
AKYNZEO 235-0.25 MG VIAL	T3	
AKYNZEO 235-0.25 MG/20 ML VIAL	T3	PA
AKYNZEO 300-0.5 MG CAPSULE	T3	PA QL (4 caps/28 days)
ALOXI (<i>palonosetron hcl</i>)	T3	PA
ANZEMET	T3	PA QL (5 tabs/30 days) SP

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIEMÉTICOS/ANTIVÉRTIGO (cont.)		
<i>aprepitant 125 mg capsule</i>	T1	QL (4 caps/28 days)
<i>aprepitant 125-80-80 mg pack</i> (Emend)	T1	QL (12 caps/28 days)
<i>aprepitant 40 mg capsule</i>	T1	QL (1 cap/28 days)
<i>aprepitant 80 mg capsule</i> (Emend)	T1	QL (8 caps/28 days)
BARHEMSYS	T3	
BONJESTA	T3	
CINVANTI	T3	
COMPAZINE (<i>prochlorperazine maleate</i>)	T3	
COMPAZINE (<i>prochlorperazine</i>)	T3	
<i>dimenhydrinate</i>	T1	
<i>doxylamine succinate/vit b6</i> (Diclegis)	T1	QL (4 tabs/day)
EMEND 125 MG POWDER PACKET	T3	QL (12 caps/28 days)
EMEND 150 MG VIAL (<i>fosaprepitant dimeglumine</i>)	T3	
FOCINVEZ	T3	
<i>fosaprepitant dimeglumine</i> (Emend)	T1	
<i>granisetron hcl</i>	T1	
<i>granisetron hcl/pf</i>	T1	
<i>ondansetron</i>	T1	
<i>ondansetron hcl/pf</i>	T1	
ONDANSETRON HCL-0.9% NACL	T1	
ONDANSETRON HCL-D5W	T1	
<i>palonosetron hcl</i>	T1	
<i>palonosetron hcl</i> (Aloxi)	T1	
POSFREA	T3	
<i>prochlorperazine</i> (Compazine)	T1	
<i>prochlorperazine edisylate</i>	T1	
<i>prochlorperazine maleate</i> (Compazine)	T1	
<i>promethazine hcl</i>	T1	
<i>promethazine hcl</i>	T3	
SANCUSO	T3	PA QL (4 patches/30 days)
<i>scopolamine</i> (Transderm-scop)	T1	
SUSTOL	T3	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIEMÉTICOS/ANTIVÉRTIGO (cont.)		
TIGAN (<i>trimethobenzamide hcl</i>)	T3	
TRANSDERM-SCOP (<i>scopolamine</i>)	T3	
<i>trimethobenzamide hcl</i> (Tigan)	T1	
VARUBI	T3	PA QL (4 tabs/28 days)
PREPARACIONES ANTIULCEROSAS		
CYTOTEC (<i>misoprostol</i>)	T3	HD
<i>misoprostol</i> (Cytotec)	T1	HD
<i>sucralfate</i> (Carafate)	T1	HD
ANTIULCEROSOS-AGENTES CONTRA LA H. PYLORI		
<i>bismuth/metronid/tetracycline</i> (Pylora)	T1	
<i>lansoprazole/amoxicilin/clarith</i>	T1	
ALCALOIDES DE BELLADONA		
<i>atropine 0.4 mg/ml vial</i>	T1	
ATROPINE 0.4 MG/ML VIAL	T3	
ATROPINE SULFATE-0.9% NACL	T3	
<i>atropine 0.5 mg/5 ml abboject</i>	T1	
<i>atropine 1 mg/10 ml abboject</i>	T1	
<i>atropine 1 mg/10 ml syringe</i>	T1	
ATROPINE 1 MG/2.5 ML SYRINGE	T3	
<i>atropine 1 mg/ml vial</i>	T1	
ATROPINE 1 MG/ML VIAL	T3	
ATROPINE 2 MG/5 ML SYRINGE	T3	
<i>atropine 8 mg/20 ml vial</i>	T1	
DONNATAL	T3	HD
DONNATAL (<i>phenohydro</i>)	T3	HD
<i>hyoscyamine 0.125 mg odt</i> (Nulev)	T1	HD
<i>hyoscyamine 0.125 mg tab sl</i> (Levsin-sl)	T1	HD
<i>hyoscyamine 0.125 mg/5 ml elix</i>	T1	HD
<i>hyoscyamine 0.125 mg/ml drop</i>	T1	HD
<i>hyoscyamine sulf 0.125 mg tab</i> (Levsin)	T1	HD
<i>hyoscyamine sulfate</i>	T1	HD
<i>hyoscyamine sulfate</i> (Levbid)	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ALCALOIDES DE BELLADONA (cont.)		
<i>hyoscyamine sulfate</i> (Levsin)	T1	HD
<i>hyoscyamine sulfate</i> (Levsin-sl)	T1	HD
<i>hyoscyamine sulfate</i> (Nulev)	T1	HD
<i>hyoscyamine sulfate</i> (Nulev)	T3	HD
HYOSCYAMINE SULFATE 0.5 MG/ML	T3	HD
LEVBID (<i>symax-sr</i>)	T3	HD
LEVSIN	T3	HD
LEVSIN (<i>oscimin</i>)	T3	HD
LEVSIN-SL (<i>symax-sl</i>)	T3	HD
<i>methscopolamine bromide</i>	T1	HD
NULEV (<i>symax</i>)	T1	HD
<i>phenobarb/hyoscy/atropine/scop</i> (Donnatal)	T1	HD
<i>phenobarb/hyoscy/atropine/scop</i> (Phenobarbital-belladonna)	T1	HD
<i>phenobarbital-belladonna elixir</i> (Donnatal)	T1	HD
<i>phenobarbital-belladonna elixir</i> (Phenobarbital-belladonna)	T1	HD
PHENOBARBITAL-BELLADONNA ELIXR (<i>phenohygro</i>)	T3	HD
SYMAX DUOTAB	T3	HD
SALES BILIARES		
ACTIGALL (<i>ursodiol</i>)	T3	HD
CHENODAL	T3	SP HD
CHOLBAM	T3	PA SP HD
CTEXTI	T3	PA SP
URSO FORTE (<i>ursodiol</i>)	T3	HD
<i>ursodiol</i> (Actigall)	T1	HD
<i>ursodiol</i> (Urso Forte)	T1	HD
COLERÉTICOS		
KINEVAC	T3	
INFLAM. CRÓNICA DIAG. DE COLON, 5-A-SALICILATO, TRAT. RECTAL		
<i>mesalamine 1,000 mg supp</i> (Canasa)	T1	
<i>mesalamine 4 gm/60 ml enema</i> (Sfrowasa)	T1	
<i>mesalamine 4 gm/60 ml kit</i>	T1	
SFROWASA (<i>mesalamine</i>)	T3	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
TRAT. FARMAC.-INFLAM. CRÓNICA DIAG. DE COLON, 5-AMINOSALICILATO		
APRISO (<i>mesalamine er</i>)	T3	HD
balsalazide disodium (<i>Colazal</i>)	T1	HD
LIALDA (<i>mesalamine</i>)	T3	HD
<i>mesalamine</i>	T1	HD
<i>mesalamine</i> (Apriso)	T1	HD
<i>mesalamine</i> 800 mg dr tablet	T1	HD
<i>mesalamine</i> dr 1.2 gm tablet (Lialda)	T1	HD
PENTASA 500 MG CAPSULE (<i>mesalamine</i>)	T3	HD
<i>sulfasalazine</i> (Azulfidine)	T1	HD
AGONISTAS DEL RECEPTOR X FARNESOIDE (FXR), ANÁLOGOS DEL ÁCIDO BILIAR		
OALIVA	T3	PA SP HD
TRASPLANTE DE MICROBIOTA FECAL (TMF)		
VOWST	T3	PA QL (12 caps/56 days) SP
ENZIMAS GÁSTRICAS		
SUCRAID	T3	PA SP
INHIBIDORES DE LOS RECEPTORES DE HISTAMINA H2		
<i>cimetidine hcl</i>	T1	HD
<i>famotidine</i>	T1	HD
<i>ranitidine hcl</i>	T1	HD
AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE, COMB. DE AGONISTAS/ANTAGONISTAS DE RECEPT. OPIOIDES		
VIBERZI	T2	HD
AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE-C/CIC, AGONISTAS DE LA GUANILATO CICLASA C		
LINZESS	T2	
TRULANCE	T2	
ESTIMULANTES DE LA MOTILIDAD INTESTINAL		
<i>metoclopramide hcl</i>	T1	
<i>metoclopramide hcl</i> (Reglan)	T1	
REGLAN (<i>metoclopramide hcl</i>)	T3	
AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE, ANTAGONISTAS DEL 5-HT3		
<i>alosetron hcl</i>	T1	SP HD
EMULSIONES GRASAS IV		
CLINOLIPID	T3	
<i>fat emulsions</i> (Nutrilipid)	T3	
INTRALIPID	T3	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a 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
EMULSIONES GRASAS IV (cont.)		
NUTRILIPID (<i>intralipid</i>)	T3	
OMEGAVEN	T3	
SMOFLIPID	T3	
LAXANTES Y CATÁRTICOS		
<i>bisac/nacI/nahco3/kcl/peg 3350</i>	T1	PPACA
<i>lactulose</i>	T1	
<i>lactulose 10 gm/15 ml solution</i>	T1	
<i>lubiprostone</i> (Amitiza)	T1	
NULYTELY	T3	PPACA
<i>peg3350/sod sul/nacI/kcl/asb/c</i>	T1	PPACA
<i>peg3350/sod sulf, bicarb, cl/kcl</i>	T1	PPACA
PREPOIK	T2	PPACA
<i>sodium chloride/nahco3/kcl/peg</i>	T2	PPACA
SUPREP	T2	PPACA
PREPARACIONES ANORRECTALES LOCALES CON NITRATO		
<i>nitroglycerin 0.4% ointment</i> (Rectiv)	T1	
RECTIV (<i>nitroglycerin</i>)	T3	
ENZIMAS PANCREÁTICAS		
PANCREAZE	T2	HD
VIOKACE	T3	HD
ZENPEP	T2	HD
BLOQUEADORES DE ÁCIDO COMPETITIVOS DE POTASIO (PCABS)		
VOQUEZNA	T3	PA QL(1 tab/day)
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES		
<i>dexlansoprazole dr 30 mg cap</i>	T1	QL (2 caps/day) HD
<i>dexlansoprazole dr 60 mg cap</i>	T1	QL(1 cap/day) HD
<i>esomeprazole sodium</i>	T1	
<i>esomeprazole dr 10 mg packet</i>	T1	QL (4 packets/day) HD
<i>esomeprazole dr 20 mg packet</i> (Nexium)	T1	QL (2 packs/day) HD
<i>esomeprazole dr 40 mg packet</i> (Nexium)	T1	QL (1 packet/day) HD
<i>esomeprazole mag dr 20 mg cap</i>	T1	QL (2 caps/day) HD

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (cont.)		
<i>esomeprazole mag dr 40 mg cap</i>	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>pantoprazole sodium 40 mg vial</i>	T1	HD
<i>lansoprazole dr 15 mg capsule</i>	T1	QL (2 caps/day) HD
<i>lansoprazole dr 30 mg capsule</i>	T1	QL (30 caps/30 days) HD
<i>lansoprazole odt 15 mg tablet</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>lansoprazole odt 30 mg tablet</i>	T1	QL (30 tabs/30 days) HD
NEXIUM DR 2.5 MG PACKET	T2	QL (480 packs/30 days) HD
NEXIUM DR 5 MG PACKET	T2	QL (240 packs/30 days) HD
<i>omeppi 20 mg-1, 100 mg capsule</i>	T1	PA QL (60 caps/30 days) HD
<i>omeppi 40 mg-1, 100 mg capsule</i>	T1	PA QL (30 caps/30 days) HD
<i>omeprazole dr 10 mg capsule</i>	T1	QL (4 caps/day) HD
<i>omeprazole dr 20 mg capsule</i>	T1	QL (60 caps/30 days) HD
<i>omeprazole dr 40 mg capsule</i>	T1	QL (30 caps/30 days) HD
<i>omeprazole-bicarb 20-1, 100 cap</i>	T1	PA QL (60 caps/30 days) HD
<i>omeprazole-bicarb 20-1, 680 pkt</i>	T1	PA QL (60 packs/30 days) HD
<i>omeprazole-bicarb 40-1, 100 cap</i>	T1	PA QL (30 caps/30 days) HD
<i>omeprazole-bicarb 40-1, 680 pkt</i>	T1	PA QL (30 packs/30 days) HD
<i>pantoprazole 40 mg suspension</i>	T1	QL (1 dose/day) HD
<i>pantoprazole sod dr 20 mg tab</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>pantoprazole sod dr 40 mg tab</i>	T1	QL (30 tabs/30 days) HD
<i>pantoprazole sodium 40 mg vial</i>	T1	HD
<i>rabeprazole sodium</i>	T1	QL (1 tab/day) HD

SBS - ANÁLOGOS DEL PÉPTIDO SIMILAR AL GLUCAGÓN TIPO 2 (GLP-2)

GATTEX	T3	PA SP HD
--------	----	----------

GASTROINTESTINALES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)

PREP. PARA LAS HEMORROIDES, ANTIINFLAM. ESTEROIDEOS-ANEST. LOCALES

ANA-LEX	T1	
<i>hydrocortisone/lidocaine/aloe</i>	T1	
<i>hydrocortisone/pramoxine (Analpram Hc)</i>	T1	
<i>lidocaine/hydrocortisone ac</i>	T1	
LIDOCAINE-HYDROCORTISONE	T1	
PROCORT	T3	
PROCTOFOAM-HC	T3	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a 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 cutáneas)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
FACTOR DE CRECIMIENTO QUERATINOCÍTICO (KGF)		
KEPIVANCE	T3	SP
HORMONAS (Condiciones gastrointestinales/pirosis)		
PREP. RECTALES/DE COLON, GLUCOCORT. (NO HEMORR.)		
budesonide 2 mg rectal foam	T1	
CORTENEMA (hydrocortisone)	T3	
hydrocortisone (Cortenema)	T1	
HORMONAS (Agentes hormonales)		
HORMONAS ADRENOCORTICOTRÓPICAS		
ACTHAR	T3	PA SP HD
ACTHREL	T3	SP
cosyntropin	T1	
PREP. DE ANDRÓGENOS/ESTRÓGENOS PARA DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA		
INTRAROSA	T3	
AGENTES ANDROGÉNICOS		
ANADROL-50	T3	PA
ANDRODERM	T3	PA QL (1 patch/day)
ANDROGEL 1% (25 MG/2.5 G) PKT (testosterone)	T3	PA QL (150gm/30 days)
ANDROGEL 1% (50 MG/5 G) PKT (testosterone)	T3	PA QL (2 packs/day)
ANDROGEL 1.62% GEL PUMP (testosterone)	T3	PA QL (150gm/30 days)
ANDROGEL 1.62% (1.25G) GEL PCKT (testosterone)	T3	PA QL (2 packs/day)
AVEED	T3	PA SP
AZMIRO	T3	
DEPO-TESTOSTERONE (testosterone cypionate)	T3	
METHITEST	T1	
methyltestosterone	T1	
oxandrolone	T1	PA
TESTOPEL	T3	PA
testosterone 1% (25mg/2.5g) pk (Androgel)	T1	PA QL (150gm/30 days)
testosterone 1% (50 mg/5 g) pk (Testosterone)	T1	PA QL (2 packs/day)
testosterone 1.62% (2.5 g) pkt (Androgel)	T1	PA QL (150gm/30 days)
testosterone 1.62% gel pump (Androgel)	T1	PA QL (150gm/30 days)
testosterone 1.62% (1.25 g) pkt (Androgel)	T1	PA QL (2 packs/day)

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANDROGÉNICOS (cont.)		
<i>testosterone 10 mg gel pump</i>	T1	PA QL (120 gm/30 days)
TESTOSTERONE 12.5 MG/1.25 GRAM	T1	PA QL (150gm/30 days)
<i>testosterone 12.5 mg/1.25 gram (Testosterone)</i>	T1	PA QL (150gm/30 days)
<i>testosterone 30 mg/1.5 ml pump</i>	T1	PA QL (180ml/30 days)
<i>testosterone 50 mg/5 gram gel</i>	T1	PA QL (2 tubes/day)
TESTOSTERONE 50 MG/5 GRAM PKT	T1	PA QL (2 packs/day)
HORMONAS ANTIDIURÉTICAS Y VASOCONSTRICTORAS		
<i>desmopressin 0.01% solution</i>	T1	HD
<i>desmopressin 0.01% spray</i>	T1	HD
<i>desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr</i>	T1	HD
<i>desmopressin 40 mcg/10 ml vial</i>	T1	SP
<i>desmopressin ac 4 mcg/ml ampul</i>	T1	SP
<i>desmopressin ac 4 mcg/ml vial</i>	T1	SP
<i>desmopressin acetate 0.1 mg tb (Ddavp)</i>	T1	
<i>desmopressin acetate 0.2 mg tb (Ddavp)</i>	T1	
NOCTIVA	T3	PA
STIMATE	T3	SP
<i>vasopressin</i>	T1	
VASOPRESSIN-D5W	T1	
VASOSTRICT	T3	
COMBINACIONES DE ESTRÓGENOS Y PROGESTINAS		
BIJUVA	T3	
COMBINACIONES DE ESTRÓGENOS/ANDRÓGENOS		
<i>estrogen, ester/me-testosterone (Estratest F.S.)</i>	T1	HD
AGENTES ESTROGÉNICOS		
ACTIVELLA (<i>mimvey lo</i>)	T3	HD
ACTIVELLA (<i>mimvey</i>)	T3	HD
ALORA	T3	QL (16 patches/28 days) HD
CLIMARA (<i>estradiol (once weekly)</i>)	T3	HD
CLIMARA PRO	T3	HD
COMBIPATCH	T3	
DEPO-ESTRADIOL	T3	HD

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ESTROGÉNICOS (cont.)		
DIVIGEL	T3	HD
ELESTRIN	T3	HD
estradiol (Climara)	T1	HD
estradiol 0.06% 1.25g gel pump (Estrogel)	T1	HD
estradiol 0.1% (0.5mg) gel pkt (Divigel)	T1	HD
estradiol patch (Minivelle)	T1	QL (16 patches/28 days) HD
estradiol patch (Vivelle-Dot)	T1	QL (16 patches/28 days) HD
estradiol tablet (Estrace)	T1	HD
estradiol valerate (Delestrogen)	T1	HD
estradiol/norethindrone acet (Activella)	T1	HD
ESTROGEL (estradiol)	T3	HD
EVAMIST	T3	HD
FEMHRT (norethindron-ethinyl estradiol)	T3	HD
MENEST	T3	HD
MENOSTAR	T3	QL (8 patches/28 days) HD
MINIVELLE (Iyllana)	T3	QL (16 patches/28 days) HD
norethind-eth estrad 0.5-2.5 (Femhrt)	T1	HD
norethindrone ac/eth estradiol	T1	HD
norethindrone ac/eth estradiol (Femhrt)	T1	HD
norethin-eth estrad 1 mg-5 mcg	T1	HD
PREMARIN	T2	HD
PREMPHASE	T2	HD
PREMPRO	T2	HD
VIVELLE-DOT (Iyllana)	T3	QL (16 patches/28 days) HD
COMB. DE ESTRÓGENOS-PROGESTINAS CON ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES PARA MINERALOCORTICOIDES		
ANGELIQ	T3	HD
COMB. DE ESTRÓGENOS Y MOD. SELECTIVOS DE RECEPTORES ESTROGÉN. (SERM)		
DUAVEE	T2	
GLUCOCORTICOIDES		
BETA 1	T3	
betamethasone acetate, sod phos (Celestone)	T1	
BSP 0820	T3	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
GLUCOCORTICOIDES (cont.)		
<i>budesonide</i>	T1	PA QL (56 tabs/180 days)
<i>budesonide</i> (Entocort Ec)	T1	
CELESTONE (<i>betamethasone sod phos-acetate</i>)	T3	
<i>cortisone acetate</i>	T1	
<i>deflazacort</i> (Emflaza)	T1	PA SP HD
DEPO-MEDROL	T3	
<i>dexamethasone</i>	T1	
<i>dexamethasone sodium phosp/pf</i>	T1	
<i>dexamethasone tablet</i>	T1	
DEXAMETHASONE 10 MG/ML SYRING	T3	
<i>dexamethasone 10 mg/ml vial</i>	T1	
<i>dexamethasone 100 mg/10 ml vl</i>	T1	
<i>dexamethasone 120 mg/30 ml vl</i>	T1	
<i>dexamethasone 20 mg/5 ml vial</i>	T1	
<i>dexamethasone 4 mg/ml syringe</i>	T1	
<i>dexamethasone 4 mg/ml vial</i>	T1	
<i>dexamethasone in 0.9 % sod chl</i>	T1	
EMFLAZA	T3	PA SP HD
ENTOCORT EC (<i>budesonide ec</i>)	T3	
<i>hydrocortisone</i>	T1	
<i>hydrocortisone sod succinate</i> (Solu-cortef)	T1	
KENALOG-10	T3	
KENALOG-40 (<i>triamcinolone acetonide</i>)	T3	
KENALOG-80	T3	
LOCORT	T1	
MEDROL	T3	
MEDROL (<i>methylprednisolone</i>)	T3	
MEDROLOAN II SUIK	T3	
<i>methylprednisolone</i> (Medrol)	T1	
<i>methylprednisolone acetate</i> (Depo-medrol)	T1	
<i>methylprednisolone sod succ</i>	T1	
<i>methylprednisolone sod succ</i> (Solu-medrol)	T1	
MILLIPRED 10 MG/5 ML SOLUTION (<i>prednisolone sodium phosphate</i>)	T3	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
GLUCOCORTICOIDES (cont.)		
<i>millipred 5 mg tablet</i>	T1	
ORAPRED ODT (<i>prednisolone sodium phos odt</i>)	T3	
P-CARE D80G	T1	
P-CARE K80	T1	
POD-CARE 100C	T1	
<i>prednisolone</i>	T1	
<i>prednisolone sodium phosphate</i> (Millipred)	T1	
<i>prednisolone sodium phosphate</i> (Orapred Odt)	T1	
<i>prednisone</i>	T1	
PRO-C-DURE 5	T3	
PRO-C-DURE 6	T3	
READYSHARP BETAMETHASONE	T1	
SOLU-CORTEF	T3	
SOLU-MEDROL	T3	
UCERIS 9 MG ER TABLET (budesonide)	T3	PA QL(1 tab/day)
ZILRETTA	T3	PA
HORMONAS DEL CRECIMIENTO		
GENOTROPIN	T2	PA SP HD
NORDITROPIN FLEXPRO	T2	PA SP HD
OMNITROPE	T2	PA SP HD
SEROSTIM	T2	PA SP
SKYTROFA	T2	PA SP
SOGROYA	T3	PA SP
ZORBTIVE	T2	PA SP HD
HORMONA LIBERADORA DE HORMONA DEL CRECIMIENTO (GHRH) Y ANÁLOGOS		
EGRIFTA	T3	PA SP HD
EGRIFTA SV	T3	PA SP HD
COMB. DE PROGESTINA Y ANÁLOGOS AGONISTAS DE LA LHRH (GNRH)		
LUPANETA PACK	T3	PA SP HD
ANÁLOGOS AGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), SUPRESORES HIPOFISARIOS		
LUPRON DEPOT	T2	PA SP HD
COMB. DE PROGESTINA Y ESTRÓGENOS ANTAGONISTAS DE LA LHRH (GNRH)		
MYFEMBREE	T2	PA QL (24 month therapy)
ORIAHNN	T2	PA QL (2 capsules/day)
ANTAGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), AGENTES SUPRESORES HIPOFISARIOS		
CETROTIDE	T3	PA SP

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTAGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), AGENTES SUPRESORES HIPOFISARIOS (cont.)		
<i>ganirelix acet 250 mcg/0.5 ml</i> (Ganirelix Acetate)	T1	PA SP
GANIRELIX ACET 250 MCG/0.5 ML (<i>ganirelix acetate</i>)	T3	PA SP
ORILISSA 150 MG TABLET	T2	PA QL (24 months of treatment/lifetime)
ORILISSA 200 MG TABLET	T2	PA QL (2 tabs/day)
SUP. HIPOF. AGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), PUBERTAD PRECOZ CENTRAL		
FENSOLVI	T2	PA SP
LUPRON DEPOT-PED	T2	PA SP HD
TRIPTODUR	T2	PA SP
MINERALOCORTICOIDES		
<i>fludrocortisone acetate</i>	T1	HD
OXITÓCICOS		
CARBOPROST	T3	
<i>carboprost tromethamine</i>	T1	
CERVIDIL	T3	
HEMABATE	T3	
<i>methylergonovine maleate</i>	T1	
<i>oxytocin</i> (Pitocin)	T1	
OXYTOCIN-D5-LACTATED RINGERS	T1	
OXYTOCIN-D5W	T1	
OXYTOCIN-LACTATED RINGERS	T1	
PITOCIN (<i>oxytocin</i>)	T3	
PREPIDIL	T3	
PROSTIN E2 VAGINAL SUPPOSITORY	T3	
AGENTES SUPRESORES HIPOFISARIOS		
<i>cabergoline</i>	T1	QL (16 tabs/28 days) HD
CRENESSITY 50 MG CAPSULE	T3	PA QL(2 caps/day) SP
CRENESSITY 100 MG CAPSULE	T3	PA QL SP
CRENESSITY 50 MG/ML SOLUTION	T3	PA QL(8 mls/day) SP
<i>danazol</i>	T1	HD
AGENTES PROGESTACIONALES		
CRINONE 4% GEL	T3	PA HD
DEPO-PROVERA 400 MG/ML VIAL	T2	HD
<i>hydroxyprogesterone caproate</i>	T1	PA

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PROGESTACIONALES (cont.)		
<i>medroxyprogesterone</i> (Provera)	T1	HD
<i>norethindrone acetate</i>	T1	HD
<i>progesterone 100 mg capsule</i> (Prometrium)	T1	HD
<i>progesterone 200 mg capsule</i> (Prometrium)	T1	HD
<i>progesterone 500 mg/10 ml vial</i>	T1	SP HD
HORMONAS DEL SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA-ALDOSTERONA (RAAS)		
GIAPREZA	T3	SP
AGENTES SOMATOSTÁTICOS		
<i>lanreotide</i>	T1	
LANREOTIDE	T3	
<i>octreotide acetate</i>	T1	PA SP HD
<i>octreotide acetate</i> (Sandostatin)	T1	PA SP HD
SANDOSTATIN 0.05 MG/ML AMPUL (<i>octreotide acetate</i>)	T2	PA SP HD
SANDOSTATIN 0.1 MG/ML AMPUL (<i>octreotide acetate</i>)	T3	PA SP HD
SANDOSTATIN 0.5 MG/ML AMPUL (<i>octreotide acetate</i>)	T3	PA SP HD
SANDOSTATIN LAR DEPOT	T2	PA SP
SIGNIFOR	T3	PA SP
SIGNIFOR LAR	T3	PA SP
SOMATULINE DEPOT	T2	PA SP HD
ESTRÓGENOS VAGINALES PARA DISFUNCIÓN SEXUAL		
IMVEXXY 10 MCG MAINTENANCE PAK	T3	QL (16/28 days) HD
OXYTOCIN-LACTATED RINGERS	T1	
IMVEXXY 4 MCG MAINTENANCE PACK	T3	QL (16/28 days) HD
IMVEXXY 4 MCG STARTER PACK	T3	QL (36/28 days) HD
PREPARACIONES DE ESTRÓGENOS VAGINALES		
ESTRACE (<i>estradiol</i>)	T3	HD
<i>estradiol</i> (Vagifem)	T1	QL (36 tabs/28 days)
<i>estradiol 0.01% cream</i> (Estrace)	T1	HD
<i>estradiol 10 mcg vaginal insrt</i> (Vagifem)	T1	QL (36 tabs/28 days) HD
ESTRING	T3	QL (2 rings/90 days) HD
FEMRING	T3	HD
PREMARIN	T2	HD
VAGIFEM (<i>yuvaferm</i>)	T3	QL (36 tabs/28 days) HD

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Infertilidad)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES PARA ESTIMULAR LA FERTILIDAD, SIN FSH		
<i>clomiphene citrate</i>	T1	
HORMONAS FOLICULOESTIMULANTES Y LUTEINIZANTES		
MENOPUR	T3	PA SP
HORMONA FOLICULOESTIMULANTE (FSH)		
FOLLISTIM AQ	T3	PA SP
GONAL-F	T2	PA SP
GONAL-F RFF	T2	PA SP
GONAL-F RFF REDI-JECT	T2	PA SP
GONADOTROPINA CORIÓNICA HUMANA (HCG)		
CHORIONIC GONAD 12,000 UNIT VL	T1	SP
CHORIONIC GONAD 6,000 UNIT VL	T1	SP
CHORIONIC GONADOTROPIN	T3	PA SP
NOVAREL	T2	PA SP
OVIDREL	T3	PA SP
PREGNYL	T2	PA SP
AGENTES PARA FACILITAR/MANTENER EL EMBARAZO, HORMONALES		
CRINONE 8% GEL	T2	PA
ENDOMETRIN	T2	
AGENTES PARA MANTENER EL EMBARAZO, HORMONALES		
<i>hydroxyprogesterone 250 mg/ml vial</i> (Makena)	T1	PA
MAKENA (<i>hydroxyprogesterone caproate</i>)	T3	PA
HORMONAS (Varías)		
ANÁLOGOS DE LA HORMONA LEPTINA		
MYALEPT	T3	PA SP HD
HORMONAS (Productos para la osteoporosis)		
INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA		
<i>calcitonin, salmon, synthetic</i>	T1	HD
JUBBONTI	T2	PA SP
MIACALCIN	T3	HD
WYOST	T2	PA SP
INMUNOSUPRESORES (Varíos)		
INMUNOSUPRESOR-INHIBIDOR DE INTERFERÓN GAMMA, ANTICUERPOS MONOCLONALES		
GAMIFANT	T3	PA SP

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

INMUNOSUPRESORES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-CD19 (LINFOCITOS B)		
UPLIZNA	T3	PA SP
ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE LA IL-23, ANTICUERPOS MONOCLONALES		
OMVOH	T2	SP HD
OMVOH PEN	T2	PA QL(2 pens/28 days) SP HD
ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE LA IL-23, ANTICUERPOS MONOCLONALES		
OMVOH 100 MG/ML SYRINGE	T2	PA QL SP HD
OMVOH 300 MG/15 ML VIAL	T2	PA SP HD
ANTAGONISTAS ALFA DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-4 (IL-4), ANTICUERPOS MONOCLONALES		
DUPIXENT PEN	T2	PA SP HD
DUPIXENT SYRINGE	T2	PA SP HD
INHIBIDORES DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-6 (IL-6)		
ACTEMRA 162 MG/0.9 ML SYRINGE	T2	PA QL (4 syringes/28 days) SP HD
ACTEMRA 200 MG/10 ML VIAL	T2	PA SP HD
ACTEMRA 400 MG/20 ML VIAL	T2	PA SP HD
ACTEMRA 80 MG/4 ML VIAL	T2	PA SP HD
ACTEMRA ACTPEN	T2	PA QL (4 pens/28 days) SP HD
ENSPRYNG	T3	PA SP HD
KEVZARA 150 MG/1.14 ML PEN INJ	T3	PA QL (2 pens/28 days) SP HD
KEVZARA 150 MG/1.14 ML SYRINGE	T3	PA QL (2 syringes/28 days) SP HD
KEVZARA 200 MG/1.14 ML PEN INJ	T3	PA QL (2 pens/28 days) SP HD
KEVZARA 200 MG/1.14 ML SYRINGE	T3	PA QL (2 syringes/28 days) SP HD
TYENNE	T2	PA SP
TYENNE AUTOINJECTOR	T3	PA QL(3.6 ml/28 days) SP
ANTICUERPOS MONOCLONALES-INHIB. DE LA INTERLEUCINA HUMANA I2/23		
STELARA 130 MG/26 ML VIAL	T2	PA SP HD
STELARA 45 MG/0.5 ML SYRINGE	T2	PA QL (1 syringe/84 days) SP HD
STELARA 45 MG/0.5 ML VIAL	T2	PA QL (1 vial/84 days) SP HD
STELARA 90 MG/ML SYRINGE	T2	PA QL (1 syringe/84 days) SP HD
INMUNOSUPRESORES (Condiciones cutáneas)		
AGENTES INMUNOSUPRESORES TÓPICOS		
ELIDEL (<i>pimecrolimus</i>)	T3	
NEMLUVIO	T2	PA SP

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

INMUNOSUPRESORES (Condiciones cutáneas)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES INMUNOSUPRESORES TÓPICOS		
<i>pimecrolimus</i> (Elidel)	T1	
PROTOPIC (<i>tacrolimus</i>)	T3	
<i>tacrolimus</i> 0.03% ointment	T1	
<i>tacrolimus</i> 0.1% ointment	T1	
USTEKINUMAB-TTWE	T2	PA QL(1 syringe/84 days) SP HD
YESINTEK	T2	PA QL(1 syringe/84 days) SP

INMUNOSUPRESORES (Medicamentos para trasplante)

INMUNOSUPRESORES - ANTICUERPOS MONOCLONALES QUE INHIBEN LA FUNCIÓN DEL LINFOCITO T		
SIMULECT	T2	SP
INMUNOSUPRESORES		
ASTAGRAF XL	T3	SP HD
AZASAN	T2	SP HD
<i>azathioprine</i> (Imuran)	T1	SP HD
<i>azathioprine sodium</i>	T1	
CELLCEPT 200 MG/ML ORAL SUSP (<i>mycophenolate mofetil</i>)	T3	SP HD
CELLCEPT 250 MG CAPSULE (<i>mycophenolate mofetil</i>)	T3	SP HD
CELLCEPT 500 MG TABLET (<i>mycophenolate mofetil</i>)	T3	SP HD
CELLCEPT 500 MG VIAL (<i>mycophenolate mofetil</i>)	T2	SP
<i>cyclosporine</i> 100 mg capsule (Sandimmune)	T1	SP HD
<i>cyclosporine</i> 25 mg capsule (Sandimmune)	T1	SP HD
<i>cyclosporine</i> 250 mg/5 ml ampul (Sandimmune)	T1	SP
<i>cyclosporine, modified</i>	T1	SP HD
<i>cyclosporine, modified</i> (Neoral)	T1	SP HD
ENVARUS XR	T3	SP HD
<i>everolimus</i> 0.25 mg tablet (Zortress)	T1	SP HD
<i>everolimus</i> 0.5 mg tablet (Zortress)	T1	SP HD
<i>everolimus</i> 0.75 mg tablet (Zortress)	T1	SP HD
IMURAN (<i>azathioprine</i>)	T3	SP HD
LUPKYNIS	T3	PA QL(6 caps/day) SP
<i>mycophenolate</i> 200 mg/ml susp (Cellcept)	T1	SP HD
<i>mycophenolate</i> 250 mg capsule (Cellcept)	T1	SP HD
<i>mycophenolate</i> 500 mg tablet (Cellcept)	T1	SP HD
<i>mycophenolate</i> 500 mg vial (Cellcept)	T1	SP
NULOJIX	T3	SP
PROGRAF 0.2 MG GRANULE PACKET	T3	SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

INMUNOSUPRESORES (Medicamentos para trasplante) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INMUNOSUPRESORES (cont.)		
PROGRAF 0.5 MG CAPSULE (<i>tacrolimus</i>)	T3	SP HD
PROGRAF 1 MG CAPSULE (<i>tacrolimus</i>)	T3	SP HD
PROGRAF 1 MG GRANULE PACKET	T3	SP HD
PROGRAF 5 MG CAPSULE (<i>tacrolimus</i>)	T3	SP HD
PROGRAF 5 MG/ML AMPULE	T2	SP
<i>sirolimus</i> (Rapamune)	T1	SP HD
<i>tacrolimus</i> 0.5 mg capsule (ir) (Prograf)	T1	SP HD
<i>tacrolimus</i> 1 mg capsule (ir) (Prograf)	T1	SP HD
<i>tacrolimus</i> 5 mg capsule (ir) (Prograf)	T1	SP HD
ZORTRESS	T3	SP HD
ZORTRESS (<i>everolimus</i>)	T3	SP HD

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes)

SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS		
2TEK CONTROL SOLUTION	T1	
2TEK GLUCOSE-WRIST MONITOR KIT	T1	
ACCU-CHEK	T1	
ACCU-TREND GLUCOSE CONTROL	T1	
ADJUSTABLE LANCING DEVICE	T1	
ADVANCED LANCING DEVICE	T1	
ADVOCATE CONTROL SOLUTION	T1	
ADVOCATE LANCING DEVICE	T1	
ADVOCATE RAPID-SAFE LANCING DV	T1	
ADVOCATE REDI-CODE+ CTRL SOLN	T1	
AGAMATRIX CONTROL	T1	
ALKALINE BATTERIES	T1	
ALTERNATE SITE LANCING DEVICE	T1	
AQUA LANCE LANCING DEVICE	T1	
ASSURE	T1	
AT HOME A1C	T1	
AUTOJECT 2	T1	
AUTO-LANCET MINI	T1	
AUTOLET	T1	
BLOOD GLUCOSE CONTROL	T1	
BLULINK DIABETIC TEST BUNDLE	T3	
BLULINK GLUCOSE MONITOR SYSTEM	T3	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)		
BREEZE 2	T1	
CAREONE	T1	
CARESENS	T1	
CARETOUCH	T1	
CEQR SIMPLICITY	T2	
CEQR SIMPLICITY INSERTER	T2	
CHEMSTRIP BG DIARY	T1	
CHOSEN LANCING DEVICE	T1	
CLEVER CHOICE CONTROL SOLUTION	T1	
CONTOUR SOLUTION/METER/NEXT CONTROL SOLUTION	T1	
CONTROL SOLUTION	T1	
COOL CONTROL SOLUTION	T1	
DEXCOM G7 RECEIVER	T2	PA QL(1 unit/365 days)
DEXCOM G7 SENSOR	T2	PA QL(3 sensors/30 days)
DEXCOM	T3	
DEXCOM G4	T3	
DEXCOM G5	T3	
DEXCOM G5-G4 SENSOR	T3	
DEXCOM G6 RECEIVER	T2	PA QL (1 syringe/365 days)
DEXCOM G6 SENSOR	T2	PA QL (3/30 days)
DEXCOM G6 TRANSMITTER	T2	PA QL (1 syringe/67 days)
DIATRUE	T1	
DROPLET GENTEEL LANCING DEVICE	T1	
DROPLET LANCING DEVICE	T1	
EASY MINI EJECT LANCING DEVICE	T1	
EASYMAX T1	T3	
EASY PLUS II CONTROL SOLN HIGH/ LOW	T1	
EASY STEP CONTROL SOLUTION	T1	
EASY TALK CONTROL SOLN LOW / HIGH CONTROL SOLN	T1	
EASY TALK PLUS II HIGH CONTROL/ LOW CTRL SLN	T1	
EASY TOUCH	T1	
EASY TOUCH BLULINK CTRL SOLN	T1	
EASY TOUCH BLULINK GLUC SYST	T3	
EASY TRAK	T1	
EASYGLUCO PLUS CONTROL NORMAL	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)		
EASYMAX	T1	
ELEMENT	T1	
EMBRACE	T1	
ENLITE	T3	
ENLITE GLUCOSE SENSOR	T3	
ENLITE SERTER	T3	
EVENCARE SOLUTION	T1	
EVERSENSE	T3	
EVOLUTION CONTROL SOLUTION	T1	
EZ-VAC	T1	
FORA CONTROL SOLUTION/ LANCING DEVICE	T1	
FORA TN'GO ADV MOBILE MULT MTR	T3	
FORACARE GDH	T1	
FORTISCARE	T1	
FREESTYLE CONTROL SOLUTION	T1	
FREESTYLE LIBRE 2 PLUS SENSOR	T2	PA QL (2 units/30 days)
FREESTYLE LIBRE 2 READER	T2	PA QL (1 reader/day)
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR	T2	PA QL (2 sensors/21 days)
FREESTYLE LIBRE 3 READER	T2	PA QL (1 unit/720 days)
FREESTYLE LIBRE 3 PLUS SENSOR	T2	PA QL (2 units/28 days)
FREESTYLE LIBRE 10 DAY READER	T2	PA QL (1 reader/day)
FREESTYLE LIBRE 10 DAY SENSOR	T2	PA QL (3/30 days)
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER	T2	PA QL (1 reader/day)
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR	T2	PA QL (2/28 days)
FREESTYLE NAVIGATOR	T3	
GE100 CONTROL SOLUTION NORMAL	T1	
GE333 BLOOD GLUCOSE SYSTEM	T3	
GENTEEL VACUUM LANCING DEVICE	T1	
GLUCOCARD	T1	
GLUCOCOM	T1	
GLUCOSE	T1	
GOJJI GLUCOSE CONTROL SOLUTION/ LANCING DEVICE	T1	
GUARDIAN	T3	
GUARDIAN RT CHARGER	T1	
GUARDIAN RT STARTER KIT	T3	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)		
GUARDIAN SENSOR 3	T3	
GUARDIAN TEST PLUG	T1	
GUARDIAN TRANSMITTER TAPE	T1	
HEALTHPRO GLUCOSE CONTROL SOLN	T1	
HEALTHY ACCENTS AUTOLET	T1	
HUMAPEN LUXURA HD	T3	
HYPOLANCE	T1	
INCONTROL LANCING DEVICE	T1	
INFINITY CONTROL SOLUTION / VOICE CONTROL SOLN	T1	
INPEN (FOR HUMALOG) / (FOR NOVOLOG OR FIASP)	T1	
INSUL-CAP	T1	
INSUL-EZE	T1	
LANCING DEVICE/ SYSTEM	T1	
LANZO	T1	
LITE TOUCH	T1	
MAGNI-GUIDE MAGNIFIER	T1	
MEDISENSE	T1	
MEDTRONIC REMOTE CONTROL	T1	
MICRODOT HIGH-LOW CONTROL SOL / NORMAL CONTROL SOLUT	T1	
MICROLET 2/ NEXT LANCING DEVICE	T1	
MINI LANCING DEVICE	T1	
MINILINK REAL-TIME TRANSMITTER	T2	
MINIMED QUICK-SERTER	T1	
MINIMED 630G GUARDIAN START KT	T3	
MOBILE LANCETS	T2	
MYGLUCOHEALTH CONTROL SOLUTION	T1	
MOBILE	T1	
NOVA MAX GLUCOSE CONTROL SOLN/ PLUS GLU-KET	T1	
NOVOPEN ECHO	T1	
OMNIPOD CLASSIC (GEN 3 & 4) KIT	T2	QL (1 kit/365 days)
OMNIPOD CLASSIC (GEN 3 & 4) PODS	T2	QL (30 pods/30 days)
OMNIPOD 5 (GEN 5) KIT	T2	QL (1 kit/365 days)
OMNIPOD 5 (GEN 5) PODS	T2	QL (30 pods/30 days)
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5)	T2	QL
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5)	T2	QL

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)		
OMNIPOD DASH 5 PACK POD	T2	QL (6 boxes/30 days)
ON CALL	T1	
ONETOUCH DELICA PLUS LANC DEV	T1	
ONETOUCH ULTRA CONTROL SOLN	T1	
ONETOUCH ULTRASOFT 2 LANCET	T3	
ONETOUCH VERIO	T3	
OPTUMRX GLUCOSE CONTROL SOLN	T1	
OVAL TAPE	T1	
PARADIGM REAL-TIME	T2	
PIP GLUCOSE CONTROL SOLUTION	T1	
PRO COMFORT SAFETY LANCET	T2	
PRODIGY CONTROL SOLUTION / LANCING DEVICE	T1	
REFUAH PLUS GLUCOSE CONTROL	T1	
RELIAMED MINI LANCING DEVICE	T1	
REPLACEMENT PEDIATRIC MONITOR	T3	
RIGHTEST CONTROL SOLUTION/ GD500	T1	
SAFE-CLIP	T1	
SIL-SERTER	T1	
SEN-SERTER	T2	
SMARTDIABETES VANTAGE	T1	
SMARTEST	T1	
SOF-SENSOR	T2	
SOLUS V2 CONTROL SOLUTION / LANCING DEVICE	T1	
SURE COMFORT LANCING PEN	T1	
SUREFLEX	T1	
SURE-PEN	T1	
SURE-TEST EASYPLUS MINI SOLN	T1	
TELCARE CONTROL SOLUTION	T1	
TRUE METRIX	T1	
TRUECONTROL	T1	
TRUEDRAW	T1	
TWIIST REFILL	T1	Refill Kit: 30 units/30 days
TWIIST STARTER KIT	T1	Starter Kit: 1 kit/365 days; Refill Kit: 30 units/30 days
ULTI-LANCE	T1	
ULTRATRAK	T1	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)		
UNISTIK	T1	
UNISTRIP	T1	
VERASENS CONTROL SOLUTION	T1	
V-GO	T2	
VIVAGUARD	T1	
WAVESENSE CONTROL SOLUTION	T1	
AGUJAS/DISPOSITIVOS SIN AGUJA		
1ST TIER UNIFINE PENTIPS / PLUS	T1	
ABOUTIME PEN NEEDLE	T1	
ADVOCATE PEN NEEDLES	T1	
AQINJECT PEN NEEDLE	T1	
ASSURE ID PEN NEEDLE	T1	
AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE	T1	
BD NEEDLES		
BLUNT NEEDLE	T1	
CAREFINE PEN NEEDLE	T1	
CARETOUCH HYPODERMIC NEEDLE / PEN NEEDLE	T1	
CAREPOINT PRECISION NEEDLE	T1	
CLICKFINE	T1	
COMFORT EZ PEN NEEDLE / EZ PRO SAFETY PEN NDL	T1	
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE	T1	
DROPLET MICRON PEN NEEDLE / PEN NEEDLE	T1	
DROPSAFE PEN NEEDLE	T1	
DROPSAFE SICURA SAFETY NEEDLE	T1	
EASY COMFORT PEN NEEDLES	T1	
EASY GLIDE PEN NEEDLE	T1	
EASY TOUCH	T1	
EASYPPOINT NEEDLE	T1	
ECLIPSE NEEDLE	T1	
EMBRACE PEN NEEDLE	T1	
EXEL HUBER NEEDLE/ HYPODERMIC NEEDLE	T1	
FILTER NEEDLE / ASPIRATOR NEEDLE	T1	
FLOW-EZE	T1	
HEALTHWISE PEN NEEDLE	T1	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGUJAS/DISPOSITIVOS SIN AGUJA (cont.)		
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP	T1	
HYPODERMIC NEEDLE	T1	
INCONTROL PEN NEEDLE	T1	
INSULIN PEN NEEDLE	T1	
INSUPEN	T1	
INTEGRA	T1	
LIFESHIELD BLUNT CANNULA	T1	
LITE TOUCH	T1	
MAXICOMFORT	T1	
MICRODOT INSULIN PEN NEEDLE	T1	
MINI PEN NEEDLE/ MINI ULTRA-THIN II	T1	
MONOJECT BLOOD COLLECTION / FILTER NEEDLE	T1	
NANO 2ND GEN PEN NEEDLE	T1	
NEEDLES	T1	
<i>needles, safety huber, disposabl</i>	T1	
NOKOR	T1	
NOVOFINE	T1	
NOVOTWIST	T1	
PEN NEEDLES	T1	
PHASEAL PROTECTOR	T2	
PENTIPS	T1	
PIP PEN NEEDLE	T1	
POLY HUB NEEDLE	T1	
PRECISIONGLIDE	T1	
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE	T1	
PRO COMFORT PEN NEEDLE	T1	
PURE COMFORT PEN NEEDLE / SAFETY PEN NEEDLE	T1	
RAYA SURE PEN NEEDLE	T1	
REGULAR BEVEL NEEDLES	T1	
RELION PEN NEEDLES	T1	
SAFETY PEN NEEDLE	T1	
SAFETYGLIDE NEEDLE	T1	
SECURESAFE PEN NEEDLE	T1	
SHORT BEVEL NEEDLES	T1	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGUJAS/DISPOSITIVOS SIN AGUJA (cont.)		
SKY SAFETY PEN NEEDLE	T1	
SPECIALTY USE NEEDLES	T1	
SURE COMFORT	T1	
SURE-FINE PEN NEEDLES	T1	
TECHLITE PEN NEEDLE	T1	
TERUMO SURGUARD2	T1	
THIN WALL NEEDLES	T1	
TOPCARE CLICKFINE	T1	
TRANSFER NEEDLE	T1	
TRUE COMFORT	T1	
TRUEPLUS PEN NEEDLE	T1	
ULTICARE PEN NEEDLE / SAFETY PEN NEEDLE	T1	
ULTIGUARD SAFEPACK-PEN NEEDLE	T1	
ULTILET PEN NEEDLE	T1	
ULTRA FLO PEN NEEDLE	T1	
ULTRA THIN / ULTRA-THIN II	T1	
ULTRACARE PEN NEEDLE	T1	
ULTRA-FINE	T1	
UNIFINE	T1	
VERIFINE	T1	
YALE NEEDLES	T1	
JERINGAS Y ACCESORIOS		
ADVOCATE SYRINGES	T1	
ASSURE ID INSULIN SAFETY	T1	
CARETOUCH INSULIN SYRINGE	T1	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE	T1	
DROPLET INSULIN SYRINGE	T1	
DROPSAFE INSULIN SYRINGE	T1	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE	T1	
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE	T1	
EASY TOUCH	T1	
ECLIPSE SYRINGE	T1	
FREESTYLE PRECISION	T1	
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE	T1	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
JERINGAS Y ACCESORIOS (cont.)		
INSULIN SYRINGE	T1	
INSULIN SYRINGE U-500	T1	
LITE TOUCH	T1	
LITETOUCH INSULIN SYRINGE	T1	
LUER-LOK SYRINGE	T1	
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG	T1	
MAGELLAN INSULIN SYRINGE	T1	
MAXI-COMFORT	T1	
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE	T1	
MINIMED RESERVOIR	T1	
MONOJECT	T1	
MONOJECT INSULIN SYRINGE	T1	
PARADIGM	T1	
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE	T1	
PRODIGY INSULIN SYRINGE	T1	
SAFESNAP INSULIN SYRINGE	T1	
SAFETYGLIDE	T1	
SECURESAFE INSULIN SYRINGE	T1	
SURE COMFORT	T1	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE	T1	
syringe and needle, insulin, 1ml	T1	
syring-needl, disp, insul	T1	
TECHLITE INSULIN SYRINGE	T1	
TERUMO INSULIN SYRINGE	T1	
THINPRO INSULIN SYRINGE	T1	
TOPCARE ULTRA COMFORT	T1	
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE / PRO INS SYRINGE	T1	
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE	T1	
ULTICARE	T1	
ULTICARE INSULIN SYRINGE	T1	
ULTIGUARD SAFE	T1	
ULTILET INSULIN SYRINGE	T1	
ULTRA COMFORT / FLO INSULIN SYRINGE	T1	
ULTRACARE INSULIN SYRINGE	T1	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
JERINGAS Y ACCESORIOS (cont.)		
ULTRA-THIN II	T1	
VANISHPOINT	T1	
VEO INSULIN SYRINGE	T1	
VERIFINE INSULIN SYRINGE	T1	

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Varios)

EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I)		
1ST TIER UNILET COMFORTOUCH	T1	
2-IN-1 LANCET DEVICE	T1	
ACCU-CHEK	T1	
ACTI-LANCE	T1	
ADVANCED TRAVEL LANCETS	T1	
ADVOCATE LANCETS	T1	
ALTERNATE SITE LANCETS	T1	
ASSURE HAEMOLANCE PLUS	T1	
ASSURE LANCE	T1	
BD MICROTAINER LANCETS	T1	
BD ULTRA-FINE	T1	
BD ULTRA-FINE II	T1	
BLOOD LANCETS	T1	
BLULINK BG SYSTEM REFILL	T3	
BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS	T1	
BUTTERFLY TOUCH LANCET	T1	
CAREONE	T1	
CARETOUCH TWIST LANCET	T1	
CHOSEN LANCING DEVICE		
CHOSEN LANCET		
CLEVER CHEK LANCETS	T1	
COAGUCHEK	T1	
COLOR LANCETS	T1	
COMFORT EZ	T1	
COMFORT LANCETS	T1	
COMFORT TOUCH PLUS SAFETY LANC / ULT THIN LANCET	T1	
DROPLET LANCETS	T1	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)		
EASY COMFORT LANCETS	T1	
EASY TOUCH	T1	
EASY TWIST & CAP LANCETS	T1	
EMBRACE 30G LANCETS / SAFETY LANCET	T1	
EZ SMART LANCETS	T1	
EZ-LETS	T1	
FIFTY50 SAFETY SEAL LANCETS	T1	
FINE 30 UNIVERSAL LANCETS	T1	
FINGERSTIX	T1	
FORA LANCETS	T1	
FORACARE LANCETS	T1	
FREESTYLE LANCETS / UNISTIK 2	T1	
GLUCOCOM	T1	
GOJJI LANCETS	T1	
HEALTHY ACCENTS UNILET LANCET	T1	
INCONTROL SUPER THIN LANCETS / ULTRA THIN LANCETS	T1	
INJECT EASE LANCETS	T1	
INVACARE LANCETS	T1	
<i>lancets</i>	T1	
LANCETS	T1	
LITE TOUCH	T1	
MEDISENSE THIN LANCETS	T1	
MEDLANCE PLUS	T1	
MICRO THIN LANCETS	T1	
MICROLET	T1	
MICROTAINER LANCETS	T1	
MOBILE LANCETS	T1	
MONOLET LANCETS / THIN LANCETS	T1	
MYGLUCOHEALTH LANCETS	T1	
NOVA SAFETY LANCETS	T1	
NOVA SUREFLEX	T1	
ON CALL LANCET / PLUS LANCET	T1	
ONETOUCH	T1	
ON-THE-GO	T1	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)		
PERFECT POINT SAFETY LANCETS	T1	
PIP LANCET	T1	
PRESSURE ACTIVATED LANCETS	T1	
PRO COMFORT LANCETS / SAFETY LANCET	T1	
PRODIGY LANCETS / TWIST TOP LANCET	T1	
PURE COMFORT LANCETS / SAFETY LANCETS	T1	
PUSH BUTTON SAFETY LANCETS	T1	
READYLANCER SAFETY LANCETS	T1	
RELIAMED	T1	
RIGHTTEST GL300 LANCETS	T1	
SAFETY LANCETS / SEAL LANCETS	T1	
SAFETY-LET	T1	
SINGLE-LET	T1	
SMART SENSE/ SENSE LANCETS	T1	
SMARTTEST LANCET	T1	
SOLUS V2 LANCETS / 28G LANCETS	T1	
STERILANCER TL	T1	
STERILE LANCETS	T1	
SUPER THIN LANCETS	T1	
SURE COMFORT LANCETS	T1	
SURE-LANCE	T1	
SURE-TOUCH	T1	
TECHLITE LANCETS	T1	
TELCARE ULTRA THIN 30G LANCETS	T1	
THIN LANCETS	T1	
TOPCARE UNIVERSAL1 THIN LANCET / UNIVERSAL1 LANCET	T1	
TRUE COMFORT LANCET / SAFETY LANCET	T1	
TRUEPLUS LANCETS	T1	
TWIST LANCETS / TOP LANCET	T1	
ULTILET	T1	
ULTRA THIN	T1	
ULTRA-CARE LANCETS	T1	
ULTRALANCE	T1	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)		
ULTRA-THIN II	T1	
ULTRATLC LANCETS	T1	
UNILET	T1	
UNISTIK	T1	
UNIVERSAL 1	T1	
VERIFINE SAFETY LANCET MINI / UNIVERSAL LANCET	T1	
VIVAGUARD LANCET	T1	
AGUJAS/DISPOSITIVOS SIN AGUJA		
NEEDLES	T1	
PERFECT POINT SAFETY NEEDLE	T1	
IMPLANTES PARA AUMENTO DEL VOLUMEN DE TEJIDO		
BARRIGEL (hyaluronate sodium, stabilized)	T1	PA SP HD
RELAJANTES MUSCULARES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS		
<i>baclofen</i>	T1	
<i>carisoprodol/aspirin</i>	T1	
<i>chlorzoxazone</i>	T1	
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	T1	
<i>cyclobenzaprine hcl</i> (Fexmid)	T1	
DANTRIUM	T3	
DANTRIUM (<i>dantrolene sodium</i>)	T3	
<i>dantrolene sodium</i>	T1	
<i>dantrolene sodium</i> (Dantrium)	T1	
FEXMID (<i>cyclobenzaprine hcl</i>)	T3	
FLEQSUVY (<i>baclofen</i>)	T3	HD
GABLOFEN	T3	
GABLOFEN (<i>baclofen</i>)	T3	
LIORESAL INTRATHECAL	T3	
<i>metaxalone</i>	T1	
<i>metaxalone</i> (Skelaxin)	T1	
<i>methocarbamol</i>	T1	
<i>orphenadrine citrate</i>	T1	
OZOBAX DS	T3	
ROBAXIN	T3	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

RELAJANTES MUSCULARES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS (cont.)		
ROBAXIN-750 (<i>methocarbamol</i>)	T3	
RYANODEX	T3	
SKELAXIN (<i>metaxalone</i>)	T3	
<i>tizanidine hcl</i> (Zanaflex)	T1	
ZANAFLEX (<i>tizanidine hcl</i>)	T3	
VITAMINAS PRENATALES (Nutritivas/alimenticias)		
PREPARACIONES DE VITAMINAS PRENATALES		
ATABEX EC	T3	
CITRANATAL 90 DHA	T3	
CITRANATAL ASSURE	T3	
CITRANATAL DHA	T3	
CITRANATAL HARMONY	T3	
CITRANATAL RX	T3	
OBSTETRIX EC	T3	
OBTREX DHA	T3	
<i>pnv 22/iron, gluc/folic/dss/dha</i>	T1	
<i>pnv 66/iron/folic/docusate/dha</i>	T1	
<i>pnv 69/iron/folic/docusate/dha</i>	T1	
<i>pnv 80/iron fum/folic/dss/dha</i>	T1	
<i>pnv/ferrous fum/docusate/folic</i>	T1	
<i>pnv/iron, carb/docusat/folic ac</i>	T1	
<i>prenatal 12/iron/folic/dss/om3</i> (Obtrex Dha)	T1	
PRENATAL 19	T1	
<i>prenatal 34/iron/folic/dss/dha</i>	T1	
<i>prenatal vits15/iron/folic/dss</i>	T1	
VITAFOL FE+	T3	
MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar)¹⁰		
ANTIDEPRESIVOS ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES ALFA 2		
<i>mirtazapine</i>	T1	HD
<i>mirtazapine</i> (Remeron)	T1	HD
MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS - BENZODIAZEPINAS		
<i>alprazolam</i>	T1	
<i>alprazolam</i> (Xanax Xr)	T1	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a 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)¹⁰ (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS - BENZODIAZEPINAS (cont.)		
<i>alprazolam</i> (Xanax)	T1	
<i>chlordiazepoxide hcl</i>	T1	
<i>clorazepate dipotassium</i>	T1	
<i>clorazepate dipotassium</i> (Tranxene T-tab)	T1	
<i>diazepam 10 mg tablet</i> (Valium)	T1	
<i>diazepam 10 mg/2 ml carpuject</i>	T1	
<i>diazepam 10 mg/2 ml syringe</i>	T1	
<i>diazepam 2 mg tablet</i> (Valium)	T1	
<i>diazepam 5 mg tablet</i> (Valium)	T1	
<i>diazepam 5 mg/5 ml solution</i>	T1	
<i>diazepam 5 mg/ml oral conc</i>	T1	
<i>diazepam 50 mg/10 ml vial</i>	T1	
<i>lorazepam</i>	T1	
<i>oxazepam</i>	T1	
TRANXENE T-TAB (<i>clorazepate dipotassium</i>)	T3	
MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS		
<i>buspirone hcl</i>	T1	HD
<i>meprobamate</i>	T1	
ANTIDEPRESIVOS - ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES NMDA		
SPRAVATO	T3	PA SP
ANTIDEPRESIVOS - DEPRESIÓN POSPARTO (PPD)		
ZURZUVAE 20 MG CAPSULE	T3	PA QL(28 caps/270 days) SP HD
ZURZUVAE 25 MG CAPSULE	T3	PA QL(28 caps/270 day) SP HD
ZURZUVAE 30 MG CAPSULE	T3	PA QL(14 caps/270 day) SP HD
MEDICAMENTOS PARA TRASTORNO BIPOLAR		
EQUETRO	T3	HD
<i>lithium carbonate</i>	T1	HD
<i>lithium carbonate</i> (Lithobid)	T1	HD
<i>lithium citrate</i>	T1	HD
MAOI - ANTIDEPRESIVOS NO SELECTIVOS E IRREVERSIBLES		
MARPLAN	T3	QL (12 tabs/day)

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a 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)¹⁰ (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MAOI - ANTIDEPRESIVOS NO SELECTIVOS E IRREVERSIBLES (cont.)		
<i>phenelzine sulfate</i> (Nardil)	T1	
<i>tranylcypromine sulfate</i>	T1	
ANTIDEPRESIVOS INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA (MAOI)		
EMSAM 12 MG/24 HOURS PATCH	T3	QL (1 patch/day)
EMSAM 6 MG/24 HOURS PATCH	T3	QL (2 patches/day)
EMSAM 9 MG/24 HOURS PATCH	T3	QL (1 patch/day)
INHIB. DE LA RECAPT. DE NOREPINEFRINA Y DOPAMINA (NDRI)		
<i>bupropion hcl 100 mg tablet</i>	T1	QL (4 tabs/day) HD
<i>bupropion hcl 75 mg tablet</i>	T1	QL (6 tabs/day) HD
<i>bupropion hcl sr 100 mg tablet</i> (Wellbutrin Sr)	T1	QL (4 tabs/day) HD
<i>bupropion hcl sr 150 mg tablet</i> (Wellbutrin Sr)	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>bupropion hcl sr 200 mg tablet</i> (Wellbutrin Sr)	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>bupropion hcl xl 150 mg tablet</i>	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>bupropion hcl xl 300 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
AGONISTAS INVERSOS SELECTIVOS DE SEROTONINA 5-HT_{2A} (SSIA)		
NUPLAZID	T3	PA SP HD
INHIBIDOR SELECTIVO DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (SSRI)		
<i>citalopram hbr 10 mg tablet</i> (Celexa)	T1	QL (6 tabs/day) HD
<i>citalopram hbr 10 mg/5 ml soln</i>	T1	QL (30ml/day) HD
<i>citalopram hbr 20 mg tablet</i> (Celexa)	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>citalopram hbr 20 mg/10 ml sol</i>	T1	QL (30ml/day) HD
<i>citalopram hbr 40 mg tablet</i> (Celexa)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>escitalopram 10 mg tablet</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>escitalopram 5 mg tablet</i>	T1	QL (4 tabs/day) HD
<i>escitalopram oxalate 5 mg/5 ml</i>	T1	QL (20ml/day) HD
<i>fluoxetine 20 mg/5 ml solution</i>	T1	QL (20ml/day) HD
<i>fluoxetine 20 mg/5 ml soln cup</i>	T1	QL (20 mls/day) HD
<i>fluoxetine hcl</i>	T1	QL (4 caps/28 days) HD
<i>fluoxetine hcl 10 mg capsule</i> (Prozac)	T1	QL (8 caps/day) HD
<i>fluoxetine hcl 10 mg tablet</i> (Sarafem)	T1	HD
<i>fluoxetine hcl 20 mg capsule</i> (Prozac)	T1	QL (4 caps/day) HD
<i>fluoxetine hcl 20 mg tablet</i>	T1	HD
<i>fluoxetine hcl 40 mg capsule</i> (Prozac)	T1	QL (2 caps/day) HD
<i>fluoxetine hcl 60 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a 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)¹⁰ (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDOR SELECTIVO DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (SSRI) (cont.)		
<i>fluvoxamine er 100 mg capsule</i>	T1	QL (3 caps/day) HD
<i>fluvoxamine er 150 mg capsule</i>	T1	QL (2 caps/day) HD
<i>fluvoxamine maleate 100 mg tab</i>	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>fluvoxamine maleate 25 mg tab</i>	T1	QL (12 tabs/day) HD
<i>fluvoxamine maleate 50 mg tab</i>	T1	QL (6 tabs/day) HD
<i>paroxetine cr 12.5 mg tablet (Paxil Cr)</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>paroxetine cr 25 mg tablet (Paxil Cr)</i>	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>paroxetine cr 37.5 mg tablet (Paxil Cr)</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>paroxetine er 12.5 mg tablet (Paxil Cr)</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>paroxetine er 25 mg tablet (Paxil Cr)</i>	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>paroxetine er 37.5 mg tablet (Paxil Cr)</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>paroxetine hcl 10 mg tablet (Paxil)</i>	T1	QL (6 tabs/day) HD
<i>paroxetine hcl 20 mg tablet (Paxil)</i>	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>paroxetine hcl 30 mg tablet (Paxil)</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>paroxetine hcl 40 mg tablet (Paxil)</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
PAXIL CR 12.5 MG TABLET (<i>paroxetine er</i>)	T3	QL (1 tab/day) ST HD
PAXIL CR 25 MG TABLET (<i>paroxetine er</i>)	T3	QL (3 tabs/day) ST HD
SARAFEM (<i>fluoxetine hcl</i>)	T3	ST HD
<i>sertraline 20 mg/ml oral conc (Zoloft)</i>	T1	QL (10ml/day) HD
<i>sertraline hcl 100 mg tablet (Zoloft)</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>sertraline hcl 25 mg tablet (Zoloft)</i>	T1	QL (8 tabs/day) HD
<i>sertraline hcl 50 mg tablet (Zoloft)</i>	T1	QL (4 tabs/day) HD
INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN/ANTAGONISTAS DE LA SEROTONINA-2 (SARI)		
<i>nefazodone hcl</i>	T1	HD
<i>trazodone hcl</i>	T1	HD
INHIB. DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA-NOREPINEFRINA (SNRI)		
<i>desvenlafaxine succnt er 100mg</i>	T1	QL (4 tabs/day) HD
<i>desvenlafaxine succnt er 25 mg</i>	T1	QL (16 tabs/day) HD
<i>desvenlafaxine succnt er 50 mg</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>duloxetine hcl dr 20 mg cap</i>	T1	QL (6 caps/day) HD
<i>duloxetine hcl dr 30 mg cap</i>	T1	QL (4 caps/day) HD
<i>duloxetine hcl dr 40 mg cap</i>	T1	QL (3 caps/day) HD
<i>duloxetine hcl dr 60 mg cap</i>	T1	QL (2 caps/day) HD
FETZIMA 20-40 MG TITRATION PAK	T3	QL (28 caps/180 days) ST

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a 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)¹⁰ (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIB. DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA-NOREPINEFRINA (SNRI) (cont.)		
FETZIMA ER 120 MG CAPSULE	T3	QL (1 cap/day) ST
FETZIMA ER 20 MG CAPSULE	T3	QL (6 caps/day) ST
FETZIMA ER 40 MG CAPSULE	T3	QL (3 caps/day) ST
FETZIMA ER 80 MG CAPSULE	T3	QL (1 cap/day) ST
venlafaxine hcl 100 mg tablet	T1	QL (3 tabs/day) HD
venlafaxine hcl 25 mg tablet	T1	QL (15 tabs/day) HD
venlafaxine hcl 37.5 mg tablet	T1	QL (10 tabs/day) HD
venlafaxine hcl 50 mg tablet	T1	QL (7 tabs/day) HD
venlafaxine hcl 75 mg tablet	T1	QL (5 tabs/day) HD
venlafaxine hcl er 150 mg cap (Effexor Xr)	T1	QL (2 caps/day) HD
venlafaxine hcl er 150 mg tab	T1	QL (2 tabs/day) HD
venlafaxine hcl er 225 mg tab	T1	QL (1 tab/day) HD
venlafaxine hcl er 37.5 mg cap (Effexor Xr)	T1	QL (8 caps/day) HD
venlafaxine hcl er 37.5 mg tab	T1	QL (8 tabs/day) HD
venlafaxine hcl er 75 mg cap (Effexor Xr)	T1	QL (4 caps/day) HD
venlafaxine hcl er 75 mg tab	T1	QL (4 tabs/day) HD
SSRI Y ANTIDEPRESIVOS AGONISTAS PARCIALES DE 5HT1A		
VIIBRYD 10-20 MG STARTER PACK	T3	ST HD
vilazodone hcl 10 mg tablet (Viibryd)	T1	QL (1 tab/day) ST HD
vilazodone hcl 20 mg tablet (Viibryd)	T1	QL (1 tab/day) ST HD
vilazodone hcl 40 mg tablet (Viibryd)	T1	HD
SSRI, ANTIDEPRESIVOS MODULADORES DE RECEPTORES DE SEROTONINA		
TRINTELLIX 10 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day) ST
TRINTELLIX 20 MG TABLET	T2	ST
TRINTELLIX 5 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day) ST
COMBINACIONES DE ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS-BENZODIAZEPINAS		
amitriptyline/chlordiazepoxide	T1	HD
COMBINACIONES DE ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS-FENOTIAZINAS		
perphenazine/amitriptyline hcl	T1	HD
ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS, INHIB. NO SELECT. DE LA RECAPTACIÓN REL.		
amitriptyline hcl	T1	HD
amoxapine	T1	HD
clomipramine hcl	T1	HD
desipramine hcl	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a 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)¹⁰ (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS, INHIB. NO SELECT. DE LA RECAPTACIÓN REL. (cont.)		
<i>doxepin 10 mg capsule</i>	T1	HD
<i>doxepin 10 mg/ml oral conc</i>	T1	HD
<i>doxepin capsule</i>	T1	HD
<i>imipramine hcl</i>	T1	HD
<i>imipramine pamoate</i>	T1	HD
<i>maprotiline hcl</i>	T1	HD
<i>nortriptyline hcl</i>	T1	HD
<i>protriptyline hcl</i>	T1	HD
<i>trimipramine maleate</i>	T1	HD

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Trastorno de déficit de atención e hiperactividad)⁹

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

<i>clonidine hcl (Kapvay)</i>	T1	
<i>guanfacine hcl (Intuniv)</i>	T1	HD
INTUNIV (<i>guanfacine hcl er</i>)	T3	

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

DAYTRANA 10 MG/9 HR PATCH	T3	PA QL (1 patch/day)
DAYTRANA 15 MG/9 HR PATCH	T3	PA QL (1 per day)
DAYTRANA 20 MG/9 HOUR PATCH	T3	PA QL (1 patch/day)
DAYTRANA 30 MG/9 HOUR PATCH	T3	PA QL (1 patch/day)
<i>dexmethylphenidate er 10 mg cp</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dexmethylphenidate er 15 mg cp</i>	T1	PA QL (1 per day)
<i>dexmethylphenidate er 20 mg cp</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dexmethylphenidate er 25 mg cp</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dexmethylphenidate er 30 mg cp</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dexmethylphenidate er 35 mg cp</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dexmethylphenidate er 40 mg cp</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dexmethylphenidate er 5 mg cap</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dexmethylphenidate hcl (Focalin)</i>	T1	PA
FOCALIN (<i>dexmethylphenidate hcl</i>)	T3	PA ST
METHYLIN (<i>methylphenidate hcl</i>)	T3	PA
<i>methylphenidate (Daytrana)</i>	T1	PA QL (1 patch/day)
<i>methylphenidate er 18, 27, 54mg cap</i>	T1	PA QL (1 tab/day)
<i>methylphenidate er 36mg cap</i>	T1	PA QL (2 tab/day)

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a 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)¹⁰ (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
TRAT. PARA EL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (ADHD)/NARCOLEPSIA (cont.)		
<i>methylphenidate er 10 mg cap</i>	T1	QL (1 per day)
<i>methylphenidate er 10 mg tab</i>	T1	PA QL (2/day)
<i>methylphenidate 10 mg/9hr ptch (Daytrana)</i>	T1	PA QL (1 patch/day)
<i>methylphenidate er 15 mg cap</i>	T1	QL (1 per day)
<i>methylphenidate 15 mg/9hr ptch (Daytrana)</i>	T1	PA QL (1 patch/day)
<i>methylphenidate er 18 mg tab</i>	T1	PA QL (1 per day)
<i>methylphenidate er 20 mg cap</i>	T1	QL (1 per day)
<i>methylphenidate er 20 mg tab</i>	T1	PA QL (3/day)
<i>methylphenidate 20 mg/9hr ptch (Daytrana)</i>	T1	PA QL (1 patch/day)
<i>methylphenidate er 27 mg tab</i>	T1	PA QL (1 tab/day)
<i>methylphenidate er 30 mg cap</i>	T1	QL (1 per day)
<i>methylphenidate 30 mg/9hr ptch (Daytrana)</i>	T1	PA QL (1 patch/day)
<i>methylphenidate er 36 mg tab</i>	T1	PA QL (1 per day)
<i>methylphenidate er 40 mg cap</i>	T1	QL (1 per day)
<i>methylphenidate er 50 mg cap</i>	T1	QL (1 per day)
<i>methylphenidate er 54 mg tab</i>	T1	PA QL (1 tab/day)
<i>methylphenidate er 60 mg cap</i>	T1	QL (1 per day)
<i>methylphenidate hcl</i>	T1	PA
<i>methylphenidate hcl (Metadate CD)</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>methylphenidate hcl (Methylin)</i>	T1	PA
<i>methylphenidate hcl (Ritalin)</i>	T1	PA
<i>methylphenidate la 10 mg cap</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>methylphenidate la 20 mg cap</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>methylphenidate la 30 mg cap</i>	T1	PA QL (1 per day)
<i>methylphenidate la 40 mg cap</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>methylphenidate la 60 mg cap</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
QUILLIVANT XR	T3	PA QL (12ml/day)
RITALIN (<i>methylphenidate hcl</i>)	T3	PA ST
TRAT. PARA EL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (ADHD), TIPO NRI		
<i>atomoxetine hcl 10 mg capsule (Strattera)</i>	T1	HD
<i>atomoxetine hcl 100 mg capsule (Strattera)</i>	T1	HD
<i>atomoxetine hcl 18 mg capsule (Strattera)</i>	T1	HD
<i>atomoxetine hcl 25 mg capsule (Strattera)</i>	T1	HD
<i>atomoxetine hcl 40 mg capsule (Strattera)</i>	T1	QL (1 cap/day) HD

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a 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)¹⁰ (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
TRAT. PARA EL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (ADHD), TIPO NRI (cont.)		
<i>atomoxetine hcl 60 mg capsule</i> (Strattera)	T1	HD
<i>atomoxetine hcl 80 mg capsule</i> (Strattera)	T1	HD
STRATTERA 10 MG CAPSULE (<i>atomoxetine hcl</i>)	T3	HD
STRATTERA 100 MG CAPSULE (<i>atomoxetine hcl</i>)	T3	HD
STRATTERA 18 MG CAPSULE (<i>atomoxetine hcl</i>)	T3	HD
STRATTERA 25 MG CAPSULE (<i>atomoxetine hcl</i>)	T3	HD
STRATTERA 40 MG CAPSULE (<i>atomoxetine hcl</i>)	T3	QL (1 cap/day) HD
STRATTERA 60 MG CAPSULE (<i>atomoxetine hcl</i>)	T3	HD
STRATTERA 80 MG CAPSULE (<i>atomoxetine hcl</i>)	T3	HD

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Esquizofrenia/antipsicóticos)¹⁰

ANTIPIC., ANTAG. DE LA DOPAMINA, DIFENILBUTILPIPERIDINAS

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

ANTIPICÓTICOS, ATÍPICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA

<i>asenapine maleate</i> (Saphris)	T1	
CAPLYTA	T3	ST QL(1 tabs/caps/day)
<i>clozapine</i>	T1	
<i>clozapine</i> (Clozapine Odt)	T1	
<i>clozapine</i> (Clozaril)	T1	
CLOZAPINE ODT	T1	
CLOZARIL (<i>clozapine</i>)	T3	ST
GEODON	T3	
INVEGA ER 1.5 MG TABLET (<i>paliperidone er</i>)	T3	ST
INVEGA ER 3 MG TABLET (<i>paliperidone er</i>)	T3	QL (1 tab/day) ST
INVEGA ER 6 MG TABLET (<i>paliperidone er</i>)	T3	ST
INVEGA ER 9 MG TABLET (<i>paliperidone er</i>)	T3	ST

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Esquizofrenia/antipsicóticos)¹⁰ (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIPSICÓTICOS, ATÍPICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA (cont.)		
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75 ML	T3	QL (2 syringes/28 days)
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SYRG	T3	QL (1 syringe/28 days)
INVEGA SUSTENNA 234 MG/1.5 ML	T3	QL (1 syringe/28 days)
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25 ML	T3	QL (2 syringes/28 days)
INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5 ML	T3	QL (2 syringes/28 days)
INVEGA TRINZA	T3	QL (2 injectors/90 days)
<i>lurasidone hcl 120 mg tablet (Latuda)</i>	T1	
<i>lurasidone hcl 20 mg tablet (Latuda)</i>	T1	
<i>lurasidone hcl 40 mg tablet (Latuda)</i>	T1	QL (1 tab/day)
<i>lurasidone hcl 60 mg tablet (Latuda)</i>	T1	QL (1 tab/day)
<i>lurasidone hcl 80 mg tablet (Latuda)</i>	T1	
<i>olanzapine</i>	T1	
<i>olanzapine (Zyprexa)</i>	T1	
<i>paliperidone er 1.5 mg tablet (Invega)</i>	T1	
<i>paliperidone er 3 mg tablet (Invega)</i>	T1	QL (1 tab/day)
<i>paliperidone er 9 mg tablet (Invega)</i>	T1	
PERSERIS	T3	QL (1 kit/28 days)
<i>quetiapine fumarate (Seroquel Xr)</i>	T1	
<i>quetiapine fumarate 400 mg tab (Seroquel)</i>	T1	
<i>risperidone</i>	T1	QL
<i>risperidone (Risperdal)</i>	T1	
SAPHRIS (<i>asenapine maleate</i>)	T3	ST
SECUADO	T3	ST
SEROQUEL (<i>quetiapine fumarate</i>)	T3	ST
SEROQUEL XR (<i>quetiapine fumarate er</i>)	T3	ST
<i>ziprasidone hcl</i>	T1	
<i>ziprasidone mesylate (Geodon)</i>	T1	
ZYPREXA (<i>olanzapine</i>)	T2	
ZYPREXA RELPREVV 210 MG VIAL	T3	QL (4 vials/28 days)
ZYPREXA RELPREVV 210 MG VL KIT	T3	QL (4 vials/28 days)
ZYPREXA RELPREVV 300 MG VIAL	T3	QL (4 vials/28 days)
ZYPREXA RELPREVV 300 MG VL KIT	T3	QL (4 vials/28 days)
ZYPREXA RELPREVV 405 MG VIAL	T3	QL (2 vials/28 days)
ZYPREXA RELPREVV 405 MG VL KIT	T3	QL (2 vials/28 days)

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Esquizofrenia/antipsicóticos)¹⁰ (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIPSICÓTICOS-ATÍPICOS, AG. PARCIAL DE D3/D2-5HT MIXTOS		
VRAYLAR 1.5 MG CAPSULE	T3	QL (1 cap/day) ST
VRAYLAR 3 MG CAPSULE	T3	QL (1 cap/day) ST
VRAYLAR 4.5 MG CAPSULE	T3	ST
VRAYLAR 6 MG CAPSULE	T3	ST
ANTIPSICÓTICOS-ATÍPICOS, AG. PARCIAL DE D2/5HT MIXTOS		
ABILIFY ASIMTUFII	T3	
ABILIFY MAINTENA ER 300 MG SYR	T2	QL (2 injectors/30 days)
ABILIFY MAINTENA ER 300 MG VL	T2	QL (2 injectors/30 days)
ABILIFY MAINTENA ER 400 MG SYR	T2	QL (2 injectors/30 days)
ABILIFY MAINTENA ER 400 MG VL	T2	
<i>aripiprazole</i>	T1	
<i>aripiprazole 10 mg tablet</i>	T1	
<i>aripiprazole 15 mg tablet</i>	T1	
<i>aripiprazole 2 mg tablet</i>	T1	
<i>aripiprazole 20 mg tablet</i>	T1	
<i>aripiprazole 30 mg tablet</i>	T1	
<i>aripiprazole 5 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
ARISTADA ER 1064 MG/3.9 ML SYR	T3	
ARISTADA ER 441 MG/1.6 ML SYRN	T3	QL (2 syring/30 days)
ARISTADA ER 662 MG/2.4 ML SYRN	T3	QL (2 syring/30 days)
ARISTADA ER 882 MG/3.2 ML SYRN	T3	QL (2 syring/30 days)
ARISTADA INITIO	T3	
REXULTI 0.25 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST
REXULTI 0.5 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST
REXULTI 1 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST
REXULTI 2 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST
REXULTI 3 MG TABLET	T3	ST
REXULTI 4 MG TABLET	T3	ST
ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA		
<i>loxapine succinate</i>	T1	
ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, BUTIROFENONAS		
<i>droperidol</i>	T1	
HALDOL (<i>haloperidol lactate</i>)	T3	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Esquizofrenia/antipsicóticos)¹⁰ (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, BUTIROFENONAS (cont.)		
HALDOL DECANOATE 100 (<i>haloperidol decanoate</i> 100)	T3	
HALDOL DECANOATE 50 (<i>haloperidol decanoate</i>)	T3	
<i>haloperidol</i>	T1	
<i>haloperidol decanoate</i>	T1	
<i>haloperidol decanoate</i> (Haldol Decanoate 100)	T1	
<i>haloperidol decanoate</i> (Haldol Decanoate 50)	T1	
<i>haloperidol lactate</i>	T1	
<i>haloperidol lactate</i> (Haldol)	T1	
ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, DIHIDROINDOLONAS		
<i>molindone hcl</i>	T1	
ANTIPSICÓTICOS, FENOTIAZINAS		
<i>chlorpromazine hcl</i>	T1	
<i>fluphenazine decanoate</i>	T1	
<i>fluphenazine hcl</i>	T1	
<i>perphenazine</i>	T1	
<i>thioridazine hcl</i>	T1	
<i>trifluoperazine hcl</i>	T1	
SSRI-ANTIPSIC., ATÍPICOS, ANTAG. DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA		
<i>olanzapine/fluoxetine hcl</i>	T1	
<i>olanzapine/fluoxetine hcl</i> (Symbyax)	T1	
MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Trastornos del sueño/sedantes)		
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA NARCOLEPSIA Y LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO		
<i>armodafinil</i>	T1	PA
<i>modafinil</i> (Provigil)	T1	PA
SUNOSI	T2	PA QL (1 tab/day)
SEDANTES/HIPNÓTICOS (Trastornos del sueño/sedantes)		
AGENTE TIPO SEDANTE ANTINARCOLEPSIA Y ANTICATAPLEXIA		
LUMRYZ	T3	PA QL (1 pack/day) SP HD
SODIUM OXYBATE	T3	PA QL (18 mls/day) SP HD
BARBITÚRICOS		
AMYTAL SODIUM	T3	
NEMBUTAL SODIUM (<i>pentobarbital sodium</i>)	T3	PA
<i>pentobarbital sodium</i> (Nembutal Sodium)	T1	PA

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

SEDANTES/HIPNÓTICOS (Trastornos del sueño/sedantes) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
BARBITÚRICOS (cont.)		
<i>phenobarbital</i>	T1	
<i>phenobarbital sodium</i>	T1	
<i>secobarbital sodium</i>	T3	PA
HIPNÓTICOS, AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA MELATONINA MT1/MT2		
<i>ramelteon 8 mg tablet</i> (Rozerem)	T1	QL (1 tab/day)
HIPNÓTICOS SEDANTES, NO BARBITÚRICOS		
HETLIOZ	T3	PA SP HD
HETLIOZ LQ	T3	PA SP HD
<i>ramelteon 8 mg tablet</i> (Rozerem)	T1	QL (1 tab/day)
<i>tasimelteon</i>	T1	PA SP
HIPNÓTICOS SEDANTES - BENZODIAZEPINAS		
DORAL	T3	
<i>estazolam</i>	T1	
<i>flurazepam hcl</i>	T1	
HALCION (<i>triazolam</i>)	T3	
<i>lorazepam</i>	T1	
LORAZEPAM-0.9% NACL	T1	
LORAZEPAM-D5W	T1	
QUAZEPAM	T1	
<i>quazepam</i> (Quazepam)	T1	
<i>temazepam</i>	T1	
<i>triazolam</i>	T1	
<i>triazolam</i> (Halcion)	T1	
HIPNÓTICOS SEDANTES, NO BARBITÚRICOS		
DAYVIGO	T2	QL (1 tab/day) ST
DEXMEDETOMIDINE HCL	T1	
<i>dexmedetomidine hcl</i> (Precedex)	T1	
<i>dexmedetomidine in 0.9 % nacl</i>	T1	
<i>doxepin hcl 3 mg tablet</i> (Silenor)	T1	QL (1 tab/day)
<i>doxepin hcl 6 mg tablet</i> (Silenor)	T1	
<i>eszopiclone</i> (Lunesta)	T1	
PRECEDEX	T3	
<i>zaleplon</i>	T1	
<i>zolpidem tartrate 10 mg tablet</i> (Ambien)	T1	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

SEDANTES/HIPNÓTICOS (Trastornos del sueño/sedantes) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HIPNÓTICOS SEDANTES, NO BARBITÚRICOS (cont.)		
zolpidem tartrate 5 mg tablet (Ambien)	T1	
zolpidem tartrate 12.5 mg tab	T1	
zolpidem tartrate 6.25 mg tab	T1	QL (1 tab/day)
zolpidem tartrate	T1	

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Varias)

IRRIGANTES		
acetic acid	T1	
neomycin sulf/polymyxin b sulf	T1	
PHYSIOLYTE	T3	
PHYSIOSOL	T3	
ringer's solution	T1	
ringer's solution, lactated	T1	
sod, pot chlor/mag/sod, pot phos	T3	
sodium chloride irrig solution	T1	
SORBITOL	T1	
SORBITOL-MANNITOL	T1	
water for irrigation, sterile	T1	

AGENTES OXIDANTES		
hydrogen peroxide	T1	

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)

AGENTES ANTIPSORIÁSICOS, SISTÉMICOS		
acitretin	T1	
BIMZELX 160 MG/ML AUTOINJECTOR	T3	PA QL(2 mls/28 days) SP HD
BIMZELX 160 MG/ML SYRINGE	T3	PA QL(2 mls/28 days) SP HD
COSENTYX	T3	PA SP HD
ILUMYA	T3	PA QL (1 syringe/84 days) SP HD
methoxsalen (Oxsoralen-ultra)	T1	
OXSORALEN-ULTRA (methoxsalen)	T3	
SKYRIZI (2 SYRINGES) KIT	T2	PA QL (1 kit/84 days) SP HD
SILIQ	T3	PA QL (2 inj/15 days) SP HD
SOTYKTU	T2	PA QL (1 tab/day) SP HD
SPEVIGO 450 MG/7.5 ML VIAL	T3	PA SP HD
TALTZ AUTOINJECTOR	T2	PA QL (1 injector/28 days) SP HD

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a 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 (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIPSORIÁSICOS, SISTÉMICOS (cont.)		
TALTZ AUTOINJECTOR (2 PACK)	T2	PA QL (1 injector/28 days) SP HD
TALTZ AUTOINJECTOR (3 PACK)	T2	PA QL (1 injector/28 days) SP HD
TALTZ SYRINGE	T2	PA QL (1 syringe/28 days) SP HD
TREMFYA 100 MG/ML INJECTOR	T2	PA QL (1 injector/56 days) SP HD
TREMFYA 100 MG/ML SYRINGE	T2	PA QL (1 syringe/56 days) SP HD
TREMFYA 200 MG/2 ML SYRINGE	T2	PA QL (2 mls/28 days) SP HD
TREMFYA PEN	T2	PA QL (2 syringe/28 days) SP HD
ANTIINFLAMATORIOS TÓPICOS, ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS		
DICLAREAL	T3	HD
<i>diclofenac sodium 1% gel</i>	T1	QL (1000gm/30 days) HD
PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas)		
AGENTES ANTIACNÉ, SISTÉMICOS		
ABSORICA (isotretinoin)	T3	
ACUTANE	T1	
AMNESTEEM	T1	
CLARAVIS	T1	
isotretinoin (Absorica)	T1	
MYORISAN	T1	
ZENATANE	T1	
AGENTES ANTIACNÉ, TÓPICOS		
ACZONE 7.5% GEL PUMP	T3	
<i>adapalene/benzoyl peroxide</i>	T1	
<i>clindamycin-benzoyl perox 1-5%</i>	T1	
<i>clindamycin-bnz perox 1-5% pmp</i>	T1	
<i>clindamycin/tretinoin</i>	T1	
<i>dapsone (Aczone)</i>	T1	
KLARON (<i>sulfacetamide sodium</i>)	T3	
ONEXTON (<i>clindamycin phos/benzoyl perox</i>)	T3	
<i>sulfacetamide sodium (Klaron)</i>	T1	
ANTITRANSPIRANTES		
DRYSOL	T3	
AGENTES ANTIPSORIÁSICOS		
<i>anthralin</i>	T1	
<i>calcipotriene</i>	T1	
<i>calcipotriene 0.005% cream</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTISÉPTICOS, GENERALES (cont.)		
CALCIPOTRIENE 0.005% FOAM	T3	
<i>tazarotene 0.05% cream</i> (Tazorac)	T1	
<i>calcipotriene 0.005% ointment</i>	T1	
<i>calcipotriene 0.005% solution</i>	T1	
<i>calcitriol 3 mcg/g ointment</i>	T1	QL (800gm/30 days)
OVACE PLUS	T3	
PROMISEB	T2	
<i>selenium sulfide</i>	T1	
<i>sulfacetamide sodium</i>	T1	
<i>tazarotene</i> (Tazorac)	T1	
TERSI FOAM	T3	
<i>alcohol antiseptic pads</i>	T1	
ALCOHOL PREP PADS / SWABS/WIPES	T1	
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD	T1	
CURITY ALCOHOL PREPS	T1	
DROPSAFE PREP PADS	T1	
EASY COMFORT ALCOHOL PAD	T1	
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS	T1	
INCONTROL ALCOHOL PADS	T1	
PRO COMFORT ALCOHOL PADS	T1	
PURE COMFORT ALCOHOL PAD	T1	
SINGLE USE SWAB	T1	
SURE COMFORT ALCOHOL	T1	
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS	T1	
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS / PRO ALCOHOL PADS	T1	
ULTILET ALCOHOL SWAB	T1	
WEBCOL	T1	
ANTISÉPTICOS, VARIOS		
GUAIACOL	T3	
PREPARACIONES PARA ÚLCERAS POR DIABETES, TÓPICAS		
REGRANEX	T3	PA QL (2 tubs/30 days)
EMOLIENTES		
<i>ammonium lactate</i>	T1	
ATOPICLAIR	T3	
BIAFINE (<i>sonafine</i>)	T3	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a 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
EMOLIENTES (cont.)		
<i>emollient combination no.10</i> (Biafine)	T1	
<i>emollient combination no.35</i> (Mimyx)	T1	
<i>emollient combination no.44</i>	T1	
HALUCORT	T3	
MIMYX (<i>prumyx</i>)	T3	
RESTIZAN	T1	
<i>vite ac/grape/hyaluronic acid</i> (Atopiclair)	T1	
XCLAIR	T3	
INMUNOMODULADORES		
<i>imiquimod</i>	T1	
RUBEFIANTES/CONTRAIRITANTES		
<i>methyl salicylate</i>	T1	
QUTENZA	T3	
INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK)		
CIBINQO	T2	PA QL (30 tabs/30 days) SP
LEQSELVI	T3	PA QL(2 tabs/day) SP HD
QUERATOLÍTICOS		
BENZEFOAM	T3	
BENZEPRO	T1	
<i>benzoyl peroxide</i>	T1	
<i>benzoyl peroxide</i> (Enzoclear)	T1	
<i>benzoyl peroxide</i> (Pacnex)	T1	
ENZOCLEAR	T3	
HYDRO 35	T3	
HYDRO 40 (<i>umecta</i>)	T3	
INOVA	T3	
KERAFOAM	T3	
KERALYT 6% GEL (<i>salicylic acid</i>)	T3	
<i>keralyt 6% shampoo</i>	T1	
KERALYT SCALP	T3	
KERALYT SCALP (<i>salicylic acid</i>)	T3	
PACNEX (<i>benzoyl peroxide</i>)	T3	
PODOCON-25	T1	
<i>podofilox</i>	T1	
PR BENZOYL PEROXIDE	T1	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a 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
QUERATOLÍTICOS (cont.)		
SALICATE	T3	
<i>salicylic acid</i>	T1	
<i>salicylic acid</i> (Keralyt Scalp)	T1	
<i>salicylic acid/ceramide comb 1</i>	T1	
SALIMEZ FORTE	T1	
SALKERA	T3	
SALVAX DUO PLUS	T3	
<i>silver nitrate</i>	T1	
<i>silver nitrate applicator</i>	T1	
URAMAXIN	T3	
URAMAXIN (<i>urea</i>)	T3	
<i>urea</i>	T1	
<i>urea</i> (Hydro 35)	T1	
<i>urea</i> (Hydro 40)	T3	
<i>urea</i> (Uramaxin)	T1	
<i>urea</i> (Xurea)	T1	
XUREA	T3	
PROTECTORES		
BIONECT	T3	
PHARMABASE BARRIER	T1	
<i>polydimethylsiloxanes/silicon</i>	T1	
<i>protectives2/ceramide 1, 3, 6-ii</i>	T1	
RADIAPLEXRX	T3	
<i>zinc oxide</i>	T1	
AGENTES PARA LA ROSÁCEA, TÓPICOS		
<i>azelaic acid</i>	T1	
<i>ivermectin</i>	T1	
<i>metronidazole</i>	T1	
SOOLANTRA (<i>ivermectin</i>)	T3	
ADHESIVOS PARA TEJIDOS/HERIDAS		
ARTISS	T3	
SURGISEAL STYLUS	T3	
SURGISEAL TEARDROP	T3	
SURGISEAL TWIST	T3	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a 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
ADHESIVOS PARA TEJIDOS/HERIDAS (cont.)		
TISSEEL VHSD	T3	
ANTIINFLAM. TÓPICO, INHIB. DE LA FOSFODIESTERASA-4 (PDE4)		
EUCRISA	T2	
ZORYVE 0.15% CREAM	T2	PA QL(60 gms/30 days)
AGENTES TÓPICOS, VARIOS		
GORDON'S UREA	T3	
HYFTOR	T3	PA SP
L-MESITRAN SOFT	T3	
MEDIHONEY	T3	
SAF-CLENS AF	T3	
<i>trichloroacetic acid</i>	T3	
TRICHLOROACETIC ACID	T1	
DERIVADOS DE LA PLEUROMUTILINA, ANTIBIÓTICOS TÓPICOS		
ALTABAX	T3	
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS		
ALA-SCALP (<i>scalacort</i>)	T3	ST
ACIOXIA	T3	
<i>alclometasone dipropionate</i>	T1	
<i>amcinonide 0.1% cream/ lotion</i>	T1	
AQUA GLYCOLIC HC	T3	
<i>betamethasone dipropionate</i>	T1	
<i>betamethasone valerate</i>	T1	
<i>betamethasone valerate (Luxiq)</i>	T1	
<i>betamethasone/propylene glyc</i>	T1	
<i>betamethasone/propylene glyc (Diprolene)</i>	T1	
BRYHALI	T3	ST
CAPEX SHAMPOO	T3	ST
<i>clobetasol propionate</i>	T1	
<i>clobetasol propionate (Clobex) (Temovate)</i>	T1	
<i>clobetasol propionate/emoll</i>	T1	
CLOCORTOLONE PIVALATE	T1	
CLODAN 0.05% KIT	T3	ST
<i>clodan 0.05% shampoo</i>	T1	
CLODERM	T3	ST
DERMA-SMOOTHIE-FS (<i>fluocinolone acetonide</i>)	T3	ST

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS (cont.)		
DERMATOP (<i>prednicarbate</i>)	T3	ST
<i>desonide</i>	T1	
<i>desonide</i> (Desowen)	T1	
DESOWEN (<i>desonide</i>)	T3	ST
<i>desoximetasone</i> (Topicort)	T1	
DIPROLENE (<i>betamethasone diprop augmented</i>)	T3	ST
<i>fluocinolone acetonide</i>	T1	
<i>fluocinolone acetonide</i> (Derma-smoothe-fs)	T1	
<i>fluocinolone acetonide</i> (Synalar)	T1	
<i>fluocinolone/shower cap</i> (Derma-smoothe-fs)	T1	
<i>fluocinonide</i>	T1	
<i>fluocinonide/emollient base</i>	T1	
<i>fluticasone prop 0.005% oint</i>	T1	
<i>fluticasone prop 0.05% cream</i>	T1	
<i>fluticasone prop 0.05% lotion</i>	T1	
<i>fluticasone propionate</i>	T1	
<i>halobetasol propionate</i> (Ultravate)	T1	
<i>halobetasol prop 0.05% cream</i>	T1	
<i>halobetasol prop 0.05% foam</i>	T1	
<i>halobetasol prop 0.05% ointmnt</i>	T1	
<i>hydrocortisone</i>	T1	
<i>hydrocortisone</i> (Ala-scalp)	T1	
<i>hydrocortisone butyrate</i>	T1	
<i>hydrocortisone valerate</i>	T1	
LUXIQ (<i>betamethasone valerate</i>)	T3	ST
MOMETACURE	T3	
<i>mometasone furoate 0.1% cream</i>	T1	
<i>mometasone furoate 0.1% oint</i>	T1	
<i>mometasone furoate 0.1% soln</i>	T1	
NUCORT	T3	ST
<i>prednicarbate</i> (Dermatop)	T1	
SCALACORT DK	T3	ST
SYNALAR (<i>fluocinolone acetonide</i>)	T3	ST
SYNALARTS	T3	ST

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS (cont.)		
TACLONEX 0.005%-0.064% SUSPENS (<i>calcipotriene/betamethasone</i>)	T3	
TEMOVATE (<i>clobetasol propionate</i>)	T3	ST
TEXACORT	T3	ST
TOPICORT (<i>desoximetasone</i>)	T3	ST
ULTRAVATE (<i>halobetasol propionate</i>)	T3	ST
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS-ANESTÉSICOS LOCALES		
ANALPRAM HC	T3	
EPIFOAM	T2	
<i>hydrocortisone/pramoxine</i> (Pramosone)	T1	
<i>lidocaine/hydrocortisone ac</i>	T1	
MEZPAROX-HC	T1	
PRAMOSONE	T3	
ANTIPARASITARIOS TÓPICOS		
<i>lindane</i>	T1	
<i>malathion</i> (Ovide)	T1	
OVIDE (<i>malathion</i>)	T3	
PREPARACIONES ANTIBACTERIANAS TÓPICAS		
<i>dermazene cream</i>	T1	
DERMAZENE CREAM PACKET	T3	
<i>hydrocortisone/iodoquinol</i>	T1	
<i>hydrocortisone/iodoquinol/aloe</i>	T1	
<i>iodine/potassium iodide</i>	T1	
<i>iodine/sodium iodide</i>	T1	
IODOFLEX	T3	
IODOSORB	T3	
<i>silver nitrate</i>	T1	
ANÁLOGOS DE VIT. D/ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS		
<i>calcipotriene/betamethasone</i>	T1	
ENZIMAS TÓPICAS/DE LAS MEMBR. MUCOSAS/SUBCUT.		
AMPHADASE	T3	
SANTYL	T3	QL (60gm/30 days)
VITRASE	T3	
DERIVADOS DE LA VITAMINA A		
<i>adapalene</i> (Plixda)	T1	PA

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
DERIVADOS DE LA VITAMINA A		
PLIXDA	T1	PA
RETIN-A MICRO PUMP 0.08% GEL (<i>tretinoin microspheres</i>)	T3	PA
<i>tretinoin 0.01% gel</i>	T1	
<i>tretinoin 0.025% cream</i>	T1	PA
<i>tretinoin 0.025% gel</i>	T1	
<i>tretinoin 0.05% cream</i>	T1	PA
<i>tretinoin 0.05% gel</i>	T1	PA
<i>tretinoin 0.1% cream</i>	T1	PA
<i>tretinoin microspheres</i>	T1	PA

PREPARACIONES PARA LA TIROIDES (Agentes hormonales)

PREPARACIONES ANTITIROIDEAS		
<i>methimazole</i> (Tapazole)	T1	HD
<i>propylthiouracil</i>	T1	HD
TAPAZOLE (<i>methimazole</i>)	T3	HD
AGENTES DE DIAGNÓSTICO DE FUNCIÓN TIROIDEA		
THYROGEN	T3	SP
HORMONAS TIROIDEAS		
ARMOUR THYROID	T3	HD
CYTOMEL (<i>liothyronine sodium</i>)	T3	HD
LEVOTHYROXINE	T3	PA HD
<i>levothyroxine sodium</i>	T1	HD
<i>levothyroxine sodium</i> (Synthroid)	T1	HD
<i>liothyronine sodium</i> (Cytomel)	T1	HD
<i>liothyronine sodium</i> (Triostat)	T1	HD
SYNTHROID (<i>unithroid</i>)	T3	HD
<i>thyroid, pork</i>	T1	HD
<i>thyroid, pork</i> (Armour Thyroid)	T1	HD
<i>thyroid, pork</i> (Wp Thyroid)	T1	HD
THYROLAR-1	T3	HD
THYROLAR-1/2	T3	HD
THYROLAR-1/4	T3	HD
THYROLAR-2	T3	HD
THYROLAR-3	T3	HD
TIROSINT	T3	PA HD
TIROSINT-SOL	T3	PA HD

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a 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 TIROIDES (Agentes hormonales) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HORMONAS TIROIDEAS (cont.)		
TRIOSTAT (<i>liothyronine sodium</i>)	T3	HD
WP THYROID	T1	HD
WP THYROID (<i>nature-throid</i>)	T1	HD
WP THYROID (<i>westhroid</i>)	T1	HD

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (SIDA/VIH)

INHIBIDORES DEL CITOCROMO P450		
TYBOST	T3	SP

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias)

FIBROSIS QUÍSTICA-COMB. DE POTENCIADOR DE CFTR Y CORRECTOR		
ALYFTREK 10-50-125 MG TABLET	T3	PA QL (2 tabs/day) SP HD
ALYFTREK 4-20-50 MG TABLET	T3	PA QL (3 tabs/day) SP HD
BRONCHITOL 40 MG INHALE CAP	T3	PA SP
ORKAMBI 100 MG-125 MG TABLET	T3	PA QL (4 tabs/day) SP HD
ORKAMBI 100-125 MG GRANULE PKT	T3	PA QL (2 packs/day) SP HD
ORKAMBI 150-188 MG GRANULE PKT	T3	PA QL (2 packs/day) SP HD
ORKAMBI 200 MG-125 MG TABLET	T3	PA QL (4 tabs/day) SP HD
SYMDEKO	T3	PA QL (2 tabs/day) SP HD
TRIKAFTA 100-50-75 MG/150 MG	T3	PA QL (3 tabs/day) SP HD
TRIKAFTA 100-50-75 MG/75MG PKT	T3	PA QL (3 tabs/day) HD
TRIKAFTA 50-25-37.5 MG/75 MG	T3	PA QL (3 tabs/day) SP HD
TRIKAFTA 80-40-60MG/59.5MG PKT	T3	PA QL (3 tabs/day) HD

FIB. QUÍSTICA-POTENCIADOR DE LA REG. DE LA CONDOC. TRANSMEMB. (CFTR)

KALYDECO 150 MG TABLET	T3	PA QL (2 tabs/day) SP HD
KALYDECO 5.8 MG GRANULES PACKET	T3	PA QL (2 tabs/day) SP
KALYDECO 25 MG GRANULES PACKET	T3	PA QL (2 packs/day) SP HD
KALYDECO 50 MG GRANULES PACKET	T3	PA QL (2 packs/day) SP HD
KALYDECO 75 MG GRANULES PACKET	T3	PA QL (2 packs/day) SP HD

SURFACTANTES PULMONARES		
CUROSURF	T3	
INFASURF	T3	
SURVANTA	T3	

MUCOLÍTICOS		
PULMOZYME	T3	PA SP HD

FIBROSIS PULMONAR - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS		
OFEV	T2	PA SP HD

T1 – Habitualmente genéricos
 T2 – Habitualmente marcas preferidas
 T3 – Habitualmente marcas no preferidas
 PA – Autorización previa
 QL – Límite a la cantidad
 ST – Tratamiento escalonado
 AGE – Requisito de edad
 SP – Medicamentos de especialidad
 HD – Puede requerir entrega a domicilio
 PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
 CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS		
ARALAST NP	T3	PA SP
GLASSIA	T3	PA QL (2 tabs/day) SP
JOENJA	T3	PA QL SP
PROLASTIN C	T3	PA SP HD
VIJOICE 50 MG GRANULE PACKET	T3	PA QL (30 tabs/30 days) SP
VIJOICE 125mg, 50mg	T3	PA QL (30 tabs/30 days) SP
VIJOICE 250mg dose pack	T3	PA QL (2 tabs/30 days) SP
ZEMAIRA	T3	PA SP HD
ZOKINVY	T3	PA QL (4 caps/day) SP

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)

FACTORES ANTIPORFIRIA		
PANHEMATIN	T3	SP
AGENTES DE MADURACIÓN ERITROIDE		
REBLOZYL	T3	PA SP
INHIBIDORES DE LA TIROSINA QUINASA DEL BAZO		
TAVALISSE	T3	PA SP
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA BRADIQUININA B2		
<i>icatibant acetate</i>	T1	PA SP HD
INHIBIDORES DE LA ESTERASA CI		
BERINERT	T3	PA SP HD
CINRYZE	T3	PA SP HD
HAEGARDA	T3	PA SP HD
RUCONEST	T3	PA SP HD
INHIBIDORES DE CALICREÍNA PLASMÁTICA		
KALBITOR	T3	PA SP HD
ORLADEYO	T3	PA QL (1 caps/day) SP

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Cáncer)

AGENTES DE RESCATE/ANTÍDOTOS PARA QUIMIOTERAPIA		
<i>amifostine crystalline</i> (Ethyol)	T1	SP
<i>dexrazoxane hcl</i> (Zinecard)	T1	SP
ETHYOL (<i>amifostine</i>)	T3	SP
AGENTES DE RESCATE/ANTÍDOTOS PARA QUIMIOTERAPIA		
KHAPZORY	T3	PA
<i>leucovorin calcium</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a 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 (Cáncer) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES DE RESCATE/ANTÍDOTOS PARA QUIMIOTERAPIA (cont.)		
<i>mesna</i> (Mesnex)	T1	SP
MESNEX	T3	SP
MESNEX (<i>mesna</i>)	T3	SP
VISTOGARD	T3	SP
VORAXAZE	T3	PA SP
ZINECARD (<i>dexrazoxane</i>)	T3	SP
AGENTES ESCLEROSANTES DE ADMINISTRACIÓN INTRAPLEURAL, COADYUVANTES ANTINEOPLÁSICOS		
SCLEROSOL	T3	
STERILE TALC	T1	
STERITALC	T3	
RADIOFÁRMACOS DE USO TERAPÉUTICO		
LUTATHERA	T3	PA SP
METASTRON	T3	PA
QUADRAMET	T3	PA
<i>strontium-89 chloride</i> (Metastron)	T1	PA
XOFIGO	T3	PA
TRAT. PROTECTOR DEL TEJIDO DE LA EXTRAVASACIÓN DE QUIMIOTERAPIA		
TOTECT	T3	
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Productos dentales)		
PREPARACIONES Y AYUDAS DENTALES		
<i>chlorhexidine gluconate</i> (Peridex)	T1	
PERIDEX (<i>periogard</i>)	T1	
<i>triamcinolone acetonide</i>	T1	
INHIBIDORES DE LA COLAGENASA PERIODONTAL		
<i>doxycycline hyclate</i>	T1	
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones oculares)		
INHIB. DEL RECEPTOR DEL FACTOR DE CRECIMIENTO INSULÍNICO (IGF-R)		
TEPEZZA	T3	PA SP HD
AGENTES VASOCLUSIVOS OCULARES FOTOACTIVADOS		
VISUDYNE	T3	SP
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones gastrointestinales/pirosis)		
CALCIMIMÉTICO, POTENCIADOR DEL CALCIO PARATIROIDEO		
<i>cinacalcet hcl</i>	T1	SP

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
CALCIMIMÉTICO, POTENCIADOR DEL CALCIO PARATIROIDEO (cont.)		
PARSABIV	T3	PA SP
AGENTES ORALES PARA LA MUCOSITIS/ESTOMATITIS		
GELCLAIR	T3	
ORAMAGICRX	T3	
AGONISTAS DE LOS PPAR		
IQIRVO	T2	
AGENTES ESTIMULANTES DE LA SALIVA		
NUMOISYN	T3	
teriparatide 600 mcg/2.4ml pen	T1	PA QL (0.09 mls/day) SP HD
TERIPARATIDE 620 MCG/2.48 ML	T3	PA QL (0.09 mls/day) SP HD
AGONISTA DEL RECEPTOR DE LA HORMONA TIROIDEA (THR)		
REZDIFFRA	T3	PA QL(1 tab/day) SP HD
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Agentes hormonales)		
ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE LA HORMONA DE CRECIMIENTO		
SOMAVERT	T2	PA SP HD
AGENTES PARA EL TRAT. DEL HIPERPARATIROID. - TIPO ANÁLOGO DE VITAMINA D		
doxercalciferol	T1	
paricalcitol 1 mcg capsule (Zemplar)	T1	SP HD
PARICALCITOL 10 MCG/2 ML VIAL	T3	SP
PARICALCITOL 2MCG/ML VIAL	T3	SP
PARICALCITOL 5MCG/ML VIAL	T3	SP
paricalcitol 10 mcg/2 ml vial (Zemplar)	T1	SP
paricalcitol 2 mcg capsule (Zemplar)	T1	SP HD
PARICALCITOL 2 MCG/ML VIAL	T1	SP
paricalcitol 2 mcg/ml vial (Zemplar)	T1	SP
paricalcitol 4 mcg capsule	T1	SP HD
PARICALCITOL 5 MCG/ML VIAL	T1	SP
paricalcitol 5 mcg/ml vial (Zemplar)	T1	SP
RAYALDEE	T3	
ZEMPLAR 1 MCG CAPSULE (paricalcitol)	T3	SP HD
ZEMPLAR 10 MCG/2 ML VIAL (paricalcitol)	T3	SP
ZEMPLAR 2 MCG CAPSULE (paricalcitol)	T3	SP HD
ZEMPLAR 2 MCG/ML VIAL (paricalcitol)	T3	SP
ZEMPLAR 5 MCG/ML VIAL (paricalcitol)	T3	SP
SUP. DE SÍNT. MENOPÁUSICOS-MODULADOR DE RECEPT. ESTROG. SELECT.		
OSPHENA	T3	QL(30 tabs/30 days) HD

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ABORTIVOS-ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA PROGESTERONA		
MIFEPREX	T3	
<i>mifepristone</i> (Mifeprex)	T1	
ANTÍDOTOS PARA INTOXICACIÓN CON ÁCIDOS Y ÁLCALIS		
<i>methylene blue</i> (antidotes)	T1	
PROVAYBLUE	T3	
AGENTES PARA TRATAR LA PARÁLISIS PERIÓDICA - INHIB. DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA		
<i>dichlorphenamide</i> (Keveyis))	T1	PA SP
INHIBIDORES DE AMONÍACO		
CARBAGLU (<i>carglumic acid</i>)	T3	SP HD
<i>carglumic acid</i> (Carbaglu)	T1	SP HD
AGENTES PARA LA AMILOIDOSIS-SUPRESIÓN DE LA TRANSTIRETINA (TTR)		
ONPATTRO	T3	PA SP
TEGSEDI	T3	PA SP HD
PREPARACIONES ANTIALCOHÓLICAS		
<i>acamprosate calcium</i>	T1	
ANTABUSE (<i>disulfiram</i>)	T3	
<i>disulfiram</i> (Antabuse)	T1	
VIVITROL	T3	SP HD
ANTÍDOTOS, VARIOS		
ACETADOTE (<i>acetylcysteine</i>)	T3	
<i>acetylcysteine</i> (Acetadote)	T1	
CETYLEV	T3	
CYANOKIT	T3	
DIGIFAB	T3	
<i>fomepizole</i>	T1	
SODIUM NITRITE	T1	
TRATAMIENTO ANTIFIBRÓTICO - ANÁLOGOS DE LA PIRIDONA		
<i>pirfenidone</i> (Esbriet)	T1	PA SP HD
ANTAGONISTAS DE BENZODIAZEPINAS		
<i>flumazenil</i>	T1	
SOLUCIONES DE SELLADO DE CATÉTERES		
DEFENCATH	T3	
REACTIVACIÓN DE LA COLINESTERASA-ANTÍDOTO ANTAGONISTA MUSCARÍNICO		
DUODOTE	T3	
PRALIDOXIME CHLORIDE	T1	
PROTOPAM CHLORIDE	T3	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a 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
INHIBIDORES DEL COMPLEMENTO		
BKEMV	T3	SP
EPYSQLI	T3	SP
VEOPOZ	T3	SP
AGENTES CRIOPRESERVANTES		
<i>dimethyl sulfoxide</i>	T3	
SOLUCIONES DILUYENTES		
<i>diluent for epoprostenol (glyc)</i>	T1	
DILUENT FOR REMODULIN	T3	
<i>diluent for treprostinil (gly)</i> (Diluent For Remodulin)	T1	
ELLIOTTS B	T3	
PH 12 DILUENT FOR FLOLAN	T3	
MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA PORFIRIA HEPÁTICA AGUDA (AHP)		
GIVLAARI	T3	PA SP HD
MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA TIROSINEMIA HEREDITARIA		
<i>nitisinone</i> (Orfadin)	T1	PA SP HD
NITYR	T2	PA SP
ORFADIN (<i>nitisinone</i>)	T3	PA SP
MEDICAMENTOS PARA TRATAR DIAG. DE GAUCHER TIPO I, REDUCTORES DE SUSTRATOS		
CERDELGA	T2	PA SP HD
<i>miglustat</i> (Zavesca)	T1	PA SP HD
ZAVESCA (<i>miglustat</i>)	T3	PA SP HD
AGENTES PARA INHALACIÓN GENERALES		
HYPER-SAL	T3	
<i>nebusal 3% vial</i>	T1	
NEBUSAL 6% VIAL	T3	
<i>sodium chloride for inhalation</i> (Hyper-sal)	T1	
TRATAMIENTO DE TRASTORNO GENÉTICO - TRATAMIENTO POR DEFICIENCIA DE PROTEÍNA SMN		
EVRYSDI	T3	PA SP HD
SPINRAZA	T3	PA SP HD
TRATAMIENTO DE TRASTORNO GENÉTICO - OMISIÓN DE EXON MEDIANTE OLIGONUCLEÓTIDO ANTISENTIDO		
AMONDYS-45	T3	PA SP
EXONDYS-51	T3	PA SP
VILTEPSO	T3	PA SP
VYONDYS-53	T3	PA SP
INHIBIDOR DE LA GLUCOSILCERAMIDA SINTASA (GCS)		
<i>miglustat</i> (Zavesca)	T1	PA SP

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a 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
INHIBIDOR DE LA GLUCOSILCERAMIDA SINTASA (GCS) (cont.)		
OPFOLDA	T3	PA QL(8 caps/30 days) SP HD
INTOXICACIÓN POR PLOMO, AGENTES PARA TRATAR (TIPO QUELANTES)		
CALCIUM DISODIUM VERSENATE	T1	PA
SUPRESORES DE LOS SÍNTOMAS MENOPÁUSICOS - SSRI		
<i>paroxetine mesylate</i>	T1	QL (1 cap/day) HD
REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, ALFA-MANOSIDOSIS		
LAMZEDE	T3	PA SP
REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, HIPOFOSFATASIA		
STRENSIQ	T2	PA SP
BRINEURA	T3	PA SP
REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, ENFERMEDAD DE FABRY		
ELFABRIO	T3	PA SP
FABRAZYME	T3	PA SP HD
CEREZYME	T3	PA SP HD
ELELYSO	T3	PA SP
VPRIV	T3	PA SP HD
REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, DEFICIENCIA DEL COFACTOR DE MOLIBDENO		
NULIBRY	T3	PA SP
REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, ENFERMEDAD DE POMPE		
POMBILITI	T3	PA SP HD
REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, MUCOPOLISACARIDOSIS		
ALDURAZYME	T3	PA SP HD
ELAPRASE	T2	PA SP
MEPSEVII	T3	PA SP
NAGLAZYME	T3	PA SP
VIMIZIM	T3	PA SP
REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, DEFICIENCIA DE ENZIMA LIPASA ÁCIDA LISOSÓMICA		
KANUMA	T3	PA SP
REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, INMUNODEFICIENCIA COMBINADA SEVERA		
ADAGEN	T3	PA SP
REVCovi	T3	PA SP
AGENTES PARA TRATAR LA INTOXIC. POR METALES		
BAL IN OIL	T3	PA
CHEMET	T3	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA TRATAR LA INTOXIC. POR METALES (cont.)		
<i>deferasirox</i> (Exjade)	T1	SP HD
<i>deferasirox</i> (Jadenu Sprinkle)	T1	SP HD
<i>deferasirox</i> (Jadenu)	T1	SP HD
<i>deferiprone</i> (Ferriprox)	T1	PA SP
<i>deferoxamine mesylate</i> (Desferal Mesylate)	T1	
DEFERAL MESYLATE (<i>deferoxamine mesylate</i>)	T3	
EXJADE (<i>deferasirox</i>)	T3	PA SP HD
FERRIPROX	T3	PA SP
FERRIPROX (2 TIMES A DAY)	T3	PA SP
GALZIN	T3	
NITHIODE	T3	
PENTETATE CALCIUM TRISODIUM	T1	
PENTETATE ZINC TRISODIUM	T1	
RADIOGARDASE	T3	
<i>sodium thiosulf</i> (<i>poison treat</i>)	T1	
<i>trientine hcl 250 mg capsule</i> (Syprine)	T1	PA SP HD
TRIENTINE HCL 500 MG CAPSULE	T3	PA SP HD
AGENTES VARIOS		
NEXAVIR	T3	SP
PÉPTIDOS NATRIURÉTICOS		
VOXZOGO	T3	PA SP HD
BASES PARA POMADAS/CREMAS		
RADIAGEL	T3	
CHAPERÓN FARMACOLÓGICO-ESTAB. DE LA ALFA-GALACTOSIDASA A		
GALAFOLD	T3	PA SP HD
AGENTE PARA TRATAR LA FENILCETONURIA-COFACTOR DE LA FENILALANINA HIDROXILASA		
<i>javygtor 100 mg powder packet</i> (Kuvan)	T1	PA SP
<i>javygtor 100 mg tablet</i> (Kuvan)	T1	PA SP HD
<i>javygtor 500 mg powder packet</i> (Kuvan)	T1	PA SP
ESTABILIZADORES DE PROTEÍNAS		
ATTRUBY	T3	PA SP
VYNDAMAX	T3	PA QL (1 cap/day) SP HD

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a 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
ESTABILIZADORES DE PROTEÍNAS (cont.)		
VYNDAQEL	T3	PA QL (4 caps/day) SP HD
ELEMENTOS RADIOFARMACÉUTICOS		
TECHNELITE TC-99M GENERATOR	T3	
AGONISTAS DEL RECEPTOR DE ÁCIDO RETINOICO (RAR)		
SOHONOS	T3	PA SP
PREPARACIONES CON SODIO/SOLUCIÓN SALINA		
<i>bacteriostatic sodium chloride</i>	T1	
SOLVENTES		
ISOPROPYL ALCOHOL	T3	
MURI-LUBE MINERAL OIL	T3	
EXCIPIENTES		
GELFILM	T3	
HYDROXYPROPYLCELLULOSE	T3	
HYPROMELLOSE	T3	
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Esclerosis múltiple)		
INHIB. DE ADHESIÓN LEUCOCITARIA, ANTICUERPO MONOCLONAL IGG4K MEDIADO POR ALPHA4		
TYSABRI	T3	PA SP HD
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Nutritivos/alimenticios)		
AGENTES PARA DEFICIENCIAS METABÓLICAS		
CYSTADANE	T3	SP
<i>levocarnitine</i> (Carnitor Sf)	T1	
<i>levocarnitine</i> (Carnitor)	T1	
<i>levocarnitine (with sugar)</i> (Carnitor)	T1	
AGENTES DE FORMACIÓN ÓSEA - INHIBIDOR DE ESCLEROSTINA, ANTICUERPO MONOCLONAL		
EVENITY	T3	PA QL (2 syringes/month) SP
EVENITY (2 SYRINGES)	T3	PA QL (2 syringes/month) SP
COMBINACIONES DE INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA Y VITAMINA D		
FOSAMAX PLUS D	T3	ST HD
INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA		
ACTONEL (<i>risedronate sodium</i>)	T3	ST HD
<i>alendronate sodium</i>	T1	HD
<i>alendronate sodium</i> (FOSAMAX)	T1	HD
ATELVIA (<i>risedronate sodium dr</i>)	T3	ST HD
BINOSTO	T3	ST HD

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a 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
INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA (cont.)		
BONIVA 150 MG TABLET (<i>ibandronate sodium</i>)	T3	ST HD
BONIVA 3 MG/3 ML SYRINGE (<i>ibandronate sodium</i>)	T3	SP HD
EVISTA (<i>raloxifene hcl</i>)	T3	HD
FOSAMAX (<i>alendronate sodium</i>)	T3	ST HD
<i>ibandronate 3 mg/3 ml syringe</i> (Boniva)	T1	SP HD
<i>ibandronate 3 mg/3 ml vial</i>	T1	SP HD
<i>ibandronate sodium 150 mg tab</i> (Boniva)	T1	HD
<i>pamidronate disodium</i>	T1	SP HD
PROLIA	T3	PA SP HD
<i>raloxifene hcl</i> (Evista)	T1	HD PPACA
RECLAST (<i>zoledronic acid</i>)	T3	SP HD
<i>risedronate sodium</i>	T1	HD
<i>risedronate sodium</i> (Actonel)	T1	HD
<i>risedronate sodium</i> (Atelvia)	T1	HD
XGEVA	T3	PA SP HD
ZOLEDRONIC ACID 4MG/100ML	T3	SP HD
<i>zoledronic acid/mannitol-water</i>	T1	SP HD
<i>zoledronic acid/mannitol-water</i> (Reclast)	T1	SP HD

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Productos para la osteoporosis)

INHIBIDORES DE LA LINFOPOYETINA ESTROMAL TÍMICA (TSLP)		
TEZSPIRE 210 MG/1.91 ML PEN	T2	PA QL(1 pen/28 days) SP HD
TEZSPIRE 210 MG/1.91 ML SYRING	T2	PA SP HD
TRATAMIENTO DE LA HIPERFAGIA EN EL SÍNDROME DE PRADER-WILLI		
VYKAT XR	T3	PA SP
ENZIMAS TÓPICAS/DE LAS MEMBR. MUCOSAS/SUBCUT.		
HYLENEX	T3	SP HD
AGUA		
<i>water for inj., bacteriostatic</i>	T1	
<i>water for injection, sterile</i>	T1	
<i>water/me-paraben/propylparaben</i>	T1	

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)

ANTIINFLAM. ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-I		
ARCALYST	T3	PA SP HD
ANTIINFLAMATORIOS, BETABLOQUEANTES DE INTERLEUCINA-I		
ILARIS	T3	PA SP HD

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA LA FIBROMIALGIA, INHIB. DE LA RECAPT. DE SEROTONINA-NOREPINEFRINA		
SAVELLA	T3	
INMUNOMODULADORES, INHIB. ESPECÍF. DE ESTIM. DE LINFOCITOS B (BLYS)		
BENLYSTA 120 MG VIAL	T3	PA SP
BENLYSTA 200 MG/ML AUTOINJECT	T3	PA SP HD
BENLYSTA 200 MG/ML SYRINGE	T3	PA SP HD
BENLYSTA 400 MG VIAL	T3	PA SP
TRATAMIENTO DE CONTRACTURA ARTICULAR, ENZIMA COLAGENASA		
XIAFLEX	T3	PA SP

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones cutáneas)

INHIBIDORES DE LA INTERLEUCINA-13 (IL-13), ANTICUERPOS MONOCLONALES		
ADBRY	T2	PA SP HD
EBGLYSS PEN	T2	PA SP
AGENTES CICATRIZANTES LOCALES		
<i>balsam peru/castor oil</i> (Venelex)	T1	
BALSAM PERU-CASTOR OIL	T1	
DERMULCERA	T1	
FILSUEZ	T3	PA SP
VENELEX	T3	

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Abuso de sustancias)

TRATAMIENTO PARA LA ABSTINENCIA DE OPIOIDES, AGONISTAS ADRENÉRGICOS ALFA 2		
<i>lofexidine</i>	T1	QL (192 tabs/30 days)
LUCEMYRA (<i>Lucemyra</i>)	T2	QL (168 tabs/14 days)
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO PARA LA ABSTINENCIA DE OPIOIDES, TIPO OPIOIDES		
BUNAVAIL	T3	
<i>buprenorphine hcl</i>	T1	
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i>	T1	
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i> (Suboxone)	T1	
PROBUPHINE	T3	
SUBLOCADE	T3	SP
SUBOXONE (<i>buprenorphine-naloxone</i>)	T3	
ZUBSOLV	T2	

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Medicamentos para trasplante)

TRASPLANTE DE ÓRGANOS, SOLUCIONES DE CONSERVACIÓN		
VIASPAN BELZER-UW	T3	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a 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 trasplante) (cont.)

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

INHIBIDORES DE LA QUINASA RHO

REZUROCK	T3	PA SP HD
----------	----	----------

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones urinarias)

AGENTES PARA LA HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA/MICCIÓN

<i>alfuzosin hcl</i> (Uroxatral)	T1	HD
<i>dutasteride</i> (Avodart)	T1	HD
<i>finasteride</i> (Proscar)	T1	HD
PROSCAR (<i>finasteride</i>)	T3	HD
RAPAFLO 4 MG CAPSULE (<i>silodosin</i>)	T3	QL (1 cap/day) HD
RAPAFLO 8 MG CAPSULE (<i>silodosin</i>)	T3	HD
<i>silodosin 4 mg capsule</i> (Rapaflo)	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>silodosin 8 mg capsule</i> (Rapaflo)	T1	HD
<i>tamsulosin hcl</i> (Flomax)	T1	HD
UROXATRAL (<i>alfuzosin hcl er</i>)	T3	HD
VANRAFIA	T2	PA QL(1 tab/day) SP

INHIB. DE LA 5-ALFA REDUCTASA-ANTAG. ADRENÉRGICO ALFAI PARA TRATAR LA HPB

<i>dutasteride/tamsulosin hcl</i> (	T1	HD
-------------------------------------	----	----

AGENTES QUE REDUCEN LA CISTINA, CISTINOSIS NEFROPÁTICA

CYSTAGON	T2	SP
----------	----	----

AGENTES PARA CÁLCULOS RENALES

<i>mirabegron er 25 mg tablet</i> (Myrbetriq)	T1	QL(1 tab/day) HD
<i>mirabegron er 50 mg tablet</i> (Myrbetriq)	T1	HD
<i>tiopronin</i>	T1	SP HD

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

<i>darifenacin er 15 mg tablet</i>	T1	HD
<i>darifenacin er 7.5 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>solifenacin 10 mg tablet</i>	T1	HD
<i>solifenacin 5 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD

AGENTE ANTIESPASMÓDICO/ANTIINCONTINENCIA DE LAS VÍAS URINARIAS

<i>flavoxate hcl</i>	T1	HD
<i>oxybutynin 5 mg/5 ml solution</i>	T1	HD
<i>oxybutynin 5 mg/5 ml syrup</i>	T1	HD
<i>oxybutynin chloride er</i>	T1	HD
<i>tolterodine tart er 2 mg cap</i>	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>tolterodine tart er 4 mg cap</i>	T1	HD
<i>tolterodine tartrate</i>	T1	HD
<i>tropium chloride</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a 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 (Control del peso)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ESTIM. DEL APETITO PARA LA ANOREXIA, CAQUEXIA, SÍND. DE DESGASTE		
<i>megestrol acetate</i>	T1	
VACUNAS (Vacunas)		
VACUNAS CONTRA EL COVID-19		
JANSSEN COVID-19 VACCINE (EUA)	T3	PPACA
MODERNA COVID-19 VACCINE (EUA)	T3	PPACA
PFIZER COVID-19 VACCINE (EUA)	T3	PPACA
VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias)		
PREPARACIONES CON ÁCIDO FÓLICO		
<i>folic acid</i>	T1	
PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS		
CITRANATAL MEDLEY	T3	
FOLET ONE	T3	
INFUVITE ADULT	T3	
<i>multivit infusn, adult 1, vit k</i>	T3	
<i>mvn no.53/iron/folic/dss/dha</i>	T1	
OBSTETRIX ONE	T1	
PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS		
INFUVITE PEDIATRIC	T3	
<i>multivit-fluor 0.25 mg/ml drop</i> (Soluvita Multivitamin Fluoride)	T1	PPACA
M.V.I. PEDIATRIC	T3	
SOLUVITA MULTIVITAMIN FLUORIDE (<i>pedi multivit no.82 w-fluoride</i>)	T3	PPACA
VITALIPID N INFANT	T3	
VITLIPIID N INFANT	T3	
PREPARACIONES DE VITAMINA A		
AQUASOL A	T3	
PREPARACIONES DE VITAMINA B		
<i>vitamins b1, b2, b3, b5, and b6</i>	T1	HD
PREPARACIONES DE VITAMINA BI		
<i>thiamine hcl</i>	T1	
PREPARACIONES DE VITAMINA BI2		
B-12 COMPLIANCE	T1	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12)</i> (Nascobal)	T1	
<i>hydroxocobalamin</i>	T1	
PHYSICIANS EZ USE B-12	T3	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA B6		
<i>pyridoxine hcl (vitamin b6)</i>	T1	
PREPARACIONES DE VITAMINA C		
ASCOR	T3	
<i>ascorbic acid</i>	T1	
PREPARACIONES DE VITAMINA D		
<i>calcitriol 0.25 mcg capsule (Rocaltrol)</i>	T1	
<i>calcitriol 1 mcg/ml vial (Rocaltrol)</i>	T1	HD
<i>calcitriol 0.5 mcg capsule (Rocaltrol)</i>	T1	
<i>calcitriol 1 mcg/ml ampul</i>	T1	
<i>calcitriol 1 mcg/ml solution (Rocaltrol)</i>	T1	HD
DRISDOL (<i>vitamin d2</i>)	T3	HD
<i>ergocalciferol (vitamin d2) (Drisdol)</i>	T1	HD
ROCALTROL	T3	HD
PREPARACIONES DE VITAMINA K		
MEPHYTON (<i>phytonadione</i>)	T3	
PHYTONADIONE	T1	
<i>phytonadione (vit k1)</i>	T1	
<i>phytonadione (vit k1) (Mephyton)</i>	T1	
VITAMINAS (Vitaminas)		
PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS		
VITLIPID N ADULT	T3	

T1 – Habitualmente genéricos
T2 – Habitualmente marcas preferidas
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
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:¹¹

- 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 Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos, a menos que el medicamento esté reconocido para el tratamiento de la indicación particular.
- Medicamentos que no están aprobados por la 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,¹² la disfunción sexual, con fines estéticos, para bajar de peso, para dejar de fumar¹² 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

Símbolos

1ST TIER.....	155
1ST TIER UNILET COMFORTOUCH	159
2-IN-1 LANCET DEVICE.....	159
2TEK	150

A

AA 3%.....	127
abacavir.....	80
abacavir/lamivudine/zidovudine.....	80
abacavir sulfate/lamivudine.....	80
ABELCET	55
ABILIFY ASIMTUFI.....	172
ABILIFY MAINTENA ER.....	172
abiraterone.....	66
ABOUTTIME.....	155
ABRAXANE.....	74
ABSORICA.....	176
ACAM2000.....	89
acamprosate calcium.....	188
acarbose.....	57
ACCOLATE.....	37
ACCU.....	150
ACCU-CHEK.....	150, 159
AC CUTANE.....	176
AC CUTTEND.....	150
ACD-A.....	51
ACD SOLUTION A.....	51
acebutolol	101
ACETADOTE	188
ACETAMIN-CAFF-DIHYDROCODEINE.....	22
acetamin-codein	21
acetaminop-codeine.....	21
acetaminophen.....	19, 20, 21, 22
ACETAMINOPHEN.....	19, 21
acetazolamide.....	119
acetic acid	60, 121, 175
acetic acid/oxyquinoline.....	60
acetylcysteine	38, 188
ACIOXIA	180
acitretin	175
ACTEMRA	148
ACTHAR.....	140
ACTHIB.....	89
ACTHREL.....	140
ACTIGALL	136
ACTI-LANCE	159
ACTIMMUNE	75
ACTIQ.....	22

ACTIVASE.....	92
ACTIVELLA.....	141
ACTONEL.....	192
ACTOPLUS MET	58
ACTOS.....	59
ACUVAIL	121
acyclovir.....	82
ACZONE	176
ADACEL TDAP	89
ADAGEN.....	190
ADAKVEO	91
ADALAT CC	93
ADALIMUMAB.....	62
ADALIMUMAB-RYVK.....	62
adapalene	176, 182
adapalene/benzoyl peroxide.....	176
ADBRY	194
ADCETRIS	74
ADDAMEL N	129
ADDERALL.....	85
adefovir dipivoxil.....	83
ADEMPAS	97
adenosine.....	92, 115
ADJUSTABLE.....	150
ADRENALIN CHLORIDE.....	121
ADREVIEW	115
adriamycin	63
ADRIAMYCIN	63
ADUHELM	106
ADVANCED	116, 150
ADVANCED DNA MEDICATED COLLECT	116
ADVANCED TRAVEL LANCETS	159
ADVOCATE.....	150, 155, 157, 159
ADYPHREN	84
ADZYNMA.....	90
AEMCOLO	48
AFINITOR	68
AFLURIA	88
AGAMATRIX.....	150
AGGRASTAT	78
AGRYLIN.....	79
AIMOVIG.....	15, 19
AIRDUO DIGIHALER.....	37
AIRSUPRA.....	37
AJOVY.....	15, 19
AKEEGA	68
AK-FLUOR.....	117
AKOVAZ	96
AKTEN	122

Índice de medicamentos

AKYNZEO.....	133	AMICAR.....	90
ALA-SCALP.....	180	AMIDATE.....	27
albendazole.....	60	amifostine crystalline.....	185
ALBENZA.....	60	amikacin.....	40
albuterol.....	36, 37	amiloride.....	120
albuterol sulf.....	36	AMINO.....	118, 127
albuterol sulfate.....	36, 37	aminocaproic acid.....	90
ALBUTEROL SULFATE HFA.....	36	aminophylline.....	38
ALCAINE.....	122	AMINOSYN.....	127
alclometasone.....	180	amiodarone.....	92
alcohol.....	106, 177	AMIODARONE HCL-D5W.....	92
ALCOHOL.....	106, 177	amitriptyline.....	167
ALCOHOL, DEHYDRATED.....	106	amitriptyline/chlordiazepoxide.....	167
ALDACTAZIDE.....	120	AMJEVITA.....	62
ALDURAZYME.....	190	amlodipine.....	93, 94, 98, 99, 100, 103
ALECENSA.....	70	amlodipine-atorvast.....	103
alendronate.....	192, 193	amlodipine besylate/benazepril.....	98
alfentanil.....	22	amlodipine besylate/valsartan.....	99
ALFENTANIL.....	22	amlodipine-olmesartan.....	99, 100
ALFERON N.....	75	amlodipine/valsartan/hctiazid.....	99
alfuzosin.....	195	AMMONIA N-13.....	115
ALHEMO.....	91	ammonium lactate.....	177
ALIMTA.....	66	AMMONUL.....	132
ALINIA.....	76	AMNESTEEM.....	176
ALIQOPA.....	70	AMONDYS-45.....	189
aliskiren.....	102	amoxapine.....	167
ALKALINE.....	150	amoxicillin.....	46, 60
ALKERAN.....	64	AMPHADASE.....	182
allopurinol.....	33	amphetamine.....	85
almotriptan.....	19	amphotericin b.....	55
almotriptan malate.....	15	ampicillin.....	46, 47, 60
ALORA.....	141	AMVISC.....	125
alosetron.....	137	AMYTAL.....	173
ALOXI.....	133	AMYVID.....	117
alprazolam.....	163, 164	ANADROL-50.....	140
alprostadil.....	102	anagrelide.....	79
ALREX.....	121	ANA-LEX.....	139
ALTABAX.....	180	ANALPRAM HC.....	182
ALTAFLUOR BENOX.....	122	ANAPROX DS.....	34
ALTERNATE.....	150, 159	anastrozole.....	67
ALTUVIIIIO.....	37	ANCOBON.....	54
ALTUVILLO.....	90	ANDEXXA.....	92
ALUNBRIG.....	70	ANDRODERM.....	140
ALYFTREK.....	184	ANDROGEL.....	140
amantadine.....	77	ANGELIQ.....	142
AMARYL.....	58	ANGIOMAX.....	53
AMBISOME.....	55	ANNOVERA.....	112
ambrisentan.....	97	ANORO ELLIPTA.....	36
amcinonide.....	180	ANTABUSE.....	188

Índice de medicamentos

anthralin.....	176	ASSURE ID INSULIN SAFETY	157
ANTICOAG SODIUM CITRATE.....	51	ASTAGRAF XL.....	149
ANZEMET	133	ASTRINGYN.....	91
APADAZ	21	ATABEX EC.....	163
APOKYN	77	atazanavir.....	81
apraclonidine.....	123	ATELVIA	192
aprepitant.....	134	atenolol	101, 102
APRETUDE.....	81	AT HOME A1C.....	150
APRISO	137	atomoxetine.....	169, 170
APTIVUS	79	ATOPICLAIR.....	177
AQINJECT.....	155	atorvastatin.....	103, 104
AQNEURSA	131	atovaquone.....	61
AQUA.....	150, 180	atovaquone/proguanil.....	61
AQUA GLYCOLIC HC.....	180	atracurium.....	86
AQUASOL A	196	ATROPEN	102
ARALAST NP	185	atropine.....	124, 133, 135, 136
ARANESP.....	111	ATROPINE.....	124, 135
ARAVA	32	ATROPINE SULFATE	124, 135
ARCALYST.....	193	ATROVENT HFA.....	36
arformoterol.....	36	ATTRUBY	191
ARGATROBAN.....	53	AURYXIA.....	128
ARICEPT.....	84	AUSTEDO.....	106
ARIDOL	116	AUTOJECT	150
ARIKAYCE.....	40	AUTO-LANCET MINI.....	150
ARIMIDEX.....	67	AUTOLET.....	150
aripiprazole	172	AUTOSHIELD.....	155
ARISTADA ER.....	172	AVANDIA	59
ARISTADA INITIO	172	AVAR 9.5.....	50
ARIXTRA	51	avar cleanser	50
armodafinil	173	AVAR LS.....	50
ARMOUR THYROID.....	183	AVASTIN	64
AROMASIN.....	67	AVC.....	60
ARRANON.....	66	AVEED.....	140
arsenic trioxide.....	74, 75	AVELOX.....	47
ARSENIC TRIOXIDE.....	74	AVITENE.....	91
ARTHROTEC 50.....	34	AVMAPKI.....	73
ARTHROTEC 75.....	34	AVONEX.....	107
ARTICADENT DENTAL.....	28	AVONEX PEN	107
ARTISS.....	179	AVSOLA	62
ARYMO ER.....	22	AVYCAZ	43
ASCLERA	105	AXUMIN	118
ASCOR	197	AYVAKIT	70
ascorbic acid.....	197	azacitidine.....	67
asenapine.....	170, 171	AZACTAM.....	42
ASMANEX HFA	37	AZASAN.....	149
ASMANEX TWISTHALER	37	AZASITE.....	39
ASPARLAS	74	azathioprine.....	149
aspirin/dipyridamole.....	78	AZEDRA DOSIMETRIC.....	75
ASSURE	150, 155, 157, 159, 163	azelaic acid.....	179

Índice de medicamentos

azelastine	56, 120, 121	BESIVANCE	39
AZILECT	77	BESPONSA	69
azithromycin	45, 46	BETA 1	142
AZMIRO	140	BETADINE	121
AZOPT	123	betamethasone	55, 142, 143, 180, 181, 182
aztreonam	42	betamethasone acetate, sod phos	142
B		BETASERON	107
B-12 COMPLIANCE	196	betaxolol	101, 123
bacitracin	39, 41	bethanechol	87
baclofen	162	BETOPTIC S	123
bacteriostatic	192, 193	BEVYXXA	51
BACTRIM	39	bexarotene	63
BACTROBAN NASAL	38	BEXSERO	88
BAFIERTAM	107	BEYAZ	112
BAL IN OIL	190	BIAFINE	177
balsalazide	137	bicalutamide	66
balsam peru/castor oil	194	BICILLIN C-R	46
BALSAM PERU-CASTOR OIL	194	BICILLIN L-A	46
BALVERSA	70	BICNU	65
BAQSIMI	126	BIJUVA	141
BARACLUDE	83	BIKTARVY	81
BARHEMSYS	134	BILTRICIDE	60
BARRIGEL	162	bimatoprost	123
BASAGLAR KWIKPEN	59	BIMZELX	175
BAVENCIO	75	BINOSTO	192
BAXDELA	47	BIONECT	179
BCG	74	BIORPHEN	96
BD	155, 159	bisac/nac/nahco3/kcl/peg 3350	138
BD MICROTAINER LANCETS	159	bismuth	135
BD ULTRA-FINE	159	bisoprolol	101, 102
BELBUCA	22, 23	bivalirudin	53
BELEODAQ	64	BIVALIRUDIN	53
BELRAPZO	64	BKEMV	189
benazepril	98, 100	BLNREP	74
bendamustine	64	bleomycin	63
BENDEKA	64	BLEPH-10	39
BENLYSTA	194	BLEPHAMIDE	39
benoxinate hcl/fluorescein sod	122	BLINCYTO	74
BENTYL	133	BLOOD	90, 91, 92, 114, 115, 150, 152, 156, 159
BENZAMYCIN	50	BLOOD GLUCOSE	150, 152
BENZEFOAM	178	BLOXIVERZ	84
BENZEPRO	178	BLU	150
BENZHYDROCODONE-ACETAMINOPHEN	21	BLUNT NEEDLE	155
BENZNIDAZOLE	61	BONIVA	193
benzonatate	114	BONJESTA	134
benzoyl peroxide	50, 176, 178	BOOSTRIX TDAP	89
benztropine mesylate	77	BORTEZOMIB	70
BEOVU	124	BORUZU	70
BERINERT	185	bosentan	97

Índice de medicamentos

BOSULIF.....	71
BOTOX.....	86
BREEZE.....	151
bretylium tosylate.....	92
BREVIBLOC.....	101
BREVITAL.....	27
BREZTRI AEROSPHERE.....	37
brimonidine.....	123
brimonidine tartrate.....	123
BRINEURA.....	190
brinzolamide.....	123
BRIUMVI.....	107
BRIVIACT.....	108
bromfenac sodium.....	121
bromocriptine mesylate.....	77
brompheniramine/pseudoephed/dm.....	114
BROMSITE.....	121
BRONCHITOL.....	184
BRUKINSA.....	71
BRYHALI.....	180
BSP 0820.....	142
BSS PLUS.....	122
budesonide.....	37, 140, 143
BUFFERED LIDOCAINE.....	28
BULLSEYE.....	159
bumetanide.....	119
BUNAVAIL.....	194
bupivacaine.....	28, 30, 31
BUPIVACAINE HCL.....	28
BUPRENEX.....	23
buprenorphine.....	23, 194
bupropion.....	165
buspirone.....	164
busulfan.....	65
butalb-acetamin-caff.....	19
butalb-acetamin-caff 50-300-40.....	15
butalb-acetamin-caff 50-325-40.....	15
butalb/acetaminophen/caffeine.....	15, 19
butalb-aspirin-caffe.....	19
butalb-aspirin-caffe 50-325-40.....	15
butalbit/acetamin/caff/codeine.....	27
butalbital/acetaminophen.....	15, 19
butalbital-asa-caffeine cap.....	19
butalbital-asa-caffeine cap (Fiorinal).....	15
butorphanol.....	23
BUTRANS.....	23
BUTTERFLY.....	159
BYDUREON.....	57

C

CABENUVA.....	79
cabergoline.....	145
CABLIVI.....	90
CABOMETYX.....	71
CADUET.....	103
CAFCIT.....	106
CAFERGOT.....	15, 19
CAFFEINE AND SODIUM BENZOATE.....	107
caffeine citrate.....	106, 107
caffeine/sodium benzoate.....	107
CALAN SR.....	93
calcipotriene.....	176, 177, 182
CALCIPOTRIENE.....	177
calcitonin, salmon, synthetic.....	147
calcitriol.....	177, 197
calcium acetate.....	128
calcium chloride.....	128
CALCIUM DISODIUM VERSENATE.....	190
calcium gluconate.....	128
CALDOLOR.....	34
CALQUENCE.....	71
CAMPTOSAR.....	69
CAMZYOS.....	93
CANCIDAS.....	55
candesartan cilexetil.....	100
candesartan/hydrochlorothiazid.....	99
CAPASTAT SULFATE.....	41
capecitabine.....	66, 67
CAPEX.....	180
CAPLYTA.....	170
CAPRELSA.....	71
captopril.....	98, 100
captopril-hctz 25-15 mg tablet.....	98
captopril-hctz 25-25 mg tablet.....	98
captopril-hctz 50-15 mg tablet.....	98
captopril-hctz 50-25 mg tablet.....	98
CAPVAXIVE.....	88
carbachol.....	123
CARBAGLU.....	188
carbamazepine.....	108, 110
CARBATROL.....	108
carbidopa.....	77, 78
carbidopa/levodopa.....	77
carbinoxamine.....	56
CARBOCAINE.....	28
carboplatin.....	65
carboprost.....	145
CARBOPROST.....	145
CARDENE I.V.....	93

Índice de medicamentos

CARDIOPLEGIA DEL NIDO FORMULA.....	95	celecoxib	35
CARDIOPLEGIA HIGH POTASSIUM	95	CELESTONE.....	143
CARDIOPLEGIA IND	95	CELLCEPT.....	149
CARDIOPLEGIA INDUCTION	95	CELLUGEL	125
CARDIOPLEGIA MAINTENANCE	95	CELONTIN	108
CARDIOPLEGIA REPERFUSATE	95	CENTANY	50
cardioplegic solution no.1	95	cephalexin.....	42, 43
CARDIZEM LA.....	94	CEPROTIN	91
CARDURA.....	98	CEQUA	124
CAREFINE.....	155	CEQR SIMPLICITY.....	151
CAREONE.....	151, 159	CERDELGA	189
CAREPOINT.....	155	CEREBYX.....	108
CARESENS	151	CERETEC	116
CARETOUCH	151, 155, 157, 159, 177	CEREZYME.....	190
carglumic	188	CERVIDIL.....	145
carisoprodol	27, 162	cetirizine.....	56
carisoprodol/aspirin/codeine	27	CETROTIDE.....	144
carmustine	65	CETYLEV	188
CAROSPIR.....	120	cevimeline.....	87
carteolol	123	CHEMET	190
carvedilol.....	98, 99	CHEMSTRIP	151
CASODEX.....	66	CHENODAL	136
caspofungin	55	CHIRHOSTIM	118
CATAPRES.....	101	chloramphenicol sod succinate	44
CATHFLO ACTIVASE	92	chlordiazepoxide.....	132, 164, 167
CAYA CONTOURED.....	113	chlordiazepoxide/clidinium br	132
CAYSTON	42	chlorhexidine gluconate	186
cefaclor.....	43	chloroprocaine	28, 30
cefadroxil.....	42	chloroquine ph.....	61
cefazolin	42	chlorothiazide sodium	120
CEFAZOLIN.....	42	chlorpromazine.....	173
CEFAZOLIN SODIUM	42	chlorpropamide	58
cefepime	43, 44	chlorthalidone	102, 120
CEFEPIME-DEXTROSE	44	chlorzoxazone.....	162
CEFEPIME HCL.....	43	CHOLBAM	136
cefixime.....	43	cholestyramine	104
CEFOTAN.....	43	CHOLETEC.....	115
cefotetan	43	choline salicyl/mag salicylate	15, 19
cefoxitin sodium	43	CHORIONIC	147
cefoxitin sodium/dextrose, iso	43	CHORIONIC GONAD.....	147
cefpodoxime	43	CHOSEN.....	151, 159
cefprozil	43	chromic chloride	129
ceftazidime	43	CIBINQO.....	178
ceftriaxone	43	ciclodan.....	55
CEFTRIAZONE.....	43	CICLODAN.....	55, 62
ceftriaxone in is-osm dextrose	43	ciclopirox.....	55, 62
cefuroxime	43	cidofovir	82
CELEBREX.....	35	cilostazol	78

Índice de medicamentos

CIMDUO.....	80	CLINPRO 5000.....	125
cimetidine.....	137	CLIN SINGLE USE.....	44
CIMZIA.....	62	clobazam.....	108
cinacalcet.....	186	clobetasol.....	180, 182
CINQAIR.....	38	CLOCORTOLONE PIVALATE.....	180
CINRYZE.....	185	clodan.....	180
CINVANTI.....	134	CLODAN.....	180
CIPRO.....	38, 47	CLODERM.....	180
ciprofloxacin.....	38, 47, 48	clofarabine.....	66
CIPROFLOXACIN HCL-FLUOCINOLONE.....	38	clomiphene.....	147
CIPRO HC.....	38	clomipramine.....	167
cisatracurium.....	86, 87	clonazepam.....	108
cisplatin.....	65	clonidine.....	19, 101, 168
CISPLATIN.....	65	clopidogrel.....	78, 79
citapram.....	165	clorazepate dipotassium.....	164
CITANEST FORTE DENTAL.....	28	CLOROTEKAL.....	29
CITANEST PLAIN DENTAL.....	28	clotrimazole.....	54, 55
CITRANATAL 90 DHA.....	163	clozapine.....	170
CITRANATAL ASSURE.....	163	CLOZAPINE ODT.....	170
CITRANATAL BLOOM.....	129	COAGADEX.....	91
CITRANATAL DHA.....	163	COAGUCHEK.....	159
CITRANATAL HARMONY.....	163	COARTEM.....	61
CITRANATAL MEDLEY.....	196	codeine.....	21, 23, 27, 114
CITRANATAL RX.....	163	colchicine.....	33, 35
CITRATE PHOSPHATE DEXTROSE.....	51	COLCHICINE.....	33
cladribine.....	66	COLCRYS.....	33
CLAFORAN.....	43	colesevelam.....	104
CLARAVIS.....	176	COLESTID.....	104
CLARINEX-D.....	56	colestipol.....	104
clarithromycin.....	45	colistin.....	47
clemastine.....	56	COLOR LANCETS.....	159
CLEOCIN.....	44, 50	COLY-MYCIN M PARENTERAL.....	47
CLEOCIN HCL.....	44	COMBIGAN.....	123
CLEOCIN PEDIATRIC.....	44	COMBIPATCH.....	141
cleocin phos.....	44	COMBIVENT RESPIMAT.....	37
CLEOCIN PHOS.....	44	COMETRIQ.....	71
CLEVER CHEK.....	159	COMFORT.....	154, 155, 156, 157, 158, 159
CLEVER CHOICE.....	151	COMFORT EZ.....	155
CLEVIPREX.....	94	COMIRNATY.....	88
CLICKFINE.....	155	COMPAZINE.....	134
CLIMARA.....	141	COMTAN.....	77
CLINDACIN ETZ KIT.....	50	CONRAY.....	118, 119
CLINDACIN PAC.....	50	CONRAY-43.....	119
clindamycin.....	44, 49, 50, 176	CONTOUR.....	151
CLINDAMYCIN.....	44	CONTROL SOLUTION.....	150, 151
CLINDAMYCIN-0.9% NACL.....	44	COOL CONTROL.....	151
CLINIMIX.....	127	COPIKTRA.....	71
CLINISOL.....	127	COREG.....	98, 99
CLINOLIPID.....	137	coremino er.....	48

Índice de medicamentos

CORIFACT	91
CORLANOR	95
CORLOPAM	101
CORTEF	144
CORTENEMA	140
cortisone acetate	143
CORTISPORIN	38
CORTISPORIN-TC	38
CORVERT	92
COSENTYX	175
cosyntropin	140
COTELLIC	68
CRENESSITY	145
CRESEMBA	54
CRINONE	145, 147
cromolyn	32, 37, 123
crotamiton	76
cupric chloride	130
CURITY	177
CUROSURF	184
CUVPOSA	132
cyanocobalamin	196
CYANOKIT	188
cyclobenzaprine	162
CYCLOGYL	124
CYCLOMYDRIL	124
cyclopentolate	124
cyclophosphamide	65
CYCLOPHOSPHAMIDE	65
cycloserine	41
CYCLOSERINE	41
CYCLOSET	57
cyclosporine	149
CYKLOKAPRON	90
CYLTEZO	62
cyproheptadine	56
CYRAMZA	69
CYSTADANE	192
CYSTADROPS	125
CYSTAGON	195
CYSTARAN	125
CYSTO-CONRAY II	119
CYSTOGRAFIN	119
CYSVIEW	117
cytarabine	66
CYTOMEL	183
CYTOTEC	135
CYTOVENE	82

D

dabigatran	53
dacarbazine	74
DACOGEN	66
dactinomycin	63
dalfampridine	107
DALIRESP	38
DALVANCE	45
danazol	145
DANTRIUM	162
dantrolene	162
DANZITEN	71
dapsone	41, 176
DAPTACEL DTAP	89
DAPTOMYCIN	50
darifenacin er	195
darunavir	79
DARZALEX	66
dasatinib	71
DATSCAN	117
daunorubicin	63
DAURISMO	68
DAXBIA	43
DAXXIFY	86
DAYPRO	34
DAYTRANA	168
DAYVIGO	174
decitabine	66
DEFENCATH	188
deferasirox	191
deferiprone	191
deferoxamine	191
DEFINITY	115
DEFITELIO	92
deflazacort	143
DELFLX	131
DELSTRIGO	81
demeclocycline	48
DEMEROL	23
DEMSE	100
DEPEN	32
DEPO-ESTRADIOL	141
DEPO-MEDROL	143
DEPO-PROVERA	112, 145
DEPO-SUBQ PROVERA 104	112
DEPO-TESTOSTERONE	140
DERMA-SMOOTH-ES	180
DERMATOP	181
dermazene	182
DERMAZENE	182

Índice de medicamentos

DERMOTIC	121	DILANTIN.....	108, 109
DERMULCERA.....	194	DILATRATE-SR.....	96
DESCOVY	80	DILAUDID	23
DESFERAL MESYLATE	191	diltiazem	94
desflurane	27	DILTIAZEM HCL	94
desipramine	167	diluent for epoprostenol	189
desloratadine	56	DILUENT FOR REMODULIN.....	189
desmopressin.....	141	diluent for treprostinil.....	189
desogestrel-ethinyl estradiol	112	dimenhydrinate	134
desonide.....	181	dimethyl fumarate.....	107
DESOWEN.....	181	dimethyl sulfoxide.....	189
desoximetasone.....	181, 182	diphenhydramine	56
desvenlafaxine succnt er.....	166	diphenoxylate hcl/atropine.....	133
dexamethasone	39, 121, 143	DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS-PED.....	89
DEXAMETHASONE	143	DIPRIVAN.....	27
DEXCOM	151	DIPROLENE.....	181
DEXCOM G4.....	151	dipyridamole.....	78, 79, 115
DEXCOM G5.....	151	DISALCID	32
DEXCOM G5-G4	151	DISCOVISC	125
DEXCOM G6.....	151	disulfiram.....	188
dexlansoprazole.....	138	DIURIL.....	120
dexmedetomidine	174	divalproex.....	109
dexmedetomidine hcl.....	174	DIVIGEL.....	142
DEXMEDETOMIDINE HCL	174	DMSA	116
dexmethylphenidate	168	dobutamine	95, 96
dexmethylphenidate er	168	DOCEFREZ.....	74
dexrazoxane	185, 186	docetaxel.....	74, 75
dextroamp-amphet er.....	85	dofetilide.....	92, 93
dextroamph	85	DOJOLVI	125
dextroamphetamine.....	85	donepezil	84
dextroamphetamine er.....	85	DONNATAL	135
DIACOMIT.....	108	dopamine hcl.....	86
DIANEAL.....	131	dopamine hcl in dextrose.....	86
DIASTAT	108	DOPRAM	106
diatrizoate meglumine, sodium.....	119	DOPTelet.....	111
DIATRUE	151	DORAL.....	174
diazepam	108, 164	dorzolamide.....	123
diazoxide	126	DOTAREM	116
DIBENZYLINe.....	85	DOVATO	79
dichlorphenamide	188	doxapram.....	106
DICLAREAL	176	doxazosin	98, 99
diclofenac.....	20, 34, 121, 176	doxepin	168, 174
dicloxacillin	46	doxercalciferol.....	187
dicyclomine.....	133	DOXIL.....	63
DIFICID	45	doxorubicin	63
diflunisal	15, 19	doxycycline	48, 186
DIGIFAB	188	doxylamine succinate/vit b6	134
digoxin	95	DRAXIMAGE DTPA.....	116
dihydroergotamine	15, 19	DRISDOL	197

Índice de medicamentos

dronabinol.....	133	EGRIFTA.....	144
droperidol.....	172	ELAPRASE.....	190
DROPLET.....	151, 155, 157, 159	electrolyte-48 solution/d5w.....	128
DROPSAFE.....	155, 156, 157, 177	ELELYSO.....	190
drospir/eth estra/levomefol ca.....	112	ELEMENT.....	152
DROXIA.....	91	ELESTRIN.....	142
droxidopa.....	85	eletriptan.....	19
DRYSOL.....	176	eletriptan hydrobromide.....	15
DUAVEE.....	142	ELFABRIO.....	190
DUETACT.....	58	ELIDEL.....	148
DULERA.....	37	ELIGARD.....	70
duloxetine.....	166	ELIMITE.....	76
DUODOTE.....	188	ELIQUIS.....	51
DUOPA.....	77	ELITEK.....	33
DUOVISC.....	125	ELLA.....	112
DUPIXENT.....	148	ELLENCÉ.....	63
DURACLON.....	19	ELLIOTTS B.....	189
DURAGESIC.....	23	ELMIRON.....	27
DUROLANE.....	32	EMBRACE.....	152, 155, 160
DURYSTA.....	123	EMCYT.....	76
dutasteride.....	195	EMEND.....	134
DYAZIDE.....	120	EMFLAZA.....	143
DYSPORT.....	86	EMGALITY.....	15, 19, 107
E		emollient combination.....	178
EASY.....	151, 155, 157, 160, 177	Empaveli.....	90
EASY COMFORT.....	155, 157	EMPLICITI.....	67
EASY GLIDE.....	155, 157	EMSAM.....	165
EASYGLUCO.....	151	emtricitabine.....	81
EASYMAX.....	151, 152	emtricitabine.....	80
EASY MINI EJECT.....	151	emtricitabine-tenofv.....	80
EASY PLUS II.....	151	EMTRIVA.....	80
EASYPOINT.....	155	EMVERM.....	60
EASY STEP.....	151	enalapril.....	98, 100
EASY TALK.....	151	enalaprilat.....	100
EASY TOUCH.....	151, 155, 157	enalapril/hydrochlorothiazide.....	98
EASY TRAK.....	151	ENBREL.....	62
EBGLYSS.....	194	ENDO-AVITENE.....	91
ECLIPSE.....	155, 157	ENDOMETRIN.....	147
ECLIPSE NEEDLE.....	155	ENERGIX-B ADULT.....	89
EC-NAPROSYN.....	34	ENERGIX-B PEDIATRIC-ADOLESCENT.....	89
econazole.....	55	ENHERTU.....	74
ECOZA.....	55	ENLITE.....	152
edaravone.....	106	ENLITE GLUCOSE SENSOR.....	152
EDURANT.....	80	ENLITE SERTER.....	152
efavirenz.....	80, 81	enoxaparin.....	51, 52, 53
effe-k.....	130	ENSACOVE.....	71
EFFER-K.....	130	ENSPRYNG.....	148
EFFIENT.....	79	entacapone.....	77, 78
EFUDEX.....	76	entecavir.....	83

Índice de medicamentos

ENTEROVU	117	esomeprazole.....	138, 139
ENTOCORT EC	143	esomeprazole dr	138
ENTRESTO.....	99	esomeprazole mag dr.....	138, 139
ENVARUS XR.....	149	estazolam.....	174
ENZOCLEAR.....	178	ESTRACE.....	146
EOVIST	118	estradiol	112, 113, 141, 142, 146
EPCLUSA.....	83	ESTRING.....	146
ephedrine.....	96	ESTROGEL.....	142
EPHEDRINE.....	96	estrogen, ester/me-testosterone	141
EPIDIOLEX	108	ESTROSTEP FE	112
EPIFOAM	182	eszopiclone	174
epinastine	56	ethacrynate.....	119
epinephrine.....	28, 29, 30, 31, 84, 86, 121	ethacrynate sodium.....	119
EPINEPHRINE.....	30, 31, 84, 86	ethambutol.....	41
EPINEPHRINESNAP-EMS.....	84	ETHAMOLIN	105
EPINEPHRINESNAP-V.....	84	ethinyl estradiol/drospirenone	112
epirubicin	63	ethosuximide	109, 111
EPIVIR HBV	83	ethyl alcohol	106
eplerenone	120	ethynodiol d-ethinyl estradiol	112
EPOGEN	111	ETHYOL.....	185
epoprostenol	97, 189	etodolac	34, 35
eprosartan.....	100	etomidate.....	27
eptifibatide.....	79	etonogestrel/ethinyl estradiol.....	112
EPTIFIBATIDE	79	ETOPOPHOS.....	74
EPYSQLI	189	etoposide	74
EQUETRO	164	EUCRISA	180
ERAXIS.....	55	EUFLEXXA	32
ERBITUX.....	69	EURAX	76
ergocalciferol.....	197	EVAMIST.....	142
ergoloid	102	EVEKEO.....	85
ergotamine tartrate/cafeine.....	15, 19, 20	EVENCARE	152
eribulin mesylate	68	EVENITY	192
ERIVEDGE	68	everolimus.....	68, 69, 149, 150
ERLEADA	66	EVERSENSE.....	152
erlotinib.....	71	EVICEL	91
ertapenem	42	EVISTA	193
ERVEBO	89	EVKEEZA.....	103
ERWINAZE.....	74	EVOCLIN	50
ERYPED.....	45	EVOLUTION CONTROL	152
ERY-TAB.....	45	EVOMELA	65
ERYTHROCIN LACTOBIONATE.....	45	EVOTAZ.....	81
erythromycin.....	39, 45, 50	EVOXAC.....	87
erythromycin base.....	39, 45, 50	EVRYSDI	189
erythromycin/benzoyl peroxide	50	EXEL.....	155
escitalopram	165	EXELON.....	84
ESGIC.....	15	exemestane.....	67
esmolol	101	EXJADE.....	191
ESMOLOL HCL-WATER	101	EXKIVITY.....	71

Índice de medicamentos

EXODERM.....	55	FIASP PENFILL.....	59
EXONDYS-51.....	189	FIBRICOR.....	105
EXPAREL.....	29	FIBRYGA.....	90
EXTENCILLINE.....	46	FIFTY50.....	160
EXTRANEAL ICODEXTRIN DIALYSIS.....	131	FILSPARI.....	105
EYLEA.....	124	FILSUIVEZ.....	194
EYSUVIS.....	121	FILTER NEEDLE.....	155
E-Z DISK.....	117	finasteride.....	195
ezetimibe.....	103, 104, 105	FINE 30.....	160
ezetimibe/simvastatin.....	103	FINGERSTIX.....	160
EZ FLU.....	88	FINTEPLA.....	109
E-Z-HD.....	117	FIORICET.....	15
EZ-LETS.....	160	FIORINAL.....	15, 19, 27
E-Z-PAQUE.....	117	FIORINAL WITH CODEINE #3.....	27
E-Z-PASTE.....	117	FIRDAPSE.....	107
EZ SMART.....	160	FIRMAGON.....	70
EZ-VAC.....	152	FLAGYL.....	40
F		FLAREX.....	121
FABHALTA.....	90	flavoxate.....	195
FABRAZYME.....	190	flecainide.....	93
FACTIVE.....	48	FLEQSUVY.....	162
famciclovir.....	82	FLOLAN.....	97, 189
famotidine.....	137	FLOW.....	155
FARESTON.....	75	floxuridine.....	66
FARYDAK.....	64	FLUAD.....	88
FASENRA.....	37	FLUARIX QUAD.....	89
FASLODEX.....	75	FLUBLOK.....	89
fat emulsions.....	137	FLUCELVAX QUAD.....	89
febuxostat.....	33	fluconazole.....	54
felbamate.....	109	flucytosine.....	54
FELDENE.....	34	fludarabine.....	66
felodipine.....	94	FLUDEOXYGLUCOSE F-18.....	118
FEMARA.....	67, 69	fludrocortisone.....	145
FEMCAP.....	113	FLULAVAL QUAD.....	89
FEMHRT.....	142	FLUMADINE.....	82
FEMRING.....	146	flumazenil.....	188
fenofibrate.....	104, 105	FLUMIST QUAD.....	89
fenofibric.....	105	flunisolide.....	121
fenoprofen calcium.....	34	fluocinolone acetoneide.....	121, 180, 181
FENSOLVI.....	145	fluocinolone/shower cap.....	181
fentanyl.....	22, 23, 24	fluocinonide.....	181
FENTANYL.....	22, 23, 24	fluorescein sodium.....	117
FENTORA.....	24	fluoride.....	125, 126
FERAHEME.....	129	FLUORIDEX.....	125
FERRIPROX.....	191	fluorometholone.....	121
FERRLECIT.....	129	FLUOROPLEX.....	76
FETROJA.....	44	fluorouracil.....	66, 67, 76
FETZIMA.....	166, 167	FLUOROURACIL.....	76
FEXMID.....	162	fluoxetine.....	165, 166, 173

Índice de medicamentos

fluphenazine	173	FUL-GLO EYE STRIPS	117
flurazepam	174	FULPHILA	111
flurbiprofen	34, 122	fulvestrant	75
flutamide	66	FURADANTIN	46
fluticasone	37, 121, 181	furosemide	119
FLUTICASONE	37	FUROSEMIDE	119
fluticasone prop	121, 181	FUZEON	80
FLUTICASONE PROP	37	FYCOMPA	109
fluticasone propion/salmeterol	37	G	
fluvastatin	104	GA 68 DOTATOC	118
FLUVIRIN	89	gabapentin	109
fluvoxamine	166	GABLOFEN	162
fluvoxamine er	166	GADAVIST	116
FLUZONE	89	gadobutrol	116
FOCALIN	168	gadoterate meglumine	116
FOCINVEZ	134	GALAFOLD	191
FOLET ONE	196	galantamine	84, 85
folic acid	196	galantamine er	84, 85
FOLLISTIM AQ	147	GALZIN	191
FOLOTYN	67	GAMIFANT	147
fomepizole	188	ganciclovir	82
fondaparinux	51, 52	ganirelix acet	145
FORA	152, 160, 211	GANIRELIX ACET	145
FORACARE	152, 160	GARDASIL 9	89
FORA CONTROL	152	GASTROCROM	32
formaldehyde	61	GASTROGRAFIN	119
FORTAZ	43	GASTROMARK	117
FORTISCARE	152	gatifloxacin	39
FOSAMAX	192, 193	GATTEX	139
FOSAMAX PLUS D	192	GAVRETO	71
fosamprenavir calcium	81	GAZYVA	64
fosaprepitant	134	GE100	152
fosaprepitant dimeglumine	134	GE333	152
foscarnet	82	gefitinib	71
FOSCAVIR	82	gelatin sponge, absorb/porcine	91
fosfomycin tromethamine	40, 41	GELCLAIR	187
fosinopril	98, 100	GELFILM	123, 192
fosinopril/hydrochlorothiazide	98	GELFOAM	91
fosphenytoin	108, 109	GEL-ONE	32
FOSRENOL	128	GELSYN-3	32
Fotivda	71	gemcitabine	67
FRAGMIN	52	GEMCITABINE	67
FRAICHE	125, 126	gemfibrozil	105
FREESTYLE	114, 115, 152, 157, 160, 211	GENOTROPIN	144
FREESTYLE LIBRE	152	gentamicin	39, 40, 50
FREESTYLE NAVIGATOR	152	GENTAMICIN SULFATE IN NS	40
frovatriptan	20	GENTEEL	151, 152
FRUZAQLA	71	GENVISC 850	32
ful-glo 1 mg oph strip	117	GENVOYA	81

Índice de medicamentos

GEODON	170	GYNAZOLE 1.....	54
GIAPREZA.....	146	H	
GILOTRIF	71	HAEGARDA.....	185
GIVLAARI.....	189	HALAVEN.....	68
GLASSIA	185	HALCION.....	174
glatiramer	107	HALDOL.....	172, 173
glatiramer acetate.....	107	halobetasol	181, 182
glatopa.....	107	haloperidol.....	172, 173
GLEEVEC.....	71	HALUCORT.....	178
GLEOSTINE	65	HARVONI.....	83
GLIADEL	65	HEALON.....	125
glimepiride.....	58	HEALONS.....	125
GLIMEPIRIDE	58	HEALTHPRO.....	153
glipizide.....	58, 59	HEALTHWISE.....	155, 157
GLIPIZIDE.....	58	HEALTHY ACCENTS.....	153, 156, 160
glucagon	126	HEMABATE	145
GLUCAGON.....	76, 116, 126, 139	HEMLIBRA.....	91
GLUCAGON HCL.....	116	heparin.....	52
GLUCOCARD	152	HEPARIN	51, 52, 53, 54
GLUCOCOM.....	152, 160	HEPARIN SOD	52
GLUCOCOM AUTOLINK.....	152	HEPARIN SODIUM	52
GLUCOPHAGE XR.....	57	HEPATAMINE	127
GLUCOSE	127, 150, 152, 153, 154	HEPLISAV-B.....	90
GLUCOSE IN WATER.....	127	HERCEPTIN	70
GLUCOTROL	58	HERZUMA.....	70
glyburide.....	58, 59	HETLIOZ.....	174
GLYCATÉ.....	132	HIBERIX	89
glycine urologic solution	61	HISTATROL	118
GLYCOPHOS.....	130	homatropine	114, 124
glycopyrrolate	133	HUMALOG	59, 153
GLYCOPYRROLATE-WATER.....	133	HUMAPEN LUXURA HD.....	153
GLYNASE.....	58	HUMIRA	62, 63
GLYSET.....	57	HUMULIN R U-500.....	59
GLYXAMBI	58	HYALGAN.....	32
GOJJI.....	152, 160	HYCANTIN.....	69
GOMEKLI	68	HYCODAN	114
GONAL-F	147	hydralazine.....	101
GONAL-F RFF.....	147	HYDREA.....	65
GONAL-F RFF REDI-JECT	147	HYDRO 35	178
GORDON'S UREA	180	HYDRO 40	178
granisetron.....	134	hydrochlorothiazide.....	98, 99, 101, 102, 120
GRANIX.....	111	hydrocodone	21, 24, 25, 27, 114
GRASTEK	87	hydrocodone/acetaminophen.....	21
griseofulvin	55	HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN	21
GRIS-PEG.....	55	HYDROCODONE-GUAIFENESIN	114
GUAIACOL	177	HYDROCODONE-HOMATROPINE	114
guanfacine	101, 168	hydrocodone/ibuprofen.....	21
guanidine.....	87	hydrocortisone	121, 139, 140, 143, 181, 182
GUARDIAN.....	152, 153	hydrocortisone/acetic acid	121

Índice de medicamentos

hydrocortisone/lidocaine/aloe.....	139	IMDELLTRA.....	64
hydrocortisone/pramoxine (Analpram Hc).....	139	IMFINZI.....	75
hydrogen peroxide.....	175	imipramine.....	168
hydromorphone.....	24, 25	imiquimod.....	178
HYDROMORPHONE.....	24, 25	IMJUDO.....	75
HYDROMORPH-ROPIVA.....	25	IMKELDI.....	71
hydroxocobalamin.....	196	IMLYGIC.....	68
hydroxychloroquine.....	61	IMMPHENTIV.....	96
hydroxyprogesterone.....	147	IMPAVIDO.....	61
hydroxyprogesterone.....	145, 147	IMURAN.....	149
HYDROXYPROPYLCELLULOSE.....	192	IMVEXXY.....	146
hydroxyurea.....	65	INBRIJA.....	77
hydroxyzine.....	56	INCONTROL.....	153, 156, 160, 177
HYFTOR.....	180	INCONTROL LANCING.....	153
HYLENEX.....	193	INCRUSE ELLIPTA.....	36
HYMOVIS.....	32	indapamide.....	120
HYMPAVZI.....	91	INDICLOR.....	118
hyoscyamine.....	135, 136	indigotindisulfonate sodium.....	118
HYOSCYAMINE SULFATE.....	136	INDIUM IN-111 DTPA.....	116
HYPERRHO S-D.....	87	INDIUM IN-111 OXYQUINOLINE.....	118
HYPER-SAL.....	189	indocyanine green.....	115
HYPODERMIC NEEDLE.....	156	indomethacin.....	34, 35, 102
HYPOLANCE.....	153	INFANRIX DTAP.....	89
hypromellose.....	125	INFASURF.....	184
HYPROMELLOSE.....	192	INFED.....	129
HYRIMOZ.....	63	INFINITY.....	153
HYSINGLA ER.....	25	INFLECTRA.....	63
I		INFUGEM.....	67
ibandronate.....	193	INFUMORPH.....	25
IBRANCE.....	63, 71	INFUVITE ADULT.....	196
IBTROZI.....	63	INFUVITE PEDIATRIC.....	196
IBUDONE.....	21	INGREZZA.....	106
ibuprofen.....	21, 22, 34, 102	INJECTAFER.....	129
ibuprofen/oxycodone.....	22	INJECT EASE.....	160
ibutilide.....	92, 93	INLYTA.....	71
icatibant acetate.....	185	INNOPRAN XL.....	101
icosapent.....	132	INOVA.....	178
IDAMYCIN PFS.....	63	INPEN.....	153
idarubicin.....	63	INQOVI.....	67
IDHIFA.....	73	INREBIC.....	71
IFEX.....	65	INSPIRA.....	120
ifosfamide.....	65	INSUL-CAP.....	153
ILARIS.....	193	INSUL-EZE.....	153
ILEVRO.....	122	INSULIN.....	57, 58, 59, 156, 157, 158, 186
ILUMYA.....	175	INSULIN SYRINGE.....	158
ILUVIEN.....	122	INSUPEN.....	156
imatinib.....	71	INTEGRA.....	156
imatinib mesylate.....	71	INTEGRILIN.....	79
IMBRUVICA.....	71	INTRALIPID.....	137

Índice de medicamentos

INTRAROSA	140	itraconazole.....	54
INTUNIV.....	168	ivabradine	95
INVACARE.....	160	ivermectin	60, 61, 76, 179
INVANZ.....	42	IWILFIN.....	71
INVEGA ER.....	170	IXCHIQ	90
INVEGA SUSTENNA.....	171	IXEMPRA	68
INVEGA TRINZA	171	J	
INVELTYS.....	122	JAKAFI	68
iodine/potassium iodide	182	JANSSEN COVID-19 VACCINE	196
iodine/sodium iodide	182	JANUMET	58, 59
IODOFLEX	182	JANUVIA.....	58
IODOPEN.....	129	JARDIANCE.....	57
IODOSORB	182	javygtor	191
IONOSOL B WITH DEXTROSE.....	128	JEVTANA.....	75
IONOSOL MB-DEXTROSE	128	JOENJA	185
IOPIDINE.....	123	JUBBONTI	147
IPOL	88	JULUCA.....	79
ipratropium/albuterol sulfate.....	37	JYLAMVO	67
ipratropium bromide	36, 121	JYNNEOS	90
IQIRVO	187	K	
irbesartan.....	99, 100	KABIVEN.....	127
irbesartan/hydrochlorothiazide	99	KADCYLA.....	74
IRESSA	71	KADIAN	25
irinotecan	69	KALBITOR	185
iron dextran complex.....	129	KALYDECO	184
ISENTRESS	81	KANJINTI	70
ISENTRESS HD	81	KANUMA	190
isoflurane	27	KCENTRA	91
ISOLYTE P WITH DEXTROSE	128	KEFLEX.....	43
ISOLYTE S.....	128	KENALOG-10.....	143
isomethept/dichlphn/acetaminop	20	KENALOG-40.....	143
isomethepten/caf/acetaminophen.....	20	KENALOG-80.....	143
isoniazid	41	KENDALL	131
isoproterenol	86	KEPIVANCE	140
ISOPTO CARPINE	123	KEPPRA	109
isosorbide.....	96, 102	KERAFOAM.....	178
isosulfan blue.....	116	keralyt.....	178
isotretinoin.....	176	KERALYT	178
ISOVUE-200	115	KERENDIA.....	120
ISOVUE-250	116	KESIMPTA PEN	107
ISOVUE-300	116	KETALAR.....	27
ISOVUE-370	116	ketamine	27, 28
ISOVUE-M 200.....	116	KETAMINE.....	27, 28
ISOVUE-M 300.....	116	ketoconazole	54, 55
isoxsuprine	103	ketoprofen.....	35
isradipine.....	94	ketorolac.....	20, 21, 122
ISTODAX	64	KEVZARA.....	148
ISUPREL.....	86	KEYTRUDA.....	73
ITOVEBI.....	71	KHAPZORY	185

Índice de medicamentos

KINEVAC	136	LEQSELVI	178
KINRIX	89	LETAIRIS	97
KISQALI.....	69, 71	letrozole.....	67
KISQALI FEMARA CO-PACK.....	69	leucovorin calcium.....	185
KITABIS PAK.....	40	LEUKERAN	65
KLARON.....	176	LEUKINE.....	111
KLONOPIN.....	108	leuprolide	70
klor-con.....	130	LEUPROLIDE DEPOT	70
Kloxxado.....	53	levabuterol	36
KOSELUGO	68	LEVBIID.....	136
K-PHOS NO.2.....	132	levetiracetam	109
K-PHOS ORIGINAL.....	132	LEVETIRACETAM	109
KRINTAFEL.....	61	levobunolol	123
KRYSTEXXA	33	levocarnitine	192
KYLEENA	113	levocetirizine	56
KYNAMRO	103	levofloxacin.....	39, 48
KYNMOBI.....	77	LEVOPHED.....	86
KYPROLIS	71	levothyroxine	183
L		LEVOTHYROXINE.....	183
labetalol	99	LEVSIN.....	136
LABETALOL.....	99	LEVULAN.....	76
lacosamide.....	109	LEXISCAN	115
LACRISERT	121	LEXIVA	81
lactulose.....	132, 138	LIALDA.....	137
LAGEVRIIO.....	83, 84	LIBTAYO	73
lamivudine	80, 83	lidocaine.....	29, 30, 31, 93, 117, 131, 139, 182
lamivudine/zidovudine	80	LIDOCAINE.....	28, 29, 30, 131, 139
lamotrigine	109	LIDODERM.....	31
LAMPIT.....	61	LIFESHIELD	156
LAMZEDE.....	190	LIKMEZ	40
lancets.....	160	LILETTA.....	113
LANCETS.....	153, 159, 160	LINCOCIN.....	44
LANCING.....	150, 151, 152, 153	lincomycin.....	44
LANOXIN	95	lindane	182
lanreotide.....	146	linezolid.....	46
LANREOTIDE.....	146	LINZESS	137
lansoprazole/amoxicilin/clarith	135	LIORESAL INTRATHECAL.....	162
lansoprazole dr	139	liothyronine.....	183, 184
lansoprazole odt	139	LIPIODOL	117
lanthanum	128	LIPOFEN.....	105
LANZO	153	LIQUID E-Z PAQUE.....	117
lapatinib ditosylate	72	LIQUID POLIBAR PLUS.....	117
latanoprost.....	123	lisdexamfetamine	85
LAZANDA	25	lisinopril	98, 100
leflunomide.....	32	lisinopril/hydrochlorothiazide	98
LEMTRADA	107	lissamine green.....	117
lenalidomide.....	70	LITE TOUCH.....	153, 156, 158, 160
LENTOCILIN	46	LITETOUCH	158
LENVIMA	72	LITFULO	33

Índice de medicamentos

lithium.....	164	LYSODREN	75
LITHOSTAT	132	LYSTEDA	90
LIVTENCITY	82	LYTGObI	72
L-MESITRAN.....	180	LYUMJEV	60
I-norgest/e.estradiol-e.estrad.....	112	M	
LOCORT.....	143	MACROBID	46
LODINE.....	35	MACRODANTIN	46
LOESTRIN.....	112	mafenide acetate	50
lofexidine	194	MAGELLAN.....	158
LOKELMA.....	128	magnesium chloride.....	129
LONHALA MAGNAIR REFILL.....	36	MAGNESIUM-LACTATED RINGERS.....	129
LONHALA MAGNAIR STARTER.....	36	magnesium sulfate	129
LONSURF	67	MAGNESIUM SULFATE	129
loperamide.....	133	magnesium sulfate in water.....	129
LOPID.....	105	MAGNEVIST.....	116
lopinavir/ritonavir.....	81	MAGNI-GUIDE.....	153
LOPROX.....	55	MAKENA.....	147
LOQTORZI.....	73	MALARONE	61
lorazepam	164, 174	malathion.....	182
LORAZEPAM	174	manganese	130
LORBRENA	72	manganese chloride.....	130
LORTAB.....	21	mannitol.....	119, 193
losartan/hydrochlorothiazide.....	99	maprotiline	168
losartan potassium	100	maraviroc	80
LOTEMAX.....	122	MARCAINE	30
loteprednol.....	122	MARGENZA	70
lovastatin.....	104	MARPLAN.....	164
LOVAZA.....	132	MARQIBO	69
LOVENOX	52, 53	MATULANE.....	75
loxapine.....	172	MAVENCLAD	107
lubiprostone.....	138	MAXI-COMFORT.....	158
LUCEMYRA	194	MAXICOMFORT	156, 158
LUCENTIS.....	124	MAXIPIME	44
LUER-LOK	158	MAYZENT	107
LULICONAZOLE.....	55	meclofenamate sodium.....	35
LUMAKRAS.....	68	MEDIHONEY	180
LUMASON.....	117	MEDISENSE	153, 160
LUMOXITI	73	MEDLANCE.....	160
LUMRYZ.....	173	MEDROL	143, 144
LUNSUMIO	64	MEDROLOAN II SUIK.....	143
LUPANETA PACK	144	medroxyprogesterone	112, 146
LUPKYNIS	149	MEDTRONIC.....	153
LUPRON DEPOT	144, 145	mefenamic.....	21
lurasidone	171	mefloquine.....	61
LUTATHERA.....	186	megestrol.....	76, 196
LUXIQ.....	181	MEKINIST.....	68
LYMPHAZURIN	117	meloxicam	35
LYNPARZA	72	melfphalan.....	64, 65
LYRICA	109	memantine	105

Índice de medicamentos

MEMBRANEBLUE	125	mexiletine	93
MENACTRA	88	MEZPAROX-HC	182
MENEST	142	MIACALCIN	147
MENOPUR	147	micafungin	55
MENOSTAR	142	MICAFUNGIN	55
MENQUADFI	88	miconazole	54
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP	88	MICRHOGAM	88
meperidine	25	MICRODOT	153, 156
MEPHYTON	197	MICROGESTIN 24 FE	113
mepivacaine	30	MICROLET	153, 160
meprobamate	164	MICROTAINER	159, 160
MEPSEVII	190	MICRO THIN	160
mercaptopurine	67	midazolam	28
MEROPENEM-0.9% NACL	42	MIDAZOLAM	28
mesalamine	136, 137	MIDAZOLAM HCL	28
mesna	186	midodrine	85
MESNEX	186	MIEBO	121
metaproterenol sulfate	36	MIFEPREX	188
METASTRON	186	mifepristone	58, 188
metaxalone	162, 163	miglitol	57
metformin	57, 58, 59	miglustat	189
METHADONE HCL	25	millipred	144
methamphetamine	85	MILLIPRED	143
methazolamide	119	milrinone lactate	96
methenamine	41	milrinone lactate/d5w	96
methimazole	183	MIMYX	178
METHITEST	140	MINI	62, 150, 151, 153, 154, 156
methocarbamol	162, 163	MINI LANCING	153
METHOHEXITAL	28	MINILINK REAL-TIME TRANSMITTER	153
methotrexate	67	MINIMED	153, 158
methoxsalen	175	MINIMED 630G GUARDIAN START KT	153
methscopolamine	136	MINIMED RESERVOIR	158
methyl dopa	101	MINIPRESS	99
methyl dopate	101	MINITRAN	96
methylene blue	188	MINIVELLE	142
methylergonovine	145	MINOCIN	48
METHYLIN	168	minocycline	48
methylphenidate	168, 169	minocycline er	48
methylphenidate er	168, 169	minoxidil	101
methylprednisolone	143	MIOCHOL-E	123
methyl salicylate	178	mirabegron	195
methyltestosterone	140	MIRCERA	111
metoclopramide	137	MIRENA	113
metolazone	120	mirtazapine	163
METOPIRONE	118	misoprostol	34, 135
metoprolol	101, 102	MITIGARE	33
metronid	135	MITIGO	25
metronidazole	40, 49, 179	mitomycin	63
metirosine	100	MITOSOL	124

Índice de medicamentos

mitoxantrone	75	mv-mins no.73	129
MIVACRON	86	mvn no.53/iron/folic/dss/dha	196
M-M-R II VACCINE.....	89	MYALEPT	147
MOBIC	35	MYCAMINE.....	55
MOBILE.....	153, 160	mycophenolate	149
MOBILE LANCETS.....	153	MYDRIACYL.....	124
modafinil.....	173	Myfembree.....	144
MODERNA	88, 196	MYGLUCOHEALTH	153, 160
MODERNA COVID-19 VACCINE	196	MYLERAN.....	65
moexipril	100	MYLOTARG	69
molindone.....	173	MYOBLOC	86
MOLNUPIRAVIR.....	84	MYORISAN	176
MOMETACURE.....	181	MYOVIEW.....	115
mometasone furoate	121, 181	MYTESI.....	133
MONJUVI.....	68	N	
MONOFERRIC	129	nabumetone	35
MONOJECT	156, 158	nadolol.....	102
MONOJECT BLOOD COLLECTION.....	156	nafcilin.....	46, 60
MONOLET.....	160	nafcillin in dextrose, iso-osm.....	46
MONOVISC	32	naftifine.....	55
MONSEL'S.....	91	NAFTIN	55
montelukast sodium.....	37	NAGLAZYME	190
MONUROL	41	nalbuphine.....	26
MORPHABOND ER.....	25	NALFON.....	35
morphine	25, 26	NALOCET	21
MORPHINE	25, 26	naloxone.....	26, 53, 194
MOTOFEN	133	NALOXONE	53
MOVANTIK.....	53	naltrexone	26, 53
MOXATAG.....	46	NAMENDA	105
MOXEZA	39	NAMZARIC	105, 106
moxifloxacin.....	39, 47, 48	NANO	156
MOXIFLOXACIN	39, 48	NAPROSYN TABLET	35
MOXIFLOXACIN HCL-BSS	39	naproxen	20, 34, 35
MOXIFLOXACIN HCL-NACL.....	39	naratriptan	20
MOZOBIL	112	NARCAN	53
MRESVIA	90	NAROPIN	30
MS CONTIN.....	26	NATACYN.....	54
MULPLETA.....	112	nateglinide.....	58
MULTAQ.....	93	NAVELBINE.....	69
MULTIHANCE.....	116	NAYZILAM.....	108
multitrac.....	130	NEBUPENT.....	61
MULTITRACE.....	130	nebusal.....	189
multivit-fluor	196	NEBUSAL	189
multivit infusn, adult 1, vit k	196	NEEDLE.....	155, 156
mupirocin.....	50	needles.....	156
MURI-LUBE MINERAL OIL.....	192	NEEDLES.....	162
MUTAMYCIN.....	63	nefazodone	166
MVASI.....	64	NEMBUTAL.....	173
M.V.I. PEDIATRIC.....	196		

Índice de medicamentos

NEMLUVIO.....	148	NOKOR.....	156
neomycin.....	38, 39, 40, 175	NORCO.....	21
neomycin/bacit/p-myx/hydrocort.....	38	NORDITROPIN FLEXPRO.....	144
neomycin/polymyxin b/dexametha.....	38	norelgestromin/ethin.estradiol.....	113
neomycin/polymyxin b/hydrocort.....	38, 39	norepinephrine.....	86
neomycin/polymyxn b/gramicidin.....	39	NOREPINEPHRINE BITARTRATE.....	86
neomycin sulf/bacitracin/poly.....	39	noreth-ethinyl estradiol/iron.....	113
NEOPROFEN.....	102	norethind-eth estrad.....	142
neostigmine methylsulfate.....	84	norethindrone.....	112, 113, 142, 146
NEOSTIGMINE-STERILE WATER.....	84	norethin-ee.....	113
NEO-SYNALAR.....	50	norethin-eth estrad.....	142
NERLYNX.....	72	norgestrel-ethinyl estradiol.....	113
NESACAINE.....	30	NORLIQVA ORAL SOLN.....	94
NETSPOT.....	117	NORMOSOL-M AND DEXTROSE.....	128
NEULASTA.....	111	NORMOSOL-R.....	128
NEULUMEX.....	117	NORPACE.....	93
NEUPOGEN.....	111	nortriptyline.....	168
NEUPRO.....	77	NORVASC.....	94
NEURONTIN.....	109	NOURIANZ.....	77
nevirapine.....	80	NOVA.....	153, 160
NEXAVAR.....	72	NOVA MAX.....	153
NEXAVIR.....	191	NOVAREL.....	147
NEXIUM DR.....	139	NOVAVAX.....	88
NEXPLANON.....	112	NOVOFINE.....	156
NEXTERONE.....	93	NOVOPEN ECHO.....	153
niacin.....	105	NOVOTWIST.....	156
NIASPAN.....	105	NPLATE.....	112
NICARDIPIN.....	94	NUBEQA.....	66
nicardipine.....	93, 94	NUCALA.....	38
NICARDIPINE.....	94	NUCORT.....	181
nifedipine.....	93, 94, 95	NUCYNTA.....	26
nilutamide.....	66	NUDEXTA.....	106
NIMBEX.....	87	NULEV.....	136
NINLARO.....	72	NULIBRY.....	190
NIPENT.....	67	NULOJIX.....	149
nisoldipine er.....	94	NULYTELY.....	138
nitazoxanide.....	76	NUMOISYN.....	187
NITHIODOTE.....	191	NUPLAZID.....	165
nitisinone.....	189	NURTEC ODT.....	20
NITRO-DUR.....	96	NUTRILIPID.....	138
nitrofurantoin.....	46	NUVARING.....	112
nitroglycerin.....	96, 138	NUVESSA.....	49
NITROLINGUAL.....	96	NUZYRA.....	48
NITROMIST.....	96	NYMALIZE.....	95
nitroprusside.....	101	NYPOZI.....	111
NITROSTAT.....	96	nystatin.....	55, 56
NITYR.....	189	nystatin/triamcinolone acet.....	56
NIVESTYM.....	111	NYVEPRIA.....	111
NOCTIVA.....	141		

Índice de medicamentos

O

OBREDON	114	ONEXTON.....	176
OBSTETRIX EC.....	163	ONFI.....	108
OBSTETRIX ONE.....	196	ONIVYDE	69
OBTREX DHA	163	ONPATTRO	188
OALIVA	137	ON-THE-GO.....	160
OCREVUS.....	107	ONTRUZANT.....	70
OCTREOSCAN	118	ONUREG	67
octreotide.....	146	OPANA.....	26
ODACTRA.....	87	OPDIVO.....	73
ODEFSEY.....	81	OPFOLDA.....	190
ODOMZO	68	opium.....	26, 133
OFEV.....	184	OPSUMIT	97
OFIRMEV	19	OPSYNVI.....	98
ofloxacin.....	38, 39, 48	OPTIMARK.....	116
OGIVRI	70	OPTIRAY 240	116
OGSIVEO.....	72	OPTIRAY 300	116
OJEMDA.....	68	OPTIRAY 320	116
OJJAARA.....	72	OPTIRAY 350	116
olanzapine	171, 173	OPTISON.....	115
OLINVYK.....	26	OPTUMRX.....	154
olmesartan/amlodipin/hcthiazyd	99	OPVEE.....	54
olmesartan-hctz	99	ORABLOC.....	30
olmesartan medoxomil	100	ORACIT	132
olopatadine.....	57, 120, 121	ORALAIR.....	87
OLPRUVA.....	132	ORAMAGICRX.....	187
OLUMIANT.....	33	ORAPRED ODT.....	144
omega-3 acid ethyl esters.....	132	ORAVIG.....	54
OMEGAVEN	138	ORBACTIV.....	45
omeppi.....	139	ORENCIA.....	33
omeprazole-bicarb	139	ORENITRAM	97
omeprazole dr.....	139	ORENITRAM ER	97
OMIDRIA.....	123	ORFADIN.....	189
OMISIRGE	92	ORIAHNN.....	144
OMNIPAQUE.....	116	ORILISSA.....	145
OMNIPOD	153, 154	ORKAMBI.....	184
OMNIPOD 5 (GEN 5) KIT	153	ORLADEYO.....	185
OMNIPOD 5 (GEN 5) PODS	153	orphenadrine	162
OMNIPOD CLASSIC (GEN 3 & 4) KIT	153	ORTHO MICRONOR.....	113
OMNIPOD CLASSIC (GEN 3 & 4) PODS	153	ORTHOVISC.....	32
OMNIPOD DASH.....	154	oseltamivir	82
OMNIPRED	122	oseltamivir phos	82
OMNISCAN.....	116	OSMITROL	119
OMNITROPE	144	OSMOLEX.....	77
OMVOH	148	OSMOLEX ER.....	77
ON CALL	154, 160	OSPHERA	187
ONCASPAR.....	75	OTEZLA.....	32
ondansetron.....	134	OTEZLA 28 DAY STARTER PACK.....	32
ONDANSETRON.....	134	OTOVEL.....	38
ONETOUCH	115, 154, 160	OTREXUP	32

Índice de medicamentos

OVACE PLUS	177	PAREMYD	124
OVAL TAPE	154	parenteral amino acid	127
OVIDE	182	paricalcitol	187
OVIDREL	147	PARICALCITOL	187
oxacillin	47	PARLODEL	77
oxacillin in dextrose	47	paromomycin	60
oxaliplatin	65	paroxetine	166, 190
oxandrolone	140	paroxetine cr	166
oxaprozin	34, 35	paroxetine er	166
OXAPROZIN	35	PARSABIV	187
OXAYDO	26	PASER	41
oxazepam	164	PATANASE	121
OXBRYTA	91	PAVBLU	124
oxcarbazepine	109	PAXIL	166
OXERVATE	125	pazopanib	72
OXSORALEN-ULTRA	175	P-CARE D80G	144
OXTELLAR XR	109	P-CARE K80	144
oxybutynin	195	PCE	45
oxycodone	21, 22, 26	PEDIARIX	90
oxycodone hcl/acetaminophen	21	PEDITRACE	130
OXYCODONE HCL ER	26	PEDVAXHIB	89
oxymorphone	26	peg3350/sod sulf, bicarb, cl/kcl	138
oxytocin	145	peg3350/sod sul/nacl/kcl/asb/c	138
OXYTOCIN-D5-LACTATED RINGERS	145	PEGANONE	109
OXYTOCIN-D5W	145	PEGASYS	83
OXYTOCIN-LACTATED RINGERS	145, 146	PEGINTRON	83
OZEMPIC	57	PEMAZYRE	72
OZURDEX	122	PEMRYDI	67
P		PENBRAYA	88
pacerone	93	penicillamine	32
paclitaxel	75	PENICILLIN GK-ISO-OSM DEXTROSE	47
PACLITAXEL	75	penicillin g potassium	47
PACNEX	178	penicillin g sodium	47
PADCEV	74	penicillin v potassium	47
PAIN EASE MEDIUM STREAM SPRAY	31	PEN NEEDLES	155, 156
paliperidone er	170, 171	PENTACEL	89
palonosetron	133, 134	PENTAM 300	61
PALYNZIQ	88	pentamidine	61
pamidronate	193	PENTASA	137
PANCREAZE	138	pentazocine hcl/naloxone hcl	26
pancuronium	87	PENTETATE CALCIUM TRISODIUM	191
PANHEMATIN	185	PENTETATE ZINC TRISODIUM	191
PANRETIN	76	PENTIPS	155, 156
pantoprazole	139	pentobarbital	173
papaverine	103	pentoxifylline	92
PARADIGM	154, 158	PEPAXTO	65
PARADIGM REAL-TIME	154	PERCOCET	21
PARAGARD T 380-A	113	PERFECT POINT	161, 162
paregoric	133	PERIDEX	186

Índice de medicamentos

PERIKABIVEN.....	127	PIP	154, 156, 161
perindopril erbumine	100	piperacillin sodium/tazobactam	47
perit. dialysis no.6.....	131	PIPERACILLIN-TAZOBACTAM	47
periton.dialysis 7.....	132	PIQRAY	72
periton.dialysis 8.....	132	pirfenidone	188
PERJETA.....	70	piroxicam.....	34, 35
permethrin	76	pitavastatin	104
perphenazine.....	167, 173	PITOCIN.....	145
perphenazine/amitriptyline	167	PLAQUENIL.....	61
PERSERIS	171	PLASMA-LYTE.....	128
PFIZER	88, 196	PLASMA-LYTE 148.....	128
PFIZER COVID-19 VACCINE.....	196	PLAVIX.....	79
PH 12 DILUENT FOR FLOLAN.....	189	PLEGISOL.....	95
PHARMABASE BARRIER.....	179	PLEGRIDY	107
PHASEAL PROTECTOR	156	PLENAMINE.....	127
PHEBURANE	132	PLIXDA	183
phenazopyridine.....	32	PNEUMOVAX 23.....	88
phenelzine	165	pnv 22/iron, gluc/folic/dss/dha.....	163
PHENERGAN.....	56	pnv 66/iron/folic/docusate/dha	163
phenobarb/hyoscy/atropine/scop	136	pnv 69/iron/folic/docusate/dha	163
phenobarbital	136, 174	pnv 80/iron fum/folic/dss/dha	163
phenobarbital-belladonna elixr	136	pnv/ferrous fum/docusate/folic	163
PHENOBARBITAL-BELLADONNA ELIXR.....	136	pnv/iron, carb/docusat/folic ac.....	163
phenoxybenzamine	85	POD-CARE 100C.....	144
phentolamine	85	PODOCON-25.....	178
phenylephrine.....	56, 96, 97, 123	podofilox.....	178
PHENYLEPHRINE HCL	96	POLIBAR ACB.....	117
phenylephrine hcl/prometh hcl	56	POLIVY	74
PHENYTEK.....	109	POLOCAINE.....	30
phenytoin.....	108, 109	POLY	156
PHESGO	70	polydimethylsiloxanes/silicon.....	179
PHOSPHOLINE IODIDE.....	123	polymyxin b sulfate	39, 47
PHOTOFRIN.....	75	POMALYST.....	70
PHOXILLUM.....	132	Ponvory	107
PHYSICIANS EZ USE B-12	196	PORTRAZZA.....	70
PHYSIOLYTE.....	175	posaconazole	54
PHYSIOSOL.....	175	POSFREA	134
physostigmine salicylate	84	potassium	20, 46, 47, 100, 126, 129, 130, 131, 132, 182
phytonadione.....	197	POTASSIUM	95, 120, 130, 131, 132, 133, 138
PHYTONADIONE.....	197	potassium acetate.....	130
PICATO	76	potassium bicarbonate/cit ac.....	130
PIFELTRO.....	80	potassium chloride	130, 131
pilocarpine	87, 123	potassium chloride in d5w.....	130
pimecrolimus	148, 149	potassium chloride in water.....	131
pimozide	170	potassium citrate	132
pindolol	102	potassium iodide/iodine	129
pioglitazone hcl	58, 59	potassium phos, m-basic-d-basic	130
pioglitazone hcl/glimepiride.....	58	POTASSIUM PHOSPHATE	130
pioglitazone hcl/metformin hcl	58	POTASSIUM PHOSPHATES	130

Índice de medicamentos

POTELIGEO.....	74	PROBUPHINE.....	194
PRADAXA.....	53	procainamide.....	93
PRALIDOXIME CHLORIDE.....	188	PROCALAMINE.....	127
pramipexole.....	77, 78	PROCARDIA.....	95
pramipexole er.....	78	PRO-C-DURE 5.....	144
PRAMOSONE.....	182	PRO-C-DURE 6.....	144
prasugrel.....	79	prochlorperazine.....	134
pravastatin.....	104	PRO COMFORT.....	154, 156, 158, 161, 177
PRAXBIND.....	92	PROCORT.....	139
praziquantel.....	60	PROCRT.....	111
prazosin.....	99	PROCTOFOAM-HC.....	139
PR BENZOYL PEROXIDE.....	178	PRODIGY.....	154, 158, 161
PRECEDEX.....	174	progesterone.....	146
PRECISION.....	115, 155, 157	PROGLYCEM.....	126
PRECISIONGLIDE.....	156	PROGRAF.....	149, 150
PRECOSE.....	57	PROHANCE.....	116
prednicarbate.....	181	PROLASTIN C.....	185
prednisolone.....	39, 122, 143, 144	PROLENSA.....	122
prednisone.....	144	PROLEUKIN.....	75
pregabalin.....	109	PROLIA.....	193
PREGNYL.....	147	promethazine.....	56, 114, 134
PREMARIN.....	142, 146	PROMISEB.....	177
PREMPHASE.....	142	propafenone.....	93
PREMPRO.....	142	propantheline bromide.....	133
prenatal 12/iron/folic/dss/om3.....	163	proparacaine.....	122
PRENATAL 19.....	163	propofol.....	27
prenatal 34/iron/folic/dss/dha.....	163	PROPOFOL.....	28
prenatal vits 15/iron/folic/dss.....	163	propranolol.....	102
PREPIDIL.....	145	propylthiouracil.....	183
PREPOPIK.....	138	PROQUAD.....	89
PRESSURE.....	123, 124, 161	PROSCAR.....	195
PRESTALIA.....	98	PROSOL.....	127
PRETOMANID.....	41	PROSTASCINT.....	118
PREVENT.....	156	PROSTIN E2.....	145
PREVIDENT.....	126	PROSTIN VR PEDIATRIC.....	102
PREVNAR 13.....	88	protamine.....	91
PREVYMIS.....	82	protectives2/ceramide 1, 3, 6-ii.....	179
PREZCOBIX.....	79	PROTOPAM CHLORIDE.....	188
PREZISTA.....	80	PROTOPIC.....	149
PRIALT.....	19	protriptyline.....	168
PRIFTIN.....	41	PROVAYBLUE.....	188
primaquine.....	61	PROVERA.....	112, 145
PRIMAQUINE.....	61	PROVISC.....	125
primidone.....	109, 110	PROVOCHOLINE.....	117
PRIMLEV.....	21	PULMICORT.....	37
PRIMSOL.....	41	PULMOZYME.....	184
PRISMASOL.....	132	PURE COMFORT.....	156, 161, 177
probenecid.....	35	PURIXAN.....	67

Índice de medicamentos

PUSH BUTTON.....	161	READYLANCER.....	161
pyrazinamide.....	41	READYSHARP BETAMETHASONE.....	144
PYRIDIUM.....	32	REBIF.....	107
pyridostigmine bromide.....	85	REBLOZYL.....	185
pyridoxine.....	197	RECLAST.....	193
pyrimethamine.....	61	RECOMBIVAX HB.....	90
Q		RECOTHROM.....	91
QALSODY.....	106	RECTIV.....	138
QINLOCK.....	72	REFUAH.....	154
QMIIZ ODT.....	35	regadenoson.....	115
QUADRACEL DTAP-IPV.....	89	REGLAN.....	137
QUADRAMET.....	186	REGRANEX.....	177
QUALAQUIN.....	61	REGULAR.....	156
QUARTETTE.....	113	RELAGARD.....	60
quazepam.....	174	RELENZA.....	82
QUAZEPAM.....	174	RELIAMED.....	154, 161
QUELICIN.....	87	RELION.....	156
QUESTRAN.....	104	RELISTOR.....	53
quetiapine.....	171	remifentanyl.....	22
QUILLIVANT XR.....	169	REMODULIN.....	97, 189
quinapril.....	98, 100	RENACIDIN.....	132
quinapril/hydrochlorothiazide.....	98	RENFLEXIS.....	63
quinidine.....	93	repaglinide.....	58, 59
quinine.....	61	REPATHA PUSHTRONEX.....	103
QUTENZA.....	178	REPATHA SURECLICK.....	103
QUZYTIR.....	56	REPATHA SYRINGE.....	103
QVAR REDHALER.....	37	REPLACEMENT PEDIATRIC MONITOR.....	154
R		RESPA A.R.....	114
rabeprazole.....	139	RESTASIS.....	124
RADIAGEL.....	191	RESTIZAN.....	178
RADIAPLEXRX.....	179	RETACRIT.....	111
RADICAVA.....	106	RETAVASE.....	92
RADICAVA ORS.....	106	RETEVMO.....	72
RADIOGARDASE.....	191	RETIN.....	183
RAGWITEK.....	87	RETROVIR.....	80
raloxifene.....	193	REVATIO.....	97
ramelteon.....	174	REVCOTI.....	190
ramipril.....	100	REVLIMID.....	70
RANEXA.....	92	REVUFORJ.....	72
ranitidine.....	137	REXTOVY.....	54
ranolazine.....	92	REXULTI.....	172
RAPAFLO.....	195	REYATAZ.....	81
RAPIVAB.....	82	REZDIFFRA.....	187
RAPLIXA.....	91	REZLIDHIA.....	73
rasagiline mesylate.....	77, 78	REZUROCK.....	195
RAYA.....	156	REZVOGLAR KWIKPEN.....	57
RAYALDEE.....	187	R-GENE 10.....	118
RAZADYNE ER.....	85	RHOGAM.....	88
READI-CAT 2.....	118	RHOPHYLAC.....	88

Índice de medicamentos

RHOPRESSA.....	123	RUZURGI.....	107
RIABNI.....	64	RYANODEX.....	163
RIASTAP.....	90	RYBELSUS.....	57
ribasphere.....	83	RYDAPT.....	72
ribasphere ribapak.....	83	RYTARY.....	78
ribavirin.....	83	RYTHMOL SR.....	93
RIDAURA.....	33	S	
rifabutin.....	41	SAF-CLENS AF.....	180
RIFADIN.....	42	SAFE-CLIP.....	154
RIFAMATE.....	42	SAFESNAP.....	158
rifampin.....	42	SAFETY.....	154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161
RIFATER.....	42	SAFETYGLIDE.....	156, 158
RIGHTEST.....	154, 161	SAFYRAL.....	113
RILUTEK.....	106	SALAGEN.....	87
riluzole.....	106	SALICATE.....	179
rimantadine.....	82	salicylic acid.....	178, 179
RIMSO-50.....	27	SALIMEZ FORTE.....	179
ringer's solution.....	128, 175	SALKERA.....	179
RINVOQ.....	34	salsalate.....	32
RIOMET.....	58	SALVAX DUO PLUS.....	179
risedronate.....	192, 193	SANCUSO.....	134
risperidone.....	171	SANDOSTATIN.....	146
RITALIN.....	169	SANTYL.....	182
ritonavir.....	81	SAPHRIS.....	171
RITUXAN.....	64	SARAFEM.....	166
RITUXAN HYCELA.....	64	SARCLISA.....	66
rivastigmine.....	84, 85	SAVAYSA.....	51
rizatriptan.....	20	SAVELLA.....	194
ROBAXIN.....	162, 163	SCALACORT DK.....	181
ROBINUL.....	133	SCEMBLIX.....	72
ROCKLATAN.....	123	SCLEROSOL.....	186
rocuronium.....	87	scopolamine.....	134, 135
roflumilast.....	38	secobarbital.....	174
ROLVEDON.....	111	SECUADO.....	171
ROMIDEPSIN.....	64	SECURESAFE.....	156, 158
ROMVIMZA.....	72	selegiline.....	78
ropivacaine.....	30	SELENIUM ACID.....	130
ROPIVACAINE.....	24, 30, 31	selenium sulfide.....	177
ROSANIL.....	50	SELZENTRY.....	80
rosuvastatin calcium.....	104	SEN-SERTER.....	154
ROTARIX.....	88	sensorcaine.....	30, 31
ROTATEQ.....	88	SENSORCAINE.....	31
ROXYBOND.....	26	SENSORC MPF.....	31
ROZLYTREK.....	72	SENSORC-MPF.....	31
RUBRACA.....	72	SENSORCN-MPF.....	31
RUCONEST.....	185	SEROQUEL.....	171
rufinamide.....	110	SEROSTIM.....	144
RUKOBIA.....	80	sertraline.....	166
RUXIENCE.....	64	sevelamer.....	128

Índice de medicamentos

SFROWASA.....	136	sodium phenylbutyrate.....	132
SHINGRIX.....	90	SODIUM PHOSPHATE.....	130
SHORT.....	36, 156	sodium polystyrene sulfonate.....	129
SIGNIFOR.....	146	sodium polystyrene sulfon/sorb.....	129
SIKLOS.....	91	sodium tetradecyl.....	105
sildenafil.....	97	sodium thiosulf.....	191
SILIQ.....	175	sod phosphate, monobasic-dibas.....	130
silodosin.....	195	sod, pot chlor/mag/sod, pot phos.....	175
SIL-SERTER.....	154	SOF-SENSOR.....	154
SILVADENE.....	51	SOGROYA.....	144
silver nitrate.....	179, 182	SOHONOS.....	192
silver sulfadiazine.....	51	solifenacin.....	195
SIMBRINZA.....	124	SOLQUA.....	57
SIMLANDI.....	63	SOLIRIS.....	91
SIMPONI.....	63	SOLTAMOX.....	75
SIMULECT.....	149	SOLU-CORTEF.....	144
simvastatin.....	103, 104	SOLU-MEDROL.....	144
SINEMET.....	78	SOLUS.....	154, 161
SINGLE.....	44, 161	SOLUVITA.....	196
SINGLE USE SWAB.....	177	SOMATULINE DEPOT.....	146
SINGULAIR.....	37	SOMAVERT.....	187
SINOGRAPHIN.....	115	SOOLANTRA.....	179
sirolimus.....	150	SORBITOL.....	175
SIRTURO.....	42	sotalol.....	102
SITZMARKS.....	118	SOTRADECOL.....	105
SIVEXTRO.....	46	SOTYKTU.....	175
SKELAXIN.....	163	SOTYLIZE.....	102
SKLICE.....	76	SOVALDI.....	83
SKY.....	157	SPECIALTY.....	157
SKYLA.....	113	SPEVIGO.....	175
SKYRIZI.....	175	SPIKEVAX.....	88
SKYTROFA.....	144	spinosad.....	76
SMART.....	160, 161	SPINRAZA.....	189
SMARTDIABETES.....	154	SPIRIVA RESPIMAT.....	36
SMARTEST.....	154, 161	spironolact/hydrochlorothiazid.....	120
SMOFLIPID.....	138	spironolactone.....	120
sodium acetate.....	126	SPRAVATO.....	164
sodium benzoate/sod phenylacet.....	132	SPRITAM.....	110
sodium bicarbonate.....	126	sps.....	129
sodium bicarbonate in d5w.....	126	SSKI.....	129
sodium chloride.....	40, 101, 131, 175, 189, 192	STALEVO 50.....	78
sodium chloride/nahco3/kcl/peg.....	138	STALEVO 75.....	78
SODIUM CITRATE.....	51	STALEVO 100.....	78
SODIUM DIURIL.....	120	STALEVO 125.....	78
SODIUM EDECRIN.....	119	STARLIX.....	58
sodium ferric gluconat/sucrose.....	129	STELARA.....	148
sodium fluoride/potassium nit.....	126	STERILANCE.....	161
SODIUM NITRITE.....	188	STERILE.....	28, 42, 161, 186
SODIUM OXYBATE.....	173	STERILE TALC.....	186

Índice de medicamentos

STERITALC.....	186	SYLVANT.....	73
STIMATE.....	141	SYMAX DUOTAB.....	136
STIMUFEND.....	111	SYMDEKO.....	184
STIOLTO RESPIMAT INHAL SPRAY.....	37	SYMLINPEN 60.....	57
STIVARGA.....	72	SYMLINPEN 120.....	57
STRATTERA.....	170	SYMPROIC.....	53
STRENSIQ.....	190	SYMTUZA.....	79
STREPTOMYCIN.....	40	SYNAGIS.....	82
STRIBILD.....	81	SYNALAR.....	50, 181
STRIVERDI RESPIMAT.....	37	SYNERCID.....	48
STROMECTOL.....	61	SYNJARDY.....	59
strontium-89 chloride.....	186	SYNOJOYNT.....	33
SUBLOCADE.....	194	SYNTHROID.....	183
SUBOXONE.....	194	SYNVISC.....	33
succinylcholine chloride.....	87	SYRINGE AVITENE.....	91
SUCCINYLCHOLINE CHLORIDE.....	87	syring-needl.....	158
SUCRAID.....	137	T	
sucrafate.....	135	TABLOID.....	67
sufentanil.....	22	TABRECTA.....	72
SULAR.....	95	TACHOSIL.....	91
sulfacetamide/prednisolone sp.....	39	tacrolimus.....	149, 150
sulfacetamide sodium.....	39, 51, 176, 177	tadalafil.....	97
sulfacetamide sod/sulfur/urea.....	51	TAFINLAR.....	67, 68
sulfacetamide/sulfur/cleansr23.....	51	TAGITOL.....	118
sulfact sod/sulur/avob/otn/oct.....	51	TAGRISSO.....	72
sulfadiazine.....	39, 51	TAKHZYRO.....	87
sulfamethoxazole.....	39, 40	TALTZ.....	175, 176
sulfamethoxazole/trimethoprim.....	40	TALZENNA.....	72
SULFAMYLON.....	51	TAMIFLU.....	82
sulfasalazine.....	137	tamoxifen citrate.....	75
sumatriptan.....	20	tamsulosin.....	195
SUNLENCA.....	79	TAPAZOLE.....	183
SUNOSI.....	173	tasimelteon.....	174
SUPARTZ.....	33	TASMAR.....	78
SUPER.....	160, 161	TAVALISSE.....	185
SUPREP.....	138	TAXOTERE.....	75
SURE.....	154, 156, 157, 158, 161	tazarotene.....	177
SURE COMFORT.....	154, 157, 158, 161, 177	TAZVERIK.....	69
SURE-FINE PEN NEEDLES.....	157	TC99M MEBROFENIN PREP.....	115
SURE-JECT.....	158	TC99M MEDRONATE PREP.....	117
SURE-PREP.....	177	TC99M PYROPHOSPHATE PREP.....	115
SURGIFOAM.....	91	TC99M SESTAMIBI PREP.....	115
SURGISEAL STYLUS.....	179	TC99M SULFUR COLLOID PREP.....	117
SURGISEAL TEARDROP.....	179	TDVAX.....	89
SURGISEAL TWIST.....	179	TECENTRIQ.....	73, 75
SURVANTA.....	184	TECHLITE.....	157, 158, 161
SUSTOL.....	134	TECHNELITE TC-99M GENERATOR.....	192
SWABFLUSH.....	131	TEFLARO.....	44
SYFOVRE.....	124	TEGRETOL.....	110

Índice de medicamentos

TEGSEDI	188	thiotepa.....	65
TELCARE	154, 161	THROMBI-GEL.....	92
telmisartan.....	99, 100	THROMBIN-JMI.....	92
telmisartan-amlodipine.....	100	THROMBI-PAD.....	92
telmisartan-hctz.....	99	THYROGEN.....	183
temazepam.....	174	thyroid, pork.....	183
TEMIXYS.....	80	THYROLAR-1.....	183
TEMODAR.....	65	THYROLAR-1/2.....	183
TEMOVATE.....	182	THYROLAR-1/4.....	183
temozolomide.....	65	THYROLAR-2.....	183
temsirolimus.....	68, 69	THYROLAR-3.....	183
TENIVAC.....	89	tiagabine.....	110
tenofovir.....	81	TIAZAC.....	95
TEPADINA.....	65	TIBSOVO.....	74
TEPEZZA.....	186	ticlopidine.....	79
TEPMETKO.....	72	TIGAN.....	135
terazosin.....	99	tigecycline.....	44
terbinafine.....	54	TIGLUTIK.....	106
terbutaline sulfate.....	36	TIKOSYN.....	93
terconazole.....	54	timolol.....	102, 123, 124
teriflunomide.....	107	TINDAMAX.....	60
teriparatide.....	187	tinidazole.....	60
TERIPARATIDE.....	187	tiopronin.....	195
TERSI FOAM.....	177	tirofiban.....	79
TERUMO.....	157, 158	TIROSINT.....	183
TERUMO SURGUARD2.....	157	TISSEEL VHSD.....	180
TESSALON PERLE.....	114	TIVICAY.....	81
TESTOPEL.....	140	TIVICAY PD.....	81
testosterone.....	140, 141	tizanidine.....	163
TESTOSTERONE.....	140, 141	TNKASE.....	92
tetrabenazine.....	106	TOBI PODHALER.....	40
tetracaine.....	31, 122	TOBRADEX.....	39
tetracaine hcl/pf.....	31	tobramycin.....	39, 40
tetracycline.....	48, 135	tobramycin/dexamethasone.....	39
TETRAVISC.....	122	TOBRAMYCIN PAK.....	40
TEVIMBRA.....	73	TOLAK.....	76
TEXACORT.....	182	tolbutamide.....	58
TEZSPIRE.....	193	tolcapone.....	78
THALLOUS CHLORIDE TL-201.....	115	tolmetin.....	35
THALOMID.....	41	tolmetin sodium.....	35
THAM.....	126	tolterodine tart er.....	195
THEO-24.....	38	tolterodine tartrate.....	195
theophylline.....	38	tolvaptan.....	119
theophylline in dextrose.....	38	TOLVAPTAN.....	119
thiamine.....	196	TOPCARE.....	157, 158, 161
THIN LANCETS.....	160, 161	TOPICORT.....	182
THINPRO.....	158	topiramate.....	110
THIN WALL NEEDLES.....	157	topotecan.....	69
thioridazine.....	173	toremifene citrate.....	75

Índice de medicamentos

TORISEL	69	TRIKAFTA.....	184
torse mide	119	TRILIPIX	105
TOTALVISC.....	125	TRILURON.....	33
TOTECT.....	186	trimethobenzamide.....	135
TPN ELECTROLYTES.....	129	trimethoprim	39, 40, 41
TRACLEER.....	97	trimipramine.....	168
TRALEMENT	130	TRIMO-SAN.....	60
tramadol	21, 26, 27	TRINTELLIX.....	167
TRAMADOL	26, 27	TRIOSTAT	184
TRAMADOL HCL ER.....	26, 27	TRIPTODUR.....	145
trandolapril	98, 100	TRISENOX	75
trandolapril/verapamil	98	TRIUMEQ.....	79
TRANEXAMIC	90	TRIVISC.....	33
tranexamic acid.....	90	TRODELVY	74
TRANSDERM-SCOP	135	TROGARZO	79
TRANSFER	81, 157	TROKENDI.....	110
TRANXENE T-TAB.....	164	TROPHAMINE.....	127
tranylcypromine	165	tropicamide.....	124
travoprost.....	124	tropium.....	195
TRAZIMERA.....	70	TRUE.....	115, 154, 157, 158, 161, 177, 229
trazodone	166	TRUE COMFORT.....	157, 158, 161, 177
TREANDA.....	65	TRUECONTROL	154
TRECATOR.....	41	TRUEDRAW	154
TRELEGY ELLIPTA	37	TRUE METRIX	154
TRELSTAR.....	70	TRUEPLUS.....	157, 158, 161
TREMFYA.....	176	TRULANCE.....	137
treprostinil.....	97, 189	TRULICITY.....	57
TRESIBA.....	60	TRUMENBA	88
tretinoin.....	75, 176, 183	TRUQAP	72
TRETEN	91	TRUSOPT	124
TREXALL.....	67	TRUXIMA.....	64
TREZIX	22	TUKYSA	72
triamcinolone.....	143, 186	TURALIO.....	73
triamterene	120	TUXARIN ER.....	114
triazolam	174	TUZISTRA XR.....	114
trichloroacetic acid.....	180	TWIIST	154
TRICHLOROACETIC ACID.....	180	TWINRIX.....	90
TRICITRASOL	51	TWIST LANCETS.....	161
TRICOR.....	105	TYBLUME.....	113
trientine.....	191	TYBOST.....	184
TRIENTINE.....	191	TYENNE	148
TRIESENCE.....	122	TYGACIL.....	44
TRIFERIC	129	TYKERB.....	73
trifluoperazine.....	173	TYSABRI	192
trifluridine	81	TYVASO	97, 98
TRIGLIDE.....	105	U	
trihexyphenidyl.....	77	UBRELVY.....	20
TRIJARDY XR	59	UCERIS.....	144

Índice de medicamentos

UDENYCA	111
UKONIQ	73
ULESFIA	76
ULORIC	33
ULTICARE	157, 158
ULTIGUARD	157
ULTIGUARD SAFE	158
ULTI-LANCE	154
ULTILET	157, 158, 161, 177
ULTIVA	22
ULTOMIRIS	91
ULTRA	162
ULTRA-CARE	161
ULTRACARE	157, 158
ULTRACET	21
ULTRA COMFORT	158
ULTRA-FINE	157
ULTRA FLO	157
ULTRAFOAM	92
ULTRALANCE	161
ULTRAM	27
ULTRA THIN	157, 160, 161
ULTRA-THIN	156, 157, 159, 162
ULTRA-THIN II	156, 157, 159
ULTRATLC	162
ULTRATRAK	154
ULTRAVATE	182
ULTRAVIST	116
UNASYN	47
UNIFINE	155, 156, 157
UNILET	159, 160, 162
UNISTIK	155, 160, 162
UNISTRIP	155
UNITUXIN	74
UNIVERSAL	160, 162
UPLIZNA	148
UPTRAVI	98
URAMAXIN	179
urea	51, 62, 179
URIBEL	41
UROCIT-K	132
UROQID-ACID NO.2	132
UROXATRAL	195
URSO	136
ursodiol	136
USTEKINUMAB	149
UTA	41
UVADEX	75

V

VAGIFEM	146
valacyclovir	82
VALCHLOR	76
valganciclovir	82
valproic acid	110
valrubicin	64
valsartan	99, 100
valsartan/hydrochlorothiazide	99
VALSTAR	64
VALTOCO	108
VALTrex	82
vancomycin	49
VANCOMYCIN	49, 50
VANISHPOINT	159
VANRAFIA	195
VAPRISOL	119
VARIBAR	118
VARIVAX VACCINE	90
VARUBI	135
VASCEPA	132
vasopressin	141
VASOPRESSIN	119, 141
VASOPRESSIN-D5W	141
VASOSTRICT	141
VAXELIS	89
VAZCULEP	97
VECAMEYL	100
VECTIBIX	70
vecuronium	87
VECURONIUM BROMIDE-WATER	87
VEGZELMA	64
VELCADE	73
VELETRI	98
VELPHORO	129
VELSIPITY	107
VELTASSA	129
VEMLIDY	83
VENCLEXTA	73
VENELEX	194
venlafaxine	167
VENOFER	129
VENTAVIS	98
VEO	159
VEOPOZ	189
verapamil	93, 95, 98
VERASENS	155
VEREGEN	84
VERELAN	95
VERIFINE	157, 159, 162

Índice de medicamentos

VERQUVO	96	VPRIV	190
VERZENIO	73	VRAYLAR	172
VFEND	54	VUMERITY	107
V-GO 20	155	VYEPTI	20
VIASPAN BELZER-UW	194	VYKAT	193
VIBATIV	45	VYNDAMAX	191
VIBERZI	137	VYNDAQEL	192
VIBRAMYCIN	49	VYONDYS-53	189
VIDAZA	67	VYXEOS	66
vigabatrin	110	W	
VIIBRYD	167	WAKIX	111
VIJOICE	185	warfarin	51
vilazodone	167	water for inj., bacteriostatic	193
VILTEPSO	189	water for injection, sterile	193
VIMIZIM	190	water for irrigation, sterile	175
VIMPAT	110	water/me-paraben/propylparaben	193
vinblastine	69	WAVESENSE	155
vincristine	69	WEBCOL	177
vinorelbine	69	Wegovy	76
VIOKACE	138	WIDE SEAL DIAPHRAGM	113
VIREAD	81	WINREVAIR	97
VISCO-3	33	WINRHO SDF	88
VISCOAT	125	WP THYROID	184
VISIONBLUE	125	WYOST	147
VISIPAQUE	116	X	
VISTARIL	56	XADAGO	78
VISTOGARD	186	XALKORI	73
VISUDYNE	186	XARELTO	51
VITAFOL FE+	163	XATMEP	67
VITALIPID	196	XCLAIR	178
vitamins b1, b2, b3, b5, and b6	196	XCOPRI	110, 111
vite ac/grape/hyaluronic acid	178	XDEMZY	76
VITLIPID	196	XELJANZ	34
VITRAKVI	73	XELODA	67
VITRASE	182	XELSTRYM	85
VIVAGUARD	155, 162	XENLETA	47
VIVELLE-DOT	142	XEOMIN	87
VIVITROL	188	XEPI	50
VIVJOA	54	XERAVA	49
VIZAMYL	117	XERMELO	133
VIZIMPRO	73	XGEVA	193
VONVENDI	90	XIAFLEX	194
VOQUEZNA	138	XIFAXAN	48
VORAXAZE	186	XIGDUO XR	59
voriconazole	54	XIIDRA	124
VOSEVI	83	XOFIGO	186
VOWST	137	XOFLUZA	82
VOXZOGO	191	XOLAIR	37
VOYDEYA	90	XOLREMDI	112

Índice de medicamentos

XOPENEX	36
XOSPATA	73
XPOVIO	75
XTAMPZA ER	27
XTANDI	66
XUREA	179
XURIDEN	127
XYLOCAINE	31, 93

Y

YALE NEEDLES	157
YASMIN 28	113
YAZ	113
YERVOY	75
YESINTEK	149
YONDELIS	66
YORVIPATH	102
YUTREPIA	98

Z

zafirlukast	37
zaleplon	174
ZALTRAP	69
ZANAFLEX	163
ZANOSAR	64
ZARONTIN	111
ZARXIO	111
ZAVESCA	189
ZAVZPRET	20
Zegalogue	126
ZEJULA	73
ZELBORAF	68
ZEMAIRA	185
ZEMDRI	40
ZEMPLAR	187
ZENATANE	176
ZENPEP	138
ZENZEDI	85
ZEPATIER	84
ZEPZELCA	66
ZERBAXA	43
ZETIA	105
ZEVALIN	74
zidovudine	80
ZIEXTENZO	111
zileuton	36
ZILRETTA	144
ZIMHI	54
ZINACEF	43
zinc chloride	131
zinc oxide	179
zinc sulfate	131

ZINECARD	186
ZINGO	31
ziprasidone	171
ZIRABEV	64
ZIRGAN	81
ZITHROMAX	45, 46
ZOHYDRO ER	27
ZOKINVY	185
ZOLADEX	70
zoledronic acid	193
ZOLINZA	64
zolmitriptan	20
zolpidem	174, 175
zolpidem tart er	174, 175
zonisamide	111
ZORBTIVE	144
ZORTRESS	150
ZORYVE	180
ZOSTAVAX	90
ZOSYN	47
ZTLIDO	31
ZUBSOLV	194
ZURZUVAE	164
ZYDELIG	73
ZYLET	39
ZYLOPRIM	33
ZYNYZ	64
ZYPREXA	171
ZYVOX	46

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. Por lo general, el plan no cubre medicamentos para dejar de fumar, a excepción de lo exigido por ley o por los términos de su plan específico. Los costos y detalles completos de la cobertura de medicamentos con receta del plan, incluida una lista completa de exclusiones y limitaciones, 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.
3. 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.
4. Sitio web de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos, "Generic Drug Facts". Contenido actualizado al 1 de noviembre de 2021. [fda.gov/drugs/generic-drugs/generic-drug-facts](https://www.fda.gov/drugs/generic-drugs/generic-drug-facts).
5. Sitio web de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos, "Biosimilar Basics for Patients". Última actualización: 1 de agosto de 2024. [fda.gov/drugs/biosimilars/biosimilars-basics-patients](https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/biosimilars-basics-patients).
6. **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, Evernorth Health Services, Express Scripts y Accredo forman parte de The Cigna Group. Esto significa que tenemos 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 (en la medida que su plan lo permita).
7. Su plan paga el costo del envío estándar.
8. Express Scripts Pharmacy puede renovar automáticamente determinados medicamentos. Inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com, o llame al 800.835.3784, para suscribirse. Puede suscribirse para recibir mensajes de correo electrónico y/o de texto de Express Scripts Pharmacy. Para recibir mensajes de texto, tendrá que suscribirse al servicio de mensajes de texto de Express Scripts. Puede hacerlo en línea o cuando llame al 800.835.3784 para renovar su receta. Una vez que se suscriba, simplemente responda a su mensaje de bienvenida para comenzar. Se aplican cargos de mensajes de texto estándares.
9. Solo es posible renovar algunos medicamentos de especialidad por mensaje de texto. Para recibir mensajes de texto, tendrá que suscribirse al servicio de mensajes de texto de Accredo. Puede hacerlo cuando llame a Accredo para renovar su receta. Una vez que se suscriba, simplemente responda a su mensaje de bienvenida para comenzar. Se aplican cargos de mensajes de texto estándares.
10. **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 al número que aparece en su tarjeta de ID.
11. 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.
12. **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.

Los productos y servicios de Cigna Healthcare se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de The Cigna Group.

La discriminación es ilegal.

Cobertura médica

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

Cigna Healthcare:

- 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 aparece en su tarjeta de ID y pídale a un asociado de Servicio al Cliente que le ayude.



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

Cigna Healthcare

Nondiscrimination Complaint Coordinator
P.O. Box 188016
Chattanooga, TN 37422

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

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 Healthcare se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de The Cigna Group, que incluyen a Cigna Health and Life Insurance Company, Connecticut General Life Insurance Company, Evernorth Behavioral Health, Inc., Evernorth Care Solutions, Inc. 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. Y Cigna HealthCare of Texas, 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).

La discriminación es ilegal.

Cobertura médica

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

Cigna Healthcare:

- 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 aparece en su tarjeta de ID y pídale a un asociado de Servicio al Cliente que le ayude.



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

Cigna Healthcare

Nondiscrimination Complaint Coordinator
P.O. Box 188016
Chattanooga, TN 37422

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

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 Healthcare se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de The Cigna Group, que incluyen a Cigna Health and Life Insurance Company, Connecticut General Life Insurance Company, Evernorth Behavioral Health, Inc., Evernorth Care Solutions, Inc. 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. Y Cigna HealthCare of Texas, 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).