



Lista de medicamentos con receta National Preferred de 3 niveles de Cigna Healthcare

Cobertura a partir del 1 de enero de 2026

Para el estado de California

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

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

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

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

Última actualización: 1 de octubre 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	11
• Acerca de esta Lista de medicamentos	13
• Cómo leer esta Lista de medicamentos	13
• Cómo encontrar su medicamento	16
Lista de medicamentos con receta	19
Exclusiones y limitaciones de la cobertura	177
Índice de medicamentos	178

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 octubre de 2025.* Acceda en línea para ver la información más actualizada acerca de los medicamentos que cubre su plan.

- **Cigna.com/druglist.** Elija **National Preferred 3 Tier** (National Preferred 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 2023

Última actualización: 1 de octubre 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 que no están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos.

P. ¿Cómo deciden qué medicamentos cubrir?

R. La Lista de medicamentos con receta de Cigna Healthcare se elabora con la ayuda del Comité de Farmacia y Terapéutica (P&T, por sus siglas en inglés) de Cigna Healthcare, que es un grupo de médicos y farmacéuticos en ejercicio, la mayoría de los cuales trabaja fuera de Cigna Healthcare. El grupo se reúne regularmente para revisar evidencia médica e información proporcionadas por agencias federales, fabricantes de medicamentos, asociaciones de profesionales médicos, organizaciones nacionales y revistas revisadas por colegas médicos respecto de la seguridad y eficacia de los medicamentos recientemente aprobados por la FDA y de los medicamentos que ya se encuentran en el mercado.

Luego, el Comité de Evaluación del Valor de los Planes de Salud (HVAC, por sus siglas en inglés) de Cigna Healthcare analiza los resultados de la revisión clínica del Comité de P&T, así como el valor general del medicamento y otros factores antes de agregarlo o quitarlo de la Lista de medicamentos.

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

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

P. ¿Cómo sé si 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.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

- **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).
- **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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

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 comuniquen 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 nuestros requisitos de cobertura para el medicamento y/o el médico revisor.

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

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

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

R. Si usted y su médico consideran que un medicamento alternativo no será efectivo para usted, su médico podrá pedirnos que evaluemos la posibilidad de aprobar la cobertura de su medicamento actual. Pídale al personal del consultorio de su médico que se comuniquen 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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

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 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.²

P. ¿Qué es el costo compartido?

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

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

R. Puede 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.³ 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.³

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

R. Los medicamentos genéricos y los de marca pueden:³

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

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.⁴

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

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

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

R. Hay miles de farmacias minoristas en la red de su plan. Se incluyen las farmacias locales, los supermercados, las cadenas minoristas y las tiendas mayoristas; tiendas que seguramente ya frecuenta. Y algunas tiendas abren las 24 horas. Para buscar una farmacia de la red que le quede cerca, inicie sesión en la aplicación myCigna o en **myCigna.com**. Luego haga clic en la pestaña *Prescriptions* (Recetas) y seleccione *Find a Pharmacy* (Buscar una farmacia) 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 Accredo® para que estén cubiertos.⁵ 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.⁵

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.⁶
- 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.⁷
- 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.

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

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.⁶
- Suscríbase a las renovaciones y los recordatorios. Algunas renovaciones pueden solicitarse por mensaje de texto.⁸
- 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 todos los días para tratar la diabetes. Mi plan me exige despachar mi medicamento a través de Express Scripts Pharmacy. ¿Cómo puedo comenzar?

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

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.

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.⁵ 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.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

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.

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).

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

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

R. Así es 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.
 - **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 recibe la aprobación para la cobertura, usted pagará su costo compartido del nivel aplicable para despachar el medicamento.
- **Vacunas:** Las vacunas ahora están cubiertas por el beneficio de farmacia. No todos los planes cubren las vacunas de la misma manera. Inicie sesión en la aplicación myCigna o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan, para averiguar cómo las cubre su plan específico.
- **Medicamentos compuestos:** Si el medicamento cuesta más de \$200, necesitará la aprobación de Cigna Healthcare para que su plan lo cubra (autorización previa). Si recibe la aprobación para la cobertura, 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. El medicamento de marca estará escrito todo en MAYÚSCULA.
- **Coseguro:** Un porcentaje del costo de un beneficio de cuidado de la salud cubierto que una persona inscrita paga después de haber pagado el deducible, si se aplica un deducible al beneficio de cuidado de la salud, como el beneficio de medicamentos con receta.
- **Copago:** Una cantidad fija en dólares que una persona inscrita paga por un beneficio de cuidado de la salud cubierto después de haber pagado el deducible, si se aplica un deducible al beneficio de cuidado de la salud, como el beneficio de medicamentos con receta.
- **Deducible:** La cantidad que una persona inscrita paga por beneficios de cuidado de la salud cubiertos antes de que el plan de salud de la persona inscrita comience a pagar por la totalidad o parte del costo del beneficio de cuidado de la salud conforme a los términos de la póliza.
- **Nivel de medicamentos:** Un grupo de medicamentos con receta que corresponde a un nivel específico de costo compartido en

Información sobre esta Lista de medicamentos

Palabras que quizás necesite conocer (cont.)

la cobertura de medicamentos con receta del plan de salud. El nivel en el cual se incluye un medicamento con receta determina la parte del costo del medicamento que debe pagar la persona inscrita.

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Acerca de esta Lista de medicamentos

Esta es una lista de los medicamentos que se recetan con mayor frecuencia y están cubiertos por la Lista de medicamentos con receta National Preferred de 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.

Cómo leer esta Lista de medicamentos

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

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

Niveles

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. ³	\$
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 National Preferred de 3 niveles de Cigna Healthcare.*

ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)			Categoría terapéutica y clase describe la condición para cuyo tratamiento se usa el medicamento.	
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura		
ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS Y BARBITÚRICOS				
butalbital/acetaminophen	T1		Requisitos y límites de cobertura le informa si su plan tiene requisitos adicionales antes de cubrir el medicamento.	
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)	Nivel del medicamento le da una idea de cuánto puede llegar a pagar por un medicamento.	
FIORINAL (butalbital-aspirin-caffeine)	T3	QL (6 caps/day)		
ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS				
butalb/acetaminophen/caffeine	T3		Nombre del medicamento con receta es el nombre del medicamento.	
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)	Los medicamentos están enumerados en orden alfabético (de la A a la Z) dentro de cada columna (según el inglés).	
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)	Los medicamentos de marca están escritos en MAYÚSCULA.	
ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS, SALICILATOS				
choline salicyl/mag salicylate	T1	HD		
diflunisal	T1	HD	Los medicamentos genéricos están escritos en minúscula cursiva.	
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)		

* 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)	19-25	Antiinfecciosos/Varios (varios)	50
Analgésicos (condiciones urinarias)	25	Antiinfecciosos/Varios (condiciones cutáneas)	51
Anestésicos (varios)	25	Agentes inhibidores del factor de necrosis tumoral antiinflamatorios (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	51
Anestésicos (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	25, 26	Antineoplásicos (cáncer)	51-58
Anestésicos (condiciones urinarias)	26	Antineoplásicos (condiciones cutáneas)	58
Antialérgicos (alergia y rociadores nasales)	26	Medicamentos contra la obesidad (control del peso)	58, 59
Antiartríticos (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	26-29	Antiparasitarios (condiciones oculares)	59
Antiasmáticos (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	29-31	Antiparasitarios (infecciones)	59
Antibióticos (medicamentos para los oídos)	31, 32	Medicamentos antiparkinsonianos (enfermedad de Parkinson)	60
Antibióticos (condiciones oculares)	32, 33	Medicamentos antiplaquetarios (diluyentes de la sangre/anticoagulantes)	61
Antibióticos (infecciones)	33-39	Antivíricos (SIDA/VIH)	61-64
Antibióticos (condiciones cutáneas)	39-41	Antivíricos (condiciones oculares)	64
Anticoagulantes (diluyentes de la sangre/ anticoagulantes)	41, 42	Antivíricos (infecciones)	64, 65
Antídotos (condiciones gastrointestinales/ pirosis)	42	Antivíricos (condiciones cutáneas)	66
Antídotos (abuso de sustancias)	42, 43	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (alergia/rociadores nasales)	66
Antimicóticos (condiciones oculares)	43	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (enfermedad de Alzheimer)	66
Antimicóticos (productos femeninos)	43	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (trastorno de déficit de atención e hiperactividad)	66, 67
Antimicóticos (infecciones)	43, 44	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	67
Antimicóticos (condiciones cutáneas)	44, 45	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (condiciones urinarias)	67, 68
Antihistamínicos y descongestivos combinados (alergia/rociadores nasales)	45	Productos biológicos (alergia/rociadores nasales)	68
Antihistamínicos (alergia/rociadores nasales)	45, 46	Productos biológicos (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	68
Antihistamínicos (condiciones oculares)	46	Productos biológicos (varios)	68
Antihiper glucémicos (diabetes)	46-49	Productos biológicos (vacunas)	68-71
Antiinfecciosos/Varios (productos femeninos)	49	Sangre (modificadores de la sangre/ trastornos hemorrágicos)	71, 72
Antiinfecciosos/Varios (infecciones)	49, 50	Sangre (diluyentes de la sangre/anticoagulantes)	72
		Medicamentos para enfermedades cardíacas (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	72-75

Información sobre esta Lista de medicamentos

Cómo encontrar su medicamento (cont.)

Condición	Página	Condición	Página
Cardiovasculares (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	75, 76	Hormonas (condiciones gastrointestinales/pirosis)	116
Cardiovasculares (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	76-80	Hormonas (agentes hormonales)	116-121
Cardiovasculares (medicamentos para el colesterol)	80-82	Hormonas (infertilidad)	121
Cardiovasculares (varios)	82	Hormonas (varias)	121
Medicamentos para el sistema nervioso central (enfermedad de Alzheimer)	82	Hormonas (productos para la osteoporosis)	121, 122
Medicamentos para el sistema nervioso central (varios)	82, 83	Inmunosupresores (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	122, 123
Medicamentos para el sistema nervioso central (esclerosis múltiple)	83, 84	Inmunosupresores (condiciones cutáneas)	123
Medicamentos para el sistema nervioso central (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	84, 85	Inmunosupresores (medicamentos para trasplante)	123, 124
Medicamentos para el sistema nervioso central (trastornos convulsivos)	85-88	Dispositivos y suministros médicos varios, no farmacológicos (diabetes)	124-134
Medicamentos para el sistema nervioso central (trastornos del sueño/sedantes)	88	Dispositivos y suministros médicos varios, no farmacológicos (varios)	134-136
Factores estimulantes de colonias (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)	88	Relajantes musculares (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	136, 137
Factores estimulantes de colonias (cáncer)	88	Vitaminas prenatales (nutritivas/alimenticias)	137, 138
Anticonceptivos (productos anticonceptivos)	88-94	Medicamentos psicoterapéuticos (ansiedad/depresión/trastorno bipolar)	138-141
Anticonceptivos (varios)	95	Medicamentos psicoterapéuticos (trastorno de déficit de atención e hiperactividad)	141-143
Preparaciones para la tos/el resfrío (medicamentos para la tos/el resfrío)	95, 96	Medicamentos psicoterapéuticos (esquizofrenia/antipsicóticos)	143, 144
Diagnóstico (diabetes)	96	Medicamentos psicoterapéuticos (trastornos del sueño/sedantes)	144
Diagnóstico (varios)	96, 97	Sedantes/hipnóticos (trastornos del sueño/sedantes)	144, 145
Diuréticos (diuréticos)	97-99	Preparaciones cutáneas (varias)	145-147
Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (alergia/rociadores nasales)	99, 100	Preparaciones cutáneas (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	147
Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (medicamentos para los oídos)	100	Preparaciones cutáneas (condiciones cutáneas)	147-154
Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (condiciones oculares)	100-105	Agentes para dejar de fumar (productos para dejar de fumar)	154
Elect./calóricos/H2O (productos dentales)	105	Preparaciones para la tiroides (agentes hormonales)	155
Elect./calóricos/H2O (diabetes)	106	Productos farmacológicos no clasificados (SIDA/VIH)	155
Elect./calóricos/H2O (varios)	106	Productos farmacológicos no clasificados (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	155, 156
Elect./calóricos/H2O (nutritivos/alimenticios)	106-109	Productos farmacológicos no clasificados (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)	156
Elect./calóricos/H2O (condiciones urinarias)	109	Productos farmacológicos no clasificados (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	156
Gastrointestinales (medicamentos para el colesterol)	109		
Gastrointestinales (condiciones gastrointestinales/pirosis)	109-116		
Gastrointestinales (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	116		

Información sobre esta Lista de medicamentos

Cómo encontrar su medicamento (cont.)

Condición	Página	Condición	Página
Productos farmacológicos no clasificados (cáncer)	156, 157	Productos farmacológicos no clasificados (productos para la osteoporosis)	162, 163
Productos farmacológicos no clasificados (productos dentales)	157	Productos farmacológicos no clasificados (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	163
Productos farmacológicos no clasificados (disfunción eréctil)	157	Productos farmacológicos no clasificados (condiciones cutáneas)	163
Productos farmacológicos no clasificados (condiciones oculares)	157	Productos farmacológicos no clasificados (abuso de sustancias)	164
Productos farmacológicos no clasificados (condiciones gastrointestinales/pirosis)	157, 158	Productos farmacológicos no clasificados (medicamentos para trasplante)	164
Productos farmacológicos no clasificados (agentes hormonales)	158, 159	Productos farmacológicos no clasificados (condiciones urinarias)	164, 165
Productos farmacológicos no clasificados (varios)	159-162	Productos farmacológicos no clasificados (control del peso)	165
Productos farmacológicos no clasificados (esclerosis múltiple)	162	Vitaminas (nutritivas/alimenticias)	165-176
Productos farmacológicos no clasificados (nutritivos/alimenticios)	162	Vitaminas (vitaminas)	176

Lista de medicamentos con receta

ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS Y BARBITÚRICOS		
<i>acetaminophen w/butalbital</i>	T1	
<i>tencon</i>	T1	
ANALGÉSICOS, COMB. DE SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
<i>butalbital-asp-caffeine</i> (Fiorinal)	T1	
FIORINAL (<i>butalbital-aspirin-caffeine</i>)	T3	PA
ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
<i>butalb/acetaminophen/caffeine</i>	T1	
<i>butalbital/apap/caffeine</i>	T1	
<i>butalbital/apap/caffeine</i> (Esgic)	T1	
ESGIC (<i>butalbital-acetaminophen-caffe</i>)	T3	PA
FIORICET (<i>butalbital-acetaminophen-caffe</i>)	T3	PA
VANATOL LQ	T3	PA
VANATOL S	T3	PA
<i>vtol lq</i> (Vanatol Lq)	T1	
<i>zebutal</i> (Esgic)	T1	
ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS, SALICILATOS		
<i>aspirin</i>	T1	HD PPACA
<i>aspirin e.c.</i> (Ecotrin)	T1	HD PPACA
<i>buffered aspirin</i>	T1	HD PPACA
<i>bufferin</i>	T1	HD PPACA
<i>choline mag trisalicylate</i>	T1	
<i>diflunisal</i>	T1	HD
<i>ecotrin</i> (Ecotrin)	T1	HD PPACA
<i>ecpirin</i> (Ecotrin)	T1	HD PPACA
<i>tri-buffered aspirin</i>	T1	HD PPACA
ANALGÉSICOS, NO OPIOIDES		
JOURNAVX	T3	QL (30 tabs/90 days)
PREPARACIONES ANTIMIGRAÑOSAS		
AIMOVIG AUTOINJECTOR	T2	PA QL (1 inj/23 days)
AJOVY 225 MG/1.5 ML AUTOINJECT	T2	PA QL (1 auto-inj/30 days)
AJOVY 225 MG/1.5 ML AUTOINJECT	T2	PA QL (3 auto-injs/90 days)
AJOVY SYRINGE	T2	PA QL (1 syringe/30 days)
<i>almotriptan malate 12.5 mg tab</i>	T1	ST QL (12 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

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>almotriptan malate 6.25 mg tab</i>	T1	ST QL (6 tabs/30 days)
AMERGE (<i>naratriptan hcl</i>)	T3	ST QL
CAFERGOT (<i>cafergot</i>)	T3	
CAMBIA	T3	ST QL
D.H.E.45 (<i>dihydroergotamine mesylate</i>)	T3	
<i>diclofenac pot powder pack</i> (CAMBIA)	T1	ST QL (9 pkts/30 days)
<i>dihydroergotamine mesylate</i> (D.H.E.45)	T1	
<i>dihydroergotamine mesylate</i> (Migranal)	T1	QL
<i>eletriptan hbr</i> (Relpax)	T1	QL
EMGALITY	T2	PA QL (1 unit/23 days)
EMGALITY SYRINGE	T2	PA QL (1 unit/23 days)
ERGOMAR	T3	
<i>frovatriptan succinate</i> (Frova)	T1	ST QL (9 tabs/30 days)
<i>migergot</i>	T1	
MIGRANAL (<i>dihydroergotamine mesylate</i>)	T3	ST QL
<i>naratriptan hcl</i> (Amerge)	T1	QL
NURTEC ODT	T2	PA QL
QULIPTA	T2	PA QL
REYVOW 100MG TABLET	T3	PA QL (8 tabs/treatment)
<i>rizatriptan</i> (Maxalt)	T1	QL
<i>sumatriptan</i>	T1	QL (6 units/30 days)
TOSYMRA	T3	ST QL
UBRELVY 50MG TABLET	T2	PA QL (10 tabs/treatment)
UBRELVY 100MG TABLET	T2	PA QL (10 tabs/treatment)
ZEMBRACE SYMTOUCH	T3	ST QL
<i>zolmitriptan</i>	T1	QL (6 tabs/30 days)
<i>zolmitriptan odt</i> (Zomig ZMT)	T1	QL
ZOMIG 2.5 MG NASAL SPRAY	T2	ST QL (6 units/30 days)
ZOLMITRIPTAN 2.5 MG NASAL SPRY	T3	ST QL (6 units/30 days)
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS NAALES, INHIB. NO SELECTIVOS DE COX, ANALGÉSICOS SISTÉMICOS		
SPRIX	T3	ST QL
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA		
<i>diclofenac</i>	T1	QL HD
<i>diclofenac</i>	T1	

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>diclofenac pot 25mg tablet</i>	T1	ST HD
<i>diclofenac potassium 25 mg cap (Zipsor)</i>	T1	ST HD
<i>ketorolac 15 mg/ml syringe</i>	T1	
<i>ketorolac 300 mg/10 ml vial</i>	T1	
<i>ketorolac 60 mg/2 ml syringe</i>	T1	
<i>ketorolac 30 mg/ml syringe</i>	T1	
<i>ketorolac 60 mg/2 ml vial</i>	T1	
<i>ketorolac 15 mg/ml vial</i>	T1	
<i>ketorolac 30 mg/ml vial</i>	T1	
<i>mefenamic acid</i>	T1	HD
<i>mefenamic acid</i>	T1	

ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANALGÉSICOS NO SALICILATOS

<i>acetaminophen w/codeine</i>	T1	PA QL
<i>endocet (Endocet)</i>	T1	PA QL
<i>endocet (Percocet)</i>	T1	PA QL
<i>hydrocodone-acetamin 2.5-325</i>	T1	PA QL (12 ds/60 days)
<i>hydrocodone-acetamin 10-300/15 (Lortab)</i>	T1	PA QL (12 ds/60 days)
<i>hydrocodone w/acetaminophen (Norco)</i>	T1	PA QL
<i>lorcet (Norco)</i>	T1	PA QL
<i>lorcet hd (Norco)</i>	T1	PA QL
<i>lorcet plus (Norco)</i>	T1	PA QL
<i>LORTAB (hydrocodone/acetaminophen)</i>	T3	PA QL (12 ds/60 days)
<i>NALOCET</i>	T3	PA QL
<i>oxycodone w/acetaminophen (Endocet)</i>	T1	PA QL
<i>oxycodone w/acetaminophen (Percocet)</i>	T1	PA QL
<i>tramadol hcl/acetaminophen</i>	T1	PA QL (12 ds/60 days)
<i>tramadol hcl-acetaminophen (Ultracet)</i>	T1	PA QL
<i>TYLENOL W/CODEINE (acetaminophen-codeine)</i>	T3	PA QL
<i>ULTRACET (tramadol hcl-acetaminophen)</i>	T3	PA QL
<i>vicodin hp</i>	T1	PA QL

COMBINACIÓN DE ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS

<i>hydrocodone bit-ibuprofen</i>	T1	PA QL
<i>oxycodone hcl-ibuprofen</i>	T1	PA QL

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
COMB. DE ANALGÉSICOS OPIOIDES, NO SALICILATOS Y XANTINAS		
<i>apap-caffeine-dihydrocodeine</i> (Trezix)	T1	PA QL
<i>dvorah</i>	T1	PA QL
TREZIX	T3	PA QL
ANALGÉSICOS OPIOIDES		
ACTIQ (<i>fentanyl</i>)	T3	ST QL (90 units/63 days)
ARYMO ER	T3	ST QL (120 tabs/23 days)
BELBUCA	T2	PA QL (60 films/30 days)
<i>belladonna & opium</i>	T1	PA QL
<i>buprenorphine</i> (Butrans)	T1	PA
<i>butorphanol</i>	T1	PA QL (12 ds/180 days)
<i>codeine</i>	T1	PA QL
CONZIP	T3	ST QL (30 units/30 days)
DILAUDID (<i>hydromorphone hcl</i>)	T3	PA QL
<i>diskets</i>	T1	
DOLOPHINE HCL (<i>methadone hcl</i>)	T3	ST
<i>fentanyl</i>	T1	PA QL (15 patches/30 days)
<i>fentanyl</i> (Actiq)	T1	QL (90 units/63 days)
<i>fentanyl</i> (Duragesic)	T1	QL (15 patches/23 days)
FENTANYL CIT 400 MCG BUCCAL TB	T3	PA QL (90 tabs/30 days)
FENTANYL CIT 600 MCG BUCCAL TB	T3	PA QL (90 tabs/30 days)
FENTANYL CIT 800 MCG BUCCAL TB	T3	PA QL (90 tabs/30 days)
<i>fentanyl cit otc 1,200 mcg</i>	T1	PA QL (90 lozs/30 days)
<i>fentanyl citrate otc 200 mcg, 400 mcg, 800 mcg</i>	T1	PA QL (90 lozs/30 days)
<i>hydrocodone bitartrate</i> (Zohydro ER)	T1	QL (90 units/23 days)
<i>hydrocodone er 100 mg tablet</i> (Hysingla Er)	T1	PA QL (60 tabs/30 days)
<i>hydrocodone er 120 mg tablet</i>	T1	PA QL (60 tabs/30 days)
<i>hydrocodone er 20 mg capsule</i> (Zohydro Er)	T1	PA QL (90 caps/30 days)
<i>hydrocodone er 20 mg tablet</i> (Hysingla Er)	T1	PA QL (60 tabs/30 days)
<i>hydrocodone er 30 mg tablet</i> (Hysingla Er)	T1	PA QL (60 tabs/30 days)
<i>hydrocodone er 40 mg tablet</i> (Hysingla Er)	T1	PA QL (60 tabs/30 days)
<i>hydrocodone er 60 mg tablet</i> (Hysingla Er)	T1	PA QL (60 tabs/30 days)
<i>hydrocodone er 80 mg tablet</i> (Hysingla Er)	T1	PA QL (60 tabs/30 days)
<i>hydrocodone er 10 mg capsule</i>	T1	PA QL (90 caps/30 days)
<i>hydrocodone er 15 mg capsule</i>	T1	PA QL (90 caps/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.)		
<i>hydrocodone er 20 mg capsule</i>	T1	PA QL (90 caps/30 days)
<i>hydrocodone er 30 mg capsule</i>	T1	PA QL (90 caps/30 days)
<i>hydrocodone er 40 mg capsule</i>	T1	PA QL (90 caps/30 days)
<i>hydrocodone er 50 mg capsule</i>	T1	PA QL (90 caps/30 days)
<i>hydromorphone</i>	T1	QL (60 tabs/23 days)
<i>hydromorphone er</i>	T1	QL (60 tabs/23 days)
<i>hydromorphone hcl</i> (Dilaudid)	T1	PA QL
HYSINGLA ER	T2	ST QL (60 units/23 days)
HYSINGLA ER (<i>hydrocodone bitartrate</i>)	T2	PA QL (60 tabs/30 days)
KADIAN (<i>morphine er</i>)	T3	ST QL (90 caps/23 days)
LAZANDA 100 MCG NASAL SPRAY	T3	PA QL (23 units/30 days)
LAZANDA 400 MCG NASAL SPRAY	T3	PA QL (23 units/30 days)
<i>levorphanol tartrate</i>	T1	PA QL
<i>methadone hcl</i>	T1	
<i>methadone hcl</i> (Dolophine Hcl)	T1	
<i>methadose</i>	T1	
<i>morphine</i>	T1	PA QL (12 ds/60 days)
MORPHINE	T3	PA QL
<i>morphine cr</i> (Ms Contin)	T1	QL (120 tabs/23 days)
<i>morphine er 10 mg cap</i>	T1	PA QL (90 caps/30 days)
<i>morphine er 20 mg cap</i>	T1	PA QL (90 caps/30 days)
<i>morphine er 30 mg cap</i>	T1	PA QL (90 caps/30 days)
<i>morphine er 30 mg cap</i>	T1	PA QL (60 caps/30 days)
<i>morphine er 45 mg cap</i>	T1	PA QL (60 caps/30 days)
<i>morphine er 60 mg cap</i>	T1	PA QL (60 caps/30 days)
<i>morphine er 50 mg cap</i>	T1	PA QL (90 caps/30 days)
<i>morphine er 60 mg cap</i>	T1	PA QL (90 caps/30 days)
<i>morphine er 100 mg cap</i>	T1	PA QL (90 caps/30 days)
<i>morphine er 75 mg cap</i>	T1	PA QL (60 caps/30 days)
<i>morphine er 90 mg cap</i>	T1	PA QL (60 caps/30 days)
<i>morphine er 120 mg cap</i>	T1	PA QL (60 caps/30 days)
<i>morphine er</i> (Kadian)	T1	QL (90 caps/23 days)
<i>morphine er 15 mg tablet</i> (Ms Contin)	T1	PA QL (120 tabs/30 days)
<i>morphine er 30 mg tablet</i> (Ms Contin)	T1	PA QL (120 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

ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANALGÉSICOS OPIOIDES (cont.)		
<i>morphine er 60 mg tablet</i> (Ms Contin)	T1	PA QL (120 tabs/30 days)
<i>morphine er 100 mg tablet</i> (Ms Contin)	T1	PA QL (120 tabs/30 days)
<i>morphine er 200 mg tablet</i> (Ms Contin)	T1	PA QL (120 tabs/30 days)
<i>morphine er</i> (MS Contin)	T1	QL (120 tabs/23 days)
MS CONTIN (<i>morphine</i>)	T3	PA QL (120 tabs/30 days)
MS CONTIN (<i>morphine cr, morphine er</i>)	T3	ST QL (120 tabs/23 days)
MS CONTIN (<i>morphine er</i>)	T3	ST QL (120 tabs/23 days)
<i>oxycodone (ir) 5 mg cap</i>	T1	PA QL (12 ds/60 days)
<i>oxycodone 100 mg/5 ml conc</i>	T1	PA QL (12 ds/60 days)
<i>oxycodone 5 mg/5 ml cup, soln</i>	T1	PA QL (12 ds/60 days)
<i>oxycodone (ir) 10 mg tab</i>	T1	PA QL (12 ds/60 days)
<i>oxycodone (ir) 20 mg tab</i>	T1	PA QL (12 ds/60 days)
<i>oxycodone (ir) 5 mg tablet</i> (Roxicodone)	T1	PA QL (12 ds/60 days)
<i>oxycodone (ir) 15 mg tab</i> (Roxicodone)	T1	PA QL (12 ds/60 days)
<i>oxycodone (ir) 30 mg tab</i> (Roxicodone)	T1	PA QL (12 ds/60 days)
OXYCONTIN	T3	PA QL (90 tabs/30 days)
<i>oxymorphone</i>	T1	PA QL (90 tabs/30 days)
<i>oxymorphone er</i>	T1	QL (90 tabs/23 days)
<i>pentazocine and naloxone hcl</i>	T1	PA QL
ROXICODONE (<i>oxycodone hcl</i>)	T3	PA QL
SUBSYS	T3	PA QL (90 units/30 days)
<i>tramadol hcl 100 mg tablet</i>	T1	PA QL (12 ds/60 days)
<i>tramadol er 100 mg tablet</i>	T1	PA QL (30 tabs/30 days)
<i>tramadol er 200 mg tablet</i>	T1	PA QL (30 tabs/30 days)
<i>tramadol er 300 mg tablet</i>	T1	PA QL (30 tabs/30 days)
<i>tramadol hcl er 100 mg tablet</i>	T1	PA QL (30 tabs/30 days)
<i>tramadol hcl er 200 mg tablet</i>	T1	PA QL (30 tabs/30 days)
<i>tramadol hcl er 300 mg tablet</i>	T1	PA QL (30 tabs/30 days)
ULTRAM (<i>tramadol hcl</i>)	T3	PA QL
ANALGÉSICOS OPIOIDES Y SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
<i>asa-butalb-caff-cod</i> (Fiorinal With Codeine #3)	T1	PA QL
<i>ascomp with codeine</i> (Fiorinal With Codeine #3)	T1	PA QL
<i>butalbital compound w/codeine</i> (Fiorinal With Codeine #3)	T1	PA QL
FIORINAL W/CODEINE (<i>asa-butalb-caffeine-codeine</i>)	T3	PA QL

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, NO SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
<i>butalbital/caff/apap/codeine</i> (Fioricet With Codeine)	T1	PA QL
FIORICET WITH CODEINE (<i>butalb-acetaminoph-caff-codein</i>)	T3	PA QL
RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS, ANALGÉSICO		
<i>carisoprodol-aspirin-codeine</i>	T1	PA QL
ANALGÉSICOS (Condiciones urinarias)		
AGENTES ANALGÉSICOS DE LAS VÍAS URINARIAS		
ELMIRON	T2	
RIMSO-50	T3	
ANESTÉSICOS (Varios)		
ANESTÉSICOS GENERALES, PARA INHALACIÓN		
<i>desflurane</i> (Suprane)	T1	
<i>forane</i> (Forane)	T1	
<i>isoflurane</i> (Forane)	T1	
<i>sevoflurane</i> (Ultane)	T1	
SUPRANE	T3	
<i>terrell</i> (Forane)	T1	
ULTANE (<i>sevoflurane</i>)	T3	
ANESTÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
ANESTÉSICOS LOCALES		
<i>glydo</i>	T1	QL (60 ml/23 days)
<i>lidocaine</i>	T1	
<i>lidocaine hcl</i>	T1	QL (60 ml/23 days)
ANESTÉSICOS LOCALES TÓPICOS		
CETACAIN ANESTHETIC	T3	
DYCLOPRO	T3	
L.E.T. (LIDO-EPINEPH-TETRA)	T3	
LIDOCAN II (<i>lidocaine</i>)	T3	PA
<i>lidocaine</i> (Lidocan li)	T1	PA
<i>lidocaine</i> (Lidoderm)	T1	PA
<i>lidocaine 5% ointment</i>	T1	QL (50 gm/21 days)
<i>lidocaine 5% patch</i> (Lidocan li)	T1	PA
<i>lidocaine hcl</i>	T1	
<i>lidocaine-prilocaine cream</i>	T1	QL (30 gms/30 days) 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

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANESTÉSICOS LOCALES TÓPICOS (cont.)		
<i>lidocaine/racepinep/tetracaine</i>	T1	
SYNERA	T3	
ZTLIDO	T2	PA

ANESTÉSICOS (Condiciones urinarias)

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

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

ANTIALÉRGICOS (Alergia/rociadores nasales)

ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS

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

ANTIARTRÍTICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)

ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS, SALICILATOS

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

AGENTES ANTIARTRÍTICOS Y QUELANTES

DEPEN (<i>penicillamine</i>)	T3	PA SP
<i>penicillamine</i> (Cuprimine)	T1	PA SP
<i>penicillamine</i> (Depen)	T1	PA SP

AGENTES ANTIARTRÍTICOS, ANTAGONISTAS DE LOS FOLATOS

RASUVO	T3	ST
--------	----	----

ANTIINFLAMATORIOS, INHIBIDORES DE LA SÍNTESIS DE PIRIMIDINAS

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

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

OTEZLA 10-20 MG STARTER 28 DAY	T2	PA QL (55 tabs/365 days) SP HD
OTEZLA 10-20-30 MG START 28 DAY	T2	PA QL (55 tabs/365 days) SP HD
OTEZLA 20 MG TABLET	T2	PA QL (60 tabs/30 days) SP HD
OTEZLA 30 MG TABLET	T2	PA QL (60 tabs/23 days) SP HD
OTEZLA XR	T2	PA SP HD

COLCHICINA

<i>colchicine</i> (Colcrys)	T1	HD
<i>colchicine 0.6 mg capsule</i> (Mitigare)	T1	ST
GLOPERBA	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

ANTIARTRÍTICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
COLCHICINA (cont.)		
MITIGARE (<i>colchicine</i>)	T2	ST
SALES DE ORO		
febuxostat (Uloric)	T1	HD
RIDAURA	T2	
ZYLOPRIM (<i>allopurinol</i>)	T3	HD
TRAT. DE LA HIPERURICEMIA - INHIBIDORES DE LA XANTINA OXIDASA		
<i>allopurinol</i>	T1	HD
<i>allopurinol</i> (Zyloprim)	T1	HD
INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK)		
RINVOQ ER 15 MG, 30 MG TABLET	T2	PA QL (30 tabs/30 days) SP
RINVOQ LQ	T2	PA QL (360 mls/30 days) SP HD
XELJANZ	T2	PA QL SP HD
XELJANZ 1mg/ml ORAL SOLUTION	T2	QL (300ml/30 Days)
XELJANZ XR	T2	PA QL (30 units/30 days) SP HD
ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (INHIB. NO ESPECÍFICOS DE LA COX) Y ANÁLOGOS DE LA PROSTAGLANDINA		
ARTHROTEC (<i>diclofenac -misoprostol</i>)	T3	ST HD
<i>diclofenac -misoprostol</i> (Arthrotec 50)	T1	HD
<i>diclofenac -misoprostol</i> (Arthrotec 75)	T1	HD
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA		
ANAPROX DS (<i>naproxen</i>)	T3	ST HD
DAYPRO (<i>oxaprozin</i>)	T3	ST HD
EC-NAPROSYN (<i>ec-naproxen</i>)	T3	ST HD
<i>ec-naproxen dr 375 mg tablet (Ec-Naprosyn)</i>	T1	HD
<i>ec-naproxen dr 500 mg tablet (Ec-Naprosyn)</i>	T1	ST HD
etodolac (Lodine)	T1	HD
etodolac (Lodine)	T1	
etodolac er	T1	HD
FELDENE (<i>piroxicam</i>)	T3	ST HD
FENORTHO 200 MG CAPSULE	T3	ST HD
<i>fenoprofen</i>	T1	HD
<i>flurbiprofen</i>	T1	HD
<i>ibu</i>	T1	HD
<i>ibuprofen</i>	T1	HD

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>ibuprofen</i> (Children'S Advil)	T1	HD
INDOCIN	T3	ST HD
<i>indomethacin</i>	T1	HD
INDOMETHACIN 20 MG CAPSULE	T3	ST QL (90 caps/30 days) HD
<i>indomethacin 25 mg/5 ml susp</i> (Indocin)	T1	ST HD
<i>indomethacin 50 mg suppository</i> (Indocin)	T1	HD
<i>ketoprofen</i>	T1	ST HD
LODINE (<i>etodolac</i>)	T3	ST HD
<i>meclofenamate</i>	T1	HD
<i>meloxicam 7.5 mg tablet</i>	T1	QL (30 tabs/30 days) HD
<i>meloxicam 15mg tablet</i> (Mobic)	T1	HD
<i>nabumetone</i> (Relafen)	T1	HD
NALFON (<i>fenoprofen</i>)	T3	ST HD
NAPRELAN (<i>naproxen cr</i>)	T3	ST HD
NAPROSYN (<i>naproxen</i>)	T3	ST HD
<i>naproxen</i>	T1	ST HD
<i>naproxen dr 500 mg tablet</i> (Ec-Naprosyn)	T1	ST HD
<i>naproxen er 750mg tablet</i> (Naprelan)	T1	ST
<i>naproxen</i> (Anaprox DS)	T1	HD
<i>naproxen</i> (EC-Naprosyn)	T1	HD
<i>naproxen</i> (Naprosyn)	T1	HD
<i>oxaprozin 600 mg caplet, tablet</i> (Daypro)	T1	HD
<i>piroxicam</i>	T1	HD
<i>piroxicam</i> (Feldene)	T1	HD
QMIIZ ODT 7.5MG TABLET	T3	ST QL (30 units/30 days)
QMIIZ ODT 15 MG TABLET	T3	ST
<i>sulindac</i>	T1	HD
TIVORBEX	T3	ST QL (90 caps/30 days) HD
TOLECTIN 600 (<i>tolmetin sodium</i>)	T3	ST HD
<i>tolmetin</i>	T1	HD
<i>tolmetin sodium 600 mg tab</i> (Tolectin 600)	T1	ST HD
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, INHIBIDOR SELECTIVO DE LA CICLOOXIGENASA-2 (COX-2)		
<i>celecoxib</i> (Celebrex)	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, INHIBIDOR SELECTIVO DE LA CICLOOXIGENASA-2 (COX-2) (cont.)

<i>celecoxib</i>	T1	HD
------------------	----	----

AGENTES URICOSÚRICOS

<i>probenecid</i>	T1	HD
<i>probenecid w/colchicine</i>	T1	HD

ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias)

ANTICOLINÉRGICOS, DE INHALACIÓN ORAL, ACCIÓN PROLONGADA

<i>formoterol fumarate</i> (Perforomist)	T1	
INCRUSE ELLIPTA	T2	QL (1 inhaler/30 days) HD
LONHALA MAGNAIR REFILL	T3	QL HD
LONHALA MAGNAIR STARTER	T3	QL HD
SEEBRI NEOHALER	T3	QL HD
SPIRIVA HANDIHALER 18 MCG CAP (<i>tiotropium bromide</i>)	T3	QL (90 caps/30 days) HD
SPIRIVA RESPIMAT	T2	QL HD
YUPELRI	T2	QL (30 units/30 days) HD

ANTICOLINÉRGICOS, DE INHALACIÓN ORAL, ACCIÓN RÁPIDA

ATROVENT HFA	T3	QL HD
<i>ipratropium bromide</i>	T1	HD

AGENTES ADRENÉRGICOS BETA

<i>albuterol 2 mg/5 ml syrup cup</i>	T1	HD
<i>albuterol 8 mg/20 ml syrup cup</i>	T1	HD
<i>metaproterenol</i>	T1	HD
<i>terbutaline</i>	T1	HD

AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS, ACCIÓN RÁPIDA

<i>albuterol</i>	T1	
<i>albuterol hfa 90 mcg inhaler</i>	T1	QL (2 inhalers/30 days)
<i>albuterol 15 mg/3 ml solution</i>	T1	
<i>albuterol 75 mg/15 ml soln</i>	T1	
<i>levalbuterol hcl</i> (Xopenex Concentrate)	T1	
<i>levalbuterol hcl</i> (Xopenex)	T1	
XOPENEX (<i>levalbuterol concentrate</i>)	T3	
XOPENEX (<i>levalbuterol hcl</i>)	T3	

AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS, ACCIÓN ULTRA PROLONGADA

ARCAPTA NEOHALER	T3	QL (30 units/30 days) HD
STRIVERDI RESPIMAT	T2	QL (1 inhaler/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

ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS POR VÍA ORAL, ACCIÓN PROLONGADA		
BROVANA	T3	QL HD
FORMOTEROL FUMARATE-NEBULIZER	T2	QL (120 mls/30 days) HD
PERFORMIST	T3	QL HD
COMBO DE ADRENÉRGICOS BETA Y ANTICOLINÉRGICOS, INHALADOS		
ANORO ELLIPTA	T2	QL HD
COMBIVENT INHALER	T2	
COMBIVENT RESPIMAT	T2	QL (2 inhalers/30 days)
SEEBRI NEOHALER 15.6MCG INHALER	T3	HD
STIOLTO RESPIMAT	T2	QL HD
UTIBRON NEOHALER 27.5, 15.6MCG (PS 6)	T3	HD
UTIBRON NEOHALER 27.5, 15.6 MCG (PS 60)	T3	HD
COMBO DE ADRENÉRGICOS BETA Y GLUCOCORTICOIDES, INHALADOS		
ADVAIR HFA	T2	ST QL HD
AIRSUPRA	T2	HD
BREO ELLIPTA 50-25 MCG INHALER	T2	PA QL (60 blisters/fill) HD
BREO ELLIPTA	T2	ST QL HD
<i>breynd 80-4.mcg, 160-4.5 mcg inhaler</i>	T1	PA
<i>budesonide-formoterol 160-4.5, 80-4.5</i>	T1	PA HD QL (1 inhaler/30 days)
DULERA	T2	ST QL HD
<i>fluticasone-salmeterol (Advair Diskus)</i>	T1	PA QL (1 inhaler/30 days)
SYMBICORT (<i>budesonide/formoterol fumarate</i>)	T3	PA QL (1 inhaler/30 days) HD
<i>wixela inhub (Advair Diskus)</i>	T1	QL HD
ADRENÉRGICOS BETA-ANTICOLINÉRGICOS-GLUCOCORT., INHALADOS		
TRELEGY ELLIPTA	T2	QL
GLUCOCORTICOIDES, PARA INHALACIÓN ORAL		
ALVESCO	T3	QL HD
ARNUIITY ELLIPTA 50 MCG INH	T3	QL (30 blisters/30 days)
ARNUIITY ELLIPTA 100 MCG INH	T3	QL (1 inhaler/30 days)
ARNUIITY ELLIPTA 200 MCG INH	T3	QL (1 inhaler/30 days)
ASMANEX	T2	QL HD
ASMANEX HFA	T2	QL HD
FLOVENT DISKUS	T2	QL HD
FLOVENT HFA	T2	QL 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
GLUCOCORTICOIDES, PARA INHALACIÓN ORAL (cont.)		
QVAR REDIHALER 40 MCG	T2	QL (11 gms/30 days)
QVAR REDIHALER 80 MCG	T2	QL (22 gms/30 days)
ANTAGONISTAS ALFA DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-5 (IL-5), ANTICUERPOS MONOCLONALES		
FASENRA PEN	T2	PA ST QL (1 pen/56 days) SP HD
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LEUCOTRIENOS		
ACCOLATE (<i>zafirlukast</i>)	T3	HD
<i>montelukast</i> (Singulair)	T1	HD
<i>zafirlukast</i> (Accolate)	T1	HD
ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS, INHALADOS ORALMENTE		
<i>cromolyn</i>	T1	HD
ANTICUERPOS MONOCLONALES A LA INMUNOGLOBULINA E (IGE)		
XOLAIR 75MG/0.5 ML AUTOINJECT	T2	PA QL (2 auto-injs/28 days) SP HD
XOLAIR 300 MG/2 ML AUTOINJECT	T2	PA QL (2 auto-injs/28 days) SP HD
XOLAIR 150 MG/ML AUTOINJECTOR	T2	PA QL (2 auto-injs/28 days) SP HD
XOLAIR 300 MG/2 ML SYRINGE	T2	PA QL (2 syringes/28 days) SP HD
XOLAIR 150 MG VIAL	T2	PA QL (6 vials/21 days) SP HD
ANTICUERPOS MONOCLONALES - ANTAGONISTAS DE LA INTERLEUCINA-5		
NUCALA	T2	PA QL (1 unit/21 days) SP HD
MUCOLÍTICOS		
<i>acetylcysteine</i>	T1	
INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA (PDE)		
<i>roflumilast 250 mcg tablet</i> (Daliresp)	T1	PA QL (30 tabs/30 days) HD
<i>roflumilast 500 mcg tablet</i> (Daliresp)	T1	PA HD
XANTINAS		
ELIXOPHYLLIN	T3	HD
THEO-24	T3	HD
<i>theophylline anhydrous</i>	T1	HD
<i>theophylline anhydrous</i> (Elixophyllin)	T1	HD
ANTIBIÓTICOS (Medicamentos para los oídos)		
PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIBIÓTICAS		
<i>ciprofloxacin hcl</i> (Cetraxal)	T1	
COLY-MYCIN S	T3	
<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	T1	
<i>ofloxacin</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 (Medicamentos para los oídos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIBIÓTICAS (cont.)		
OTIPRIO	T3	QL
PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIBIÓTICOS ANTIINFLAMATORIOS		
<i>ciprofloxacin hcl/dexameth</i>	T1	
CIPRODEX	T2	
ANTIBIÓTICOS (Condiciones oculares)		
COMBINACIONES DE ANTIBIÓTICOS PARA LOS OJOS Y GLUCOCORTICOIDES		
MAXITROL (<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>)	T3	
<i>neo/polymyxin/dexamethasone</i> (Maxitrol)	T1	
<i>neomycin/bacitracin/poly/hc</i>	T1	
<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	T1	
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone</i> (Maxitrol)	T1	
PRED-G	T3	
PREDNISOLONE ACET-MOXIFLOXACIN	T3	
PREDNISOLONE PHOS-MOXIFLOXACIN	T3	
PREDNISOLONE-GATIFLOXACIN	T3	
TOBRADEX EYE OINTMENT	T3	
<i>tobramycin/dexamethasone</i>	T1	
COMBINACIONES DE ANTIBIÓTICOS PARA LOS OJOS Y AINE		
MOXIFLOXACIN-BROMFENAC	T3	
COMBINACIONES DE ANTIBIÓTICOS PARA LOS OJOS, GLUCOCORTICOIDES Y ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS		
PREDNISOLONE AC-MOXIFLOX-BROMF	T3	
PREDNISOLONE AC-MOXIFLOX-NEPAF	T3	
PREDNISOLONE PH-MOXIFLOX-KETOR	T3	
PREDNISOLONE-GATIFLOX-BROMFENC	T3	
<i>pred ph-moxi-brom 1-0.5-0.075%</i>	T1	
PRED PH-MOXI-BROM 1-0.5-0.075%	T3	
SULFONAMIDAS PARA LOS OJOS		
BLEPH-10 (<i>sulfacetamide</i>)	T3	
BLEPHAMIDE	T3	
BLEPHAMIDE S.O.P.	T3	
<i>sulfacetamide</i>	T1	
<i>sulfacetamide</i> (Bleph-10)	T1	
<i>sulfacetamide w/prednisolone</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
ANTIBIÓTICOS OFTÁLMICOS		
<i>ak-poly-bac</i>	T1	
AZASITE	T2	
<i>bacitracin</i>	T1	
<i>bacitracin/polymyxin</i>	T1	
CILOXAN (<i>ciprofloxacin hcl</i>)	T3	
<i>ciprofloxacin hcl</i> (Ciloxan)	T1	
<i>erythromycin</i>	T1	
<i>gatifloxacin</i>	T1	
<i>gentak</i>	T1	
<i>gentamicin</i>	T1	QL (300ml/30 days)
KLARITY-A (AZITHROMYCIN-CHONDR)	T3	
<i>levofloxacin hemihydrate</i>	T1	
MOXEZA (<i>moxifloxacin</i>)	T3	
<i>moxifloxacin hcl</i>	T1	
<i>moxifloxacin hcl</i> (Moxeza)	T1	
<i>moxifloxacin hcl</i> (Vigamox)	T1	
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	T1	
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	T1	
<i>neo-polycin</i>	T1	
OCUFLOX (<i>ofloxacin</i>)	T3	
<i>ofloxacin</i> (Ocuflor)	T1	
<i>polycin</i>	T1	
<i>polymyxin b sul-trimethoprim</i> (Polytrim)	T1	
POLYTRIM (<i>polymyxin b sul-trimethoprim</i>)	T3	
<i>tobramycin</i> (Tobrex)	T1	
TOBREX (<i>tobramycin</i>)	T3	
VIGAMOX (<i>moxifloxacin</i>)	T3	
ANTIBIÓTICOS (Infecciones)		
ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS DE 2.ª GENERACIÓN-ANTIBACTERIANOS		
SOLOSEC	T2	QL
AGENTES ANTIBACTERIANOS TIPO SULFONAMIDAS ABSORBIBLES		
BACTRIM (<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>)	T3	
BACTRIM DS (<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</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
AGENTES ANTIBACTERIANOS TIPO SULFONAMIDAS ABSORBIBLES (cont.)		
<i>sulfadiazine</i>	T1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i> (Bactrim DS)	T1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i> (Bactrim)	T1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i> (Sulfatrim)	T1	
<i>sulfatrim</i> (Sulfatrim)	T1	
ANTIBIÓTICOS AMINOGLUCÓSIDOS		
ARIKAYCE	T2	PA SP
BETHKIS	T2	PA QL SP HD
<i>gentamicin</i>	T1	QL (300 ml/30 days)
KITABIS PAK	T2	PA QL SP HD
<i>neomycin</i>	T1	
TOBI PODHALER	T2	PA QL
<i>tobramycin</i>	T1	
TOBRAMYCIN	T3	PA QL SP HD
<i>tobramycin</i> (Tobi)	T1	PA QL SP HD
AGENTES ANTIBACTERIANOS-ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS		
FLAGYL (<i>metronidazole</i>)	T3	
<i>metronidazole</i> 250 mg, 500 mg tablet	T1	
<i>metronidazole</i> 375 mg capsule (Flagyl)	T1	
ANTIBIÓTICOS, ANTIBACTERIANOS, VARIOS		
<i>fosfomycin tromethamine</i>	T1	
<i>hyophen</i>	T1	
<i>me-naphos-mb-hyo</i> 1 (Urogesic-Blue)	T1	
<i>methenam/m.blue/salicyl/hyoscy</i> (Uribel Tabs)	T1	
<i>methenamine hippurate</i>	T1	
<i>methenamine mandelate</i>	T1	
MONUROL	T3	
<i>phosphasal</i> (Uretron D-S)	T1	
PRIMSOL	T3	
<i>trimethoprim</i>	T1	
URELLE	T3	
<i>uretron d-s</i> (Uretron D-S)	T1	
URIBEL TABS (<i>methenam/m.blue/salicyl/hyoscy</i>)	T3	
<i>urimar-t</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 AMINOGLUCÓSIDOS (cont.)		
<i>urin d.s.</i> (Uretron D-S)	T1	
<i>uro-458</i> (Urelle)	T1	
<i>uroav-b</i> (Uribel)	T1	
<i>urogesic</i> (Urogesic-Blue)	T1	
<i>uro-mp</i> (Uribel)	T1	
<i>uryl</i> (Urogesic-Blue)	T1	
<i>ustell</i>	T1	
<i>utira-c</i> (Uretron D-S)	T1	
<i>vilamit mb</i> (Uribel)	T1	
<i>vilevev mb</i> (Urelle)	T1	
ANTILEPROSOS		
<i>dapsone 25 mg tablet</i>	T1	
<i>dapsone 100 mg tablet</i>	T1	
THALOMID 50mg CAPSULES	T2	PA QL (30 caps/30 day) SP HD
THALOMID 100mg CAPSULES	T2	PA QL (30 caps/30 day) SP HD
THALOMID 200mg CAPSULES	T2	PA QL (60 caps/30 day) SP HD
AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS		
<i>isoniazid</i>	T1	HD
MYCOBUTIN (<i>rifabutin</i>)	T3	HD
PASER	T3	HD
<i>pyrazinamide</i>	T1	HD
<i>rifabutin</i> (Mycobutin)	T1	HD
TRECTOR	T3	HD
ANTIBIÓTICOS ANTITUBERCULOSOS		
<i>cycloserine</i>	T1	
PRETOMANID	T3	PA
PRIFTIN	T2	
RIFADIN (<i>rifadin</i>)	T3	
RIFADIN (<i>rifampin</i>)	T3	
<i>rifampin</i> (Rifadin)	T1	
SIRTURO	T2	PA SP
BETALACTAMASAS		
CAYSTON	T2	QL 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

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 1.º GENERACIÓN		
<i>cefadroxil</i>	T1	
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 2.º GENERACIÓN		
<i>cefaclor</i>	T1	
<i>cefaclor er</i>	T1	
<i>cefprozil</i>	T1	
<i>cefuroxime axetil</i>	T1	
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 3.º GENERACIÓN		
<i>cefdinir</i>	T1	
<i>cefopodoxime proxetil</i>	T1	
<i>ceftriaxone</i>	T1	
SPECTRACEF	T3	
ANTIBIÓTICOS LINCOSAMIDAS		
CLEOCIN HCL (<i>clindamycin hcl</i>)	T3	
CLEOCIN PALMITATE (<i>clindamycin (pediatric)</i>)	T3	
<i>clindamycin hcl</i> (Cleocin Hcl)	T1	
<i>clindamycin palmitate hcl</i> (Cleocin Pediatric)	T1	
<i>clindamycin pediatric</i> (Cleocin Pediatric)	T1	
ANTIBIÓTICOS MACRÓLIDOS		
<i>azithromycin 100mg/5 ml suspension</i> (Zithromax)	T1	QL (195 ml/68 days)
<i>azithromycin 1gm powder packet</i> (Zithromax)	T1	QL (2 packets/68 days)
<i>azithromycin 200mg/5 ml suspension</i> (Zithromax)	T1	QL (120 ml/68 days)
<i>azithromycin 250mg, 500mg tablet</i> (Zithromax)	T1	QL (15 tabs/ 68 days)
<i>azithromycin 600mg tablet</i>	T1	QL (24 tabs/68 days)
<i>clarithromycin</i>	T1	
<i>clarithromycin er</i>	T1	
DIFICID 200 MG TABLET (<i>fidaxomicin</i>)	T3	QL (20 tabs/30 days)
<i>e.e.s.</i>	T1	
<i>E.E.S. (erythromycin ethyl)</i>	T3	
<i>ERYPED (erythromycin ethyl)</i>	T3	
<i>ery-tab</i>	T1	
<i>erythrocin stearate</i>	T1	
<i>erythromycin</i>	T1	
<i>erythromycin</i> (Ery-Tab)	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 MACRÓLIDOS (cont.)		
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	T1	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> (E.E.S. 200)	T1	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> (Eryped 400)	T1	
<i>erythromycin stearate</i>	T1	
<i>fidaxomicin</i> (Difcid)	T1	QL (20 tabs/30 days)
ZITHROMAX 1 GM POWDER PACKET (<i>azithromycin</i>)	T3	QL (2 packets/68 days)
ZITHROMAX 100MG/5 ML SUSPENSION (<i>azithromycin</i>)	T3	QL (195 ml/68 days)
ZITHROMAX 200 MG/5 ML SUSPENSION (<i>azithromycin</i>)	T3	QL (120 ml/68 days)
ZITHROMAX 250MG, 500MG TABLET (<i>azithromycin</i>)	T3	QL (15 tabs/ 68 days)
AGENTES ANTIBACTERIANOS DERIVADOS DE NITROFURANOS		
MACROBID (<i>nitrofurantoin mono-macro</i>)	T3	
MACRODANTIN (<i>nitrofurantoin</i>)	T3	
<i>nitrofurantoin mcr</i> 25 mg, 50 mg, 100 mg cap	T1	
ANTIBIÓTICOS OXAZOLIDINONAS		
<i>linezolid</i> (Zyvox)	T1	PA
ZYVOX (<i>linezolid</i>)	T3	PA
ANTIBIÓTICOS DE PENICILINA		
<i>amoxicillin</i>	T1	
<i>amoxicillin-clavulanate pot er</i>	T1	
<i>amoxicillin-clavulanate potass</i>	T1	
<i>amoxicillin-clavulanate potass</i> (Augmentin ES-600)	T1	
<i>amoxicillin-clavulanate potass</i> (Augmentin)	T1	
<i>ampicillin trihydrate</i>	T1	
AUGMENTIN 125-31.25 MG/5ML	T2	
AUGMENTIN 250-62.5 MG/ML SUSP, 500 MG TAB (<i>amoxicillin-clavulanate potass</i>)	T3	
<i>dicloxacillin</i>	T1	
<i>penicillin V</i>	T1	
DERIVADOS DE LA PLEUROMUTILINA		
XENLETA	T3	
ANTIBIÓTICOS DE QUINOLONAS		
BAXDELA	T2	QL
CIPRO (<i>ciprofloxacin</i>)	T3	
<i>ciprofloxacin hcl</i> (Cipro)	T1	
LEVAQUIN (<i>levofloxacin</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 DE QUINOLONAS (cont.)		
<i>levofloxacin hemihydrate</i>	T1	
<i>moxifloxacin hcl</i>	T1	
<i>ofloxacin</i>	T1	
RIFAMICINAS Y ANTIBIÓTICOS DERIVADOS AFINES		
AEMCOLO	T3	QL
XIFAXAN	T2	QL
ANTIBIÓTICOS DE TETRACICLINA		
ACTICLATE (<i>doxycycline hyclate</i>)	T3	ST
<i>avidoxy</i>	T1	
AVIDOXY DK	T3	ST
<i>coremino</i>	T1	
<i>demeclocycline hcl</i>	T1	
<i>doxycycline 50 mg tablet</i> (Targadox)	T1	ST
<i>doxycycline hyc dr 50 mg tab</i>	T1	ST
<i>doxycycline hyclate</i> (Acticlate)	T1	
<i>doxycycline hyclate</i> (Doryx)	T1	
<i>doxycycline hyclate 100 mg cap</i>	T1	
<i>doxycycline mono 75 mg capsule</i>	T1	ST
<i>doxycycline mono 100 mg cap</i>	T1	
<i>doxycycline mono 50 mg cap</i>	T1	
<i>doxycycline monohydrate</i> (Oracea)	T1	ST
<i>doxycycline monohydrate</i> (Vibramycin)	T1	
MINOCIN (<i>minocycline hcl</i>)	T3	ST
<i>minocycline 50 mg capsule</i>	T1	
<i>minocycline 75 mg capsule</i>	T1	
<i>minocycline 100 mg capsule</i>	T1	
<i>minocycline hcl 50 mg tablet</i>	T1	ST
<i>minocycline hcl 75 mg tablet</i>	T1	ST
<i>minocycline hcl 100 mg tablet</i>	T1	ST
<i>minocycline hcl er</i>	T1	
<i>minocycline hcl er</i> (Solodyn)	T1	
MINOLIRA ER	T3	ST
<i>mondoxylene nl</i>	T1	
<i>mondoxylene nl 75 mg capsule</i>	T1	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

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS DE TETRACICLINA (cont.)		
<i>mondoxine nl 100 mg capsule</i>	T1	
<i>morgidox</i>	T1	
MORGIDOX	T3	ST
NUZYRA	T3	QL (30 tabs/30 days) SP
<i>okebo</i>	T1	
ORACEA	T3	ST
SEYSARA	T3	ST
SOLODYN (<i>minocycline hcl er</i>)	T3	ST
TARGADOX (<i>doxycycline hyclate</i>)	T3	ST
<i>tetracycline 250 mg capsule</i>	T1	
<i>tetracycline 250 mg tablet</i>	T1	ST
<i>tetracycline 500 mg capsule</i>	T1	
<i>tetracycline 500 mg tablet</i>	T1	ST
VIBRAMYCIN (<i>doxycycline monohydrate</i>)	T3	
ANTIBIÓTICOS VAGINALES		
CLEOCIN PHOSPHATE (<i>clindamycin phosphate</i>)	T3	
<i>clindamycin phosphate</i> (Cleocin)	T1	
CLINDESSE	T3	
<i>metronidazole</i>	T1	
<i>metronidazole vaginal 0.75% gl</i>	T1	
NUVESSA	T3	
<i>vandazole</i>	T1	
XACIATO	T3	
ANTIBIÓTICOS DE VANCOMICINA Y DERIVADOS		
VANCOCLIN HCL (<i>vancomycin hcl</i>)	T3	QL
<i>vancomycin 125mg capsule</i>	T1	PA QL (40 caps/30 days)
<i>vancomycin 250mg capsule</i>	T1	PA QL (80 caps/30 days)
<i>vancomycin hcl</i> (Firvanq)	T1	QL
ANTIBIÓTICOS (Condiciones cutáneas)		
ANTIBIÓTICOS TÓPICOS Y ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS		
NEO-SYNALAR	T3	
ANTIBIÓTICOS TÓPICOS		
AMZEEQ	T3	ST
BENZAMYCIN (<i>erythromycin-benzoyl peroxide</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

ANTIBIÓTICOS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS TÓPICOS (cont.)		
CENTANY	T3	ST QL (30 units/30 days)
CENTANY AT	T3	ST QL
CLEOCIN T (<i>clindamycin phosphate</i>)	T3	ST QL (120 gm/23 days)
CLEOCIN T (<i>clindamycin phosphate</i>)	T3	ST QL (120 ml/23 days)
CLINDACIN ETZ	T3	ST
<i>clindacin etz</i>	T1	
<i>clindacin p</i>	T1	
CLINDACIN PAC	T3	ST
<i>clindamycin</i> (Evoclin)	T1	ST QL (100 gms/30 days)
<i>clindamycin 1% foam</i> (Evoclin)	T1	ST QL (100 gms/30 days)
<i>clindamycin 1% gel</i>	T1	
<i>clindamycin 1% lotion</i> (Cleocin T)	T1	QL (120 ml/23 days)
<i>clindamycin 1% solution</i>	T1	QL (120 ml/23 days)
<i>clindamycin capsule</i>	T1	
<i>ery</i>	T1	
<i>erygel</i> (Erygel)	T1	
<i>erythromycin</i>	T1	
<i>erythromycin</i> (Erygel)	T1	
<i>erythromycin-benzoyl peroxide</i> (Benzamycin)	T1	
EVOCLIN (<i>clindamycin phosphate</i>)	T3	ST QL (100 gm/23 days)
<i>gentamicin</i>	T1	QL (300 ml/30 days)
<i>mupirocin 2% oint.</i>	T1	QL (1 treatment/30 days)
<i>mupirocin</i> (Centany)	T1	QL
XEPI	T3	ST QL (30 units/30 days)
SULFONAMIDAS TÓPICAS		
<i>avar</i>	T1	
AVAR LS	T3	ST
AVAR-E	T3	ST
AVAR-E LS CREAM	T3	ST
<i>mafenide acetate</i> (Sulfamylon)	T1	
PLEXION	T3	ST
SILVADENE (<i>silver sulfadiazine</i>)	T3	
<i>silver sulfadiazine</i> (Silvadene)	T1	
<i>sod sulfac-sulfur 9.8-4.8% crm</i>	T1	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

ANTIBIÓTICOS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SULFONAMIDAS TÓPICAS (cont.)		
<i>sod sulfac-sulfur 9.8-4.8% lot</i>	T1	ST
<i>sod sulfac-sulf 9.8-4.8% clsr</i>	T1	ST
<i>sod sulfac-sulfur 9-4.5% wash</i>	T1	ST
<i>sod sulfacet-sulf 9.8-4.8% pad</i>	T1	ST
<i>sod sulfacet-sulfur 10-2% clsr</i>	T1	ST
<i>ss 10-2 (Avar Ls)</i>	T1	
<i>ssd (Silvadene)</i>	T1	
<i>sss 10-5 cream</i>	T1	
<i>sss 10-5 foam</i>	T1	ST
<i>sulfacetamide sodium/sulfur</i>		
<i>sulfacetamide -sulfur</i>	T1	
<i>sulfacetamide-sulfur 9-4% clsr</i>	T1	ST
<i>sulfacetamide-sulfur 10-2% crm</i>	T1	ST
<i>sulfacetamide-sulfur 10-5% lot</i>	T1	ST
<i>sulfacetamide-sulfur 10-5% sus</i>	T1	ST
<i>sulfacetamide-sulfur 8-4% susp</i>	T1	ST
<i>sulfacetamide/sulfur (Avar LS)</i>	T1	
<i>sulfacetamide/sulfur (Avar-E LS)</i>	T1	
<i>sulfacetamide/sulfur (Plexion)</i>	T1	
<i>sulfacetamide/sulfur (Sumadan)</i>	T1	
<i>sulfacetamide/sulfur (Sumaxin)</i>	T1	
<i>sulfacleanse 8/4</i>	T1	
SULFAMYLON 8.5% CREAM	T2	
SULFAMYLON POWDER PACKET (<i>mafenide</i>)	T3	
SUMADAN	T3	ST
SUMADAN XLT	T3	ST
SUMAXIN (<i>sulfacetamide-sulfur</i>)	T3	ST
SUMAXIN CP	T3	ST
ANTICOAGULANTES (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)		
ANTICOAGULANTES CUMARÍNICOS		
COUMADIN (<i>jantoven</i>)	T3	
COUMADIN (<i>warfarin</i>)	T3	
<i>jantoven</i>	T1	HD

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
-----------------------------------	-----------------------	-----------------------------------

CITRATOS COMO ANTICOAGULANTES

ACD	T2	
ACD-A	T2	
ANTICOAGULANT SODIUM CITRATE	T3	
CRRT TRISODIUM CITRATE	T3	
sodium citrate 4% lock flush	T1	
SODIUM CITRATE 4% LOCK FLUSH	T3	
SODIUM CITRATE 4% SOLN	T3	
SODIUM CITRATE 4% SYRINGE	T3	
SODIUM CITRATE 4% VIAL	T3	
TRISODIUM CITRATE CRRT	T3	

INHIBIDORES DIRECTOS DEL FACTOR XA

BEVYXXA	T3	
ELIQUIS 2.5 MG, 5 MG TABLET	T2	
ELIQUIS DVT-PE TREAT START 5MG	T2	
rivaroxaban (Xarelto)	T1	
XARELTO (rivaroxaban)	T2	
XARELTO	T2	PA

HEPARINA Y PREPARACIONES RELACIONADAS

ARIXTRA (fondaparinux)	T3	SP
enoxaparin (Lovenox)	T1	
fondaparinux (Arixtra)	T1	SP
FRAGMIN	T2	SP
heparin	T1	

ANTÍDOTOS (Condiciones gastrointestinales/pirosis)

ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES OPIOIDES MU, CON ACCIÓN PERIFÉRICA

MOVANTIK	T2	QL (30 units/30 days)
RELISTOR 12 MG/0.6 ML SYRINGE	T2	ST
RELISTOR 12 MG/0.6 ML VIAL	T2	ST
RELISTOR 8 MG/0.4 ML SYRINGE	T2	ST
SYMPROIC	T2	

ANTÍDOTOS (Abuso de sustancias)

ANTAGONISTAS OPIOIDES

naloxone	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

ANTÍDOTOS (Abuso de sustancias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTAGONISTAS OPIOIDES (cont.)		
<i>naloxone 0.4 mg/ml syringe</i>	T1	
REXTOVY	T2	QL (2 units/30 days)
<i>naltrexone</i>	T1	
NARCAN (<i>naloxone hcl</i>)	T3	QL (2 units/30 days)
ANTIMICÓTICOS (Condiciones oculares)		
AGENTES ANTIMICÓTICOS OFTÁLMICOS		
NATACYN	T2	
ANTIMICÓTICOS (Productos femeninos)		
ANTIMICÓTICOS VAGINALES		
GYNAZOLE-1	T3	
<i>miconazole 3</i>	T1	
<i>terconazole</i>	T1	
ANTIMICÓTICOS (Infecciones)		
AGENTES ANTIMICÓTICOS		
ANCOBON (<i>flucytosine</i>)	T3	PA
<i>clotrimazole</i>	T1	QL (60 ml/28 days)
CRESEMBA	T2	PA
DIFLUCAN (<i>fluconazole</i>)	T3	
DIFLUCAN 150MG TABLET (<i>fluconazole</i>)	T3	QL (2 tabs/episode)
<i>fluconazole 10 mg/ml susp</i>	T1	
<i>fluconazole 100 mg, 200 mg tablet</i>	T1	
<i>fluconazole 150 mg tablet</i> (Diflucan)	T1	QL
<i>flucytosine</i> (Ancobon)	T1	
<i>itraconazole 100mg capsule</i> (Sporanox)	T1	QL (30 units/30 days)
<i>itraconazole 100 mg/10 ml cup</i>	T1	QL (2 bottles/30 days)
<i>itraconazole 10mg/ml solution</i>	T1	QL (2 bottles/30 days)
<i>ketoconazole</i>	T1	
NOXAFIL	T2	PA
NOXAFIL 40MG/ML SUSP	T2	PA SP
ORAVIG	T3	
<i>posaconazole</i> (Noxafil)	T1	PA
SPORANOX (<i>itraconazole</i>)	T3	QL (30 caps/30 days)
<i>terbinafine</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

ANTIMICÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIMICÓTICOS (cont.)		
VFEND (<i>voriconazole</i>)	T3	PA
VIVJOA	T3	PA QL (18 caps/30 days) SP
<i>voriconazole</i> (Vfend)	T1	PA
ANTIBIÓTICOS ANTIMICÓTICOS		
BREXAFEMME 150 MG TABLET	T3	ST QL (4 tabs/treatment)
<i>griseofulvin</i>	T1	
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	T1	
<i>nystatin</i>	T1	QL (60 grams/28 days)
ANTIMICÓTICO TÓPICO/ANTIINFLAMATORIO, AGENTE ESTEROIDE		
<i>clotrimazole/betamethasone</i>	T1	QL (45 gm/21 days)
<i>clotrimazole/betamethasone</i>	T1	QL (60 ml/21 days)
ANTIMICÓTICOS (Condiciones cutáneas)		
ANTIMICÓTICOS TÓPICOS		
<i>ciclodan</i>	T1	
<i>ciclopirox 0.77% cream</i> (Loprox)	T1	QL (90 gm/21 days)
<i>ciclopirox 0.77% gel</i>	T1	QL (100 grams/30 days)
<i>ciclopirox 0.77% topical solution</i> (Loprox)	T1	QL (60 ml/21 days)
<i>ciclopirox 1% shampoo</i>	T1	QL (120 mls/28 days)
<i>ciclopirox 8% solution, treatment kit</i>	T1	
<i>econazole nitrate</i>	T1	QL (85 gm/21 days)
ERTACZO	T3	QL (60 gm/21 days)
EXELDERM	T3	QL (60 units/21 days)
EXTINA (<i>ketoconazole</i>)	T3	ST QL (100 gm/21 days)
JUBLIA	T3	ST
<i>ketoconazole 2% cream</i>	T1	QL (60 gm/21 days)
<i>ketoconazole 2% foam</i> (Extina)	T1	ST QL (100 gm/21 days)
<i>ketodan</i> (Extina)	T1	ST QL (100 gm/21 days)
<i>ketodan</i> (Ketodan)	T1	
LOPROX 0.77% CREAM (<i>ciclopirox</i>)	T3	QL (90 gm/21 days)
LOPROX 0.77% CREAM KIT	T3	QL (544 gm/23 days)
LOPROX 0.77% SUSPENSION KIT	T3	QL (1 kit/23 days)
LOPROX 0.77% TOPICAL SOLUTION (<i>ciclopirox</i>)	T3	QL (60 ml/21 days)
LOPROX 1% SHAMPOO (<i>ciclopirox</i>)	T3	QL (120 ml/21 days)
LOTRISONE CREAM	T3	QL (90 grams/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

ANTIMICÓTICOS (Condiciones cutáneas) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIMICÓTICOS TÓPICOS (cont.)		
MICONAZOLE-ZINC OXIDE-PETROLTM	T3	QL (50 gm/21 days)
naftifine hcl 1% cream	T1	QL (90 gms/28 days)
naftifine hcl 2% cream	T1	QL (60 gms/28 days)
naftifine hcl 2% gel (Naftin)	T1	QL (60 gms/28 days)
NAFTIN 1% GEL (naftifine hcl)	T3	QL (90 gms/28 days)
NAFTIN 2% GEL (naftifine hcl)	T3	QL (60 gms/28 days)
NIZORAL (ketoconazole)	T3	QL (120 ml/21 days)
nyamyc	T1	QL
nystatin	T1	QL
nystatin w/triamcinolone	T1	QL
nystatin/triamcinolone	T1	QL
nystop	T1	QL
oxiconazole nitrate (Oxistat)	T1	QL (60 units/21 days)
OXISTAT	T3	QL (90 grams/28 days)
VUSION	T3	QL (100 grams/28 days)

ANTIHIISTAMÍNICOS Y DESCONGESTIVOS COMBINADOS (Alergia/rociadores nasales)

COMBINACIÓN DE ANTIHIISTAMÍNICOS DE 1.ª GENERACIÓN Y DESCONGESTIVOS

promethazine vc	T1	
-----------------	----	--

COMBINACIÓN DE ANTIHIISTAMÍNICOS DE 2.ª GENERACIÓN Y DESCONGESTIVOS

CLARINEX-D 12 HOUR	T3	QL
SEMPREX-D	T3	

ANTIHIISTAMÍNICOS (Alergia/rociadores nasales)

ANTIHIISTAMÍNICOS - 1.ª GENERACIÓN

carbinoxamine	T1	
carbinoxamine maleate	T1	ST
carbinoxamine (Ryvent)	T1	
cypheptadine hcl	T1	
dexchlorpheniramine maleate (Ryclora)	T1	
hydroxyzine hcl	T1	
hydroxyzine pamoate (Vistaril)	T1	
promethazine hcl	T1	
RYCLORA (dexchlorpheniramine maleate)	T3	
RYVENT	T3	ST
VISTARIL (hydroxyzine pamoate)	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

ANTIISTAMÍNICOS (Alergia/rociadores nasales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIISTAMÍNICOS - 2.ª GENERACIÓN		
CLARINEX D 24 HOUR TABLET	T3	
<i>desloratadine</i> (Clarinet)	T1	QL (30 units/30 days) HD
ANTIISTAMÍNICOS (Condiciones oculares)		
ANTIISTAMÍNICOS PARA LOS OJOS		
<i>azelastine hcl</i>	T1	
<i>epinastine hcl</i>	T1	
LASTACFT 0.25% EYE DROPS	T3	ST
ANTIIPERGLUCÉMICOS (Diabetes)		
ANTIIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE LA ENZIMA DPP-4-TIAZOLIDINEDIONA		
OSENI	T3	QL (30 units/30 days) HD
ANTIIPERGLUCÉMICOS, MIMÉTICOS DE INCRETINA (AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-I)		
ADLYXIN 10-20 MCG STARTER PACK	T3	PA HD QL (1 kit/28 days)
ADLYXIN 20 MCG MAINTENANCE PK	T3	PA HD QL (1 kit/28 days)
BYDUREON BCISE	T2	PA QL (4 auto-injs/28 days)
BYDUREON PEN	T2	PA QL HD
BYETTA	T2	PA QL (1 pen/30 days)
<i>exenatide</i>	T1	PA QL (1 pen/30 days)
<i>liraglutide 2-pak 18 mg/3 ml</i> (Victoza 2-Pak)	T1	PA
<i>liraglutide 2-pak 18 mg/3 ml</i> (Victoza 3-Pak)	T1	PA
<i>liraglutide 3-pak 18 mg/3 ml</i> (Victoza 2-Pak)	T1	PA
<i>liraglutide 3-pak 18 mg/3 ml</i> (Victoza 3-Pak)	T1	PA
MOUNJARO	T2	PA QL
OZEMPIC	T2	PA QL (1 pen/28 days)
RYBELSUS	T2	PA QL (30 tabs/30 days)
TRULICITY	T2	PA QL (4 pens/28 days)
ANTIIPERGLUCÉMICOS, INSULINA, ACCIÓN PROLONGADA-AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-I		
SOLIQUA 100-33	T2	QL (15 mls/30 days)
ANTIIPERGLUCÉM.-INHIB. DEL COTRANSPORT. DE SOD./GLUC. TIPO 2 (SGLT-2)		
FARXIGA	T2	ST QL (30 tabs/30 days)
JARDIANCE	T2	ST QL (30 units/30 days) HD
ANTIIPERGLUCÉMICOS - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE DOPAMINA		
CYCLOSET	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, INHIBIDORES DE LA ALFA-GLUCOSIDASA		
<i>acarbose</i> (Precose)	T1	HD
GLYSET (<i>miglitol</i>)	T3	HD
<i>miglitol</i> (Glyset)	T1	HD
PRECOSE (<i>acarbose</i>)	T3	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO ANÁLOGOS DE AMILINA		
SYMLINPEN 60	T2	PA QL (7 pens/30 days)
SYMLINPEN 120	T2	PA QL HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO BIGUANIDAS		
FORTAMET (<i>metformin er osmotic</i>)	T3	PA QL HD
<i>metformin hcl</i>	T1	HD
<i>metformin hcl er</i>	T1	QL HD
<i>metformin er 1,000 mg osm-tab</i>	T1	PA QL (60 tabs/30 days) HD
<i>metformin er 500 mg osmotic tb</i>	T1	PA QL (30 tabs/30 days) HD
<i>metformin hcl 750 mg tablet</i>	T1	ST HD
<i>metformin hcl er</i> (Glumetza)	T1	PA QL
RIOMET (<i>metformin hcl</i>)	T3	ST HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE DPP-4		
JANUVIA	T2	QL (30 units/30 days) HD
<i>saxagliptin hcl</i> (Onglyza)	T1	ST QL (30 tabs/30 days) HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO ESTIMULANTES DE LIBERACIÓN DE INSULINA		
<i>glimepiride 1 mg tablet</i>	T1	HD
<i>glimepiride 2 mg tablet</i>	T1	HD
<i>glimepiride 4 mg tablet</i>	T1	HD
<i>glipizide</i> (Glucotrol)	T1	HD
<i>glipizide er</i> (Glucotrol XL)	T1	HD
<i>glipizide xl</i> (Glucotrol XL)	T1	HD
GLUCOTROL (<i>glipizide</i>)	T3	HD
GLUCOTROL XL (<i>glipizide er</i>)	T3	HD
<i>glyburide</i>	T1	HD
<i>glyburide, micronized</i>	T1	HD
<i>glyburide micronized</i> (Glynase)	T1	HD
GLYNASE (<i>glyburide micronized</i>)	T3	HD
<i>nateglinide</i> (Starlix)	T1	HD
<i>repaglinide</i>	T1	HD

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 ESTIMULANTES DE LIBERACIÓN DE INSULINA (cont.)		
STARLIX (<i>nateglinide</i>)	T3	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, COMB. DE INHIBIDORES DE SGLT-2 Y DPP-4		
GLYXAMBI	T2	ST QL (30 units/30 days) HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS Y BIGUANIDAS		
ACTOPLUS MET XR 30 1000MG TABLET	T3	ST
<i>pioglitazone-metformin</i> (Actoplus Met)	T1	QL HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS Y SULFONILUREAS		
DUETACT (<i>pioglitazone-glimepiride</i>)	T3	QL (30 tabs/30 days) HD
<i>pioglitazone-glimepiride</i> (Duetact)	T1	QL (30 units/30 days) HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, COMB. DE INHIBIDORES DE DPP-4 Y BIGUANIDAS		
JANUMET	T2	QL HD
JANUMET XR	T2	QL HD
<i>saxagliptin-metformin er 2.5-1000</i> (Kombiglyze Xr)	T1	ST QL (60 tabs/30 days) HD
<i>saxagliptin-metformin er 5-500</i> (Kombiglyze Xr)	T1	ST QL (30 tabs/30 days) HD
<i>saxagliptin-metformin er 5-1000</i> (Kombiglyze Xr)	T1	ST QL (30 tabs/30 days) HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, ESTIM. DE LIBERACIÓN DE INSULINA-BIGUANIDAS		
<i>glipizide-metformin</i>	T1	HD
<i>glyburide-metformin hcl</i>	T1	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS (AGONISTAS DE PPARG)		
ACTOS (<i>pioglitazone hcl</i>)	T3	QL (30 tabs/30 days) HD
AVANDIA	T3	ST QL HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS-BLOQUEADORES DE LOS RECEPTORES DE GLUCOCORTICOIDES		
<i>mifepristone 300 mg tablet</i> (Korlym)	T1	PA SP
ANTIHIPERGLUCÉMICOS-COMB. DE INHIBIDORES DE SGLT-2 Y BIGUANIDAS		
INVOKAMET	T2	ST QL HD
SYNJARDY	T2	ST QL (30 tabs/30 days) HD
SYNJARDY XR	T2	ST QL HD
XIGDUO XR	T2	ST QL HD
INSULINAS		
HUMALOG 100 unit/ML CARTRIDGE	T2	HD
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	T2	HD
HUMALOG MIX 75-25	T2	HD
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	T2	HD
HUMULIN 70-30	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

ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)

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

INSULINAS (cont.)

HUMULIN N	T2	HD
HUMULIN N KWIKPEN	T2	HD
HUMULIN R	T2	HD
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	T2	HD
INSULIN GLARGINE-YFGN	T2	HD
INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML VIAL	T2	HD
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN	T2	HD
INSULIN LISPRO KWIKPEN U-100	T2	HD
INSULIN LISPRO PROTAMINE MIX	T2	HD
LANTUS	T2	HD
LANTUS SOLOSTAR	T2	HD
MYXREDLIN	T3	
SEMGLEE	T2	HD
TOUJEO MAX SOLOSTAR	T2	HD
TOUJEO SOLOSTAR	T2	HD
TRESIBA	T2	HD
TRESIBA FLEXTOUCH U-100, U-200	T2	HD

ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Productos femeninos)

ANTISÉPTICOS VAGINALES

<i>fem ph</i>	T1	
---------------	----	--

ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Infecciones)

ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS DE 2.ª GENERACIÓN-ANTIBACTERIANOS

<i>tinidazole</i>	T1	QL (20 tabs/23 days)
<i>tinidazole</i>	T1	QL (40 tabs/23 days)

ANTHELMÍNTICOS

<i>albendazole</i> (Albenza)	T1	QL (120 tabs/23 days)
ALBENZA (<i>albendazole</i>)	T3	QL (120 tabs/23 days)
BILTRICIDE (<i>praziquantel</i>)	T3	
EMVERM	T2	QL (6 tabs/23 days)
<i>ivermectin 6 mg tablet</i>	T1	PA QL (8 tabs/30 days)
<i>ivermectin</i> (Stromectol)	T1	PA QL (20 tabs/23 days)
<i>praziquantel</i> (Biltricide)	T1	
STROMECTOL (<i>ivermectin</i>)	T3	QL (20 tabs/23 days)

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
MEDICAMENTOS CONTRA LA MALARIA		
ARAKODA	T3	QL (20 tabs/365 days)
ARAKODA 100mg tablets	T3	QL (32 tabs/180 days)
atovaquone-proguanil 250-100mg tablet (Malarone)	T1	QL (60 tabs/180 days)
atovaquone-proguanil 62.5-25mg tablet (Malarone)	T1	QL (180 tabs/180 days)
chloroquine 250mg tablet	T1	QL (56 tabs/274 days)
chloroquine 500mg tablet	T1	QL (28 tabs/274 days)
COARTEM	T2	QL (24 tabs/23 days)
DARAPRIM (pyrimethamine)	T3	PA SP
hydroxychloroquine (Plaquenil)	T1	QL
KRINTAFEL	T3	QL (2 tabs/23 days)
MALARONE 250-100MG TABLET (atovaquone-proguanil hcl)	T3	QL (60 tabs/180 days)
MALARONE 62.5-25MG TABLET (atovaquone-proguanil hcl)	T3	QL (180 tabs/180 days)
mefloquine hcl	T1	QL (13 tabs/180 days)
PRIMAQUINE BRAND	T2	QL (120 tabs/180 days)
primaquine generic	T1	QL (120 tabs/180 days)
quinine sulfate	T1	QL (42 caps/30 days)
MEDICAMENTOS ANTIPROTOZOARIOS, VARIOS		
atovaquone (Mepron)	T1	
BENZNIDAZOLE	T2	QL (720 tabs/365 days)
IMPAVIDO	T2	QL (84 caps/23 days)
MEPRON (atovaquone)	T3	
NEBUPENT	T3	QL (1 vial/21 days)
pentamidine isethionate (Nebupent)	T1	QL (1 vial/21 days)
ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Varios)		
AGENTES ANTIBACTERIANOS, VARIOS		
aminoacetic acid (Aminoacetic Acid)	T1	
glycine (Aminoacetic Acid)	T1	
ANTISÉPTICOS, GENERALES		
ALCOHOL SWABSTICK	T3	
GS ISOPROPYL ALCOHOL 70% SPRAY	T3	
ISOPROPYL ALCOHOL	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

ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Condiciones cutáneas)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIMICÓTICOS TÓPICOS		
CICLODAN	T3	ST
ciclopirox	T1	
AGENTES INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL ANTIINFLAMATORIOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
ANTIINFLAMATORIOS INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL		
ADALIMUMAB-ADAZ (CF)	T2	PA QL (2 syringes/28 days) SP
ADALIMUMAB-ADAZ(CF) PEN	T2	PA QL (2 pens/28 days) SP
ADALIMUMAB-ADBM(CF)PEN	T2	PA QL (2 kits/28 days) SP HD
ADALIMUMAB-RYVK(CF)	T2	PA QL (4 pens/365 days) SP
ADALIMUMAB-RYVK(CF) AI 40 MG	T2	PA QL (2 auto-injs/28 days) SP HD
CYLTEZO(CF)	T3	PA QL (2 srnge kits/28 days) SP HD
CYLTEZO(CF) PEN	T3	PA QL (2 kits/28 days) SP HD
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS	T3	PA QL (6 pens/365 days) SP HD
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV	T3	PA QL (4 pens/365 days) SP HD
ENBREL	T2	PA QL SP HD
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR	T2	PA QL (2 auto-injs/28 days) SP HD
SIMLANDI(CF)	T2	PA QL (2 syringe kits/28 days) SP HD
SIMPONI	T2	PA QL SP HD
SIMPONI ARIA	T3	PA SP HD
ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer)		
ANP - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES X RETINOIDES (RXR) SELECTIVOS		
bexarotene (Targretin)	T1	PA SP HD CSL
ANTINEOPLÁSICOS, INHIBIDORES DE LA HISTONA DEACETILASA (HDAC)		
FARYDAK 10mg, 20mg CAPSULE	T3	PA QL SP HD CSL
FARYDAK 5mg CAPSULE	T3	PA QL
ZOLINZA	T2	PA SP HD CSL
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS - ALQUILANTES		
ALKERAN (melphalan)	T3	SP CSL
cyclophosphamide	T3	SP HD CSL
GLEOSTINE	T2	CSL
HYDREA (hydroxyurea)	T3	CSL
hydroxyurea (Hydrea)	T1	CSL
LEUKERAN	T2	CSL
MYLERAN	T2	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
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS - ANTIANDROGÉNICOS		
<i>abiraterone acetate</i> (Zytiga)	T1	PA QL (120 tabs/30 days) CSL
<i>bicalutamide</i> (Casodex)	T1	CSL
CASODEX (<i>bicalutamide</i>)	T3	CSL
ERLEADA 240 MG TABLET	T2	PA SP HD QL (30 tabs/30 days) CSL
<i>flutamide</i>	T1	CSL
NILANDRON (<i>nilutamide</i>)	T3	PA CSL
<i>nilutamide</i> (Nilandron)	T1	PA CSL
NUBEQA	T2	PA QL SP HD CSL
XTANDI	T2	PA QL SP HD CSL
YONSA	T2	PA QL (120 tabs/30 days) SP HD CSL
ANTINEOPLÁSICOS - ANTIMETABOLITOS		
ARRANON	T3	
<i>capecitabine</i> (Xeloda)	T1	SP HD CSL
LONSURF	T2	PA SP HD CSL
<i>mercaptopurine 20 mg/ml suspen</i> (Purixan)	T1	ST SP CSL
<i>mercaptopurine 50 mg tablet</i>	T1	CSL
<i>methotrexate</i>	T1	
<i>methotrexate</i>	T1	CSL
PURIXAN (<i>mercaptopurine</i>)	T2	ST SP CSL
TABLOID	T3	CSL
TREXALL	T3	CSL
XELODA (<i>capecitabine</i>)	T3	PA QL ST SP HD CSL
XELODA 150MG tablets	T3	PA SP HD QL (56 tabs/30 days) CSL
XELODA 500MG tablets	T3	PA SP HD QL (140 tabs/30 days) CSL
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA AROMATASA		
<i>anastrozole</i> (Arimidex)	T1	HD PPACA CSL
AROMASIN (<i>exemestane</i>)	T3	HD CSL
<i>exemestane</i> (Aromasin)	T1	HD PPACA CSL
FEMARA (<i>letrozole</i>)	T3	HD CSL
<i>letrozole</i> (Femara)	T1	HD CSL
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA BRAF		
BRAFTOVI	T2	PA QL (180 caps/30 days) SP HD CSL
OJEMDA	T2	PA SP CSL
TAFINLAR 10 MG TABLET FOR SUSP	T2	SP PA HD QL (840 ml/30 days) 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 QUINASA BRAF (cont.)		
ZELBORAF	T2	PA QL SP HD CSL
ANTINEOPLÁSICOS - INMUNOTERAPIA CON CÉLULAS CAR-T		
BREYANZI	T3	PA
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA VÍA DE HEDGEHOG		
DAURISMO	T3	PA QL SP HD CSL
ERIVEDGE	T2	PA QL (30 units/30 days) SP HD CSL
ODOMZO	T2	PA QL (30 units/30 days) SP HD CSL
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK)		
JAKAFI	T2	PA QL SP HD CSL
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDOR DE LA PROTEÍNA KRAS		
LUMAKRAS	T3	PA SP QL (8 tabs per day) HD
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA MEK		
COTELLIC	T2	PA QL (63 tabs/30 days) SP HD CSL
GOMEKLI	T2	PA SP CSL
KOSELUGO 10 MG, 25 MG CAPSULE	T3	PA SP CSL
MEKINIST 0.05 MG/ML SOLUTION	T2	PA QL (1080 mls/30 days) SP HD CSL
MEKINIST 0.5 MG TABLET	T2	PA QL (90 tabs/30 days) SP HD CSL
MEKINIST 2 MG TABLET	T2	PA QL (30 tabs/30 days) SP HD CSL
MEKTOVI	T2	PA QL (180 tabs/30 days) SP HD CSL
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA MTOR		
AFINITOR 10MG TABLET	T2	PA QL (30 tabs/30 days) ST SP HD CSL
AFINITOR DISPERZ 2 MG, 3 MG, 5MG TABLET	T3	PA QL ST SP
AFINITOR 2.5MG, 5MG, 7.5MG TABLET (<i>everolimus</i>)	T3	PA QL (30 tabs/30 days) ST SP HD CSL
AFINITOR DISPERZ	T2	PA QL (30 tabs/30 days) ST SP CSL
<i>everolimus</i> (Afinitor)	T1	PA QL (30 tabs/30 days) SP CSL
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA PROTEÍNA METILTRANSFERASA		
TAZVERIK	T3	PA SP CSL
ANTINEOPLÁSICOS, COMB. DE INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS		
AVMAPKI-FAKZYNJA	T2	PA SP CSL
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA TOPOISOMERASA I		
HYCAMTIN	T2	PA SP HD CSL
ANTINEOPLÁSICOS COMB. - INHIBIDORES DE LA QUINASA Y LA AROMATASA		
KISQALI FEMARA 200 MG CO-PACK	T2	PA QL (49 tabs/30 days) SP CSL
KISQALI FEMARA 400 MG CO-PACK	T2	PA QL (70 tabs/30 days) SP CSL
KISQALI FEMARA 600 MG CO-PACK	T2	PA QL (91 tabs/30 days) SP 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
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS INMUNOMODULADORES		
POMALYST	T2	PA SP HD CSL
REVLIMID	T2	PA QL (30 caps/30 days) SP HD CSL
SYLATRON	T2	PA
AGONISTAS DE LHRH (GNRH) ANTINEOPLÁSICOS, SUPR. HIPOFISARIOS		
leuprolide acetate	T1	PA SP HD
LUPRON DEPOT	T3	PA SP HD
ZOLADEX	T2	SP HD
ANTAGONISTAS DE LHRH (GNRH) ANTINEOPLÁSICOS, SUPR. HIPOFISARIOS		
FIRMAGON	T2	PA SP HD
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS		
ALECENSA	T2	PA QL SP HD CSL
ALUNBRIG	T2	PA QL SP HD CSL
AUGTYRO	T2	PA SP CSL
AYVAKIT	T3	PA QL (30 tabs/30 days) SP CSL
BALVERSA	T2	PA SP CSL
BOSULIF	T2	PA QL SP HD CSL
BOSULIF 50 MG CAPSULE	T2	PA QL (30 caps/fill) SP HD CSL
BOSULIF 100 MG CAPSULE	T2	PA QL (90 tabs/fill) SP HD CSL
BRUKINSA	T2	PA SP CSL
CALQUENCE	T2	SP
CAPRELSA	T2	PA QL SP CSL
COMETRIQ	T2	PA SP HD CSL
COPIKTRA	T3	PA QL (56 caps/28 days) SP CSL
DANZITEN	T2	PA SP CSL
dasatinib 20 mg tablet (Sprycel)	T1	PA QL (90 tabs/30 days) SP CSL
dasatinib 20 mg tablet (Sprycel)	T1	PA QL (90 tabs/30 days) SP HD CSL
dasatinib 50 mg tablet (Sprycel)	T1	PA QL (30 tabs/30 days) SP CSL
dasatinib 50 mg tablet (Sprycel)	T1	PA QL (30 tabs/30 days) SP HD CSL
dasatinib 70 mg tablet (Sprycel)	T1	PA QL (60 tabs/30 days) SP CSL
dasatinib 70 mg tablet (Sprycel)	T1	PA QL (60 tabs/30 days) SP HD CSL
dasatinib 80 mg tablet (Sprycel)	T1	PA QL (30 tabs/30 days) SP CSL
dasatinib 80 mg tablet (Sprycel)	T1	PA QL (30 tabs/30 days) SP HD CSL
dasatinib 100 mg tablet (Sprycel)	T1	PA QL (30 tabs/30 days) SP CSL
dasatinib 100 mg tablet (Sprycel)	T1	PA QL (30 tabs/30 days) 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 ENZIMAS SISTÉMICAS (cont.)		
<i>dasatinib 140 mg tablet (Sprycel)</i>	T1	PA QL (30 tabs/30 days) SP CSL
<i>dasatinib 140 mg tablet (Sprycel)</i>	T1	PA QL (30 tabs/30 days) SP HD CSL
ENSACOVE	T2	PA SP CSL
<i>erlotinib 25 mg tablet</i>	T1	PA QL (60 tabs/30 days) SP HD CSL
<i>erlotinib hcl 100 mg, 150 mg tablet</i>	T1	PA QL (30 tabs/30 days) SP HD CSL
FRUZAQLA	T2	PA SP CSL
GAVRETO	T2	PA QL (120 caps/30 days) SP CSL
GILOTRIF	T2	PA QL (30 units/30 days) SP HD CSL
IBRANCE	T2	PA QL (21 tabs/caps/30 days) SP HD CSL
IBTROZI	T2	PA SP CSL
ICLUSIG	T2	PA QL SP CSL
IMKELDI	T2	PA SP CSL
INLYTA	T2	PA QL SP HD CSL
IRESSA (<i>gefitinib</i>)	T3	PA QL (30 tabs/30 days) SP HD CSL
IWILFIN	T2	PA SP CSL
KISQALI	T3	PA SP HD QL (1 pack/1 time) CSL
KISQALI FEMARA CO-PACK	T3	PA SP HD QL (1 pack/28 days) CSL
LAZCLUZE	T3	PA SP CSL
LENVIMA 4MG (five 4 mg capsules per card)	T2	PA QL (30 caps/30 days) SP HD CSL
LENVIMA 8MG (ten 4 mg capsules per card)	T2	PA QL (60 caps/30 days) SP HD CSL
LENVIMA 10MG (five 10 mg capsules per card)	T2	PA QL (30 caps/30 days) SP HD CSL
LENVIMA 12MG (fifteen 4 mg capsules per card)	T2	PA QL (90 caps/30 days) SP HD CSL
LENVIMA 14MG (five 10 mg capsules and five 4 mg capsules per card)	T2	PA QL (60 caps/30 days) SP HD CSL
LENVIMA 18MG (five 10 mg capsules and five 4 mg capsules per card)	T2	PA QL (90 caps/30 days) SP HD CSL
LENVIMA 20MG	T2	PA QL (60 caps/30 days) SP HD CSL
LENVIMA 24MG	T2	PA QL (90 caps/30 days) SP HD
LORBRENA	T2	PA QL SP HD CSL
LYNPARZA	T2	PA QL SP HD CSL
LYTGOBI	T2	PA SP CSL
NERLYNX	T2	PA SP HD CSL
NEXAVAR	T3	PA QL (120 tabs/30 days) SP HD CSL
<i>nilotinib 150 mg capsule (Tasigna)</i>	T1	PA QL (112 caps/30 days) SP HD CSL
<i>nilotinib 200 mg capsule (Tasigna)</i>	T1	PA QL (112 caps/30 days) SP HD CSL
<i>nilotinib 50 mg capsule (Tasigna)</i>	T1	PA QL (120 caps/30 days) 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 ENZIMAS SISTÉMICAS (cont.)		
NINLARO	T2	PA QL SP HD CSL
OGSIVEO	T3	PA SP CSL
<i>pazopanib</i> (Votrient)	T1	PA QL (120 tabs/30 days) SP HD CSL
PEMAZYRE 4.5MG, 9MG, 13.5MG TAB	T2	PA QL (28 tabs/30 days) SP
PIQRAY	T2	PA SP CSL
RETEVMO 40 MG TABLET	T3	PA QL (90 tabs/fill) SP HD CSL
RETEVMO 80 MG, 120 MG TABLET	T3	PA QL (60 tabs/fill) SP HD CSL
RETEVMO 160 MG TABLET	T3	PA QL (60 tabs/fill) SP HD CSL
REVUFORJ	T2	PA SP CSL
ROMVIMZA	T3	PA QL (8 caps/fill) SP CSL
ROZLYTREK	T2	PA QL SP HD CSL
ROZLYTREK 50 MG PELLET PACKET	T2	PA QL (42 packs/fill) SP HD CSL
RYDAPT	T2	PA QL (224 caps/30 days) SP HD CSL
SCEMBLIX 20MG TABLET	T2	PA QL (600 tabs/30 days) SP CSL
SCEMBLIX 40MG TABLET	T2	PA QL (300 tabs/30 days) SP CSL
SCEMBLIX 100 MG TABLET	T2	PA QL (120 tabs/fill) SP CSL
STIVARGA	T2	PA QL SP HD CSL
SUTENT	T3	PA QL SP CSL
TABRECTA	T2	PA SP
TAGRISSO	T2	PA QL (30 units/30 days) SP HD CSL
TALZENNA	T2	PA QL (30 caps/30 days) SP HD CSL
TALZENNA 0.1 MG CAPSULE, SOFTGEL	T2	PA QL (30 caps/fill) SP CSL
TALZENNA 0.25 MG CAPSULE, SOFTGEL	T2	PA QL (30 caps/30 days) SP CSL
TALZENNA 0.35 MG CAPSULE, SOFTGEL	T2	PA QL (30 caps/fill) SP CSL
TALZENNA 0.5 MG CAPSULE, SOFTGEL	T2	PA QL (30 caps/30 days) SP CSL
TALZENNA 0.75 MG CAPSULE, SOFTGEL	T2	PA QL (30 caps/30 days) SP CSL
TALZENNA 1 MG CAPSULE, SOFTGEL	T2	PA QL (30 caps/30 days) SP CSL
TARCEVA (<i>erlotinib hcl</i>)	T3	PA QL (30 tabs/30 days) SP HD CSL
TASIGNA 150 MG CAPSULE (<i>nilotinib hcl</i>)	T3	PA QL (112 caps/30 days) SP HD CSL
TASIGNA 200 MG CAPSULE (<i>nilotinib hcl</i>)	T3	PA QL (112 caps/30 days) SP HD CSL
TASIGNA 50 MG CAPSULE (<i>nilotinib hcl</i>)	T3	PA QL (120 caps/30 days) SP HD CSL
TRUQAP	T2	PA SP CSL
TURALIO	T3	PA QL SP CSL
UKONIQ	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

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS (cont.)		
VERZENIO	T2	PA QL SP HD CSL
VIKTRAKVI 100 MG CAPSULE	T2	PA QL (60 caps/30 days) SP HD CSL
VIKTRAKVI 20 MG/ML SOLUTION	T2	PA QL (300ml/30 days) SP HD CSL
VIKTRAKVI 25 MG CAPSULE	T2	PA QL (180 caps/30 days) SP HD CSL
VIZIMPRO	T2	PA QL (30 units/30 days) SP HD CSL
VOTRIENT (<i>pazopanib hcl</i>)	T3	PA QL (120 tabs/30 days)SP HD CSL
XOSPATA	T2	PA SP CSL
XALKORI 20MG PELLET	T2	PA QL (120 caps/fill) SP HD CSL
XALKORI 50MG PELLET	T2	PA QL (120 caps/fill) SP HD CSL
XALKORI 150MG PELLET	T2	PA QL (120 caps/fill) SP HD CSL
XALKORI 200MG CAPSULE	T2	PA QL (60 caps/30 days) SP HD CSL
XALKORI 250MG CAPSULE	T2	PA QL (60 caps/30 days) SP HD CSL
ZYDELIG	T2	PA QL SP HD CSL
ZYKADIA	T2	PA QL (90 tabs-caps/30 days) SP HD CSL
ANTINEOPLÁSICOS, ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-MUERTE PROGRAMADA-I (PD-I)		
JEMPERLI 500 MG/10 ML VIAL	T3	PA SP HD
OPDIVO	T2	PA SP HD
ANTINEOPLÁSICOS-INHIBIDORES DE LINFOMA DE CÉLULAS B-2 (BCL-2)		
VENCLEXTA	T2	PA SP CSL
VENCLEXTA STARTING PACK	T2	PA QL SP CSL
ANTINEOPLÁSICOS-INHIBIDORES DE LA ISOCITRATO DESHI		
IDHIFA	T2	PA QL (30 units/30 days) SP HD CSL
TIBSOVO	T2	PA SP CSL
VORANIGO	T3	PA SP CSL
FÁRMACOS INMUNOCONJUGADOS ANTINEOPLÁSICOS		
ENHERTU	T3	PA SP HD
ANTINEOPLÁSICOS, VARIOS		
<i>etoposide</i>	T1	SP HD CSL
LYSODREN	T2	CSL
MATULANE	T2	SP CSL
RYLAZE 10 MG/0.5 ML VIAL	T3	PA SP
<i>retinoin</i>	T1	CSL
ANTICUERPO MONOCLONAL AL RECEPTOR ANTÍGENO DEL LINFOCITO T CITOTÓXICO (CTLA-4)		
YERVOY	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

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INMUNOMODULADORES		
ACTIMMUNE	T2	SP HD
INTRON A	T2	SP HD
MODULADORES SELECTIVOS DE RECEPTORES ESTROGÉNICOS (SERM)		
FARESTON (<i>toremifene</i>)	T3	HD CSL
SOLTAMOX	T3	HD CSL
<i>tamoxifen</i>	T1	HD PPACA CSL
<i>toremifene</i> (Fareston)	T1	HD CSL
ANTINEOPLÁSICOS ESTEROIDES		
<i>megestrol acetate</i>	T1	CSL
ANTINEOPLÁSICOS (Condiciones cutáneas)		
ANTINEOPLÁSICOS TÓPICOS FOTOACT., LESIONES PREMALIGNAS		
LEVULAN	T3	SP
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS TÓPICOS PARA LESIONES PREMALIGNAS		
PANRETIN	T3	PA SP HD
PICATO	T2	
TARGRETIN	T2	PA SP HD
VALCHLOR	T2	PA SP HD
MEDICAMENTOS CONTRA LA OBESIDAD (Control del peso)		
ANOREXÍGENOS CONTRA LA OBESIDAD		
ADIPEX-P (<i>phentermine hcl</i>)	T3	PA QL (30 tabs/30 days)
<i>benzphetamine hcl</i>	T1	PA QL (90 tabs/30 days)
<i>diethylpropion 25 mg tablets</i>	T1	PA QL (90 tabs/30 days)
<i>diethylpropion 75 mg tablets</i>	T1	PA QL (30 tabs/30 days)
LOMAIRA	T1	PA QL (90 tabs/30 days)
<i>phendimetrazine tartrate</i>	T1	PA QL (180 tabs/30 days)
<i>phentermine 37.5 mg capsule</i>	T1	PA QL (30 caps/30 days)
<i>phentermine 8 mg tablet</i>	T1	PA QL (90 tabs/30 days)
<i>phentermine/topiramate</i> (Qsymia)	T1	PA QL (30 caps/30 days)
QSYMIA (<i>phentermine/topiramate</i>)	T3	PA QL (30 caps/30 days)
REGIMEX (<i>benzphetamine hcl</i>)	T3	PA QL (90 tabs/30 days)
AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DEL PÉPTIDO SIMILAR AL GLUCAGÓN TIPO I CONTRA LA OBESIDAD		
<i>liraglutide 18 mg/3 ml pen</i> (Saxenda)	T1	PA QL (5 pens/30 days)
<i>liraglutide 5-pak 18 mg/3 ml</i> (Saxenda)	T1	PA QL (5 pens/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

MEDICAMENTOS CONTRA LA OBESIDAD (Control del peso) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DEL PÉPTIDO SIMILAR AL GLUCAGÓN TIPO I CONTRA LA OBESIDAD (cont.)		
SAXENDA (<i>liraglutide</i>)	T3	PA QL (5 pens/30 days)
WEGOVY	T2	PA
COMBINACIÓN DE MIMÉTICOS DE INCRETINA CONTRA LA OBESIDAD		
ZEPBOUND 2.5 MG/0.5 ML PEN	T2	PA QL (2 mls/28 days)
ZEPBOUND 2.5 MG/0.5 ML VIAL	T3	PA QL (2 mls/28 days)
ZEPBOUND 5 MG/0.5 ML PEN	T2	PA QL (2 mls/28 days)
ZEPBOUND 5 MG/0.5 ML VIAL	T3	PA QL (2 mls/28 days)
ZEPBOUND 7.5 MG/0.5 ML PEN	T2	PA QL (2 mls/28 days)
ZEPBOUND 7.5 MG/0.5 ML VIAL	T3	PA QL (2 mls/28 days)
ZEPBOUND 10 MG/0.5 ML PEN	T2	PA QL (2 mls/28 days)
ZEPBOUND 10 MG/0.5 ML VIAL	T3	PA QL (2 mls/28 days)
ZEPBOUND 12.5 MG/0.5 ML PEN	T2	PA QL (2 mls/28 days)
ZEPBOUND 12.5 MG/0.5 ML VIAL	T3	PA QL (2 mls/28 days)
ZEPBOUND 15 MG/0.5 ML PEN	T2	PA QL (2 mls/28 days)
ZEPBOUND 15 MG/0.5 ML VIAL	T3	PA QL (2 mls/28 days)
ANTAG. OPIOIDES-INHIB. DE LA RECAPT. DE NOREPINEFRINA Y DOPAMINA CONTRA LA OBESIDAD		
CONTRAVE	T3	PA QL (120 tabs/30 days)
AGENTES QUE REDUCEN LA ABSORCIÓN DE GRASAS		
XENICAL	T3	PA QL (90 tabs/30 days)
ANTIPARASITARIOS (Condiciones oculares)		
ANTIPARASITARIOS OFTÁLMICOS (DE LOS OJOS)		
XDEMZY	T2	QL (10 mgs/30 days) SP
ANTIPARASITARIOS (Infecciones)		
ANTIPARASITARIOS		
ALINIA 100MG/5ML SUSP	T2	QL (180 ml/30 days)
ANTIPARASITARIOS TÓPICOS		
<i>crotan</i>	T1	
ELIMITE (<i>permethrin</i>)	T3	
<i>permethrin</i> (Elimite)	T1	
SKLICE	T3	
<i>spinosad</i> (Natroba)	T1	
ULESFIA	T3	

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)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, ANTICOLINÉRGICOS		
<i>benztropine mesylate</i>	T1	HD
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	T1	HD
MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, OTROS		
<i>bromocriptine mesylate</i>	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa</i> (Sinemet)	T1	HD
<i>carbidopa-levodopa er</i>	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i>	T1	HD
<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i> (Stalevo 100)	T1	HD
<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i> (Stalevo 150)	T1	HD
<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i> (Stalevo 200)	T1	HD
<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i> (Stalevo 75)	T1	HD
CREXONT	T3	ST HD
DUOPA	T3	SP HD
<i>entacapone</i>	T1	HD
<i>entacapone</i> (Comtan)	T1	HD
INBRIJA	T2	PA QL (300 caps/30 days) SP HD
MIRAPEX ER (<i>pramipexole er</i>)	T3	HD
NEUPRO	T3	HD
NOURIANZ	T3	PA QL (30 units/30 days) SP HD
ONGENTYS	T3	PA QL (30 caps/30 days) HD
<i>pramipexole di-hcl</i>	T1	HD
<i>pramipexole di-hcl</i> (Mirapex)	T1	HD
<i>pramipexole er</i> (Mirapex ER)	T1	HD
<i>rasagiline mesylate</i> (Azilect)	T1	HD
REQUIP XL (<i>ropinirole er</i>)	T3	HD
<i>ropinirole hcl</i>	T1	HD
<i>ropinirole hcl</i> (Requip XL)	T1	HD
RYTARY	T3	ST HD
<i>selegiline hcl</i>	T1	HD
SINEMET (<i>carbidopa-levodopa</i>)	T3	HD
TASMAR (<i>tolcapone</i>)	T3	HD
<i>tolcapone</i> (Tasmar)	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 ANTIPLAQUETARIOS (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE LA DESCARBOXILASA		
<i>carbidopa</i> (Lodosyn)	T1	
LODOSYN (<i>carbidopa</i>)	T3	
INHIBIDORES DE LA AGRUPACIÓN PLAQUETARIA		
<i>aspirin e.c.</i>	T1	HD PPACA
<i>aspirin-dipyridamole er</i> (Aggrenox)	T1	HD
ASPIRIN-OMEPRazole	T3	PA HD
BRILINTA (<i>ticagrelor</i>)	T3	ST HD
<i>children's aspirin</i> (Bayer Chewable Aspirin)	T1	HD PPACA
<i>cilostazol</i>	T1	HD
<i>clopidogrel</i> (Plavix)	T1	HD
<i>dipyridamole</i>	T1	HD
<i>ecotrin</i>	T1	HD PPACA
EFFIENT (<i>prasugrel hcl</i>)	T3	HD
<i>enteric coated aspirin</i>	T1	HD PPACA
<i>low dose aspirin</i>	T1	HD PPACA
<i>prasugrel hcl</i> (Effient)	T1	HD
<i>st. joseph aspirin</i>	T1	HD PPACA
<i>ticagrelor</i> (Brilinta)	T1	HD
ZONTIVITY	T3	PA HD
AGENTES REDUCTORES DE PLAQUETAS		
AGRYLIN (<i>anagrelide hcl</i>)	T3	
<i>anagrelide hydrochloride</i> (Agrimlin)	T1	
ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH)		
ANTIRRETROVIRALES-INHIBIDORES DE LA CÁPSIDE		
SUNLENCA	T3	PA SP
YEZTUGO	T2	SP
ANTIRRETROVIRALES-COMB. DE INHIBIDORES DE LA INTEGRASA Y NNRTI		
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	SP
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TAB SUSP	T2	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
ANTIRRETROVIRALES-NUCLEÓSIDOS, NUCLEÓTIDOS, INHIB. DE LA PROTEASA		
SYM TUZA	T2	SP
ANTIVÍRICOS - ESPEC. PARA VIH, INHIB. DE LA PROTEASA NO PEPTÍDICOS		
APTIVUS	T2	SP
<i>darunavir 600mg, 800mg tablet</i>	T1	SP
<i>darunavir (Prezista)</i>	T1	SP
PREZISTA 600MG, 800MG TABLET	T2	SP
PREZISTA 600MG, 800MG TABLET (<i>darunavir</i>)	T3	SP
ANTIVÍRICOS - ESPEC. PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS-NUCLEÓTIDOS		
CIMDUO	T2	SP
DESCOY	T2	SP PPACA
TEMIXYS	T2	SP
ANTIVÍRICOS - ESPEC. PARA VIH, COMB. ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS, RTI		
<i>abacavir-lamivudine (Epzicom)</i>	T1	SP
COMBIVIR (<i>lamivudine-zidovudine</i>)	T3	SP
EPZICOM (<i>abacavir-lamivudine</i>)	T3	SP
<i>lamivudine-zidovudine (Combivir)</i>	T1	SP
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA FUSIÓN		
FUZEON	T2	SP QL (60 vials/30 days)
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, NO NUCLEÓSIDOS, RTI		
EDURANT	T2	SP
EDURANT PED	T2	SP
<i>efavirenz (Sustiva)</i>	T1	SP
INTELENCE	T3	SP
<i>nevirapine (Viramune)</i>	T1	SP
PIFELTRO	T2	SP
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, NO NUCLEÓSIDOS, RTI		
<i>nevirapine er</i>	T1	SP
<i>nevirapine er (Viramune XR)</i>	T1	SP
SUSTIVA (<i>efavirenz</i>)	T3	SP
VIRAMUNE (<i>nevirapine</i>)	T3	SP
VIRAMUNE XR (<i>nevirapine er</i>)	T3	SP
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS, RTI		
<i>abacavir</i>	T1	SP
<i>abacavir (Ziagen)</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>didanosine</i>	T1	SP
EMTRIVA	T2	SP
EPIVIR (<i>lamivudine</i>)	T3	SP
<i>lamivudine</i> (Epivir)	T1	SP
RETROVIR (<i>zidovudine</i>)	T3	SP
<i>stavudine</i> (Zerit)	T1	SP
ZIAGEN (<i>abacavir</i>)	T3	SP
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓTIDOS, RTI		
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> (Viread)	T1	SP
VIREAD POWDER	T2	SP
VIREAD 150 MG, 200 MG, 250 MG TABLET	T2	SP
VIREAD 300 MG TABLET (<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>)	T3	SP
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA PROTEASA		
<i>atazanavir</i> (Reyataz)	T1	SP
CRIXIVAN	T2	SP
EVOTAZ	T3	SP
<i>fosamprenavir calcium</i>	T1	SP
<i>lopinavir/ritonavir</i>	T1	SP
KALETRA	T3	SP
KALETRA 100-25 MG TABLET	T3	QL (2 tabs/day) SP
KALETRA 200-50 MG TABLET	T3	QL (56 tabs/274 days) SP
KALETRA 80-20MG/ML SOLUTION (<i>lopinavir-ritonavir</i>)	T3	QL (2ml/day) SP
<i>lopinavir-ritonavir</i> (Kaletra)	T1	QL (2ml/day) SP
NORVIR 100 MG TABLET (<i>ritonavir</i>)	T3	SP
NORVIR 100 MG POWDER PACKET	T2	SP
REYATAZ CAPSULES (<i>atazanavir</i>)	T3	SP
REYATAZ POWDER PACKET	T2	SP
<i>ritonavir</i> (Norvir)	T1	SP
VIRACEPT	T2	SP
ANTIVÍRICOS - INHIBIDORES DE LA TRANSFERENCIA DE CADENA DE LA INTEGRASA DEL VIH-I		
APRETUDE	T2	SP PPACA
ISENTRESS	T2	SP
ISENTRESS HD	T2	SP
TIVICAY	T2	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
ANTIRRETROV., COMB. DE NUCLEÓSIDOS, NUCLEÓTIDOS Y RTI NO NUCLEÓSIDOS		
DELSTRIGO	T2	SP
efavirenz/emtricit/tenofovr df	T1	SP
emtricit/rilpivirine/tenof df (Complera)	T1	SP
ODEFSEY	T2	SP
SYMFI	T2	SP
SYMFI LO	T2	SP
ANTIRRETROV.-NUCLEÓSIDOS, RTI NUCLEÓTIDOS, INHIB. DE LA INTEGRASA		
BIKTARVY	T2	SP
GENVOYA	T2	SP
ANTIVÍRICOS (Condiciones oculares)		
ANTIVÍRICOS PARA LOS OJOS		
trifluridine	T1	
ZIRGAN	T3	
ANTIVÍRICOS (Infecciones)		
ANTIVÍRICO - INHIBIDOR DE LA PROTEASA PRINCIPAL (MPRO)		
PAXLOVID 150-100 MG (MODERATE)	T2	QL (20 tabs/180 days)
PAXLOVID 300/150-100MG(SEVERE)	T2	
ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTIVÍRICOS		
BEYFORTUS	T2	PPACA
ENFLONIA	T2	PPACA
ANTIVÍRICOS, GENERALES		
acyclovir (Zovirax)	T1	
acyclovir 200 mg/5 ml susp cup	T1	
acyclovir 800 mg/20ml susp cup	T1	
famciclovir	T1	QL
LIVTENCITY 200 MG TABLET	T3	PA SP
oseltamivir phosphate (Tamiflu)	T1	QL
OSELTAMIVIR 6MG/ML SUSPENSION	T3	QL (180 ml/30 days)
oseltamivir 30mg capsule	T1	QL (20 caps/30 days)
oseltamivir 45mg, 75 mg capsule	T1	QL (10 caps/30 days)
PREVYMIS 20 MG, 120 MG PELLET PACKET	T2	SP
PREVYMIS 240 MG, 480 MG TABLET	T2	QL (30 tabs/28 days) SP HD
RELENZA 5 MG	T3	QL (20 blisters/10 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
ANTIVÍRICOS, GENERALES (cont.)		
<i>ribavirin</i> (Virazole)	T1	SP HD
<i>rimantadine hcl</i>	T1	
SITAVIG	T3	PA QL (2 tabs/30 days)
TAMIFLU (<i>oseltamivir phosphate</i>)	T3	QL
<i>valacyclovir</i> (Valtrex)	T1	QL (30 units/30 days)
VALCYTE (<i>valganciclovir hcl</i>)	T3	
<i>valganciclovir hcl</i> (Valcyte)	T1	
XOFLUZA	T3	QL
ZOVIRAX (<i>acyclovir</i>)	T3	
HEP. C - COMBO DE INHIB. DE NS5A, NS3/4A, NS5B NUCLEÓTIDOS		
VOSEVI	T2	PA QL (84 tabs/365 days) SP HD
VIRUS DE LA HEP. C - COMBO DE INHIB. DE LA POLIMERASA NS5B Y NS5A		
EPCLUSA 200MG/50MG ORAL PELLETT PACKET	T2	PA SP HD QL (28 pkts/28 days)
EPCLUSA	T2	PA QL (84 packets/365 days) ST SP HD
HARVONI 45-200 MG TABLET	T2	PA QL (56 tabs/dispense) SP HD
HARVONI 90-400 MG TABLET	T2	PA QL (84 tabs/365 days) SP HD
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS B		
<i>adefovir dipivoxil</i>	T1	SP HD
BARACLUDE	T2	SP HD
<i>entecavir</i> (Baraclude)	T1	SP HD
EPIVIR	T2	SP
<i>lamivudine</i>	T1	SP
VELMIDY	T2	SP HD
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C		
PEGASYS 180MCG/0.5ML SYRINGE KIT	T2	SP HD
PEGASYS PROCLICK 180MCG/0.5ML	T2	SP HD
PEGASYS SYRINGE	T2	QL (2ml/21 days) SP HD
PEGASYS VIAL	T2	QL (4ml/21 days) SP HD
PEG-INTRON	T3	QL (4 kits/21 days) SP HD
<i>ribavirin</i>	T1	PA SP HD
VIRUS DE LA HEPATITIS C - COMB. DE INHIB. DE NS5A Y NS3/4A		
ZEPATIER	T2	PA QL (84 tabs/365 days) SP HD
INHIBIDOR DE LA ARN POLIMERASA		
MOLNUPIRAVIR	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

ANTIVÍRICOS (Condiciones cutáneas)

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

ANTIVÍRICOS TÓPICOS

<i>acyclovir</i> (Zovirax)	T1	PA QL
DENAVIR	T3	
<i>penciclovir</i>	T1	
ZOVIRAX (<i>acyclovir</i>)	T3	PA QL

AGENTES TÓPICOS PARA EL TRATAMIENTO DE VERRUGAS GENITALES-VPH

VEREGEN	T3	PA QL (30 grams/treatment)
---------	----	----------------------------

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Alergia/rociadores nasales)

AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANAFILAXIA

AUVI-Q	T2	QL (2 auto-injs/30 days)
<i>epinephrine</i> (Auvi-Q)	T1	QL
<i>epinephrine</i> (Epipen Jr 2-Pak)	T1	QL
EPINEPHRINE 0.3 MG/0.3 ML SYR	T3	QL (2 syringes/30 days)
EPIPEN (<i>epinephrine</i>)	T2	QL
EPIPEN JR. (<i>epinephrine</i>)	T2	QL
NEFFY	T2	QL (4 units/fill)

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Enfermedad de Alzheimer)

INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA

ARICEPT (<i>donepezil hcl</i>)	T3	ST HD
<i>donepezil hcl</i> (Aricept)	T1	HD
EXELON (<i>rivastigmine</i>)	T3	ST HD
<i>galantamine</i>	T1	HD
<i>galantamine er</i> (Razadyne ER)	T1	HD
<i>pyridostigmine bromide er</i> (Mestinon)	T1	HD
<i>pyridostigmine er 180 mg tab</i> (Mestinon)	T1	HD
PYRIDOSTIGMINE ER 105 MG TAB	T3	
RAZADYNE (<i>galantamine hbr</i>)	T3	ST
RAZADYNE ER (<i>galantamine er</i>)	T3	ST HD
<i>rivastigmine</i>	T1	HD
<i>rivastigmine</i> (Exelon)	T1	HD

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Trastorno de déficit de atención e hiperactividad)⁹

ADRENÉRGICOS, AROMÁTICOS, SIN CATECOLAMINAS

ADZENYS ER	T3	ST
ADZENYS XR-ODT	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 PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Trastorno de déficit de atención e hiperactividad)⁹ (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ADRENÉRGICOS, AROMÁTICOS, SIN CATECOLAMINAS (cont.)		
<i>amphetamine (Evekeo)</i>	T1	
AMPHETAMINE ER 1.25 MG/ML SUSP	T3	ST
DESOXYN (<i>methamphetamine hcl</i>)	T3	
DEXEDRINE (<i>dextroamphetamine er</i>)	T3	ST
<i>dextroamphetamine</i>	T1	

ADRENÉRGICOS, AROMÁTICOS, SIN CATECOLAMINAS

<i>dextroamphetamine (Zenzedi)</i>	T1	
<i>dextroamphetamine er (Dexedrine)</i>	T1	
<i>dextroamphetamine-amphet er (Adderall XR)</i>	T1	

ADRENÉRGICOS, AROMÁTICOS, SIN CATECOLAMINAS

<i>dextroamphetamine-amphetamine (Adderall)</i>	T1	
<i>dextroamphetamine/amphetamine (Mydayis)</i>	T1	
EVEKEO (<i>amphetamine</i>)	T3	
EVEKEO ODT	T3	
<i>methamphetamine hcl (Desoxyn)</i>	T1	
MYDAYIS (<i>dextroamphetamine/amphetamine</i>)	T3	ST
<i>procentra</i>	T1	
ZENZEDI	T3	
ZENZEDI 7.5 MG TABLET (<i>dextroamphetamine sulfate</i>)	T3	
<i>zenzedi (Zenzedi)</i>	T1	

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

AGENTES VASOCONSTRICTORES ADRENÉRGICOS

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

AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA

DIBENZYLINE (<i>phenoxybenzamine hcl</i>)	T3	PA HD
<i>prazosin</i>	T1	HD
<i>phenoxybenzamine hcl (Dibenzylamine)</i>	T1	PA HD

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Condiciones urinarias)

AGENTES PARASIMPATICOMIMÉTICOS

<i>bethanechol chloride</i>	T1	HD
<i>cevimeline hcl (Evoxac)</i>	T1	HD
EVOXAC (<i>cevimeline hcl</i>)	T3	HD
<i>guanidine 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 PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Condiciones urinarias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARASIMPATICOMIMÉTICOS (cont.)		
<i>pilocarpine hcl 5 mg, 7.5 mg tablet</i> (Salagen)	T1	HD
SALAGEN (<i>pilocarpine hcl</i>)	T3	HD
URECHOLINE (<i>bethanechol chloride</i>)	T3	
PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Alergia/rociadores nasales)		
EXTRACTOS ALERGÉNICOS, TERAPÉUTICOS		
GRASTEK	T2	PA
ODACTRA	T2	PA
ORALAIR	T2	PA
RAGWITEK	T2	PA
PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)		
INHIBIDORES DE CALICREÍNA PLASMÁTICA		
ORLADEYO	T3	PA SP
TAKHZYRO	T2	PA SP ST HD
PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Varios)		
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA FENILCETONURIA - FENILALANINA AMONIO LIASA		
PALYNZIQ	T2	PA QL (8 syringes/30 days) SP HD
PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas)		
VACUNAS CONTRA EL COVID-19		
COMIRNATY	T2	PPACA
MNEXSPIKE 2025-2026 (12Y UP)	T2	PPACA
NUVAXOVID 2025-2026	T2	PPACA
MODERNA COVID	T2	PPACA
NOVAVAX COVID	T2	PPACA
PFIZER COVID	T2	PPACA
SPIKEVAX	T2	PPACA
VACUNAS CONTRA VIRUS ENTÉRICOS		
IPOL	T2	PPACA
ROTARIX	T2	HD PPACA
ROTATEQ	T2	PPACA
VACUNAS CONTRA BACILOS GRAM (-) (NO ENTÉRICOS)		
VIVOTIF	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

PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
VACUNAS CONTRA COCOS GRAMNEGATIVOS		
BEXSERO	T2	PPACA
MENACTRA	T2	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP	T3	PPACA
MENQUADFI	T2	PPACA
PENBRAYA	T2	PPACA
PENMENY MEN A-B-C-W-Y	T2	PPACA
TRUMENBA	T2	PPACA
VACUNAS CONTRA COCOS GRAMPOSITIVOS		
CAPVAXIVE	T2	PPACA
PNEUMOVAX 23	T2	PPACA
PREVNAR 13	T2	
VACUNAS CONTRA EL VIRUS DE LA INFLUENZA		
AFLURIA	T2	PPACA
AFLURIA QUAD	T2	PPACA
AFLURIA TRIV	T2	PPACA
AFLURIA TRIVALENT	T2	PPACA
AUDENZ (NATIONAL STOCKPILE)	T2	
FLUAD	T2	PPACA
FLUAD QUAD	T2	PPACA
FLUAD TRIVALENT	T2	PPACA
FLUARIX	T2	PPACA
FLUARIX QUAD	T2	PPACA
FLUARIX TRIVALENT	T2	PPACA
FLUBLOK	T2	PPACA
FLUBLOK QUAD	T2	PPACA
FLUBLOK TRIVALENT	T2	PPACA
FLUCELVAX	T2	PPACA
FLUCELVAX QUAD	T2	PPACA
FLUCELVAX TRIVALENT	T2	PPACA
FLULAVAL	T2	PPACA
FLULAVAL QUAD	T2	PPACA
FLULAVAL TRIVALENT	T2	PPACA
FLUMIST	T2	PPACA
FLUMIST HOME	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.)		
FLUMIST QUAD	T2	PPACA
FLUMIST TRIVALENT	T2	PPACA
FLUZONE	T2	PPACA
FLUZONE HIGH-DOSE	T2	PPACA
FLUZONE HIGH-DOSE QUAD	T2	PPACA
FLUZONE HIGH-DOSE TRIV	T2	PPACA
FLUZONE QUAD	T2	PPACA
FLUZONE TRIVALENT	T2	PPACA
VACUNAS/TOXOIDES CONTRA BACILOS TOXIGÉNICOS		
BCG VACCINE (TICE STRAIN)	T2	SP
VAXCHORA VACCINE	T2	
PREPARACIONES, COMBINACIONES DE VACUNAS/TOXOIDES		
ACTHIB	T2	PPACA
ADACEL	T2	PPACA
BOOSTRIX	T2	PPACA
DAPTACEL	T2	PPACA
DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS-PED	T2	
HIBERIX	T2	PPACA
INFANRIX	T2	PPACA
KINRIX	T2	PPACA
M-M-R II VACCINE W/DILUENT	T2	PPACA
PRIORIX VIAL	T2	PPACA
PEDVAXHIB	T2	PPACA
PENTACEL	T2	PPACA
PROQUAD	T2	PPACA
QUADRACEL DTAP-IPV	T2	PPACA
TENIVAC	T2	PPACA
TETANUS DIPHTHERIA TOXOIDS	T2	PPACA
VAXELIS	T2	PPACA
VACUNAS ANTIVIRALES/DE CÉLULAS TUMORÍGENAS		
ABRYSVO	T2	PPACA
ACAM2000	T2	
AREXVY VIAL KIT	T2	PPACA
ENGRIX-B	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 ANTIVIRALES/DE CÉLULAS TUMORÍGENAS (cont.)		
ERVEBO (NATIONAL STOCKPILE)	T2	
GARDASIL 9	T2	PPACA
HAVRIX	T2	PPACA
HEPLISAV-B	T2	PPACA
JYNNEOS	T2	
MRESVIA	T2	PPACA
PEDIARIX	T2	PPACA
RECOMBIVAX HB	T2	PPACA
SHINGRIX	T2	PPACA
TWINRIX	T2	PPACA
VAQTA	T2	PPACA
VARIVAX VACCINE	T2	PPACA
SANGRE (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)		
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA TROMBÓTICA		
CABLIVI	T2	PA SP
AGENTES ANTIFIBRINOLÍTICOS		
AMICAR (<i>aminocaproic acid</i>)	T3	SP HD
<i>aminocaproic acid</i> (Amicar)	T1	SP HD
LYSTEDA (<i>tranexamic acid</i>)	T3	SP
<i>tranexamic acid</i> (Lysteda)	T1	SP
INHIBIDORES DEL COMPLEMENTO		
EMPAVELI	T2	PA SP
FABHALTA	T2	PA SP
TAVNEOS	T3	PA QL (180 caps/30 days) SP
VOYDEYA	T2	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
AGENTES PARA LA ANEMIA DREPANOCÍTICA		
<i>glutamine</i> (Endari)	T1	PA
DROXIA	T2	
ENDARI (<i>glutamine</i>)	T3	PA
OXBRYTA	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

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

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

HEMOSTÁTICOS TÓPICOS

AVITENE	T3	
ENDO-AVITENE	T3	
GEL-FLOW	T3	
GELFOAM	T3	
GELFOAM JMI	T3	
MONSEL'S	T2	
RECOTHROM	T3	
SYRINGE AVITENE	T3	
THROMBI-GEL	T3	
THROMBIN-JMI	T3	
THROMBI-PAD	T3	
ULTRAFOAM	T3	
VISTASEAL FIBRIN SEALANT	T3	

SANGRE (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)

AGENTES HEMORREOLÓGICOS

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

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

AGENTES ANTIANGINOSOS Y ANTIISQUÉMICOS, NO HEMODINÁMICOS

<i>ranolazine</i>	T1	HD
<i>ranolazine er</i> (Ranexa)	T1	HD
RANEXA (<i>ranolazine</i>)	T3	ST HD

ANTIARRÍTMICOS

<i>amiodarone hcl</i>	T1	HD
<i>amiodarone hcl</i> (Pacerone)	T1	HD
<i>disopyramide phosphate</i> (Norpace)	T1	HD
<i>dofetilide</i> (Tikosyn)	T1	HD
<i>flecainide acetate</i>	T1	HD
<i>mexiletine hcl</i>	T1	HD
MULTAQ	T2	HD
NORPACE (<i>disopyramide phosphate</i>)	T3	HD
NORPACE CR	T3	HD
<i>pacerone</i>	T1	HD
<i>propafenone 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 PARA ENFERMEDADES CARDÍACAS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIARRÍTMICOS (cont.)		
<i>quinidine</i>	T1	HD
<i>quinidine gluconate</i>	T1	HD
BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO Y ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS, INHIBIDORES DE LA COX-2		
CONSENSI	T3	
AGENTES BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO		
ADALAT CC (<i>nifedipine er</i>)	T3	
<i>amlodipine besylate</i> (Norvasc)	T1	
CALAN SR (<i>verapamil er</i>)	T3	HD
CAMZYOS	T3	PA QL (30 caps/30 days) SP
CARDIZEM (<i>diltiazem hcl</i>)	T3	HD
CARDIZEM CD (<i>cartia xt</i>)	T3	HD
CARDIZEM CD (<i>diltiazem 24hr er (cd)</i>)	T3	HD
CARDIZEM LA	T3	HD
CARDIZEM LA (<i>diltiazem 24hr er (la)</i>)	T3	HD
CARDIZEM LA (<i>matzim la</i>)	T3	HD
<i>cartia xt</i> (Cardizem CD)	T1	HD
<i>diltiazem 24hr er (cd)</i> (Cardizem CD)	T1	HD
<i>diltiazem 24hr er (la)</i> (Cardizem La)	T1	HD
<i>diltiazem 24hr er (xr)</i>	T1	HD
<i>diltiazem er</i>	T1	HD
<i>diltiazem er</i> (Tiazac)	T1	HD
<i>diltiazem hcl</i> (Cardizem)	T1	HD
<i>dilt-xr</i>	T1	HD
<i>felodipine er</i>	T1	HD
<i>isradipine</i>	T1	
<i>matzim la</i> (Cardizem La)	T1	HD
<i>nicardipine hcl</i>	T1	HD
<i>nifedipine</i>	T1	HD
<i>nifedipine</i> (Procardia)	T1	HD
<i>nifedipine er</i>	T1	HD
<i>nifedipine er</i> (Procardia XL)	T1	HD
<i>nimodipine 30 mg capsule</i>	T1	HD
<i>nimodipine 60 mg/20 ml soln</i>	T1	
<i>nisoldipine</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 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.)		
<i>nisoldipine</i> (Sular)	T1	HD
NYMALIZE	T3	
PROCARDIA (<i>nifedipine</i>)	T3	HD
PROCARDIA XL (<i>nifedipine er</i>)	T3	HD
SULAR (<i>nisoldipine</i>)	T3	HD
<i>taztia xt</i> (Tiazac)	T1	HD
<i>tiadylt er</i> (Tiazac)	T1	HD
TIAZAC (<i>diltiazem 24hr er</i>)	T3	HD
<i>verapamil er</i> (Calan SR)	T1	HD
<i>verapamil er</i> (Verelan)	T1	HD
<i>verapamil er pm</i> (Verelan PM)	T1	HD
<i>verapamil hcl</i>	T1	HD
<i>verapamil hcl</i> (Verelan)	T1	HD
<i>verapamil hcl</i> (Verelan Pm)	T1	ST HD
VERELAN (<i>verapamil er</i>)	T3	HD
VERELAN (<i>verapamil hcl</i>)	T3	HD
VERELAN PM (<i>verapamil er pm</i>)	T3	HD
SOLUCIONES CARDIOPLÉJICAS		
<i>cardioplegic</i> (Plegisol)	T1	
GLUCÓSIDOS DIGITÁLICOS		
<i>digitek</i> (Lanoxin)	T1	HD
<i>digoxin</i> (Lanoxin)	T1	HD
LANOXIN	T3	HD
LANOXIN (<i>digitek</i>)	T3	HD
REDUCTORES DE LA FRECUENCIA CARDÍACA, INHIB. SELECTIVOS DE LA CORRIENTE I (F) DEL SA		
<i>ivabradine</i> (Corlanor)	T1	PA HD
ESTIMULADOR DE LA GUANILATO CICLASA SOLUBLE (SGC)		
VERQUVO	T2	QL (max 30 tabs/30 days)
VASODILADORES, CORONARIOS		
DILATRATE-SR	T2	HD
GONITRO	T3	
ISORDIL (<i>isosorbide dinitrate</i>)	T3	HD
<i>isosorbide dinitrate</i>	T1	HD
<i>isosorbide dinitrate</i> (Isordil Titradose)	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 ENFERMEDADES CARDÍACAS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
VASODILADORES, CORONARIOS (cont.)		
<i>isosorbide dinitrate</i> (Isordil)	T1	HD
<i>isosorbide mononitrate</i>	T1	HD
<i>nitro-bid</i>	T1	HD
NITRO-DUR	T3	HD
<i>nitroglycerin</i>	T1	HD
<i>nitroglycerin</i> (Nitro-Dur)	T1	HD
<i>nitroglycerin 400 mcg spray</i> (Nitrolingual)	T1	HD
<i>nitroglycerin 0.3 mg tablet sl</i> (Nitrostat)	T1	HD
<i>nitroglycerin 0.4 mg tablet sl</i> (Nitrostat)	T1	HD
<i>nitroglycerin 0.6 mg tablet sl</i> (Nitrostat)	T1	HD
NITROLINGUAL (<i>nitroglycerin</i>)	T3	
NITROMIST (<i>nitroglycerin</i>)	T3	HD
NITROSTAT (<i>nitroglycerin</i>)	T3	HD
<i>nitro-time</i>	T1	HD

CARDIOVASCULARES (Asma/EPOC/condiciones respiratorias)

ANTIHIP. PULM., ESTIMULADOR DE LA GUANILATO CICLASA SOLUBLE

ADEMPAS	T2	PA QL (90 tabs/30 days) SP HD
---------	----	-------------------------------

ANTIHIP. PULM., INHIB. SEL. DE LA FOSFODIESTERASA T5 DE C-GMP

REVATIO (<i>sildenafil</i>)	T3	PA QL SP HD
<i>sildenafil</i> (Revatio)	T1	PA QL SP HD

ANTIHIP. PULMONAR, ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES DE ENDOTELINA

<i>ambrisentan</i> (Letairis)	T1	PA SP HD
<i>bosentan 125 mg tablet</i> (Tracleer)	T1	PA QL (60 tabs/30 days) SP HD
<i>bosentan 32 mg tablet for susp</i> (Tracleer)	T1	PA QL (120 tabs/30 days) SP HD
<i>bosentan 62.5 mg tablet</i> (Tracleer)	T1	PA QL (60 tabs/30 days) SP HD
OPSUMIT	T2	PA QL (30 tabs/30 days) SP HD
TRACLEER 32 MG TABLET FOR SUSP (<i>bosentan</i>)	T2	PA QL (120 tabs/30 days) SP HD
TRACLEER 62.5 MG, 125 MG TABLET (<i>bosentan</i>)	T3	PA QL (60 tabs/30 days) SP HD

AGENTE ANTIHIPERTENSIVO PULMONAR, ACTRIIA-FC

WINREVAIR	T2	PA SP HD
WINREVAIR (2 PACK)	T2	PA SP HD

ANTIHIPERTENSIVOS PULMONARES, TIPO PROSTACICLINAS

ORENITRAM ER	T3	PA QL (90 tabs/30 days) SP HD
ORENITRAM TITRATION KT MONTH 1	T3	PA SP QL (168 tabs/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

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

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

ANTIHIPERTENSIVOS PULMONARES, TIPO PROSTACICLINAS

ORENITRAM TITRATION KT MONTH 2	T3	PA SP QL (336 tabs/28 days)
ORENITRAM TITRATION KT MONTH 3	T3	PA SP QL (252 tabs/28 days)
TYVASO	T2	PA ST SP HD
UPTRAVI	T2	PA QL (60 tabs/30 days) SP HD
VENTAVIS	T3	PA SP HD
YUTREPIA	T2	PA SP HD

ANTIHIP. PULMONAR-ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES DE ENDOTELINA-INHIB. DE LA PDE5 DEL GMPC

OPSYNVI	T2	PA QL (30 tabs/fill) SP HD
---------	----	----------------------------

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

COMBINACIÓN DE INHIBIDORES DE LA ECA-BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO

<i>amlodipine besylate-benazepril</i>	T1	HD
<i>amlodipine besylate-benazepril</i> (Lotrel)	T1	HD
PRESTALIA	T3	HD
TARKA (<i>trandolapril-verapamil er</i>)	T3	HD
<i>trandolapril-verapamil</i>	T1	HD
<i>trandolapril-verapamil</i> (Tarka)	T1	HD

INHIBIDOR DE LA ECA-TIAZIDA O DIURÉTICO TIAZÍDICO

ACCURETIC (<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>)	T3	HD
<i>benazepril hcl-hctz</i> (Lotensin HCT)	T1	HD
<i>captopril/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>enalapril maleate/hctz</i> (Vaseretic)	T1	HD
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>lisinopril-hctz</i> (Zestoretic)	T1	HD
LOTENSIN HCT (<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>)	T3	HD
<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i> (Accuretic)	T1	HD
VASERETIC (<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>)	T3	HD
ZESTORETIC (<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>)	T3	HD

AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA/BETA

CARDURA (<i>doxazosin mesylate</i>)	T3	QL HD
CARDURA XL	T3	QL (30 units/30 days) HD
<i>doxazosin mesylate</i> (Cardura)	T1	QL HD
<i>labetalol hcl 100 mg tablet</i>	T1	HD
<i>labetalol hcl 200 mg tablet</i>	T1	HD
<i>labetalol hcl 300 mg tablet</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 ALFA/BETA (cont.)		
MINIPRESS (<i>prazosin hcl</i>)	T3	HD
<i>prazosin hcl</i> (Minipress)	T1	HD
<i>terazosin hcl</i>	T1	QL (30 caps/30 days) HD
ANTAG. DE RECEPT. DE ANGIOTENSINA-BLOQ. DE LOS CANALES DE CALCIO-TIAZIDAS		
<i>amlodipine-valsartan-hctz</i> (Exforge HCT)	T1	HD
<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i> (Tribenzor)	T1	HD
COMB. INHIBIDOR DEL RECEPT. DE ANGIOTENSINA-DE LA NEPRILISINA (ARNI)		
ENTRESTO (<i>sacubitril/valsartan</i>)	T3	QL (60 tabs/30 days)
ENTRESTO SPRINKLE	T2	QL (240 caps/fill) HD
<i>sacubitril/valsartan</i> (Entresto)	T1	QL (60 tabs/30 days) HD
COMB. DE ANTAG. DE RECEPT. DE ANGIOTENSINA-DIURÉTICOS TIAZÍDICOS		
<i>candesartan-hydrochlorothiazid</i> (Atacand Hct)	T1	HD
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i> (Avalide)	T1	HD
<i>losartan-hydrochlorothiazide</i> (Hyzaar)	T1	HD
<i>losartan-hydrochlorothiazide</i> (Hyzaar)	T1	
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i> (Benicar HCT)	T1	HD
<i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i> (Micardis HCT)	T1	HD
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i> (Diovan HCT)	T1	HD
BLOQ. DE RECEPTORES DE ANGIOTENSINA-BLOQ. DE LOS CANALES DE CALCIO		
<i>amlodipine-olmesartan</i> (Azor)	T1	HD
<i>amlodipine-valsartan</i> (Exforge)	T1	HD
<i>telmisartan-amlodipine</i> (Twynsta)	T1	HD
ANTIHIPERTENSIVOS, INHIBIDORES DE LA ECA		
ACCUPRIL (<i>quinapril hcl</i>)	T3	HD
ALTACE (<i>ramipril</i>)	T3	HD
ANTIHIPERTENSIVOS, INHIBIDORES DE LA ECA		
<i>benazepril hcl</i> (Lotensin)	T1	HD
<i>captopril</i>	T1	HD
<i>enalapril maleate</i> (Vasotec)	T1	HD
<i>fosinopril</i>	T1	HD
<i>lisinopril</i> (Prinivil)	T1	HD
<i>lisinopril</i> (Zestril)	T1	HD
LOTENSIN (<i>benazepril hcl</i>)	T3	HD
<i>moexipril hcl</i>	T1	HD

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, INHIBIDORES DE LA ECA (cont.)		
<i>perindopril erbumine</i>	T1	HD
PRINIVIL (<i>lisinopril</i>)	T3	HD
<i>quinapril</i> (Accupril)	T1	HD
<i>ramipril</i>	T1	HD
<i>ramipril</i> (Altace)	T1	HD
<i>trandolapril</i>	T1	HD
VASOTEC (<i>enalapril maleate</i>)	T3	HD
ZESTRIL (<i>lisinopril</i>)	T3	HD
ANTIHIPERTENSIVOS, ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ANGIOTENSINA		
<i>candesartan cilexetil</i> (Atacand)	T1	HD
<i>eprosartan mesylate</i>	T1	
<i>irbesartan</i>	T1	HD
<i>irbesartan</i> (Avapro)	T1	HD
<i>losartan</i> (Cozaar)	T1	HD
<i>telmisartan</i>	T1	HD
<i>olmesartan medoxomil</i> (Benicar)	T1	HD
<i>telmisartan</i> (Micardis)	T1	HD
<i>valsartan</i> (Diovan)	T1	HD
<i>valsartan 20 mg/5 ml solution</i>	T1	HD
ANTIHIPERTENSIVOS, BLOQUEADORES GANGLIONARES		
VECAMYL	T3	
ANTIHIPERTENSIVOS, VARIOS		
DEMSEER	T3	PA HD
ANTIHIPERTENSIVOS, SIMPATOLÍTICOS		
CATAPRES-TTS (<i>clonidine</i>)	T3	QL (4 patches/21 days) HD
<i>clonidine hcl</i> (Catapres-TTS 1)	T1	QL (4 patches/21 days) HD
<i>clonidine hcl</i> (Catapres-TTS 2)	T1	QL (4 patches/21 days) HD
<i>clonidine hcl</i> (Catapres-TTS 3)	T1	QL (4 patches/21 days) HD
<i>guanfacine hcl</i>	T1	HD
<i>methylodopa</i>	T1	HD
<i>methylodopa/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
ANTIHIPERTENSIVOS, VASODILATADORES		
<i>hydralazine hcl</i>	T1	HD
<i>minoxidil</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		
<i>acebutolol hcl</i>	T1	HD
<i>atenolol</i> (Tenormin)	T1	HD
BETAPACE (<i>sorine</i>)	T3	HD
BETAPACE AF (<i>sorine</i>)	T3	HD
<i>betaxolol hcl</i>	T1	HD
<i>bisoprolol fumarate 10 mg tab</i>	T1	HD
<i>bisoprolol fumarate 5 mg tab</i>	T1	HD
HEMANGEOL	T2	PA
LOPRESSOR 100 MG TABLET (<i>metoprolol tartrate</i>)	T3	ST HD
LOPRESSOR 50 MG TABLET (<i>metoprolol tartrate</i>)	T3	ST HD
<i>metoprolol succinate</i> (Toprol XL)	T1	HD
<i>metoprolol tartrate</i>	T1	HD
<i>metoprolol tartrate</i> (Lopressor)	T1	HD
<i>pindolol</i>	T1	HD
<i>propranolol hcl</i>	T1	HD
<i>propranolol hcl er</i> (Inderal La)	T1	HD
<i>sorine</i>	T1	HD
<i>sorine</i> (Betapace)	T1	HD
<i>sotalol</i>	T1	HD
<i>sotalol</i> (Betapace)	T1	HD
<i>sotalol af</i> (Betapace)	T1	HD
SOTYLIZE	T2	HD
TENORMIN (<i>atenolol</i>)	T3	HD
<i>timolol maleate 10 mg tablet</i>	T1	HD
<i>timolol maleate 20 mg tablet</i>	T1	HD
<i>timolol maleate 5 mg tablet</i>	T1	HD
BETABLOQUEANTES Y TIAZIDAS, DIURÉTICOS TIAZÍDICOS		
<i>atenolol w/chlorthalidone</i> (Tenoretic 100)	T1	HD
<i>atenolol w/chlorthalidone</i> (Tenoretic 50)	T1	
<i>atenolol w/chlorthalidone</i> (Tenoretic 50)	T1	HD
<i>bisoprolol fumarate/hctz</i> (Ziac)	T1	HD
<i>bisoprolol/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</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
BETABLOQUEANTES Y TIAZIDAS, DIURÉTICOS TIAZÍDICOS (cont.)		
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i> (Lopressor HCT)	T1	HD
<i>propranolol hcl-hctz</i>	T1	HD
TENORETIC (<i>atenolol-chlorthalidone</i>)	T3	HD
INHIBIDOR DE LA RENINA, DIRECTO		
<i>aliskiren</i> (Tekturna)	T1	HD
COMB. DE INHIBIDORES DIRECTOS DE LA RENINA Y DIURÉTICOS TIAZÍDICOS		
TEKTRUNA HCT	T2	HD
COMBINACIÓN DE VASODILADORES		
<i>isosorbide dinit/hydralazine</i> (Bidil)	T1	HD
VASODILADORES, PERIFÉRICOS		
<i>ergoloid mesylates</i>	T1	
<i>isoxsuprine hcl</i>	T1	
CARDIOVASCULARES (Medicamentos para el colesterol)		
ANTIHIPERLIP. - INHIB. DE HMG-COA REDUCT.-INHIB. DE AB. DE COLEST.		
<i>ezetimibe-atorvastatin tabs</i>	T1	ST HD QL (30 tabs/30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin</i> (Vytorin)	T1	QL (30 units/30 days) HD
ANTIHIPERLIP. - INHIB. DE HMG-COA REDUCT.-BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO		
<i>amlodipine-atorvastatin</i> (Caduet)	T1	QL (30 units/30 days) HD
CADUET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	ST QL (30 units/30 days) HD
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIB. DE LA PROTEÍNA SIMILAR A LA ANGIOPOYETINA 3		
EVKEEZA	T3	PA
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDORES DE LA APOLIPOPROTEÍNA		
TRYNGOLZA	T3	PA SP
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDORES DE MTP		
JUXTAPID	T2	SP HD
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDORES DE PCSK9		
REPATHA	T2	
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS-INHIB. DE LA HMG-COA REDUCTASA (ESTATINAS)		
FLOLIPID	T3	ST QL HD
<i>fluvastatin</i>	T1	QL HD PPACA
<i>fluvastatin</i>	T1	QL (30 units/30 days) HD PPACA
<i>fluvastatin er</i> (Lescol XL)	T1	QL (30 units/30 days) HD PPACA
LESCOL XL (<i>fluvastatin er</i>)	T3	ST QL (30 units/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

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>lovastatin</i>	T1	QL HD PPACA
<i>pitavastatin calcium</i> (Livalo)	T1	QL (30 tabs/30 days) HD PPACA
<i>pravastatin</i> (Pravachol)	T1	QL (30 units/30 days) HD PPACA
<i>simvastatin</i>	T1	QL (30 units/30 days) HD
<i>simvastatin</i> (Zocor)	T1	QL (30 units/30 days) HD PPACA
ZYPITAMAG	T3	ST QL (30 units/30 days) HD

SECUESTRADORES DE SALES BILIARES

<i>cholestyramine</i>	T1	HD
<i>cholestyramine</i> (Questran)	T1	HD
<i>cholestyramine</i> (Questran Light)	T1	HD
<i>cholestyramine light</i> (Questran Light)	T1	HD
<i>colesevelam hcl</i> (Welchol)	T1	HD
COLESTID (<i>colestipol hcl</i>)	T3	HD
<i>colestipol hcl</i>	T1	HD
<i>colestipol hcl</i> (Colestid)	T1	HD
<i>prevalite</i>	T1	HD
<i>prevalite</i> (Questran Light)	T1	HD
QUESTRAN (<i>cholestyramine</i>)	T3	HD
QUESTRAN LIGHT (<i>cholestyramine</i>)	T3	ST HD
QUESTRAN LIGHT (<i>cholestyramine light</i>)	T3	HD

LIPOTRÓPICOS

<i>ezetimibe</i> (Zetia)	T1	HD
<i>fenofibrate</i>	T1	HD
<i>fenofibrate 130 mg capsule</i>	T1	ST HD
<i>fenofibrate</i> (Fenoglide)	T1	HD
<i>fenofibrate</i> (Tricor)	T1	HD
<i>fenofibric acid</i>	T1	HD
<i>fenofibric acid (choline)</i>	T1	HD
<i>fenofibric acid</i> (Fibricor)	T1	HD
FENOGLIDE (<i>fenofibrate</i>)	T3	ST HD
FIBRICOR (<i>fenofibric acid</i>)	T3	ST HD
<i>gemfibrozil</i> (Lopid)	T1	HD
LIPOFEN	T2	HD
LOPID (<i>gemfibrozil</i>)	T3	HD

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>niacin</i>	T1	HD
<i>niacin er</i> (Niaspan)	T1	HD
NIACOR	T3	HD
NIASPAN (<i>niacin er</i>)	T3	HD
<i>rosuvastatin 5mg, 10mg, 20mg, 40mg tab</i> (Crestor)	T1	
TRIGLIDE	T3	ST
CARDIOVASCULARES (Varios)		
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ENDOTELINA-ANGIOTENSINA		
FILSPARI	T2	PA QL (30 tabs/30 days) SP
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 10 mg/5 ml cup</i>	T1	HD
<i>memantine hcl 5 mg, 10 mg tablet</i>	T1	HD
<i>memantine hcl er</i> (Namenda XR)	T1	HD
NAMENDA	T3	HD
NAMENDA XR	T3	HD
TRATAMIENTO DEL ALZHEIMER, ANTAG. DE LOS RECEPTORES NMDA-INHIB. DE COLINA		
<i>memantine hcl/donepezil hcl</i> (Namzaric)	T1	ST HD
NAMZARIC (<i>memantine hcl/donepezil hcl</i>)	T2	ST HD
NAMZARIC	T2	ST HD
MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Varios)		
AGENTES PARA LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA		
RILUTEK (<i>riluzole</i>)	T3	PA SP HD
<i>riluzole</i> (Rilutek)	T1	PA SP HD
TEGLUTIK	T3	PA SP
TIGLUTIK	T3	PA SP
MEDICAMENTOS PARA TRATAR TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO		
AUSTEDO 6 MG TABLET	T3	PA QL (60 tabs/30 days) SP HD
AUSTEDO 9 MG TABLET	T3	PA QL (120 tabs/30 days) SP HD
AUSTEDO 12 MG TABLET	T3	PA QL (120 tabs/30 days) SP HD
AUSTEDO XR 6 MG TABLET	T3	PA QL (210 tabs/30 days) SP HD
AUSTEDO XR 12 MG TABLET	T3	PA QL (90 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 (Varios) (cont.)

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

MEDICAMENTOS PARA TRATAR TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO (cont.)

AUSTEDO XR 18 MG TABLET	T3	PA QL (30 tabs/fill) SP HD
AUSTEDO XR 24 MG TABLET	T3	PA QL (60 tabs/30 days) SP HD
AUSTEDO XR 30 MG TABLET	T3	PA QL (30 tabs/fill) SP HD
AUSTEDO XR 36 MG TABLET	T3	PA QL (30 tabs/fill) SP HD
AUSTEDO XR 42 MG TABLET	T3	PA QL (30 tabs/fill) SP HD
AUSTEDO XR 48 MG TABLET	T3	PA QL (30 tabs/fill) SP HD
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4)	T3	PA QL (28 tabs/fill) SP HD
HORIZANT	T3	ST
INGREZZA	T2	PA QL (30 caps/30 days) SP
INGREZZA SPRINKLE	T2	PA QL (30 caps/fill) SP
INGREZZA INITIATION PK (TARDIV)	T2	PA QL (28 caps/30 days) SP
tetrabenazine 12.5 mg tablet (Xenazine)	T1	
tetrabenazine 25 mg tablet (Xenazine)	T1	

XANTINAS

caffeine d	T1	HD
------------	----	----

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Esclerosis múltiple)

AGENTES PARA TRATAR LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

AUBAGIO	T3	PA SP HD QL (30 tabs/30 days)
AVONEX (4 PACK)	T2	PA QL (1 kit/28 days) SP HD
AVONEX ADMINISTRATION PACK	T2	PA QL (1 kit/21 days) SP HD
AVONEX PEN (4 PACK)	T2	PA QL (4 pens/28 days) SP HD
BAFIERTAM	T2	PA ST (120 caps/30 days) SP HD
BETASERON	T2	PA QL (14 kits/23 days) SP HD
fingerolimod	T1	PA ST QL (30 caps/30 days) SP HD
glatiramer acetate 20 mg/ml syringe (Copaxone)	T1	QL (30 syr/23 days) SP HD
glatiramer acetate 40 mg/ml syringe (Copaxone)	T1	QL (12 ml/23 days) SP HD
glatopa 20 mg/ml syringe (Copaxone)	T1	PA QL (30 syr/23 days) SP HD
glatopa 40 mg/ml syringe (Copaxone)	T1	PA QL (12 ml/23 days) SP HD
KESIMPTA PEN	T2	PA ST QL (1 pen/28 days) SP HD
MAVENCLAD 10 MG X 10 TABLET PACK	T3	PA QL (10 tabs/dispense) SP HD
MAVENCLAD 10 MG X 4 TABLET PACK	T3	PA QL (4 tabs/dispense) SP HD
MAVENCLAD 10 MG X 5 TABLET PACK	T3	PA QL (5 tabs/dispense) SP HD
MAVENCLAD 10 MG X 6 TABLET PACK	T3	PA QL (6 tabs/dispense) 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 (Esclerosis múltiple) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA TRATAR LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE (cont.)		
MAVENCLAD 10 MG X 7 TABLET PACK	T3	PA QL (7 tabs/dispense) SP HD
MAVENCLAD 10 MG X 8 TABLET PACK	T3	PA QL (8 tabs/dispense) SP HD
MAVENCLAD 10 MG X 9 TABLET PACK	T3	PA QL (9 tabs/dispense) SP HD
MAYZENT	T2	PA QL (30 units/30 days) SP HD
PLEGRIDY PEN/SYRINGE	T2	PA QL (1 ml/21 days) SP HD
PLEGRIDY STARTER PACK	T2	PA QL (1 pack/365 days) SP HD
PONVORY	T2	PA ST QL (30 tabs/30 days) SP
REBIF REBIDOSE SYRINGES	T2	PA ST QL (1 pack/28 days) SP HD
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	T2	PA ST QL (1 pack/28 days) SP HD
REBIF SYRINGES	T2	PA QL (6 ml/21 days) SP HD
REBIF TITRATION PACK	T2	PA QL (5 ml/21 c) SP HD
VUMERITY STARTER PACK	T2	PA QL (106 c/30 days)SP HD
VUMERITY	T2	PA QL (120 caps/30 days)SP HD
ZEPOSIA	T2	PA QL SP HD
ZEPOSIA 0.23-0.46 MG START PCK	T2	PA QL (37 v/30 days) SP HD
ZEPOSIA 0.23-0.46-0.92 MG KIT	T2	PA QL (7 v/7 days) SP HD
ZEPOSIA 0.92 MG CAPSULE	T2	PA QL (30 caps/30 Days) SP HD

AGENTES PARA EL TRAT. DE TRAST. DE LA TRANSMISIÓN NEUROMUSC., BLOQ. DE LOS CAN. DE POT.		
AMPYRA ER 10 MG TABLET	T3	PA QL (30 caps/30 days) SP HD
<i>dalfampridine er</i> (Ampyra)	T1	PA SP HD
FIRDAPSE	T2	PA SP

MODULADOR DE LOS RECEPTORES DE ESFINGOSINA 1-FOSFATO (SIP)		
ZEPOSIA 0.92 MG CAPSULE	T2	PA QL (30 caps/30 days) SP HD
ZEPOSIA STARTER KIT (28-DAY)	T2	PA QL (28 caps/30 days) SP HD
ZEPOSIA STARTER PACK (7-DAY)	T2	PA QL (7 caps/30 days) SP HD

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

INHIBIDORES DEL PÉPTIDO RELACIONADO CON EL GEN DE LA CALCITONINA (CGRP)		
EMGALITY SYRINGE	T2	PA QL (1 syr/23 days)

AGENTES PARA LA NEURALGIA POSTHERPÉTICA		
<i>gabapentin</i>	T1	ST
<i>gabapentin</i> (Gralise)	T1	ST
GRALISE	T3	ST
GRALISE (<i>gabapentin</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 PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MODULADOR DE LOS RECEPTORES DE ESFINGOSINA 1-FOSFATO (SIP)		
ZEPOSIA STARTER KIT (28-DAY)	T2	
VELSIPITY	T2	PA QL (30 tabs/30 days) SP HD

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos convulsivos)

ANTICONVULSIVOS - TIPO BENZODIAZEPINAS

<i>clobazam</i> (Onfi)	T1	PA HD
<i>clonazepam</i> (Klonopin)	T1	HD
DIASTAT (<i>diazepam</i>)	T3	HD
<i>diazepam</i> 10 mg rectal gel syrg	T1	HD
<i>diazepam</i> 10mg rectal gel (2pk)	T1	HD
<i>diazepam</i> 2.5mg rectal gel(2pk) (Diasat)	T1	HD
<i>diazepam</i> 20 mg rectal gel syrg	T1	HD
<i>diazepam</i> 20mg rectal gel (2pk)	T1	HD
KLONOPIN (<i>clonazepam</i>)	T3	HD
NAYZILAM	T2	PA QL HD
ONFI (<i>clobazam</i>)	T3	PA HD
SYMPAZAN	T3	PA HD
VALTOCO	T2	PA QL (2 units/30 days) HD

ANTICONVULSIVOS - TIPO CANNABINOIDES

EPIDIOLEX	T2	PA SP HD
-----------	----	----------

ANTICONVULSIVOS

APTiom (eslicarbazepine acetate)	T3	HD
BANZEL	T3	PA HD
BRIVIACT	T3	ST HD
<i>carbamazepine</i> 100 mg tab chew	T1	HD
<i>carbamazepine</i> 100 mg/5 ml cup	T1	HD
<i>carbamazepine</i> 100 mg/5 ml susp (Tegretol)	T1	HD
<i>carbamazepine</i> 200 mg tablet (Tegretol)	T1	HD
<i>carbamazepine</i> 200 mg/10 ml cup	T1	HD
CARBAMAZEPINE 200 MG TAB CHEW	T3	HD
<i>carbamazepine</i> (Tegretol)	T1	HD
<i>carbamazepine</i> er (Carbatrol)	T1	HD
<i>carbamazepine</i> er (Tegretol XR)	T1	HD
CARBATROL (<i>carbamazepine</i> er)	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 (Trastornos convulsivos) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONVULSIVOS (cont.)		
CELONTIN (<i>methsuximide</i>)	T3	HD
DEPAKOTE (<i>divalproex</i>)	T3	ST HD
DEPAKOTE ER (<i>divalproex er</i>)	T3	ST HD
DEPAKOTE SPRINKLE (<i>divalproex</i>)	T3	ST HD
DIACOMIT	T2	PA SP HD
DILANTIN (<i>phenytoin</i>)	T3	HD
DILANTIN 30 MG CAPSULE	T2	HD
<i>divalproex er</i> (Depakote ER)	T1	HD
<i>divalproex</i> (Depakote Sprinkle)	T1	HD
<i>divalproex</i> (Depakote)	T1	HD
<i>epitol</i> (Tegretol)	T1	HD
ELEPSIA XR	T3	ST HD
<i>eslicarbazepine acetate</i> (Aptiom)	T1	HD
<i>ethosuximide</i> (Zarontin)	T1	HD
<i>felbamate</i> (Felbatol)	T1	HD
FELBATOL (<i>felbamate</i>)	T3	HD
FYCOMPA	T2	HD
FYCOMPA (<i>perampanel</i>)	T2	HD
<i>gabapentin</i> (Neurontin)	T1	HD
LAMICTAL XR	T3	ST HD
<i>lamotrigine (blue)</i> (Lamictal (Blue))	T1	HD
<i>lamotrigine (green)</i> (Lamictal (Green))	T1	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal XR)	T1	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal)	T1	HD
<i>lamotrigine (orange)</i> (Lamictal (Orange))	T1	HD
<i>lamotrigine odt</i> (Lamictal ODT)	T1	HD
<i>levetiracetam</i> (Keppra XR)	T1	HD
<i>levetiracetam</i> (Keppra)	T1	HD
LEVETIRACETAM 250 MG TAB SUSP	T3	ST HD
<i>levetiracetam 1,000 mg tablet</i> (Keppra)	T1	HD
<i>levetiracetam 1,000mg/10ml cup</i> (Keppra)	T1	HD
<i>levetiracetam 100 mg/ml soln</i> (Keppra)	T1	HD
<i>levetiracetam 250 mg tablet</i> (Keppra)	T1	HD
<i>levetiracetam 500 mg tablet</i> (Keppra)	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>levetiracetam 500 mg/5 ml cup, soln</i>	T1	HD
<i>levetiracetam 750 mg tablet (Keppra)</i>	T1	HD
MYSOLINE (<i>primidone</i>)	T3	HD
<i>oxcarbazepine (Oxtellar Xr)</i>	T1	HD
<i>oxcarbazepine (Trileptal)</i>	T1	HD
OXTELLAR XR (<i>oxcarbazepine</i>)	T3	ST HD
PEGANONE	T2	HD
<i>perampanel (Fycompa)</i>	T1	HD
PHENYTEK (<i>phenytoin extended</i>)	T3	HD
<i>phenytoin</i>	T1	HD
<i>phenytoin (Dilantin)</i>	T1	HD
<i>phenytoin (Dilantin-125)</i>	T1	HD
<i>phenytoin (Phenytek)</i>	T1	HD
<i>pregabalin (Lyrica)</i>	T1	HD
<i>primidone (Mysoline)</i>	T1	HD
QUDEXY XR	T2	ST HD
<i>roweepra (Keppra)</i>	T1	HD
SABRIL (<i>vigabatrin</i>)	T3	PA SP HD
SPRITAM	T3	ST HD
<i>subvenite (Lamictal (Blue)</i>	T1	HD
<i>subvenite (Lamictal (Green)</i>	T1	HD
<i>subvenite (Lamictal (Orange)</i>	T1	HD
<i>subvenite (Lamictal)</i>	T1	HD
TEGRETOL (<i>carbamazepine</i>)	T3	HD
TEGRETOL XR (<i>carbamazepine er</i>)	T3	HD
<i>tiagabine</i>	T1	HD
<i>topiramate 50 mg sprinkle cap</i>	T1	HD
<i>topiramate 25 mg/ml solution (Eprontia)</i>	T1	HD
<i>topiramate er 25mg, 50mg, 100mg capsule (Trokendi XR)</i>	T1	ST
<i>topiramate 100 mg tablet (Topamax)</i>	T1	HD
<i>topiramate 15 mg sprinkle cap (Topamax)</i>	T1	HD
<i>topiramate 200 mg tablet (Topamax)</i>	T1	HD
<i>topiramate 25 mg sprinkle cap (Topamax)</i>	T1	HD
<i>topiramate 25 mg tablet (Topamax)</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>topiramate 50 mg tablet</i> (Topamax)	T1	HD
TROKENDI XR	T3	ST HD
<i>valproic acid</i>	T1	HD
VIGADRONE	T1	PA SP HD QL (150 pkts/30 days)
<i>vigadrone</i> (Sabril)	T1	PA SP HD
VIMPAT	T2	HD
XCOPRI 25 MG TABLET	T3	QL (30 tabs/fill) HD
ZARONTIN (<i>ethosuximide</i>)	T3	HD
<i>zonisamide</i>	T1	HD
<i>zonisamide</i> (Zonegran)	T1	HD
ZTALMY 50 MG/ML SUSPENSION	T2	SP
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 SP HD
FACTORES ESTIMULANTES DE COLONIAS (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)		
ERITROPOYESIS-AGENTES ESTIMULANTES		
PROCRIT	T2	PA SP
RETACRIT	T2	PA SP
ESTIMULANTES DE LEUCOCITOS (RECuento DE GLÓBULOS BLANCOS)		
FULPHILA	T2	PA QL (2 syr/23 days) SP
LEUKINE	T2	PA SP
NIVESTYM	T2	PA SP HD
ZARXIO	T2	PA SP HD
AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE TROMBOPOYETINA		
DOPTELET	T2	PA QL SP HD
<i>eltrombopag olamine</i> (Promacta)	T1	PA SP HD
PROMACTA (<i>eltrombopag olamine</i>)	T3	PA SP HD
FACTORES ESTIMULANTES DE COLONIAS (Cáncer)		
ANTAGONISTA DEL RECEPTOR DE QUIMIOCINAS CXCR4		
XOLREMDI	T3	PA SP 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

ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONCEPTIVOS, INTRAVAGINALES, SISTÉMICOS		
ANNOVERA VAGINAL RING	T3	QL (1 ring)
<i>eluryng</i> (Nuvaring)	T1	PPACA
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> (Nuvaring)	T1	PPACA
NUVARING (<i>eluryng</i>)	T3	
ANTICONCEPTIVOS, IMPLANTABLES		
NEXPLANON	T2	SP
ANTICONCEPTIVOS, INYECTABLES		
DEPO-PROVERA (<i>medroxyprogesterone acetate</i>)	T3	QL (1 ml/90 days) PPACA
DEPO-SUBQ PROVERA	T3	QL (1 ml/68 days)
<i>medroxyprogesterone acetate</i> (Depo-Provera)	T1	QL (1 ml/68 days) PPACA
ANTICONCEPTIVOS, INTRAVAGINALES		
<i>gynol ii</i>	T1	PPACA
TODAY CONTRACEPTIVE SPONGE	T2	PPACA
<i>vcf</i>	T1	PPACA
ANTICONCEPTIVOS, ORALES		
<i>afirmelle</i>	T1	HD PPACA
AFTERA (<i>aftera</i>)	T3	QL HD PPACA
<i>altavera</i>	T1	HD PPACA
<i>alyacen</i>	T1	HD PPACA
<i>amethia</i> (Seasonique)	T1	HD PPACA
<i>amethia lo</i> (Loseasonique)	T1	HD PPACA
<i>amethyst</i>	T1	HD PPACA
<i>apri</i>	T1	HD PPACA
<i>aranelle</i>	T1	HD PPACA
<i>ashlyna</i> (Seasonique)	T1	HD PPACA
<i>aubra</i>	T1	HD PPACA
<i>aubra eq</i>	T1	HD PPACA
<i>aurovela</i> (Loestrin)	T1	HD PPACA
<i>aurovela 24 fe</i>	T1	HD PPACA
<i>aurovela fe</i> (Loestrin Fe)	T1	HD PPACA
<i>aviane</i>	T1	HD PPACA
<i>ayuna</i>	T1	HD PPACA
<i>azurette</i> (Mircette)	T1	HD PPACA
<i>balziva</i>	T1	HD PPACA

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.)		
<i>bekyree</i> (Mircette)	T1	HD PPACA
BEYAZ (<i>drospirenone-eth estro-levomef</i>)	T3	HD
<i>blisovi 24 fe</i>	T1	HD PPACA
<i>blisovi fe</i> (Loestrin Fe)	T1	HD PPACA
<i>briellyn</i>	T1	HD PPACA
<i>camila</i>	T1	HD PPACA
<i>camrese</i> (Seasonique)	T1	HD PPACA
<i>camrese lo</i> (Loseasonique)	T1	HD PPACA
<i>caziant</i>	T1	HD PPACA
<i>chateal</i>	T1	HD PPACA
<i>chateal eq</i>	T1	HD PPACA
<i>cryselle</i>	T1	HD PPACA
<i>cyclafem</i>	T1	HD PPACA
<i>cyred</i>	T1	HD PPACA
<i>cyred eq</i>	T1	HD PPACA
<i>dasetta</i>	T1	HD PPACA
<i>daysee</i> (Seasonique)	T1	HD PPACA
<i>deblitane</i>	T1	HD PPACA
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i>	T1	HD PPACA
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i>	T1	PPACA
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	T1	
<i>desogestr-eth estrad eth estro</i> (Mircette)	T1	HD PPACA
<i>drospirenone-eth estro-levomef</i> (Beyaz)	T1	HD PPACA
<i>drospirenone-eth estro-levomef</i> (Safyral)	T1	HD PPACA
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> (Yasmin 28)	T1	HD PPACA
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> (Yaz)	T1	HD PPACA
<i>econtra ez</i> (Plan B One-Step)	T1	QL HD PPACA
<i>econtra one-step</i> (Plan B One-Step)	T1	QL HD PPACA
<i>elinest</i>	T1	HD PPACA
ELLA	T2	QL HD PPACA
<i>emoquette</i>	T1	HD PPACA
<i>enpresse</i>	T1	HD PPACA
<i>enskyce</i>	T1	HD PPACA
<i>errin</i>	T1	HD PPACA

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.)		
<i>estarylla</i>	T1	HD PPACA
<i>ethynodiol-ethinyl estradiol</i>	T1	HD PPACA
<i>ethinyl estradiol/drospirenone</i> (Yasmin 28)	T1	PPACA
<i>falmina</i>	T1	HD PPACA
<i>fayosim</i> (Quartette)	T1	HD PPACA
<i>femynor</i>	T1	HD PPACA
<i>gianvi</i> (Yaz)	T1	HD PPACA
<i>hailey</i> (Loestrin)	T1	HD PPACA
<i>hailey 24 fe</i>	T1	HD PPACA
<i>heather</i>	T1	HD PPACA
<i>incassia</i>	T1	HD PPACA
<i>introvale</i>	T1	HD PPACA
<i>isibloom</i>	T1	HD PPACA
<i>jasmie</i> (Yaz)	T1	HD PPACA
<i>jencycla</i>	T1	
<i>jolessa</i>	T1	HD PPACA
<i>juleber</i>	T1	HD PPACA
<i>june</i> (Loestrin)	T1	HD PPACA
<i>june fe</i>	T1	HD PPACA
<i>june fe</i> (Loestrin Fe)	T1	HD PPACA
<i>kaitlib fe</i> (Generess Fe)	T1	HD PPACA
<i>kalliga</i>	T1	HD PPACA
<i>kariva</i> (Mircette)	T1	HD PPACA
<i>kelnor 1-35</i>	T1	HD PPACA
<i>kelnor 1-50</i>	T1	HD PPACA
<i>l-norgest/e.estradiol-e.estradiol</i>	T1	HD PPACA
<i>larin</i> (Loestrin)	T1	HD PPACA
<i>larin fe</i>	T1	HD PPACA
<i>larin fe</i> (Loestrin Fe)	T1	HD PPACA
<i>larissia</i>	T1	HD PPACA
<i>layolis fe</i> (Generess Fe)	T1	HD
<i>leena</i>	T1	HD PPACA
<i>lessina</i>	T1	HD PPACA
<i>levonest</i>	T1	HD PPACA

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.)		
<i>levonorgestrel</i> (Plan B One-Step)	T1	QL HD PPACA
<i>levonorgestrel-eth estradiol</i>	T1	HD PPACA
<i>levonorgestrel-eth estradiol</i>	T1	
<i>levonorg-eth estrad eth estrad</i> (Loseasonique)	T1	HD PPACA
<i>levonorg-eth estrad eth estrad</i> (Quartette)	T1	HD PPACA
<i>levonorg-eth estrad eth estrad</i> (Seasonique)	T1	HD PPACA
<i>levora</i>	T1	HD PPACA
<i>lillow</i>	T1	HD PPACA
<i>loryna</i> (Yaz)	T1	HD PPACA
<i>low-ogestrel</i>	T1	HD PPACA
<i>lo-zumandimine</i> (Yaz)	T1	HD PPACA
<i>lutera</i>	T1	HD PPACA
<i>lyza</i>	T1	HD PPACA
<i>marlissa</i>	T1	HD PPACA
<i>melodetta 24 fe</i> (Minastrin 24 Fe)	T1	HD PPACA
<i>microgestin</i> (Loestrin)	T1	HD PPACA
<i>microgestin fe</i> (Loestrin Fe)	T1	HD PPACA
<i>mili</i>	T1	HD PPACA
<i>mono-lynyah</i>	T1	HD PPACA
<i>my choice</i> (Plan B One-Step)	T1	QL HD PPACA
<i>my way</i> (Plan B One-Step)	T1	QL HD PPACA
<i>necon</i>	T1	HD PPACA
<i>new day</i> (Plan B One-Step)	T1	QL HD PPACA
<i>nikki</i> (Yaz)	T1	HD PPACA
<i>nora-be</i>	T1	HD PPACA
<i>norethindrone ac/eth estradiol</i> (Loestrin)	T1	HD PPACA
<i>norethindrone acetate</i>	T1	HD PPACA
<i>norethindrone-ethin estradiol</i> (Loestrin)	T1	HD PPACA
<i>norethin-eth estra ferrous fum</i> (Generess Fe)	T1	HD PPACA
<i>norethin-eth estra ferrous fum</i> (Loestrin Fe)	T1	HD PPACA
<i>norethin-eth estra ferrous fum</i> (Minastrin 24 Fe)	T1	HD PPACA
<i>norethin-eth estra ferrous fum</i> (Minastrin 24 Fe)	T1	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	T1	HD PPACA
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	T1	

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.)		
<i>norgestrel-ethiny estro</i>	T1	
<i>norlyda</i>	T1	HD PPACA
<i>nortrel</i>	T1	HD PPACA
<i>ocella</i> (Yasmin 28)	T1	HD PPACA
<i>ogestrel</i>	T1	
<i>opcicon one-step</i> (Plan B One-Step)	T1	QL HD PPACA
<i>option 2</i> (Plan B One-Step)	T1	QL HD PPACA
<i>orsythia</i>	T1	HD PPACA
ORTHO-NOVUM (<i>alyacen</i>)	T3	
<i>philith</i>	T1	HD PPACA
<i>pimtreea</i> (Mircette)	T1	HD PPACA
<i>pirmella</i>	T1	HD PPACA
PLAN B ONE-STEP (<i>aftera</i>)	T2	QL HD PPACA
<i>portia</i>	T1	HD PPACA
<i>previfem</i>	T1	HD PPACA
<i>reclipsen</i>	T1	HD PPACA
<i>rivelsa</i> (Quartette)	T1	HD PPACA
<i>setlakin</i>	T1	HD PPACA
<i>sharobel</i>	T1	HD PPACA
<i>simliya</i> (Mircette)	T1	HD PPACA
<i>simpesse</i> (Seasonique)	T1	HD PPACA
<i>sprintec</i>	T1	HD PPACA
<i>sronyx</i>	T1	HD PPACA
<i>syeda</i> (Yasmin 28)	T1	HD PPACA
TAKE ACTION (<i>aftera</i>)	T3	QL HD PPACA
<i>tarina fe</i>	T1	HD PPACA
<i>tarina fe</i> (Loestrin Fe)	T1	HD PPACA
<i>tilia fe</i> (Estronest Fe)	T1	HD PPACA
<i>tri femynor</i>	T1	HD PPACA
<i>tri-estarylla</i>	T1	HD PPACA
<i>tri-legeste fe</i> (Estronest Fe)	T1	HD PPACA
<i>tri-lynyah</i>	T1	HD PPACA
<i>tri-lo-estarylla</i>	T1	HD PPACA
<i>tri-lo-marzia</i>	T1	HD PPACA

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.)		
<i>tri-lo-mili</i>	T1	HD PPACA
<i>tri-lo-sprintec</i>	T1	HD PPACA
<i>tri-mili</i>	T1	HD PPACA
<i>tri-previfem</i>	T1	HD PPACA
<i>tri-sprintec</i>	T1	HD PPACA
<i>trivora</i>	T1	HD PPACA
<i>tri-vylibra</i>	T1	HD PPACA
<i>tulana</i>	T1	HD PPACA
<i>tydemy</i> (Safyral)	T1	HD PPACA
<i>velivet</i>	T1	HD PPACA
<i>vienva</i>	T1	HD PPACA
<i>viorele</i> (Mircette)	T1	HD PPACA
<i>vyfemla</i>	T1	HD PPACA
<i>vylibra</i>	T1	HD PPACA
<i>wera</i>	T1	HD PPACA
<i>wymzya fe</i>	T1	HD PPACA
YAZ (<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>)	T3	HD
<i>zarah</i> (Yasmin 28)	T1	HD PPACA
<i>zovia</i>	T1	HD PPACA
<i>zumandimine</i> (Yasmin 28)	T1	HD PPACA
ANTICONCEPTIVOS TRANSDÉRMICOS		
<i>norelgestromin/ethin.estradiol</i>	T1	PPACA
<i>xulane</i>	T1	HD PPACA
DIAFRAGMAS/CAPUCHONES CERVICALES		
CAYA CONTOURED	T3	PPACA
FEMCAP	T2	PPACA
WIDE SEAL DIAPHRAGM	T3	PPACA
DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)		
KYLEENA	T2	SP
LILETTA	T3	SP
MIRENA	T2	SP
PARAGARD T 380-A	T3	SP
SKYLA	T2	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

ANTICONCEPTIVOS (Varios)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PRESERVATIVOS		
FC2 FEMALE CONDOM	T2	PPACA
PREPARACIONES PARA LA TOS/EL RESFRÍO (Medicamentos para la tos/el resfrío)		
ANTITUSIVOS NO OPIOIDES		
<i>benzonatate</i> (Tessalon Perle)	T1	
TESSALON PERLE (<i>benzonatate</i>)	T3	
ANTITUS. NO OPIOIDES-ANTIISTAMÍNICOS DE I.º GENERACIÓN-DESCONGESTIVOS		
BROMFED-DM (<i>bromfed dm</i>)	T3	
<i>brompheniramin-pseudoephed-dm</i>	T1	
<i>brompheniramine w/pseudoephed</i>	T1	
COMB. DE ANTITUSIVOS NO OPIOIDES-ANTIISTAMÍNICOS DE I.º GENERACIÓN		
<i>promethazine w/dm</i>	T1	
ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTIISTAMÍNICOS DE I.º GENERACIÓN-DESCONGEST.		
CAPCOF	T3	
HISTEX-AC	T3	
MAXI-TUSS CD	T3	
POLY-TUSSIN AC	T3	
<i>promethazine vc w/codeine</i>	T1	
ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTIISTAMÍNICOS DE I.º GENERACIÓN		
<i>hydrocodone-chlorpheniramine</i>	T1	
<i>promethazine w/codeine</i>	T1	
TUXARIN ER	T3	
TUZISTRA XR	T3	PA
Z-TUSS AC	T3	
COMBINACIONES DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTICOLINÉRGICOS		
<i>hydrocodone compound</i>	T1	
<i>hydrocodone/homatropine</i>	T1	
<i>hydromet</i>	T1	
COMB. DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-DESCONGESTIVOS-EXPECTORANTES		
CODITUSSIN DAC	T3	
<i>guaifenesin dac</i>	T1	
<i>lortuss ex</i>	T1	
<i>virtussin dac</i>	T1	
COMBINACIÓN DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-EXPECTORANTES		
CODITUSSIN AC	T3	

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 (Medicamentos para la tos/el resfrío) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
COMBINACIÓN DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-EXPECTORANTES (cont.)		
<i>g tussin ac</i> (Virtussin Ac)	T1	
<i>guaifenesin ac</i> (Virtussin Ac)	T1	
<i>guaifenesin with codeine</i> (Virtussin Ac)	T1	
<i>guiatussin ac</i> (Virtussin Ac)	T1	
MAR-COF CG	T3	
<i>m-clear wc</i>	T1	
NINJACOF-XG	T3	
<i>virtussin ac</i> (Virtussin Ac)	T1	

DIAGNÓSTICO (Diabetes)

DIAGNÓSTICO DEL NIVEL DE AZÚCAR EN SANGRE

FREESTYLE TEST STRIPS	T2	
FREESTYLE PRECISION NEO	T2	
HUMANA TRUE METRIX TEST STRIP	T2	
PRECISION XTRA	T2	
RELION TRUE METRIX TEST STRIP	T2	
TRUE METRIX GLUCOSE TEST STRIP	T2	
TRUETRACK GLUCOSE TEST STRIPS	T2	

ELEMENTOS PARA EXAMEN DE GLUCOSA EN ORINA

DIASTIX REAGENT	T2	
-----------------	----	--

DIAGNÓSTICO (Varios)

PREPARACIONES PARA ANÁLISIS DE SANGRE

FORA GTEL KETONE TEST STRIP	T3	
NOVAMAX PLUS	T2	
PRECISION XTRA	T2	

PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO CARDIOVASCULAR - RADIOPACOS

OMNIPAQUE	T3	
-----------	----	--

PREPARACIONES DE DIAGNÓSTICO, VARIAS

ARIDOL	T3	
PROVOCHOLINE	T3	
TC 99M SULFUR COLLOID PREP	T3	
TOXICOLOGY SALIVA COLLECTION	T3	
VUEBLU	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
DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS PARA PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO		
BD VERITOR SYSTEM SARS-COV[1]2	T2	
BINAXNOW COVID AG CARD HOME TST	T2	
BINAXNOW COVID-19 AG CARD	T2	
BINAXNOW COVID-19 AG SELF TEST	T2	
COVID19 SPECIMEN COLLECT NCPDP	T2	
CVS COVID19 TEST BY PHARMACIST	T2	
ELLUME COVID-19 HOME TEST	T2	
FLOWFLEX COVID-19 AG HOME TEST	T2	
INTELISWAB COVID-19 RAPID TEST	T2	
QUICKVUE AT-HOME COVID-19 TEST	T2	
QUICKVUE SARS ANTIGEN TEST	T2	
RAPID RESPONSE COVID-19 TEST	T2	
SOFIA SARS ANTIGEN FIA TEST	T2	
SOFIA2 FLU-SARS ANTIGEN FIA	T2	
VERITOR SARS-COV-2 AND FLU A-B	T2	
AGENTES PARA EL DIAGNÓSTICO OCULAR		
<i>bio glo</i> (Fluor-I-Strip At)	T1	
<i>ful-glo</i> (Fluor-I-Strip At)	T1	
<i>glostrips</i> (Fluor-I-Strip At)	T1	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOPACOS GASTROINTESTINALES		
SITZMARKS FOR KIDS	T3	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO DE LA FUNCIÓN METABÓLICA RADIOACTIVOS		
SODIUM IODIDE I-123	T3	
DIURÉTICOS (Diuréticos)		
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ARGININA VASOPRESINA (AVP)		
JYNARQUE	T3	PA QL SP
SAMSCA 15 MG TABLET	T2	PA QL (30 units/30 days) SP
SAMSCA 30 MG TABLET	T3	PA QL SP
INHIBIDORES DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA		
<i>acetazolamide</i>	T1	HD
<i>methazolamide</i>	T1	HD
DIURÉTICOS DE ASA		
<i>bumetanide</i>	T1	HD
EDECIN (<i>ethacrynic acid</i>)	T3	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

DIURÉTICOS (Diuréticos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
DIURÉTICOS DE ASA (cont.)		
<i>ethacrynic acid</i> (Edecrin)	T1	
<i>furosemide</i>	T1	HD
FUROSEMIDE	T3	HD
<i>furosemide</i> (Lasix)	T1	HD
LASIX (<i>furosemide</i>)	T3	HD
<i>torseamide</i>	T1	HD
<i>torseamide</i>	T1	
DIURÉTICOS OSMÓTICOS		
RESECTISOL	T2	
AGENTE DE LA ENFERMEDAD RENAL POLIQUÍSTICA, ANTAG. DE LOS RECEPT. DE LA AVP		
<i>tolvaptan 15 mg tablet</i> (Jynarque)	T1	PA SP HD
<i>tolvaptan 15 mg-15 mg tablet</i> (Jynarque)	T1	PA SP HD
<i>tolvaptan 30 mg tablet</i> (Jynarque)	T1	PA SP HD
<i>tolvaptan 30 mg-15 mg tablet</i> (Jynarque)	T1	PA SP HD
<i>tolvaptan 45 mg-15 mg tablet</i> (Jynarque)	T1	PA SP HD
<i>tolvaptan 60 mg-30 mg tablet</i> (Jynarque)	T1	PA SP HD
<i>tolvaptan 90 mg-30 mg tablet</i> (Jynarque)	T1	PA SP HD
JYNARQUE 15 MG TABLET (<i>tolvaptan</i>)	T3	PA SP HD
JYNARQUE 15 MG-15 MG TABLET (<i>tolvaptan</i>)	T3	PA SP HD
JYNARQUE 30 MG TABLET (<i>tolvaptan</i>)	T3	PA SP HD
JYNARQUE 30 MG-15 MG TABLET (<i>tolvaptan</i>)	T3	PA SP HD
JYNARQUE 45 MG-15 MG TABLET (<i>tolvaptan</i>)	T3	PA SP HD
JYNARQUE 60 MG-30 MG TABLET (<i>tolvaptan</i>)	T3	PA SP HD
JYNARQUE 90 MG-30 MG TABLET (<i>tolvaptan</i>)	T3	PA SP HD
DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO		
ALDACTONE (<i>spironolactone</i>)	T3	HD
<i>amiloride hcl</i>	T1	HD
CAROSPIR	T3	PA HD
DYRENIUM (<i>triamterene</i>)	T3	HD
<i>eplerenone</i> (Inspra)	T1	HD
INSPIRA (<i>eplerenone</i>)	T3	HD
KERENDIA 10 MG TABLET	T2	PA QL (30 tabs/30 days)
KERENDIA 20 MG TABLET	T2	PA QL (30 tabs/30 days)
KERENDIA 40 MG TABLET	T2	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

DIURÉTICOS (Diuréticos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura

DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO (cont.)		
<i>spironolactone</i>	T1	HD
<i>spironolactone 100 mg tablet</i> (Aldactone)	T1	HD
<i>spironolactone 25 mg tablet</i> (Aldactone)	T1	HD
<i>spironolactone 25 mg/5 ml susp</i> (Carospir)	T1	
<i>spironolactone 50 mg tablet</i> (Aldactone)	T1	HD
<i>triamterene</i> (Dyrenium)	T1	HD

DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO EN COMBINACIÓN		
<i>amiloride hcl w/hctz</i>	T1	HD
DYAZIDE (<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>)	T3	HD
JYNARQUE 45-15mg tablets	T3	PA QL (56 tabs/30 days) SP
JYNARQUE 60-30mg tablets	T3	PA QL (56 tabs/30 days) SP
JYNARQUE 90-30mg tablets	T3	PA QL (56 tabs/30 days) SP
<i>spironolact/hctz</i>	T1	HD
<i>spironolactone w/hctz</i> (Aldactazide)	T1	HD
<i>triamterene w/hctz</i> (Dyazide)	T1	HD

TIAZIDA Y DIURÉTICOS AFINES		
<i>chlorthalidone</i>	T1	HD
DIURIL	T3	HD
<i>hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>indapamide</i>	T1	HD
<i>metolazone</i>	T1	HD

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

ANTIISTAMÍNICOS NAALES		
<i>azelastine hcl</i>	T1	QL HD
<i>olopatadine hcl</i> (Patanase)	T1	QL HD
PATANASE (<i>olopatadine hcl</i>)	T3	QL HD

COMB. DE ANTIISTAMÍNICOS NAALES Y ANTIINFLAM. ESTEROIDEOS		
RYALTRIS 665-25MCG SPRAY	T3	ST QL HD

ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS NAALES		
FLONASE ALLERGY RELIEF 50mcg NASAL SPRAY (15.8 PS)	T3	
FLONASE ALLERGY RELIEF 50mcg NASAL SPRAY (9.9 PS)	T2	
FLONASE SENSIMIST 27.5mcg (5.9, 9.9)	T2	
FLONASE SENSIMIST 27.5mcg (9.1, 15.8)	T2	
<i>flunisolide</i>	T1	QL 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
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS NASALES (cont.)		
<i>fluticasone propionate</i>	T1	QL HD
<i>mometasone</i> (Nasonex)	T1	QL HD
NASACORT ALLERGY 24 hour SPRAY (10.8 PS)	T2	
NASACORT ALLERGY 24 hour SPRAY (16.9 PS)	T2	
NASONEX	T3	ST SP
RHINOCORT ALLERGY RELIEF 50mcg NASAL SPRAY	T2	
RHINOCORT AQUA NASAL SPRAY	T2	
XHANCE	T2	ST QL (32 mls/30 days) HD
PREPARACIONES NASALES, VARIAS (CON RECETA)		
COCAINE HCL	T3	
GOPRELTO	T3	
<i>ipratropium bromide</i>	T1	QL (30 units/30 days) HD
NUMBRINO	T3	
PREPARACIONES NASALES, VASOCONSTRICTORES (CON RECETA)		
ADRENALIN CHLORIDE	T3	
PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Medicamentos para los oídos)		
PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIINFLAMATORIAS		
DERMOTIC (<i>flac otic oil</i>)	T3	
<i>flac otic oil</i> (Dermotic)	T1	
<i>fluocinolone acetonide oil</i> (Dermotic)	T1	
PREPARACIONES ÓTICAS, VARIAS, ANTIINFECCIOSOS		
<i>acetic acid</i>	T1	
<i>acetic acid/hydrocortisone</i>	T1	
CORTANE-B (<i>hc pramoxine</i>)	T3	
PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Condiciones oculares)		
AGENTES PARA EL ENTRECRUZAMIENTO DE COLÁGENO CORNEAL		
PHOTREXA CROSS-LINKING	T3	
PHOTREXA VISCOUS	T3	
LÁGRIMAS ARTIFICIALES		
KLARITY (CHONDROITIN)	T3	
LACRISERT	T3	PA
MIEBO	T2	PA QL (3 mls/fill)

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
ANTIINFECCIOSOS PARA LOS OJOS (CON RECETA ÚNICAMENTE)		
BETADINE	T3	
<i>povidone-iodine</i>	T1	
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS PARA LOS OJOS		
<i>bromfenac sodium</i> (Bromsite)	T1	
<i>bromfenac sodium</i> (Prolensa)	T1	
DEXTENZA	T3	
DUREZOL	T3	ST
EYSUVIS	T2	PA QL (8.3 mls/30 days)
<i>fluorometholone</i> (Fml)	T1	
<i>flurbiprofen</i>	T1	
FML (<i>fluorometholone</i>)	T3	
ILEVRO	T3	
INVELTYS	T3	ST
<i>ketorolac</i> (Acular LS)	T1	
<i>ketorolac</i> (Acular)	T1	
KLARITY-L (LOTEPREDNOL-CHONDR)	T3	
LOTEMAX DROPS (<i>loteprednol etabonate</i>)	T3	
LOTEMAX GEL, OINTMENT	T3	ST
LOTEMAX SM	T3	ST
<i>loteprednol etabonate</i> (Alrex)	T1	PA SP HD
<i>loteprednol etabonate</i> (Lotemax)	T1	PA SP HD
PRED FORTE (<i>prednisolone</i>)	T3	
<i>prednisolone acetate</i> (Pred Forte)	T1	
PREDNISOLONE-NEPAFENAC	T3	
<i>prednisolone phosphate</i>	T1	
<i>prednisolone sod ph/bromfenac</i>	T1	
PROLENSA (<i>bromfenac sodium</i>)	T3	ST
IRRIGACIÓN OCULAR		
<i>balanced salt</i> (BSS)	T1	
ANESTÉSICOS LOCALES PARA LOS OJOS		
AKTEN	T3	
ALCAINE (<i>proparacaine hcl</i>)	T3	
<i>altacaine</i>	T1	
ALTAFLUOR BENOX	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
ANESTÉSICOS LOCALES PARA LOS OJOS (cont.)		
<i>proparacaine hcl</i> (Alcaine)	T1	
<i>proparacaine-fluorescein</i>	T1	
<i>tetracaine hcl</i>	T1	
ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS PARA LOS OJOS		
ALOCRIIL	T3	ST
<i>cromolyn</i>	T1	
<i>pilocarpine hcl</i> (Isopto Carpine)	T1	HD
SIMBRINZA	T3	HD
<i>timolol maleate</i> (Istalol)	T1	HD
<i>timolol maleate</i> (Timoptic)	T1	HD
<i>timolol maleate</i> (Timoptic-XE)	T1	HD
TIMOLOL-BRIMONIDIN-DORZOLAMIDE	T3	HD
TIMOLOL-BRIMONI-DORZOL-LATANOP	T3	HD
TIMOLOL-DORZOLAMIDE-LATANOPRST	T3	HD
TIMOLOL-LATANOPROST	T3	HD
TIMOPTIC (<i>timolol maleate</i>)	T3	ST HD
TIMOPTIC-XE (<i>timolol maleate</i>)	T3	ST HD
<i>travoprost</i> (Travatan Z)	T1	HD
TRUSOPT (<i>dorzolamide hcl</i>)	T3	ST HD
VYZULTA	T3	ST HD
COMBINACIONES DE MIDRIÁTICOS OCULARES Y AINE		
MYDRIATIC4 (TROP-PROP-PE-KTRLC)	T3	
PREPARACIONES OCULARES, VARIAS (SIN RECETA)		
GELFILM	T3	
VASOCONSTRICTORES PARA LOS OJOS		
<i>phenylephrine hcl</i>	T1	
MIÓTICOS Y OTROS REDUCTORES DE LA PRESIÓN INTRAOCULAR		
ALPHAGAN P 0.1% DROPS	T3	ST HD
ALPHAGAN P 0.15% DROPS (<i>brimonidine tartrate</i>)	T3	HD
<i>apraclonidine hcl</i>	T1	HD
<i>betaxolol hcl</i>	T1	HD
BETOPTIC S	T3	HD
<i>bimatoprost</i>	T1	HD

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.)		
BIMATOPROST-BRIMONIDINE-DORZOL	T3	HD
BIMATOPROST-DORZOLAMID-TIMOLOL	T3	HD
BRIMONIDINE 0.1%-DORZOLAM 2%	T3	
BRIMONIDINE 0.15%-DORZOLAM 2%	T3	HD
<i>brimonidine tartrate</i> (Alphagan P)	T1	HD
<i>carteolol hcl</i>	T1	HD
COMBIGAN	T3	HD
DORZOLAMIDE HCL	T3	HD
<i>dorzolamide hcl</i>	T1	HD
DORZOLAMIDE-TIMOLOL	T3	HD
<i>dorzolamide-timolol</i> (Cosopt PF)	T1	HD
<i>dorzolamide-timolol</i> (Cosopt)	T1	HD
IOPIDINE	T3	ST HD
ISOPTO CARPINE (<i>pilocarpine hcl</i>)	T3	HD
LATANOPROST	T3	HD
<i>latanoprost</i> (Xalatan)	T1	HD
<i>levobunolol hcl</i>	T1	HD
<i>miostat</i> (Miostat)	T1	HD
PHOSPHOLINE IODIDE	T2	HD
<i>pilocarpine 1%, 2% eye drops</i>	T1	HD
<i>pilocarpine 4% eye drops</i>	T1	HD
RHOPRESSA	T3	
ROCKLATAN	T3	PA
<i>timolol</i> (Betimol)	T1	ST HD
<i>timolol 0.25% gel-solution</i> (Timoptic-Xe)	T1	ST HD
<i>timolol 0.5% eye drop</i> (Istalol)	T1	ST HD
<i>timolol 0.5% gel-solution</i> (Timoptic-Xe)	T1	ST HD
<i>timolol 0.5% gfs gel-solution</i> (Timoptic-Xe)	T1	ST HD
TIMOLOL-BIMATOPROST	T3	HD
TIMOLOL-DORZOLAMIDE-BIMATOPRST	T3	HD
<i>timolol maleate 0.25% eye drop</i>	T1	ST HD
<i>timolol maleate 0.25% eye drop</i> (Timoptic)	T1	HD
<i>timolol maleate 0.5% eye drop</i> (Timoptic Ocudose)	T1	ST HD
<i>timolol maleate 0.5% eye drops</i> (Timoptic)	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 (Condiciones oculares) (cont.)

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

MIDRIÁTICOS

<i>atropine</i>	T1	HD
<i>atropine 1% eye drops</i>	T1	PA SP HD
<i>atropine sulf 0.025% eye drop</i>	T1	HD
<i>atropine sulfate 0.01% eye drp</i>	T1	PA SP HD
ATROPINE SULF 0.025% EYE DROP	T3	HD
ATROPINE SULFATE 0.05% EYE DRP	T3	HD
CYCLOGYL (<i>cyclopentolate hcl</i>)	T3	HD
CYCLOMYDRIL	T3	HD
<i>cyclopentolate hcl</i>	T1	HD
<i>cyclopentolate hcl (Cyclogyl)</i>	T1	HD
CYCLOPENTOLATE-TROPICAMIDE-PE	T3	HD
<i>homatropaire</i>	T1	HD
MYDCOMBI	T3	HD
MYDRIACYL (<i>tropicamide</i>)	T3	HD
PAREMYD	T3	HD
<i>tropicamide</i>	T1	HD
<i>tropicamide (Mydriacyl)</i>	T1	HD
TROPICAMIDE-CYCLOPENTOLATE-PE	T3	
<i>tropicamide 1%-phenylephr 2.5%</i>	T1	
TROPICAMIDE 1%-PHENYLEPHR 2.5%	T3	

ANTAGONISTAS DEL FACTOR DE CRECIMIENTO ENDOTELIAL VASC. OFT.

MACUGEN	T3	PA
---------	----	----

ANTICUERPOS MONOCLONALES RECOMBINANTES ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DEL VEGF-A OFTÁLMICOS

LUCENTIS	T3	PA SP
----------	----	-------

AGENTES ANTIFIBRÓTICOS OFTÁLMICOS

MITOMYCIN-WATER	T3	
MITOSOL	T3	

ANTIINFLAMATORIOS OFTÁLMICOS, TIPO INMUNOMODULADOR

CEQUA	T3	PA QL (60 vls/30 days)
CYCLOSPORINE IN KLARITY	T3	HD
RESTASIS	T3	PA QL HD
RESTASIS MULTIDOSE	T2	PA QL HD
XIIDRA	T2	PA QL
VEVYE	T3	PA QL (2 mls/fill) 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		
CYSTARAN	T2	SP
FACTOR DE CRECIMIENTO DEL NERVIÓ OFTÁLMICO HUMANO (HNGF)		
OXERVATE	T2	PA SP HD
PREPARACIONES OFTÁLMICAS, VARIAS		
biolon	T1	SP
AGENTES ENZIMÁTICOS PROTEOLÍTICOS OFTÁLMICOS		
JETREA	T2	
ELEMENTOS DE ASISTENCIA PARA OPERACIÓN OFTALMOLÓGICA		
ocucoat (Cellugel)	T1	
AGONISTAS OFTÁLMICOS DE TRPM8		
TRYPTYR	T3	PA
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Productos dentales)		
PREPARACIONES CON FLÚOR		
CLINPRO 5000	T3	
denta 5000 plus	T1	
dentagel	T1	
FLUORIDEX DAILY DEFENSE	T3	
FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF	T3	
FRAICHE 5000 PREVI	T3	
fluoritab	T1	PPACA
PREVIDENT	T3	
PREVIDENT 5000 ENAMEL PROTECT	T3	
PREVIDENT 5000 ORTHO DEFENSE	T3	
PREVIDENT 5000 SENSITIVE	T3	
PREVIDENT KIDS	T3	
sf	T1	
sf 5000 plus	T1	
sodium fluoride	T1	
sodium fluoride 5000 plus	T1	
sodium fluoride enamel protect	T1	
sodium fluoride sensitive	T1	
REPOSICIÓN DE HIERRO		
ACCRUFER 30 MG CAPSULE	T3	
FERAHEME 510 MG/17 ML VIAL	T3	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

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Diabetes)

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

AGENTES PARA TRATAR LA HIPOGLUCEMIA (HIPERGLUCÉMICOS)

<i>dex4 glucose</i>	T1	
GLUCAGEN	T2	QL
GLUCAGON EMERGENCY KIT	T2	QL
<i>gluco burst</i>	T1	
GLUCO SHOT	T3	
<i>glucose</i>	T1	
GLUCOSE 2 GRAM GUMMY	T3	
GLUCOSE	T3	
<i>glucose bits</i>	T1	
<i>glucose gel</i>	T1	
<i>glutose</i>	T1	
GLUTOSE (<i>gluco burst</i>)	T2	
GVOKE	T2	
GVOKE SYRINGE	T2	QL
GLUCOSE 2 GRAM GUMMY	T3	
INSTA-GLUCOSE	T3	
LIQUID IRON	T3	
PROGLYCEM (<i>diazoxide</i>)	T3	
<i>reliion</i>	T1	
TRUEPLUS	T3	
TRUEPLUS (<i>dex4 glucose</i>)	T3	

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Varios)

SUPLEMENTOS DE ÁCIDO NUCLEICO/NUCLEÓTIDOS

XURIDEN	T2	SP
---------	----	----

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Nutritivos/alimenticios)

CARBOHIDRATOS

ENFAMIL	T2	
GLUTOL	T2	

REDUCTORES DE ELECTROLITOS

<i>acetate</i>	T1	
AURYXIA	T3	
CALCIUM 667mg	T3	QL (360 tabs/30 days)
<i>kionex</i>	T1	

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>lanthanum carbonate</i> (Fosrenol)	T1	QL (90 tabs/30 days)
LOKELMA	T2	QL (30 units/30 days)
<i>polystyrene sulfonate</i>	T1	
REVELA (<i>sevelamer carbonate</i>)	T3	QL (270 tabs/30 days)
<i>sps</i>	T1	
VELPHORO	T3	QL (120 tabs/30 days)
VELTASSA 1 GM POWDER PACKET	T2	
VELTASSA 16.8 GM POWDER PACKET	T2	QL (30 packs/30 days)
VELTASSA 25.2 GM POWDER PACKET	T2	QL (30 packs/30 days)
VELTASSA 8.4 GM POWDER PACKET	T2	QL (30 packs/30 days)
PREPARACIONES CON FLÚOR		
PREVENT KIDS	T3	
AGENTES QUE CONTIENEN YODO		
<i>Iugol's</i>	T1	
SSKI	T3	
<i>strong iodine</i>	T1	
REPOSICIÓN DE HIERRO		
<i>cvs iron 27 mg tablet</i> (Fergon)	T1	
<i>cvs iron 65 mg tablet</i>	T1	
<i>eql iron 65 mg tablet</i>	T1	
<i>ferrous fum/vit c/b12-if/folic</i>	T1	PPACA
<i>ferrous fumarate 324 mg tablet</i>	T1	
FERROUS SULF 300 MG/5 ML CUP	T3	
<i>ferrous sulf 15 mg iron/ml drp</i> (Fer-In-Sol)	T1	
<i>ferrous sulf 220 mg/5 ml elix, liq</i>	T1	
<i>ferrous sulf 300 mg/5 ml cup</i>	T1	
<i>ferrous sulf 300 mg/6.8ml soln</i>	T1	
<i>ferrous sulf 44 mg iron/5ml lq</i>	T1	
<i>ferrous sulf ec 324 mg, 325 mg tablet</i>	T1	
<i>ferrous sulfate 325 mg tablet</i>	T1	
<i>ft iron 65 mg tablet</i>	T1	
FT IRON 45 MG TABLET	T3	
<i>gnp iron 45 mg tablet</i>	T1	
<i>gnp iron 65 mg tablet</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 HIERRO (cont.)		
HEMATOGEN	T3	
iron 27 mg tablet	T1	
iron 27 mg tablet (Fergon)	T1	
iron 28 mg tablet	T1	
iron 45 mg tablet	T1	
iron 65 mg tablet	T1	
iron sucrose complex	T1	PA
NOVAFERRUM YAY IRON	T3	
iron-vitamin c 100-250 mg tab (Icar-C)	T1	PA SP HD
IRON-VITAMIN C 65-125 MG TAB	T2	PA SP HD
NOVAFERRUM ALL GOOD	T3	PA SP HD
NOVAFERRUM WOW	T3	PA SP HD
NOVAFERRUM YUMMY PEDIATRIC	T2	PA SP HD
ra iron 65 mg tablet	T1	
sm iron 65 mg tablet	T1	
sv iron 65 mg tablet	T1	
true ferrous sulf ec 324 mg tb	T1	
TULIVITE	T3	

PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS

fluoride	T1	PPACA
fluoritab	T1	PPACA
ludent fluoride	T1	PPACA

REPOSICIÓN DE POTASIO

chloride (Klor-Con 10)	T1	
chloride (Klor-Con 8)	T1	
chloride (K-Tab ER)	T1	
effer-k	T1	
klor-con	T1	
klor-con (Klor-Con 10)	T1	
klor-con (Klor-Con 8)	T1	
klor-con m	T1	
klor-con m (Klor-Con M15)	T1	
klor-con-ef	T1	
K-TAB	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) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
REPOSICIÓN DE POTASIO (cont.)		
<i>k-tab</i> (Klor-Con 8)	T1	
<i>potassium cl</i> 10% (20 meq/15ml)	T1	
<i>potassium cl</i> 20 meq packet	T1	
<i>potassium cl</i> 20% (40 meq/15ml)	T1	
<i>potassium cl</i> er 10 meq capsule, tablet	T1	
<i>potassium cl</i> er 15 meq tablet	T1	
<i>potassium cl</i> er 20 meq tablet	T1	
<i>potassium cl</i> er 8 meq capsule, tablet	T1	
<i>potassium cl</i> 10%(20meq/15ml)cup	T1	
<i>potassium cl</i> 10%(40meq/30ml)cup	T1	
<i>potassium cl</i> 20%(40meq/15ml)cup	T1	
POTASSIUM CL ER 15 MEQ TABLET	T1	
REPOSICIÓN DE PROTEÍNAS		
AQNEURSA	T2	PA SP
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Condiciones urinarias)		
MODIFICADORES DEL PH URINARIO		
<i>citric acid/sodium citrate</i>	T1	HD
<i>er</i> (Urocit-K)	T1	HD
K-PHOS NO.2	T3	HD
K-PHOS ORIGINAL	T2	HD
ORACIT	T3	HD
<i>potassium citrate</i>	T1	HD
RENACIDIN	T2	HD
UROCIT-K (<i>potassium er</i>)	T3	HD
GASTROINTESTINALES (Medicamentos para el colesterol)		
LIPOTRÓPICOS		
LOVAZA (<i>omega-3 acid ethyl esters</i>)	T3	PA HD
<i>omega-3 acid ethyl esters</i> (Lovaza)	T1	PA HD
VASCEPA	T2	PA HD
GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis)		
INHIBIDORES DE AMONÍACO		
BUPHENYL (<i>phenylbutyrate</i>)	T3	SP HD
<i>enulose</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

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE AMONÍACO (cont.)		
<i>generlac</i>	T1	HD
<i>lactulose</i>	T1	HD
LITHOSTAT	T3	HD
OLPRUVA DOSE KIT, DOSE ENVELOPE	T3	SP PA HD
<i>phenylbutyrate</i> (Buphenyl)	T1	SP HD
PHEBURANE	T2	PA SP
RAVICTI	T2	SP HD
ANTICOLINÉRGICOS, AMONIO CUATERNARIO		
<i>clidinium w/chlordiazepoxide</i> (Librax)	T1	
CUVPOSA	T3	
GLYCATÉ	T3	
<i>glycopyrrolate</i> (Glycate)	T1	
<i>propantheline bromide</i>	T1	
ANTICOLINÉRGICOS/ANTIESPASMÓDICOS		
<i>dicyclomine 10 mg capsule</i>	T1	
<i>dicyclomine 10 mg/5 ml soln</i>	T1	
<i>dicyclomine 20 mg tablet</i>	T1	
ANTIDIARREICOS - INHIBIDORES DE LA TRIPTÓFANO HIDROXILASA		
XERMELO	T2	PA QL (84 tabs/28 days) SP
ANTIDIARREICOS		
<i>diphenoxylate w/atropine</i> (Lomotil)	T1	
LOMOTIL (<i>diphenoxylate-atropine</i>)	T3	
MOTOFEN	T3	
<i>opium</i>	T1	
ANTIEMÉTICOS - TIPO CANNABINOIDES		
<i>dronabinol</i> (Marinol)	T1	PA
SYNDROS	T3	PA
AGENTES ANTIEMÉTICOS/ANTIVÉRTIGO		
<i>aprepitant</i>	T1	QL
<i>aprepitant</i> (Emend)	T1	QL
BONJESTA	T3	QL (60 tabs/dispense)
<i>compro</i>	T1	
DICLEGIS (<i>doxylamine succ-pyridoxine hcl</i>)	T3	QL (720 tabs/365 days)
<i>doxylamine succ-pyridoxine hcl</i> (Diclegis)	T1	QL (720 tabs/365 days)

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>fosaprepitant dimeglumine</i> (Emend)	T1	
<i>granisetron hcl</i>	T1	QL
<i>meclizine 50 mg tablet</i>	T1	
<i>ondansetron hcl</i> (Zofran)	T1	QL
<i>ondansetron odt 4 mg tablet</i>	T1	QL (9 tabs/30 days)
<i>ondansetron odt 8 mg tablet</i>	T1	QL (9 tabs/30 days)
<i>phenadoz</i>	T1	
<i>prochlorperazine maleate</i>	T1	
<i>promethazine hcl</i>	T1	
<i>promethegan</i>	T1	
SANCUSO	T3	QL
<i>scopolamine</i> (Transderm-Scop)	T1	
<i>trimethobenzamide hcl</i>	T1	
VARUBI	T2	QL
ZOFRAN (<i>ondansetron hcl</i>)	T3	QL
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>lansoprazol-amoxicil-clarithro</i>	T1	QL
OMECLAMOX-PAK	T3	QL
TALICIA	T2	QL
VOQUEZNA DUAL PAK	T3	
VOQUEZNA TRIPLE PAK	T3	
ALCALOIDES DE BELLADONA		
<i>anaspaz</i> (Anaspaz)	T1	HD
<i>belladonna-phenobarbital</i> (Donnatal)	T1	HD
DONNATAL (<i>phenohygro</i>)	T3	HD
<i>ed-spaz</i> (Anaspaz)	T1	HD
<i>hyoscyamine</i>	T1	HD
<i>hyoscyamine</i> (Anaspaz)	T1	HD
<i>hyoscyamine</i> (Levbid)	T1	HD
<i>hyoscyamine</i> (Levsin)	T1	HD

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 (Levsin-SL)</i>	T1	HD
<i>hyosyne</i>	T1	HD
LEVBID (<i>hyoscyamine er</i>)	T3	HD
LEVSIN (<i>hyoscyamine</i>)	T3	HD
LEVSIN-SL (<i>hyoscyamine</i>)	T3	HD
<i>methscopolamine bromide</i>	T1	HD
NULEV (<i>ed-spaz</i>)	T3	HD
<i>oscimin</i> (Levsin)	T1	HD
<i>oscimin sl</i> (Levsin-SL)	T1	HD
<i>oscimin sr</i> (Levbid)	T1	HD
PHENOBARBITAL-BELLADONNA (<i>phenobarb/hyoscy/atropine/scop</i>)	T3	HD
<i>phenohygro</i> (Donnatal)	T1	HD
SYMAX DUOTAB	T3	HD
<i>symax-sl</i> (Levsin-SL)	T1	HD
<i>symax-sr</i> (Levbid)	T1	HD
SALES BILIARES		
ACTIGALL (<i>ursodiol</i>)	T3	HD
CHENODAL	T2	PA SP HD
CHOLBAM	T2	PA QL SP HD
CTEXLI	T2	PA SP
URSO FORTE (<i>ursodiol</i>)	T3	HD
<i>ursodiol</i> (Actigall)	T1	HD
<i>ursodiol</i> (Urso Forte)	T1	HD
INFLAM. CRÓNICA DIAG. DE COLON, 5-A-SALICILATO, TRAT. RECTAL		
<i>mesalamine</i> (Canasa)	T1	
<i>mesalamine</i> (Rowasa)	T1	
<i>mesalamine</i> (Sfrowasa)	T1	
ROWASA (<i>mesalamine</i>)	T3	
SFROWASA (<i>mesalamine</i>)	T3	
TRAT. FARMAC.-INFLAM. CRÓNICA DIAG. DE COLON, 5-AMINOSALICILATO		
APRISO (<i>mesalamine er</i>)	T3	HD
ASACOL HD (<i>mesalamine</i>)	T3	HD
AZULFIDINE (<i>sulfasalazine dr</i>)	T3	HD
AZULFIDINE (<i>sulfasalazine</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

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 (cont.)		
<i>balsalazide di</i> (Colazal)	T1	HD
COLAZAL (<i>balsalazide di</i>)	T3	HD
<i>mesalamine</i>	T1	HD
<i>mesalamine</i> (Asacol Hd)	T1	HD
<i>mesalamine</i> (Lialda)	T1	HD
<i>mesalamine dr</i> (Delzicol)	T1	HD
<i>mesalamine er</i> (Apriso)	T1	HD
PENTASA	T2	HD
<i>sulfasalazine</i> (Azulfidine)	T1	HD
AGONISTAS DEL RECEPTOR X FARNESOIDE (FXR), ANÁLOGOS DEL ÁCIDO BILIAR		
OCALIVA	T2	PA QL (30 units/30 days) SP HD
TRASPLANTE DE MICROBIOTA FECAL (TMF)		
VOWST CAPSULE	T3	SP
ENZIMAS GÁSTRICAS		
SUCRAID	T2	SP
PREP. PARA LAS HEMORROIDES, ANTIINFLAM. ESTEROIDEOS-ANEST. LOCALES		
ANALPRAM HC 1% CREAM	T3	
ANALPRAM HC 2.5%-1% CREAM (<i>hydrocortisone/pramoxine</i>)	T3	ST
ANALPRAM HC 2.5%-1% CRM SINGLE (<i>hydrocortisone/pramoxine</i>)	T3	ST
<i>hydrocort-pramoxine 1%-1% crm</i>	T1	
<i>hydrocort-pramoxine 2.5-1% crm</i> (Analpram Hc)	T1	ST
PROCORT	T3	
INHIBIDORES DE LOS RECEPTORES DE HISTAMINA H2		
<i>cimetidine</i>	T1	HD
<i>famotidine</i>	T1	HD
<i>nizatidine</i>	T1	HD
PEPCID (<i>famotidine</i>)	T3	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	QL (30 units/30 days)
TRULANCE	T2	
ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE LA INTEGRINA, ANTICUERPOS MONOCLONALES		
ENTYVIO	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

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

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
LAXANTES Y CATÁRTICOS (cont.)		
<i>miralax</i>	T1	PPACA
<i>natura-lax</i> (Miralax)	T1	PPACA
NULYTELY WITH FLAVOR Packs (<i>gavilyte-n</i>)	T3	PPACA
OSMOPREP	T3	PPACA
<i>peg 3350-electrolyte</i> (Golytely)	T1	PPACA
<i>peg 3350-electrolyte</i> (Nulytely)	T1	PPACA
<i>peg-prep</i>	T1	PPACA
<i>polyethylene glycol</i> (Miralax)	T1	PPACA
<i>powderlax</i> (Miralax)	T1	
PREPOPIK	T2	
<i>purelax</i> (Miralax)	T1	PPACA
<i>smoothlax</i> (Miralax)	T1	PPACA
<i>trilyte with flavor packets</i> (Nulytely)	T1	PPACA
<i>women's gentle laxative</i> (Dulcolax)	T1	PPACA
<i>women's laxative</i> (Correctol)	T1	PPACA
<i>women's laxative</i> (Dulcolax)	T1	PPACA
PREPARACIONES ANORRECTALES LOCALES CON NITRATO		
<i>nitroglycerin 0.4% ointment</i> (Rectiv)	T1	
RECTIV (<i>nitroglycerin</i>)	T2	
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES OPIOIDES MU, CON ACCIÓN PERIFÉRICA		
ENTEREG	T3	
ENZIMAS PANCREÁTICAS		
CREON	T2	HD
VIOKACE	T2	HD
ZENPEP	T2	HD
BLOQUEADORES DE ÁCIDO COMPETITIVOS DE POTASIO (PCABS)		
VOQUEZNA	T3	ST
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES		
<i>dexlansoprazole dr 30 mg cap</i>	T1	ST QL
<i>esomeprazole dr 2.5 mg packet</i> (Nexium)	T1	ST QL (30 packs/30 days) HD
<i>esomeprazole dr 5 mg packet</i> (Nexium)	T1	ST QL (30 packs/30 days) HD
ESOMEPRAZOLE DR 49.3 MG CAP	T3	ST HD
<i>esomeprazole magnesium</i> (Nexium 24HR)	T1	QL (30 units/30 days) HD
<i>esomeprazole magnesium</i> (Nexium)	T1	HD

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>lansoprazole</i> (Prevacid)	T1	HD
<i>omeprazole</i>	T1	QL (30 caps/30 days) HD
<i>omeprazole-bicarb 20-1,680 pkt</i> (Zegerid)	T1	ST QL (30 packs/30 days) HD
<i>omeprazole-bicarb 40-1,680 pkt</i> (Zegerid)	T1	ST HD
<i>omeprazole-bicarb 40-1,100 cap</i> (Zegerid)	T1	ST HD
<i>omeprazole-bicarbonate</i> (Zegerid)	T1	PA HD
<i>pantoprazole</i> (Protonix)	T1	QL (30 units/30 days) HD
<i>rabeprazole</i> (Aciphex)	T1	HD

PREPARACIONES RECTALES

<i>anucort-hc</i> (Anucort-HC)	T1	
<i>hemmorex-hc</i> (Anucort-HC)	T1	
<i>hydrocortisone acetate</i> (Anucort-HC)	T1	
<i>hydrocortisone acetate</i> (Proctocort)	T1	
PROCTOCORT (<i>hydrocortisone</i>)	T3	ST

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

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

GASTROINTESTINALES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)

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

ANA-LEX	T3	
ANALPRAM-HC (<i>hydrocortisone-pramoxine</i>)	T3	ST
<i>hc pramoxine</i> (Analpram HC)	T1	
<i>lidocaine-hc 3-1% cream kit</i>	T1	
<i>pramoxine hcl w/hydrocortisone</i> (Analpram Hc)	T1	
PROCORT	T3	

HORMONAS (Condiciones gastrointestinales/pirosis)

PREP. RECTALES/DE COLON, GLUCOCORT. (NO HEMORR.)

<i>colocort</i> (Cortenema)	T1	
CORTENEMA (<i>hydrocortisone</i>)	T3	
<i>hydrocortisone</i> (Cortenema)	T1	
UCERIS (<i>budesonide</i>)	T3	

HORMONAS (Agentes hormonales)

HORMONAS ADRENOCORTICOTRÓPICAS

ACTHAR SELFJECT	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

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HORMONAS ADRENOCORTICOTRÓPICAS		
ACTHAR SELFJECT	T3	PA SP HD
AGENTES ANDROGÉNICOS		
ANADROL-50	T3	
DEPO-TESTOSTERONE (<i>testosterone cypionate</i>)	T3	PA
METHITEST	T2	
<i>methyltestosterone</i>	T1	
<i>oxandrolone</i>	T1	
STRIANT	T3	PA QL
<i>testosterone</i>	T1	PA QL
TESTOSTERONE	T3	PA QL
<i>testosterone</i> (Testim)	T1	PA QL
<i>testosterone</i> (Vogelxo)	T1	PA QL
<i>testosterone</i> 1.62% (2.5 g) pkt	T1	QL (60 packs/30 days)
<i>testosterone</i> 1.62%(1.25 g) pkt	T1	QL (30 packs/30 days)
<i>testosterone cypionate</i> (Depo-Testosterone)	T1	PA
<i>testosterone enanthate</i>	T1	PA
<i>testosterone</i> 10 mg gel pump	T1	QL (120 gms/30 days)
VOGELXO (<i>testosterone</i>)	T3	PA QL
XYOSTED	T2	QL (2 mls/28 days)
HORMONAS ANTIDIURÉTICAS Y VASOCONSTRICTORAS		
DDAVP SOLUTION	T2	
DDAVP 0.1 MG TABLET (<i>desmopressin acetate</i>)	T3	HD
DDAVP 0.2 MG TABLET (<i>desmopressin acetate</i>)	T3	HD
<i>desmopressin</i> 0.01% solution	T1	HD
DESMOPRESSIN 1.5 MG/ML SPRAY	T2	HD
<i>desmopressin</i> 10 mcg/0.1 ml spr	T1	HD
<i>desmopressin acetate</i> 0.1 mg tb (Ddvp)	T1	HD
<i>desmopressin acetate</i> 0.2 mg tb (Ddvp)	T1	HD
NOCTIVA	T3	
STIMATE	T2	
COMBINACIONES DE ESTRÓGENOS/ANDRÓGENOS		
covaryx	T1	HD
covaryx h.s.	T1	HD
eemt	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

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
COMBINACIONES DE ESTRÓGENOS/ANDRÓGENOS (cont.)		
<i>eemt hs</i>	T1	HD
ESTRATEST H.S. (estrogen, ester/me-testosterone)	T3	HD
<i>estrogen, ester/me-testosterone</i>	T1	HD
<i>estrogen & methyltestosterone</i>	T1	HD
AGENTES ESTROGÉNICOS		
ACTIVELLA (<i>amabelz</i>)	T3	HD
ALORA	T3	QL (8 patches/21 days) HD
<i>amabelz</i> (Activella)	T1	HD
CLIMARA (<i>estradiol (once weekly)</i>)	T3	QL (4 patches/21 days) HD
COMBIPATCH	T2	
DELESTROGEN (<i>estradiol valerate</i>)	T3	HD
DEPO-ESTRADIOL	T2	HD
<i>dotti</i> (Alora)	T1	QL (8 patches/21 days) HD
<i>dotti</i> (Minivelle)	T1	QL (8 patches/21 days) HD
ESTRACE (<i>estradiol</i>)	T3	HD
<i>estradiol</i> (Alora)	T1	QL (8 patches/21 days) HD
<i>estradiol</i> (Climara)	T1	QL (4 patches/21 days) HD
<i>estradiol</i> (Delestrogen)	T1	HD
<i>estradiol</i> (Estrace)	T1	HD
<i>estradiol 0.06% 1.25g gel pump</i> (Estrogel)	T1	QL (50 gms/30 days) HD
<i>estradiol/norethindrone acet</i>	T1	HD
<i>estradiol-norethindrone acetat</i> (Activella)	T1	HD
EVAMIST	T3	QL (17 mls/30 days) HD
FEMHRT (<i>fyavolv</i>)	T3	HD
<i>fyavolv</i> (Femhrt)	T1	HD
<i>jinteli</i>	T1	HD
<i>loprezza</i> (Activella)	T1	
MENOSTAR	T3	QL (4 patches/21 days) HD
<i>mimvey</i> (Activella)	T1	HD
<i>norethindrone ac/eth estradiol</i>	T1	HD
<i>norethindrone-ethin estradiol</i> (Femhrt)	T1	HD
PREFEST	T3	HD
COMB. DE ESTRÓGENOS-PROGESTINAS CON ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES PARA MINERALOCORTICOIDES		
ANGELIQ	T3	HD

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
COMB. DE ESTRÓGENOS Y MOD. SELECTIVOS DE RECEPTORES ESTROGÉN. (SERM)		
DUAVEE	T2	
GLUCOCORTICOIDES		
<i>budesonide ec</i> (Entocort EC)	T1	
<i>budesonide er</i> (Uceris)	T1	
CORTEF (<i>hydrocortisone</i>)	T3	
<i>cortisone acetate</i>	T1	
<i>decadron</i>	T1	
<i>deflazacort</i> (Emflaza)	T1	PA SP
<i>dexamethasone</i>	T1	PA
<i>dexamethasone 0.5 mg/5 ml elx</i>	T1	
DEXONTO	T3	
DEXPAK (<i>dexamethasone</i>)	T3	PA
ENTOCORT EC (<i>budesonide ec</i>)	T3	
<i>hidex</i>	T1	PA
<i>hydrocortisone</i> (Cortef)	T1	
MEDROL (<i>methylpred dp</i>)	T3	
MEDROL (<i>methylprednisolone</i>)	T3	
<i>methylpred dp</i> (Medrol)	T1	
<i>methylprednisolone</i> (Medrol)	T1	
<i>millipred</i>	T1	
ORAPRED ODT (<i>prednisolone phos odt</i>)	T3	
<i>prednisolone</i>	T1	
<i>prednisolone phos odt</i> (Orapred ODT)	T1	
<i>prednisolone phosphate</i>	T1	
<i>prednisolone phosphate</i> (Pediapred)	T1	
<i>prednisone</i>	T1	
RAYOS	T3	PA
TAPERDEX	T3	PA
TARPEYO	T3	PA QL (28 caps/30 days) SP
UCERIS (<i>budesonide</i>)	T3	
UCERIS (<i>budesonide er</i>)	T3	
HORMONA LIBERADORA DE HORMONA DEL CRECIMIENTO (GHRH) Y ANÁLOGOS		
EGRIFTA SV	T2	PA SP HD
EGRIFTA WR	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

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HORMONA LIBERADORA DE HORMONA DEL CRECIMIENTO (GHRH) Y ANÁLOGOS (cont.)		
GENOTROPIN	T2	PA SP HD
ZORBTIVE	T3	PA SP HD
HORMONAS DEL CRECIMIENTO		
OMNITROPE	T2	PA SP
SEROSTIM	T2	PA SP HD
HORMONAS DE FACTOR DE CRECIMIENTO INSULÍNICO TIPO I (IGF-I)		
INCRELEX	T2	PA SP
COMB. DE PROGESTINA Y ANÁLOGOS AGONISTAS DE LA LHRH (GNRH)		
LUPANETA PACK	T2	PA SP HD
LUPRON DEPOT	T2	PA SP HD
ANÁLOGOS AGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), SUPRESORES HIPOFISARIOS		
SYNAREL	T2	PA SP HD
ANTAGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), AGENTES SUPRESORES HIPOFISARIOS		
<i>cetorelix acetate</i>	T1	
<i>fyremadel</i> (generic to GANIRELIX)	T1	PA ST
ORLISSA 150 MG TABLET	T2	PA QL (1 tab/day)
ORLISSA 200 MG TABLET	T2	PA QL (360 tabs/365 days)
SUP. HIPOF. AGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), PUBERTAD PRECOZ CENTRAL		
LUPRON DEPOT-PED	T2	PA SP HD
MINERALOCORTICOIDES		
<i>fludrocortisone acetate</i>	T1	HD
OXITÓCICOS		
CERVIDIL	T3	
<i>methergine</i>	T1	PA QL
<i>methylergonovine</i>	T1	QL (240 tabs/30 days)
PREPIDIL	T3	
HORMONAS PARATIROIDEAS		
NATPARA	T2	PA SP HD
YORVIPATH	T3	PA SP
AGENTES SUPRESORES HIPOFISARIOS		
<i>cabergoline</i>	T1	QL (8 tabs/21 days) HD
CRENESSITY	T3	PA SP
<i>danazol</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

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PROGESTACIONALES		
CRINONE 8% GEL	T2	
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	T1	HD
<i>medroxyprogesterone acetate</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
PROMETRIUM (<i>progesterone</i>)	T3	HD
PROVERA (<i>medroxyprogesterone</i>)	T3	HD
AGENTES SOMATOSTÁTICOS		
MYCAPSSA DR 20 MG CAPSULE	T3	PA SP QL (56 caps/28 days)
<i>octreotide acetate</i>	T1	SP HD
SANDOSTATIN (<i>octreotide</i>)	T3	PA ST SP HD
SIGNIFOR	T2	PA SP HD
SOMATULINE DEPOT	T2	PA SP HD
PREPARACIONES DE ESTRÓGENOS VAGINALES		
<i>estradiol</i> (Estrace)	T1	HD
<i>estradiol</i> (Vagifem)	T1	
<i>yuvafem</i> (Vagifem)	T1	HD
HORMONAS (Infertilidad)		
GONADOTROPINA CORIÓNICA HUMANA (HCG)		
CHORIONIC GONAD 10,000 UNIT VIAL	T3	ST QL (3 vials/30 days) SP
NOVAREL	T3	ST QL (6 vls/30 days) SP
PREGNYL	T2	QL (3 vials/30 days) SP
AGENTE HORMONAL PARA FACILITAR/MANTENER EL EMBARAZO		
ENDOMETRIN	T2	
<i>progesterone 100 mg vag insert</i>	T1	
HORMONAS (Varias)		
ANÁLOGOS DE LA HORMONA LEPTINA		
MYALEPT	T2	PA SP HD
HORMONAS (Productos para la osteoporosis)		
AGENTES QUE ESTIMULAN LA FORMACIÓN DE HUESO - PÉPTIDOS LIB. DE PTH		
TYMLOS	T2	PA QL 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

HORMONAS (Productos para la osteoporosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA		
<i>calcitonin-salmon</i>	T1	HD
MIACALCIN	T3	HD
INMUNOSUPRESORES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
INHIBIDORES DE LA INTERLEUCINA HUMANA I2/23 (IL-I2/I3), ANTICUERPOS MONOCLONALES		
IMULDOSA 45 MG/0.5 ML SYRINGE	T2	PA QL (1 syringe/84 days) SP
IMULDOSA 90 MG/ML SYRINGE	T2	PA QL (1 syringe/56 days) SP
SELARSDI 45 MG/0.5 ML SYRINGE	T2	PA QL (1 syringe/84 days) SP
SELARSDI 90 MG/ML SYRINGE	T2	PA QL (1 syringe/56 days) SP
USTEKINUMAB-TTWE 45MG/0.5ML SY	T2	PA SP HD
USTEKINUMAB-TTWE 90 MG/ML SYR	T2	PA SP HD
YESINTEK 45 MG/0.5 ML SYRINGE	T2	PA SP HD
YESINTEK 45 MG/0.5 ML VIAL	T2	PA SP HD
YESINTEK 90 MG/ML SYRINGE	T2	PA SP HD
ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE LA IL-23, ANTICUERPOS MONOCLONALES		
OMVOH 100 MG/ML PEN	T2	PA QL (2 mls/28 days) SP HD
OMVOH 200 MG DOSE - 2 PENS	T2	PA QL (2 mls/28 days) SP HD
OMVOH 300 MG DOSE - 2 PENS	T2	PA QL (3 mls/28 days) SP HD
OMVOH 100 MG/ML SYRINGE	T2	PA QL (2 mls/28 days) SP HD
OMVOH 200 MG DOSE - 2 SYRINGES	T2	PA QL (2 mls/28 days) SP HD
OMVOH 300 MG DOSE - 2 SYRINGES	T2	PA QL (3 mls/28 days) SP HD
TREMFYA 100 MG/ML INJECTOR	T2	PA QL (1 auto-inj/56 days) SP HD
TREMFYA 100 MG/ML PEN	T2	PA SP HD
TREMFYA 200 MG/2 ML PEN	T2	PA SP HD
TREMFYA ONE-PRESS	T2	PA SP HD
TREMFYA PEN INDUCTION (2 PEN)	T2	PA QL (1200 mgs/365 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 (200 mgs/28 days) SP HD
ANTAGONISTAS ALFA DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-4 (IL-4), ANTICUERPOS MONOCLONALES		
DUPIXENT 100MG/0.67ML PREFILLED SYRINGE	T2	PA QL (2 pens/28 days) SP HD
DUPIXENT 200 MG/1.14 ML SYRINGE	T2	PA QL (800 mg/21 days) SP HD
DUPIXENT 300 MG/2 ML SYRINGE	T2	PA QL (600 mg/21 days) SP HD
INHIBIDORES DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-6 (IL-6)		
ACTEMRA	T3	PA QL (3.6 mls/28 days) SP HD
ACTEMRA ACTPEN	T3	PA QL (2 pens/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

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

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

INHIBIDORES DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-6 (IL-6) (cont.)

TYENNE	T2	PA QL (3.6 mls/28 days) SP
TYENNE AUTOINJECTOR	T2	PA QL (2 pens/28 days) SP

ANTICUERPOS MONOCLONALES-INHIB. DE LA INTERLEUCINA HUMANA 12/23

STELARA	T2	PA QL SP HD
---------	----	-------------

INMUNOSUPRESORES (Condiciones cutáneas)

ANTAGONISTAS ALFA DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-31 (IL-31), ANTICUERPOS MONOCLONALES

NEMLUVIO	T2	PA QL (2 pens/28 days) SP HD
----------	----	------------------------------

AGENTES INMUNOSUPRESORES TÓPICOS

<i>pimecrolimus</i> (Elidel)	T1	QL (100 gm/23 days)
<i>tacrolimus</i> 0.1% ointment	T1	ST QL (120 gms/30 days)
<i>tacrolimus</i> 0.03% ointment	T1	ST QL (120 gms/30 days)

INMUNOSUPRESORES (Medicamentos para trasplante)

INMUNOSUPRESORES

ASTAGRAF XL	T3	PA SP HD
AZASAN	T3	SP HD
<i>azathioprine</i> (Imuran)	T1	SP HD
CELLCEPT (<i>mycophenolate mofetil</i>)	T3	SP HD
<i>cyclosporine</i> (Neoral)	T1	SP HD
<i>cyclosporine</i> (Sandimmune)	T1	SP HD
<i>engraf</i> (Neoral)	T1	SP HD
IMURAN (<i>azathioprine</i>)	T3	SP HD
LUPKYNIS	T3	PA SP QL (180 caps/30 days)
<i>mycophenolate mofetil</i> (Cellcept)	T1	SP HD
<i>mycophenolic acid</i> (Myfortic)	T1	SP HD
MYFORTIC (<i>mycophenolic acid</i>)	T3	SP HD
MYHIBBIN	T2	SP
NEORAL (<i>cyclosporine modified</i>)	T3	SP HD
PROGRAF CAPSULES (<i>tacrolimus</i>)	T3	SP HD
PROGRAF GRANULE PACKETS	T2	SP HD
RAPAMUNE (<i>sirolimus</i>)	T3	SP HD
SANDIMMUNE CAPSULES (<i>cyclosporine</i>)	T3	SP HD
SANDIMMUNE SOLUTION	T2	SP HD
<i>sirolimus</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

INMUNOSUPRESORES (Medicamentos para trasplante) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura

INMUNOSUPRESORES (cont.)		
<i>sirolimus</i> (Rapamune)	T1	SP HD
<i>tacrolimus</i> (Prograf)	T1	SP HD
ZORTRESS 0.25MG, 0.5MG, 0.75 MG TABLETS (<i>everolimus</i>)	T3	SP HD
ZORTRESS 1 MG TABLET	T3	SP HD

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes)

SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS		
ACCU-CHEK	T3	
AGAMATRIX CONTROL SOLUTION	T3	
AUTOLET LITE	T2	
AUTOSOFT 30 INFUSION SET PACK	T3	
AUTOSOFT XC INFUSION SET PACK	T3	
CARESENS S CONTROL SOLUTION	T3	
CEQR SIMPLICITY 2 UNIT PATCH, INSERTER	T2	
CHOSEN LANCING DEVICE	T2	
CONTOUR	T3	
CONTOUR NEXT	T3	
DEXCOM G6 RECEIVER	T2	PA QL (1 unit/365 days)
DEXCOM G6 SENSOR	T2	PA QL (3 kits/30 days)
DEXCOM G6 TRANSMITTER	T2	PA QL (1 kit/90 days)
DEXCOM G7 RECEIVER	T2	PA QL (1 unit/365 days)
DEXCOM G7 SENSOR	T2	PA QL (3 units/30 days)
EASY MINI EJECT LANCING DEVICE	T2	
EASY PLUS II	T3	
EASY STEP CONTROL SOLUTION	T3	
EASY TALK	T3	
EASY TOUCH	T3	
EASY TOUCH BLULINK CTRL SOLN	T3	
EASY TOUCH LANCING DEVICE	T2	
EASY TRAK	T3	
EASYMAX	T3	
EASYMAX N	T3	
EMBRACE	T3	
EMBRACE EVO	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.)		
EMBRACE PRO	T3	
EVENCARE G2	T3	
EVENCARE G3	T3	
EVERSENSE SENSOR-HOLDER	T3	PA QL
EVERSENSE SMART TRANSMITTER	T3	PA QL
FORA	T3	
FORA TN'GO ADV MOBILE MULT MTR	T3	
FORA TN'GO ADVANCE MULTIFN MTR	T3	
FORACARE	T3	
FORTISCARE	T3	
FREESTYLE	T2	
FREESTYLE LIBRE 2 PLUS SENSOR	T2	PA QL (2 units/30 days)
FREESTYLE LIBRE 2 READER	T2	PA QL (1 unit/365 days)
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR	T2	PA QL (2 sensors/28 days)
FREESTYLE LIBRE 3 PLUS SENSOR	T2	PA QL (2 units/30 days)
FREESTYLE LIBRE 3 READER	T2	PA QL (1 unit/365 days)
FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR	T2	PA QL (2 units/28 days)
FREESTYLE LIBRE 10 DAY SENSOR	T2	PA
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER	T2	PA
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR	T2	PA QL (2 kits/30 days)
FREESTYLE NAVIGATOR SENSOR KIT	T2	
GENTLE DRAW	T2	
GLUCOCARD	T3	
GLUCOCOM	T3	
GLUCOSE CONTROL	T3	
GLUCOSE CONTROL SOLUTION	T3	
GUARDIAN LINK 3 TRANSMITTER	T3	PA QL (1 transmitter/273 days)
GUARDIAN 4 TRANSMITTER	T3	PA QL (1 transmitter/273 days)
GUARDIAN 4 GLUCOSE SENSOR	T3	PA QL (5 sensors/30 days)
GUARDIAN RT REPLACE MONITOR	T3	
GUARDIAN SENSOR 3	T3	
HEALTHY ACCENTS AUTOLET	T2	
HYPOLANCE	T2	
IHEALTH CONTROL SOLN LEVEL 2	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.)		
ILET INFUSION-CONTACT DETACH	T2	
ILET INFUSION KIT-INSET	T2	
ILET STARTER KIT-INSET	T2	
INCONTROL LANCING DEVICE	T2	
INFINITY CONTROL SOLUTION	T3	
INFINITY VOICE CONTROL SOLN	T3	
LITE TOUCH	T2	
MEDISENSE	T2	
MICROLET	T2	
MINI LANCING DEVICE	T2	
MODD1 PATIENT WELCOME KIT	T3	
MODD1 SUPPLY KIT	T3	
OMNIPOD	T2	
OMNIPOD CLASSIC PDM KIT(GEN 3)	T2	
OMNIPOD DASH	T2	QL (15 pods/30 days)
OMNIPOD GO PODS	T2	QL (10 crtgs/30 days)
OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS)	T2	QL (15 crtgs/30 days)
OMNIPOD 5 DEXG7G6 INTRO(GEN 5)	T2	QL (1 kit/720 days)
OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS (GEN 5)	T2	QL (15 crtgs/30 days)
OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS (GEN 5)	T2	QL (15 pods/28 days)
OMNIPOD 5 INTRO(G6/LIBRE2PLUS)	T2	QL (1 kit/720 days)
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5)	T2	QL (1 kit/720 days)
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5)	T2	QL (15 crtgs/30 days)
ONE TOUCH DELICA	T2	
ONE TOUCH ULTRA CONTROL SOLN	T2	
ONETOUCH ULTRA CONTROL SOLN	T3	
ONETOUCH VERIO HIGH CNTRL SOLN	T3	
ONETOUCH VERIO MID CNTRL SOLN	T3	
ONETOUCH DELICA PLUS LANC DEV	T2	
PRODIGY LANCING DEVICE	T2	
T:FLEX	T2	
TANDEM MOBI AUTOSOFT 30	T2	PA SP HD
TANDEM MOBI AUTOSOFT XC	T2	PA SP HD
TANDEM MOBI AUTOSOFT 30 SUPPLY	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

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.)

TANDEM MOBI AUTOSOFT XC SUPPLY	T2	
TANDEM MOBI CARTRIDGE	T2	
TANDEM MOBI TRUSTEEL SUPPLY	T2	
TANDEM T:SLIM ASFT 30	T2	
TANDEM T:SLIM ASFT XC	T2	
TANDEM T:SLIM TRUSTL	T2	
TRUE METRIX	T2	
TRUECONTROL	T2	
TRUSTEEL INFUSION SET PACK	T3	
TWIST REFILL KT(CSST-NDL-SYR)	T2	
TWIST RFL(INFUS-CSST-NDL-SYR)	T2	
TWIST STARTER KIT	T2	
ULTI-LANCE	T2	
VGO 20	T2	
VGO 30	T2	
VGO 40	T2	

EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I)

1ST TIER UNILET COMFORTOUCH	T2	
2-IN-1 LANCET DEVICE	T2	
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET DRUM	T2	
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO	T2	
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO PLUS	T2	
ACCU-CHEK SOFTCLIX	T2	
<i>acti-lance lite 28g lancets</i>	T1	
<i>acti-lance special 17g lancets</i>	T1	
<i>acti-lance univers 23g lancets</i>	T1	
ACTI-LANCE UNIVERS 23G LANCETS	T2	
ADVANCED TRAVEL LANCETS	T2	
ADVOCATE LANCET	T2	
ADVOCATE LANCETS	T2	
ADVOCATE SAFETY LANCET	T2	
AGAMATRIX ULTRA-THIN LANCET	T2	PA SP HD
ALTERNATE SITE LANCETS	T2	
ASSURE HAEMOLANCE PLUS	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

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)		
ASSURE LANCE	T2	
ASSURE LANCE PLUS	T2	
BD MICROTAINER LANCETS	T2	
BLOOD LANCETS	T2	
BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS	T2	
BUTTERFLY TOUCH LANCET	T2	
CAREONE	T2	
CARESENS LANCET	T2	
CARETOUCH SAFETY LANCETS	T2	
CARETOUCH TWIST LANCET	T2	
CHOSEN LANCET	T2	
CHOSEN SAFETY LANCET	T2	
CLEVER CHEK LANCETS	T2	
COAGUCHEK	T2	
COLOR LANCETS	T2	
COMFORT EZ	T2	
COMFORT LANCETS	T2	
COMFORT TOUCH PLUS SAFETY LANC	T2	
COMFORT TOUCH ULT THIN LANCET	T2	
DROPLET LANCETS	T2	
DROPSAFE ACTI-LANCE	T2	
EASY COMFORT LANCETS	T2	
EASY TOUCH PULL-TOP 26G LANCET	T2	
EASY TOUCH PULL-TOP 28G LANCET	T2	
EASY TOUCH PULL-TOP 30G LANCET	T2	
EASY TOUCH PULL-TOP 32G LANCET	T2	
EASY TOUCH SAFETY 21G LANCETS	T2	
EASY TOUCH SAFETY 23G LANCETS	T2	
EASY TOUCH SAFETY 26G LANCETS	T2	
EASY TOUCH SAFETY 28G LANCETS	T2	
EASY TOUCH SAFETY 30G LANCETS	T2	
EASY TOUCH SAFETY 32G LANCETS	T2	
EASY TOUCH TWIST 26G LANCETS	T2	
EASY TOUCH TWIST 28G LANCETS	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

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)		
EASY TOUCH TWIST 30G LANCETS	T2	
EASY TOUCH TWIST 32G LANCETS	T2	
EASY TOUCH TWIST 33G LANCETS	T2	
EASY TWIST & CAP LANCETS	T2	
EMBRACE 30G LANCETS	T2	
EMBRACE SAFETY LANCET	T2	
EZ SMART LANCETS	T2	
EZ-LETS	T2	
FIFTY50 SAFETY SEAL LANCETS	T2	
FINGERSTIX	T2	
FORA LANCETS	T2	
FORACARE LANCETS	T2	
FREESTYLE LANCETS	T2	
FREESTYLE UNISTIK 2	T2	
GLUCOCOM	T2	
GLUCOCOM LANCETS	T2	
GOJJI LANCETS	T2	
HEALTHY ACCENTS UNILET LANCET	T2	
INCONTROL SUPER THIN LANCETS	T2	
INCONTROL ULTRA THIN LANCETS	T2	
INJECT EASE LANCETS	T2	
INVACARE LANCETS	T2	
<i>lancets</i>	T1	
LANCETS	T2	
LITE TOUCH 28G LANCETS	T2	
LITE TOUCH 30G LANCETS	T2	
LITE TOUCH 33G LANCETS	T2	
MEDISENSE THIN LANCETS	T2	
<i>medlance plus 21g lancets</i>	T1	
MEDLANCE PLUS 21G LANCETS	T2	
<i>medlance plus 30g lancets</i>	T1	
MEDLANCE PLUS 30G LANCETS	T2	
MEDLANCE PLUS EXTRA 21G LANCET	T2	
<i>medlance plus lite 25g lancets</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

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)		
MEDLANCE PLUS LITE 25G LANCETS	T2	
MICRO THIN LANCET	T2	
MICRO THIN LANCETS	T2	
MICROLET	T2	
MOBILE LANCETS	T2	
MONOLET LANCETS	T2	
MONOLET THIN LANCETS	T2	
MYGLUCOHEALTH LANCETS	T2	
NOVA SAFETY LANCETS	T2	
NOVA SUREFLEX	T2	
ON CALL LANCET	T2	
ON CALL PLUS LANCET	T2	
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET	T2	
ONETOUCH DELICA SAFETY LANCET	T2	
ONETOUCH LANCETS	T2	
ONETOUCH SURESOFT	T2	
ONETOUCH ULTRASOFT 2 LANCET	T2	
ON-THE-GO	T2	
PERFECT POINT SAFETY LANCETS	T2	
PIP LANCET	T2	
PRESSURE ACTIVATED LANCETS	T2	
PRO COMFORT LANCET	T2	
PRO COMFORT LANCETS	T2	
PRO COMFORT SAFETY LANCET	T2	
PRODIGY LANCETS	T2	
PRODIGY TWIST TOP LANCET	T2	
PURE COMFORT LANCETS	T2	
PURE COMFORT SAFETY LANCETS	T2	
PUSH BUTTON SAFETY LANCETS	T2	
READYLANC SAFETY LANCETS	T2	
RELIAMED	T2	
RELIAMED SAFETY SEAL LANCETS	T2	
RIGHTEST GL300 LANCETS	T2	
SAFETY LANCETS	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

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)		
SAFETY SEAL LANCETS	T2	
SAFETY-LET	T2	
SINGLE-LET	T2	
SMART SENSE	T2	
SMART SENSE LANCETS	T2	
SMARTTEST LANCET	T2	
SOLUS V2	T2	
SOLUS V2 LANCETS	T2	
STERILANCE TL	T2	
STERILE LANCETS	T2	
SUPER THIN LANCETS	T2	
SURE COMFORT LANCETS	T2	
SURE-LANCE	T2	
SURE-TOUCH	T2	
TECHLITE LANCETS	T2	
TELCARE ULTRA THIN 30G LANCETS	T2	
THIN LANCETS	T2	
TOPCARE UNIVERSAL1 LANCET	T2	
TOPCARE UNIVERSAL1 THIN LANCET	T2	
TRUE COMFORT LANCET	T2	
TRUE COMFORT SAFETY LANCET	T2	
TRUEPLUS LANCET	T2	
TRUEPLUS LANCETS	T2	
TWIST LANCETS	T2	
TWIST TOP LANCET	T2	
ULTILET BASIC	T2	
ULTILET CLASSIC	T2	
ULTILET LANCETS	T2	
ULTILET SAFETY	T2	
ULTRA THIN LANCET	T2	
ULTRA THIN LANCETS	T2	
ULTRA THIN PLUS LANCETS	T2	
ULTRA-CARE LANCETS	T2	
ULTRALANCE	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

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

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

EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)

ULTRA-THIN II 28G LANCETS	T2	
ULTRA-THIN II 30G LANCETS	T2	
ULTRATLC LANCETS	T2	
UNILET COMFORTOUCH	T2	
UNILET EXCELITE	T2	
UNILET EXCELITE II	T2	
UNILET GP LANCET	T2	
UNILET LANCET	T2	
UNILET LANCETS	T2	
UNISTIK 2 COMFORT	T2	
UNISTIK 2 EXTRA	T2	
UNISTIK 2 NORMAL	T2	
UNISTIK 3	T2	
UNISTIK 3 COMFORT	T2	
UNISTIK 3 DUAL	T2	
UNISTIK 3 EXTRA	T2	
UNISTIK 3 NORMAL	T2	
UNISTIK COMFORT	T2	
UNISTIK CZT	T2	
UNISTIK EXTRA	T2	
UNISTIK NORMAL	T2	
UNISTIK PRO	T2	
UNISTIK SAFETY	T2	
UNISTIK TOUCH	T2	
UNIVERSAL 1	T2	
VERIFINE SAFETY LANCET MINI	T2	
VERIFINE UNIVERSAL LANCET	T2	
VIVAGUARD LANCET	T2	
VIVAGUARD SAFETY LANCET	T2	

AGUJAS/DISPOSITIVOS SIN AGUJA

AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE	T2	
BD ECLIPSE NEEDLE 18G 40MM	T3	
BD SAFETYGLIDE NEEDLE	T2	
BD SAFETYGLIDE NEEDLE 18GX1.5"	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

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.)		
BD SAFETYGLIDE NEEDLE 21GX1"	T2	
BD SAFETYGLIDE NEEDLE 21GX1.5"	T2	
BD SAFETYGLIDE NEEDLE 22GX1.5"	T2	
BD SAFETYGLIDE NEEDLE 23G 40MM	T3	
BD SAFETYGLIDE NEEDLE 25GX1"	T2	
BD SAFETYGLIDE NEEDLE 27GX5/8"	T2	
CAREPOINT PRECISION NEEDLE	T3	
DROPSAFE SICURA SAFETY NEEDLE	T3	
EXEL HUBER NEEDLE	T2	
<i>exel huber needle (V-Go 20)</i>	T1	
EXEL HYPODERMIC NEEDLE	T2	
EXEL MTI DRAWING NEEDLE	T2	
FILTER NEEDLE	T2	
FLOW-EZE	T2	
HEALTHWISE PEN NEEDLE	T3	
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP	T3	
HURRICANE LUER-LOCK	T2	
LITE TOUCH	T3	
MINI TRANSFER PIN	T2	
NANO 2ND GEN PEN NEEDLE	T2	
NANO PEN NEEDLE	T2	
NEEDLES	T2	
NOVOFINE	T2	
NOVOTWIST	T2	
PERFECT POINT SAFETY NEEDLE	T3	
PRECISIONGLIDE NEEDLE	T2	
ULTRA-FINE PEN NEEDLE	T2	
JERINGAS Y ACCESORIOS		
BD SAFETYGLIDE TB 1 ML SYR	T2	
BD SAFETYGLIDE TB 1ML 27G 10MM	T3	
BD SAFETYGLIDE TUBERCULIN SYR	T2	
CAREPOINT LUER LOCK SYRINGE	T3	
CAREPOINT LUER LOCK SYRING-NDL	T2	
CAREPOINT PRECISION LUER LOCK	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
JERINGAS Y ACCESORIOS (cont.)		
CAREPOINT PRECISION SAFETY	T2	
CAREPOINT SAFETY LUER LOCK SYR	T2	
ENFIT CAP	T3	
ENFIT MULTIFIL SYRINGE	T3	
ENFIT POP ON CAP	T3	
ENFIT SCREW-ON CAP	T3	
ENFIT SYRINGE	T3	
ENFIT SYRINGE STERILE	T3	
ENFIT THUMB CONTROL RING SYRIN	T3	
INSULIN SYR 0.5 ML 28G 12.7MM	T2	
INSULIN SYRINGE 1 ML 27G 16MM	T2	
INSULIN SYRINGE 1ML 28G 12.7MM	T2	
INSULIN SYRINGE U-500	T2	
LUER LOCK SYRINGE-NEEDLE	T3	PA SP HD
MAD NASAL ATOMIZER-SYRG-ADAPTR	T3	
MONOJECT TB SAFETY SYRINGE	T2	
SYRINGE LUER LOCK	T2	PA SP HD
SYRINGE SLIP TIP	T2	
TUBERCULIN SLIP-TIP SYRINGE	T3	
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE	T2	

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Varios)

EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I)

ADVOCATE SAFETY LANCET	T2	
AEROCHAMBER2GO	T2	PA SP HD
AGAMATRIX ULTRA-THIN LANCET	T2	PA SP HD
CHOSEN LANCET	T2	
CHOSEN SAFETY LANCET	T2	
CARESENS LANCET	T2	
CARETOUCH SAFETY LANCETS	T2	
DROPSAFE ACTI-LANCE	T2	
PERFECT POINT SAFETY LANCETS	T2	
VIVAGUARD SAFETY LANCET	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

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EQUIPOS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL		
ACCU-CHEK	T3	
IVENIX PRIMARY ADMINISTRAT SET	T3	
AYUDAS, DISPOSITIVOS, EQUIPOS RESPIRATORIOS		
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER	T2	
AEROCHAMBER	T2	
AEROCHAMBER MECHANICAL VENT	T2	
AEROCHAMBER PLUS	T2	
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS	T2	
AEROTRACH PLUS	T2	
AEROVENT PLUS	T2	
CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER	T2	
COMFORTSEAL	T2	
COMPACT SPACE CHAMBER	T2	
EASIVENT	T2	
FLEXICHAMBER	T2	
INSPIRACHAMBER	T2	
LITEAIRE	T2	
LITETOUCH	T2	
MASK	T2	
MICROCHAMBER	T2	
MICROSPACER	T2	
MOUTHPIECE	T2	
ONE WAY MOUTHPIECE	T2	
OPTICHAMBER	T2	
OPTICHAMBER DIAMOND	T2	
PANDA MASK	T2	
PEDIATRIC PANDA MASK	T2	
POCKET CHAMBER	T2	
PRIMEAIRE	T2	
PRO COMFORT SPACER WITH MASK	T2	
PROCHAMBER	T2	
PURECOMFORT PEAK FLOW MOUTHPIECE	T2	
RITEFLO	T2	
SIDESTREAM PEDIATRIC	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

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AYUDAS, DISPOSITIVOS, EQUIPOS RESPIRATORIOS (cont.)		
SILICONE MASK	T2	
UNISTIK 2 COMFORT	T2	
UNISTIK 2 EXTRA	T2	
UNISTIK 2 NORMAL	T2	
UNISTIK 3 COMFORT	T2	
UNISTIK 3 DUAL	T2	
VORTEX	T2	
VORTEX VHC PEDIATRIC MASK	T2	

RELAJANTES MUSCULARES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)

RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS

<i>baclofen 5 mg/5 ml solution</i>	T1	PA HD
<i>baclofen 10 mg/5 ml solution</i>	T1	PA HD
<i>baclofen 25 mg/5 ml suspension (Fleqsuvy)</i>	T1	HD
<i>baclofen 5 mg tablet</i>	T1	HD
<i>baclofen 10 mg tablet</i>	T1	HD
<i>baclofen 15 mg tablet</i>	T1	HD
<i>baclofen 20 mg tablet</i>	T1	HD
<i>carisoprodol (Soma)</i>	T1	
<i>carisoprodol-aspirin</i>	T1	
<i>chlorzoxazone (Lorzone)</i>	T1	
CYCLOBENZAPRINE ER	T1	ST
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	T1	
<i>cyclobenzaprine hcl (Amrix)</i>	T1	
<i>cyclobenzaprine hcl (Fexmid)</i>	T1	
DANTRIUM (<i>dantrolene</i>)	T3	
<i>dantrolene (Dantrium)</i>	T1	
FEXMID (<i>cyclobenzaprine hcl</i>)	T3	PA
LORZONE (<i>chlorzoxazone</i>)	T3	PA
<i>metaxalone (Skelaxin)</i>	T1	
<i>metaxalone 400 mg tablet</i>	T1	
<i>metaxalone 800 mg tablet</i>	T1	
<i>methocarbamol</i>	T1	
<i>methocarbamol 1,000 mg tablet</i>	T1	
NORGESIC 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

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS (cont.)		
<i>orphenadrine</i>	T1	
<i>orphenadrine-aspirin-caffeine</i> (Norgesic Forte)	T1	
<i>orphengesic forte</i> (Norgesic Forte)	T1	
ROBAXIN (<i>methocarbamol</i>)	T3	
SKELAXIN (<i>metaxalone</i>)	T3	
SOMA (<i>carisoprodol</i>)	T3	
<i>tizanidine hcl</i> (Zanaflex)	T1	
ZANAFLEX 2 MG CAPSULE (<i>tizanidine hcl</i>)	T3	
ZANAFLEX 4 MG CAPSULE (<i>tizanidine hcl</i>)	T3	
ZANAFLEX 4 MG TABLET (<i>tizanidine hcl</i>)	T3	
ZANAFLEX 6 MG CAPSULE (<i>tizanidine hcl</i>)	T3	

VITAMINAS PRENATALES (Nutritivas/alimenticias)

PREPARACIONES DE VITAMINAS PRENATALES

<i>cvs prenatal multivit-dha sfgl</i>	T1	PPACA
<i>daily prenatal</i>	T1	PPACA
<i>ft prenatal tablet</i>	T1	PPACA
<i>gnp prenatal tablet</i>	T1	PPACA
KPN	T2	
MASONATAL PRENATAL	T3	
<i>perry prenatal tablet</i> (Perry Prenatal)	T1	PPACA
<i>pnv no.154/iron fum/folic acid</i>	T1	
<i>prenatal</i>	T1	PPACA
<i>prenatal 12/iron/folic/dss/om3</i>	T1	
<i>prenatal 71/iron/folic ac/dha</i>	T1	
<i>prenatal complete</i>	T1	PPACA
<i>prenatal formula</i>	T1	PPACA
<i>prenatal multi + dha</i>	T1	PPACA
PRENATAL MULTIVITAMIN-DHA SFGI	T2	
<i>pnv no.52/iron/fa/omega-3/dha</i>	T1	PA SP HD
<i>pnv 81/iron ps,edta/folic/omeg3</i>	T1	PA SP HD
<i>prenatal no.42/folic acid</i> (Vitamedmd Redichew Rx)	T1	PA SP HD
<i>prenatal vit 27,calc/iron/fa</i>	T1	PA SP HD
<i>prenatal vit,cal 76/iron/folic</i>	T1	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

VITAMINAS PRENATALES (Nutritivas/alimenticias) (cont.)

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

PREPARACIONES DE VITAMINAS PRENATALES (cont.)

<i>prenatal vit, cal 78/iron/folic</i>	T1	PA SP HD
<i>prenatal vits 86/iron/folic ac</i>	T1	PA SP HD
<i>prenatal, calc 40/iron/folate 1</i>	T1	PA SP HD
PRENATAL FORMULA-DHA (<i>prenatal vit 116/iron/fa/dha</i>)	T3	PA SP HD
<i>prenatal vitamin</i>	T1	PPACA
<i>prenavite</i> (Classic Prenatal)	T1	PPACA
SELECT-OB (<i>prenatal vit 128/iron/folic ac</i>)	T3	
ULTRA PRENATAL PLUS DHA	T3	
VITAMEDMD REDICHEW RX (<i>prenatal no.42/folic acid</i>)	T3	PA SP HD

VITAMINAS PRENATALES CON BAJO CONTENIDO DE HIERRO O SIN HIERRO

CITRANATAL B-CALM	T3	PA SP HD
DUET DHA 400	T3	PA SP HD
P21 PRENATAL WITH CHOLINE	T3	
PRENATE DHA	T3	PA SP HD
PRENATE ELITE	T3	PA SP HD
PRENATE MINI	T3	PA SP HD
PRENATE PIXIE	T3	PA SP HD
PRENATE STAR	T3	PA SP HD
R-NATAL OB	T3	PA SP HD
THERANATAL OVAVITE	T3	PA SP HD
VITAFOL GUMMIES	T3	PA SP HD

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar)⁹

ANTIDEPRESIVOS ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES ALFA 2

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

MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS - BENZODIAZEPINAS

<i>alprazolam odt</i>	T1	
<i>alprazolam xr</i> (Xanax XR)	T1	
ATIVAN (<i>lorazepam</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 (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar) ⁹ (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS - BENZODIAZEPINAS (cont.)		
<i>chlordiazepoxide hcl</i>	T1	
<i>clorazepate di</i> (Tranxene T-Tab)	T1	
<i>diazepam</i> (Valium)	T1	
<i>lorazepam</i> (Ativan)	T1	
<i>lorazepam intensol</i>	T1	
<i>oxazepam</i>	T1	
TRANXENE T-TAB (<i>clorazepate dipotassium</i>)	T3	
MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS		
<i>buspirona hcl</i>	T1	HD
<i>meprobamate</i>	T1	
ANTIDEPRESIVOS - DEPRESIÓN POSPARTO (PPD)		
ZURZUVAE 20 MG, 25 MG CAPSULE	T2	QL (28 caps/365 days) SP HD
ZURZUVAE 30 MG CAPSULE	T2	QL (14 caps/365 days) SP HD
MEDICAMENTOS PARA TRASTORNO BIPOLAR		
EQUETRO	T3	HD
<i>lithium</i>	T1	HD
<i>lithium carbonate</i> (Lithobid)	T1	HD
LITHOBID (<i>lithium carbonate er</i>)	T3	HD
MAOI - ANTIDEPRESIVOS NO SELECTIVOS E IRREVERSIBLES		
MARPLAN	T3	
NARDIL (phenelzine)	T3	
PARNATE (tranylcypromine)	T3	
<i>phenelzine</i> (Nardil)	T1	
<i>tranylcypromine</i> (Parnate)	T1	
ANTIDEPRESIVOS INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA (MAO)		
EMSAM	T3	
COMB. DE ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES NMDA Y NDRI		
AUVELITY	T3	ST QL (60 tabs/30 days)
INHIB. DE LA RECAPT. DE NOREPINEFRINA Y DOPAMINA (NDRI)		
<i>bupropion hcl</i>	T1	HD
<i>bupropion hcl er</i> (Wellbutrin SR)	T1	QL HD
<i>bupropion hcl xl 300 mg tablet</i> (Wellbutrin SR)	T1	QL (30 tabs/30 days) HD
BUPROPION HCL XL	T3	ST QL (30 units/30 days) HD
FORFIVO XL	T3	ST QL (30 units/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

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar)⁹ (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGONISTAS INVERSOS SELECTIVOS DE SEROTONINA 5-HT_{2A} (SSIA)		
NUPLAZID	T3	PA QL SP HD
INHIBIDOR SELECTIVO DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (SSRI)		
<i>citalopram hbr 20 mg/10 ml cup</i>	T1	PA SP HD
<i>escitalopram 10 mg/10 ml cup</i>	T1	PA SP HD
<i>fluoxetine dr</i>	T1	QL ST HD
<i>fluoxetine (Sarafem)</i>	T1	HD
<i>fluoxetine 20 mg/5 ml soln cup</i>	T1	HD
<i>fluvoxamine maleate</i>	T1	QL HD
<i>paroxetine er (Paxil CR)</i>	T1	QL HD
<i>paroxetine hcl (Paxil)</i>	T1	ST HD
PAXIL (<i>paroxetine hcl</i>)	T3	ST QL HD
PAXIL CR (<i>paroxetine cr</i>)	T3	ST QL HD
SARAFEM (<i>fluoxetine hcl</i>)	T3	ST QL (30 units/30 days) HD
<i>sertraline 150 mg capsule</i>	T1	QL (30 caps/30 days) HD
<i>sertraline 150 mg capsule</i>	T1	ST QL (30 caps/30 days) HD
<i>sertraline 200 mg capsule</i>	T1	QL (30 caps/30 days) HD
<i>sertraline 200 mg capsule</i>	T1	ST QL (30 caps/30 days) HD
<i>vilazodone-hctz tablets</i>	T1	QL ST
INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN/ANTAGONISTAS DE LA SEROTONINA-2 (SARI)		
<i>nefazodone hcl</i>	T1	HD
<i>trazodone hcl</i>	T1	HD
INHIB. DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA-NOREPINEFRINA (SNRI)		
<i>desvenlafaxine succinate er (Pristiq)</i>	T1	QL (30 units/30 days) HD
<i>duloxetine hcl</i>	T1	QL (30 units/30 days) HD
<i>duloxetine hcl (Cymbalta)</i>	T1	QL HD
FETZIMA 20-40 MG TITRATION PAK	T2	ST QL (28 caps/30 days)
FETZIMA ER 120 MG CAPSULE	T2	ST QL (30 caps/30 days)
FETZIMA ER 20 MG CAPSULE	T2	ST QL (30 caps/30 days)
FETZIMA ER 40 MG CAPSULE	T2	ST QL (30 caps/30 days)
FETZIMA ER 80 MG CAPSULE	T2	ST QL (30 caps/30 days)
FETZIMA ER TITRATION PACK	T2	ST QL (1 pack/30 days) HD
<i>venlafaxine hcl</i>	T1	QL HD
<i>venlafaxine hcl er</i>	T1	QL (30 units/30 days) HD

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)⁹ (cont.)

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

SSRI, ANTIDEPRESIVOS MODULADORES DE RECEPTORES DE SEROTONINA

TRINTELLIX	T3	ST QL (30 tabs/30 days)
------------	----	-------------------------

COMBINACIONES DE ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS-BENZODIAZEPINAS

amitriptyline/chlordiazepoxide	T1	HD
amitriptyline-perphenazine	T1	HD

ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS, INHIB. NO SELECT. DE LA RECAPTACIÓN REL.

amitriptyline hcl	T1	HD
amoxapine	T1	HD
ANAFRANIL (clomipramine hcl)	T3	HD
clomipramine hcl (Anafranil)	T1	HD
desipramine hcl	T1	HD
doxepin hcl	T1	HD
imipramine hcl	T1	HD
imipramine pamoate	T1	HD
maprotiline hcl	T1	HD
nortriptyline hcl	T1	HD
nortriptyline hcl (Pamelor)	T1	HD
PAMELOR (nortriptyline hcl)	T3	HD
protriptyline hcl	T1	HD
trimipramine maleate	T1	HD

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Trastorno de déficit de atención e hiperactividad)⁹

ADRENÉRGICOS, AROMÁTICOS, SIN CATECOLAMINAS

lisdexamfetamine 10 mg capsule (Vyvanse)	T1	
lisdexamfetamine 20 mg capsule (Vyvanse)	T1	
lisdexamfetamine 30 mg capsule (Vyvanse)	T1	
lisdexamfetamine 40 mg capsule (Vyvanse)	T1	
lisdexamfetamine 50 mg capsule (Vyvanse)	T1	
lisdexamfetamine 60 mg capsule (Vyvanse)	T1	
lisdexamfetamine 70 mg capsule (Vyvanse)	T1	
lisdexamfetamine 10 mg tb chew (Vyvanse)	T1	ST
lisdexamfetamine 20 mg tb chew (Vyvanse)	T1	ST
lisdexamfetamine 30 mg tb chew (Vyvanse)	T1	ST
lisdexamfetamine 40 mg tb chew (Vyvanse)	T1	ST
lisdexamfetamine 50 mg tb chew (Vyvanse)	T1	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 (Trastorno de déficit de atención e hiperactividad) ⁹ (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ADRENÉRGICOS, AROMÁTICOS, SIN CATECOLAMINAS (cont.)		
<i>lisdexamfetamine 60 mg tb chew</i> (Vyvanse)	T1	ST
VYVANSE (<i>lisdexamfetamine dimesylate</i>)	T3	ST
TRAT. PARA EL ADHD - AGONISTAS SELECTIVOS DE LOS RECEPTORES ALFA 2		
<i>clonidine hcl er</i> (Kapvay)	T1	
<i>guanfacine hcl</i> (Intuniv)	T1	HD
<i>guanfacine hcl er</i> (Intuniv)	T1	
KAPVAY (<i>clonidine hcl er</i>)	T3	ST
TRAT. PARA EL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (ADHD)/NARCOLEPSIA		
APTENSIO XR	T3	ST
AZSTARYS	T2	ST
COTEMPLA XR-ODT	T3	ST
DAYTRANA	T2	ST
<i>dexmethylphenidate hcl</i> (Focalin)	T1	
<i>dexmethylphenidate hcl er</i> (Focalin XR)	T1	
JORNAY PM	T3	ST
METADATE CD (<i>methylphenidate hcl</i>)	T3	ST
METHYLIN (<i>methylphenidate hcl</i>)	T3	
<i>methylphenidate er</i>	T1	
<i>methylphenidate er</i> (Concerta)	T1	
<i>methylphenidate er 72 mg tab</i>	T1	
<i>methylphenidate er 18 mg tab</i> (Relexxii)	T1	
<i>methylphenidate er 27 mg tab</i> (Relexxii)	T1	
<i>methylphenidate er 36 mg tab</i> (Relexxii)	T1	
<i>methylphenidate er 54 mg tab</i> (Relexxii)	T1	
<i>methylphenidate er</i> (Ritalin LA)	T1	
<i>methylphenidate hcl</i>	T1	
<i>methylphenidate hcl</i> (Metadate Cd)	T1	
<i>methylphenidate hcl</i> (Methylin)	T1	
<i>methylphenidate hcl</i> (Ritalin)	T1	
<i>methylphenidate hcl cd</i>	T1	
<i>methylphenidate la</i>	T1	
<i>methylphenidate la</i> (Ritalin La)	T1	
QELBREE ER	T3	ST

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)⁹ (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.)

RITALIN (<i>methylphenidate hcl</i>)	T3	
RITALIN LA (<i>methylphenidate er (la)</i>)	T3	ST

TRAT. PARA EL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (ADHD), TIPO NRI

<i>atomoxetine hcl</i> (Strattera)	T1	HD
QELBREE	T3	ST

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Esquizofrenia/antipsicóticos)⁹

ANTIPSIC., ANTAG. DE LA DOPAMINA, DIFENILBUTILPIPERIDINAS

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

ANTIPSICÓTICOS, ATÍPICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA

<i>clozapine</i> (Clozaril)	T1	
<i>clozapine odt</i>	T1	
CLOZAPINE ODT	T3	
CLOZARIL (<i>clozapine</i>)	T3	
GEODON (<i>ziprasidone hcl</i>)	T3	QL
INVEGA (<i>paliperidone er</i>)	T3	QL
LYBALVI	T3	QL (30 tabs/30 days)
<i>olanzapine</i>	T1	PA SP HD
<i>olanzapine odt</i> (Zyprexa Zydis)	T1	QL (30 units/30 days)
<i>quetiapine fumarate er</i> (Seroquel XR)	T1	QL
RISPERDAL (<i>risperidone</i>)	T3	QL
<i>risperidone</i> (Risperdal)	T1	QL
<i>risperidone odt</i>	T1	QL
SECUADO	T3	QL
VERSACLOZ	T3	
<i>ziprasidone hcl</i> (Geodon)	T1	QL
ZYPREXA (<i>olanzapine</i>)	T3	QL (30 units/30 days)
ZYPREXA ZYDIS (<i>olanzapine odt</i>)	T3	QL (30 units/30 days)

ANTIPSICÓTICOS-ATÍPICOS, AG. PARCIAL DE D3/D2-5HT MIXTOS

CAPLYTA 10.5MG CAPSULE	T3	QL (30 caps/30 days)
CAPLYTA 21MG CAPSULE	T3	QL (30 caps/30 days)
VRAYLAR	T3	QL (30 caps/30 days)

ANTIPSICÓTICOS-ATÍPICOS, AG. PARCIAL DE D2/5HT MIXTOS

ABILIFY ASIMTUFI 720MG/2.4ML, 960MG/3.2ML	T3	
ABILIFY MYCITE	T3	QL (30 units/30 days)

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) ⁹ (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIPSICÓTICOS-ATÍPICOS, AG. PARCIAL DE D2/5HT MIXTOS (cont.)		
<i>aripiprazole</i>	T1	
<i>aripiprazole</i> (Abilify)	T1	QL (30 units/30 days)
<i>aripiprazole odt</i>	T1	QL
REXULTI	T3	QL (30 units/30 days)
ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA		
ADASUVE	T3	
<i>loxapine succinate</i>	T1	
ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, TIOXANTENOS		
<i>thiothixene</i>	T1	
ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, BUTIROFENONAS		
<i>haloperidol</i>	T1	
<i>haloperidol lactate</i>	T1	
ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, DIHIDROINDOLONAS		
<i>molindone hcl</i>	T1	
ANTIPSICÓTICOS, FENOTIAZINAS		
<i>chlorpromazine hcl</i>	T1	
<i>fluphenazine hcl</i>	T1	
<i>perphenazine</i>	T1	
<i>thioridazine hcl</i>	T1	
<i>trifluoperazine hcl</i>	T1	
MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Trastornos del sueño/sedantes)		
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA NARCOLEPSIA Y LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO		
<i>armodafinil</i> (Nuvigil)	T1	PA QL (30 units/30 days)
SUNOSI	T2	PA QL (30 units/30 days)
SEDANTES/HIPNÓTICOS (Trastornos del sueño/sedantes)		
AGENTE TIPO SEDANTE ANTINARCOLEPSIA Y ANTICATAPLEXIA		
LUMRYZ STARTER PACK	T2	
LUMRYZ ER	T3	PA SP HD QL (30 packets/30 days)
SODIUM OXYBATE	T2	PA SP HD QL (540 ml/30 days)
XYREM	T2	QL (540 ml/ 30 days) SP HD
XYWAV	T2	QL (540 ml/ 30 days)
BARBITÚRICOS		
<i>phenobarbital</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

SEDANTES/HIPNÓTICOS (Trastornos del sueño/sedantes)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
BARBITÚRICOS (cont.)		
<i>seconal</i> (Seconal Sodium)	T1	QL (30 units/30 days)
HIPNÓTICOS, AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA MELATONINA MT1/MT2		
HETLIOZ	T3	PA QL (30 units/30 days) SP HD
<i>ramelteon</i> (Rozerem)	T1	QL (30 units/30 days)
HIPNÓTICOS SEDANTES - BENZODIAZEPINAS		
<i>estazolam</i>	T1	QL (15 tabs/fill)
<i>flurazepam hcl</i>	T1	
HALCION (<i>triazolam</i>)	T3	
<i>midazolam hcl</i>	T1	
RESTORIL (<i>temazepam</i>)	T3	QL (15 caps/fill)
<i>temazepam</i> (Restoril)	T1	QL (15 caps/fill)
<i>triazolam</i> (Halcion)	T1	QL (15 tabs/fill)
HIPNÓTICOS SEDANTES, NO BARBITÚRICOS		
BELSOMRA	T3	ST QL (30 units/30 days)
<i>doxepin hcl</i> (Silenor)	T1	QL (30 units/30 days)
DAYVIGO	T3	ST QL (30 tabs/fill)
EDLUAR	T3	ST QL (30 units/30 days)
<i>eszopiclone</i> (Lunesta)	T1	QL (30 units/30 days)
INTERMEZZO (<i>zolpidem tartrate</i>)	T3	ST QL (30 units/30 days)
MKO (MIDAZOLAM-KETAMINE-ONDAN)	T3	
QUVIVIQ	T3	ST QL (30 tabs/fill)
SILENOR (<i>doxepin hcl</i>)	T3	ST QL (30 units/30 days)
<i>zaleplon</i>	T1	QL
<i>zolpidem tartrate</i>	T1	QL (30 units/30 days)
<i>zolpidem tartrate</i> (Ambien)	T1	QL (30 units/30 days)
<i>zolpidem tartrate</i> (Intermezzo)	T1	QL (30 units/30 days)
<i>zolpidem tartrate er</i> (Ambien CR)	T1	QL (30 units/30 days)
ZOLPIMIST	T3	ST QL (1 canister/30 days)
PREPARACIONES CUTÁNEAS (Varias)		
ANTISÉPTICOS, GENERALES		
ADVOCATE ALCOHOL 70% PREP PADS	T2	
ALCOHOL 70% PREP PADS	T2	
<i>alcohol 70% swabs</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 (Varias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTISÉPTICOS, GENERALES (cont.)		
ALCOHOL 70% SWABS	T2	
ALCOHOL 70% WIPES	T2	
<i>alcohol antiseptic pads</i>	T1	
<i>alcohol prep pads</i>	T1	
<i>alcohol swab</i>	T1	
<i>alcohol swabs</i>	T1	
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD	T2	
CURITY ALCOHOL PREPS	T2	
CVS ALCOHOL 70% PREP PADS	T2	
<i>cvs isopropyl alcohol 70% wipe</i>	T1	
DROPSAFE PREP PADS	T2	
EASY COMFORT ALCOHOL PAD	T2	
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS	T2	
<i>fifty50 alcohol prep pads</i>	T1	
GNP ALCOHOL SWAB	T2	
GS ALCOHOL 70% SWABS	T2	
HM ALCOHOL 70% PREP PADS	T2	
INCONTROL ALCOHOL PADS	T2	
<i>pharm choice alcohol prep pads</i>	T1	
PHARM CHOICE ALCOHOL PREP PADS	T2	
PRO COMFORT ALCOHOL PADS	T2	
PURE COMFORT ALCOHOL PAD	T2	
<i>ra alcohol swabs</i>	T1	
RA ISOPROPYL ALCOHOL 70% WIPES	T2	
RELION ALCOHOL 70% SWABS	T2	
SAPS ALCOHOL 70% PREP PADS	T2	
SINGLE USE SWAB	T2	
SURE COMFORT ALCOHOL	T2	
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS	T2	
SWI ALCOHOL 70% PREP PADS	T2	
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS	T2	
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS	T2	
ULTILET ALCOHOL SWAB	T2	
WEBCOL	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

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Varias) (cont.)

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

IRRIGANTES

<i>acetic acid</i>	T1	
<i>neomycin-polymyxin b</i>	T1	
PHYSIOLYTE	T3	
PHYSIOSOL	T3	
<i>sodium chloride 0.9% irrig</i>	T1	
<i>sodium chloride 0.9% prcss sol</i>	T1	
SODIUM CHLORIDE 0.9% IRRIG.	T3	

AGENTES OXIDANTES

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

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)

AGENTES ANTIPSORIÁSICOS, SISTÉMICOS

<i>acitretin</i>	T1	
<i>methoxsalen</i> (Oxsoralen-Ultra)	T1	
OXSORALEN-ULTRA (<i>methoxsalen</i>)	T3	
SKYRIZI (2 SYRINGES) KIT	T2	PA QL (1 kit/30 days) SP HD
SORIATANE (<i>acitretin</i>)	T3	
SOTYKTU	T2	PA QL (30 tabs/30 days) SP HD
SPEVIGO	T3	PA SP HD
TALTZ 20 MG/0.25 ML SYRINGE	T2	PA QL (1 syringe/28 days) SP HD
TALTZ 40 MG/0.5 ML SYRINGE	T2	PA QL (1 syringe/28 days) SP HD
TALTZ 80 MG/ML SYRINGE	T2	PA QL (1 ml/28 days) SP HD
TREMFYA	T2	PA QL SP HD

ANTIINFLAMATORIOS TÓPICOS, ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS

<i>diclofenac sodium 1% gel</i>	T1	QL (500 gms/28 days) HD
FLECTOR	T2	ST QL
VOLTAREN (<i>arthritis pain</i>)	T3	ST QL (500gm/21 days) HD

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas)

AGENTES ANTIACNÉ, SISTÉMICOS

ABSORICA	T2	ST
ABSORICA LD	T3	
<i>amnestem</i> (Absorica)	T1	
<i>claravis</i> (Absorica)	T1	
<i>isotretinoin</i> (Absorica)	T1	

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
AGENTES ANTIACNÉ, SISTÉMICOS (cont.)		
<i>isotretinoin authorized generics by Sun pharmaceuticals</i>	T1	ST
<i>myorisan</i> (Absorica)	T1	
<i>zenatane</i> (Absorica)	T1	
AGENTES ANTIACNÉ, TÓPICOS		
ACZONE (<i>dapsone</i>)	T3	ST
<i>adapalene-benzoyl peroxide</i> (Epiduo)	T1	
AZELEX	T3	ST
BENZACLIN (<i>clindamycin-benzoyl peroxide</i>)	T3	ST
<i>clindamycin phos-tretinoin</i> (Veltin)	T1	PA
<i>clindamycin-benzoyl peroxide</i>	T1	
<i>clindamycin-benzoyl peroxide</i> (Acanya)	T1	
<i>clindamycin-benzoyl peroxide</i> (Benzacilin)	T1	
<i>clindamycin/tretinoin</i> (Veltin)	T1	
<i>dapsone 5% gel</i> (Aczone)	T1	PA SP HD
<i>dapsone 7.5% gel pump</i> (Aczone)	T1	PA SP HD
DAPSONE 7.5% GEL	T3	PA SP HD
EPIDUO FORTE GEL PUMP	T3	ST
KLARON (<i>sulfacetamide</i>)	T3	ST
<i>neuac</i>	T1	
ONEXTON (<i>clindamycin phos/benzoyl perox</i>)	T3	ST
ONEXTON	T2	ST
<i>sulfacetamide</i> (Klaron)	T1	
ZIANA (<i>clindamycin phos-tretinoin</i>)	T3	PA ST
ANTIPRURIGINOSOS, TÓPICOS		
<i>doxepin hcl</i> (Prudoxin)	T1	QL (45 gm/23 days)
<i>prudoxin</i> (Prudoxin)	T1	QL (45 gm/23 days)
ZONALON (<i>doxepin hcl</i>)	T3	ST QL (90 grams/30 days)
AGENTES ANTIPSORIÁSICOS		
<i>calcipotriene</i> (Dovonex)	T1	QL (120/23 days)
<i>calcitriol</i> (Vectical)	T1	
DOVONEX (<i>calcipotriene</i>)	T3	QL (120/23 days)
DUOBRII	T3	ST QL (200 gm/23 days)
<i>tazarotene 0.05% cream</i> (Tazorac)	T1	PA
TAZORAC	T2	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
AGENTES ANTIPSORIÁSICOS (cont.)		
VECTICAL (<i>calcitriol</i>)	T3	
VTAMA	T2	PA QL (60 gms/28 days)
ZORYVE 0.3% CREAM	T3	PA QL (60 gms/30 days)
AGENTES ANTISEBORREICOS		
ESKATA	T3	
OVACE (<i>sulfacetamide</i>)	T3	
OVACE PLUS	T3	
<i>selenium sulfide</i> (Selrx)	T1	
<i>sulfacetamide</i> (Ovace Plus Wash)	T1	
<i>sulfacetamide</i> (Ovace Plus)	T1	
<i>sulfacetamide</i> (Ovace)	T1	
VTAMA	T3	PA QL
ZORYVE	T3	PA QL (60 grams/21 days)
ANTISÉPTICOS, GENERALES		
GS ALCOHOL 70% SWABS	T2	
INMUNOMODULADORES		
ALDARA (<i>imiquimod</i>)	T3	
<i>imiquimod</i> (Aldara)	T1	
RUBEFIACIENTES/CONTRAIRRITANTES		
YCANTH	T3	SP
QUERATOLÍTICOS		
<i>benzeapro</i>	T1	
BENZEPRO (<i>benzeapro</i>)	T3	ST
<i>benzoyl peroxide</i>	T1	
CONDYLOX	T3	ST QL (7 grams/30 days)
ENZOCLEAR	T3	ST
INOVA	T3	ST
INOVA 4-1	T3	ST
INOVA 8-2	T3	ST
<i>podofilox 0.5% gel</i> (Condylox)	T1	ST QL (7 gms/30 days)
<i>podofilox 0.5% topical soln</i>	T1	
PR BENZOYL PEROXIDE (<i>benzeapro</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
PROTECTORES		
PHARMABASE (<i>pharmabase barrier</i>)	T3	
<i>zinc oxide</i>	T1	
AGENTES PARA LA ROSÁCEA, TÓPICOS		
<i>azelaic acid</i> (Finacea)	T1	
EPSOLAY	T3	
FINACEA (<i>azelaic acid</i>)	T3	ST
<i>ivermectin 1% cream</i> (Soolantra)	T1	QL (45 gms/30 days)
METROCREAM (<i>metronidazole</i>)	T3	ST
METROGEL (<i>metronidazole</i>)	T3	ST
METROLOTION (<i>metronidazole</i>)	T3	ST
<i>metronidazole 0.75% cream</i> (Metrocream)	T1	
<i>metronidazole 0.75% lotion</i>	T1	
<i>metronidazole top 1% gel pump</i>	T1	
<i>metronidazole topical 0.75% gl</i>	T1	
<i>metronidazole topical 1% gel</i> (Metrogel)	T1	
<i>metronidazole</i> (Metrolotion)	T1	
MIRVASO	T2	PA
NORITATE	T3	ST
RHOFADE	T3	PA
ROSADAN	T3	ST
<i>rosadan</i> (Metrocream)	T1	
ADHESIVOS PARA TEJIDOS/HERIDAS		
ARTISS	T3	
TISSEEL VHSD	T3	
ANTIINFLAM. TÓPICO, INHIB. DE LA FOSFODIESTERASA-4 (PDE4)		
EUCRISA	T2	ST QL (120 gms/30 days)
ZORYVE 0.3% FOAM	T3	ST QL (60 GMS/30 DAYS)
ZORYVE 0.15% CREAM	T2	ST QL (60 gms/30 days)
AGENTES TÓPICOS, VARIOS		
HYFTOR 0.2% GEL	T3	PA
L-MESITRAN SOFT	T3	
DERIVADOS DE LA PLEUROMUTILINA, ANTIBIÓTICOS TÓPICOS		
ALTABAX	T3	ST QL (30 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

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTICOLINÉRGICOS TÓPICOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPERHIDROSIS		
QBREXZA	T3	PA
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS		
ALA-SCALP HP (<i>hydrocortisone</i>)	T3	ST
<i>alclometasone dipropionate</i>	T1	
<i>amcinonide</i>	T1	
<i>apexicon e</i>	T1	
<i>beser</i> (Cutivate)	T1	
<i>betamethasone</i>	T1	
<i>betamethasone dipropionate</i>	T1	
<i>betamethasone valer 0.12% foam</i>	T1	ST
BRYHALI	T3	ST
CAPEX SHAMPOO	T3	ST
<i>clobetasol e</i>	T1	QL (120gm/23 days)
<i>clobetasol clobetasol 0.05% cream</i>	T1	QL (120 gms/30 days)
<i>clobetasol emolInt 0.05% foam</i>	T1	ST QL (100 gms/30 days)
<i>clobetasol propionate/emoll</i>	T1	ST QL (100 gms/30 days)
<i>clobetasol emulsion</i> (Olux-E)	T1	QL (100 units/23 days)
<i>clobetasol propionate</i>	T1	QL
CLOBEX SHAMPOO (<i>clobetasol propionate</i>)	T3	ST QL (263ml/23 days)
CLOBEX SPRAY (<i>clobetasol propionate</i>)	T3	ST QL (125ml/23 days)
CLOBEX TOPICAL LOTION (<i>clobetasol propionate</i>)	T3	ST QL (118ml/23 days)
CLODAN	T3	ST
<i>clodan</i> (Clobex)	T1	QL (263ml/23 days)
CLODERM	T3	ST
CORDRAN	T3	ST QL
CUTIVATE (<i>beser</i>)	T3	ST
DERMA-SMOOTH-FS (<i>fluocinolone acetonide</i>)	T3	ST
DESONATE	T3	ST
<i>desonide</i> (Desowen)	T1	
<i>desoximetasone</i> (Topicort)	T1	
DIPROLENE (<i>betamethasone diprop augmented</i>)	T3	ST
<i>fluocinolone acetonide</i>	T1	
<i>fluocinonide</i>	T1	QL
<i>fluocinonide-e</i>	T1	QL (120 gm/23 days)

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.)		
<i>fluticasone prop 0.05% cream</i>	T1	
<i>fluticasone prop 0.05% lotion</i>	T1	ST
<i>fluticasone propionate</i>	T1	ST
<i>halobetasol prop 0.05% cream</i>	T1	
<i>halobetasol prop 0.05% foam</i>	T1	ST
<i>halobetasol prop 0.05% ointmnt</i>	T1	
HALOG (<i>halcinonide</i>)	T3	ST
<i>hydrocortisone</i>	T1	
<i>hydrocortisone butyrate</i>	T1	ST QL (10gm/28 days)
<i>hydrocortisone butyr 0.1% lotn</i>	T1	PA SP HD
IMPEKLO	T3	ST QL (136 gm/28 days)
IMPOYZ	T3	ST QL (120 gm/23 days)
KENALOG (<i>triamcinolone acetonide</i>)	T3	ST QL
<i>mometasone</i>	T1	
NUCORT	T3	ST
OLUX (<i>clobetasol propionate</i>)	T3	ST QL (100 units/23 days)
PANDEL	T3	ST
<i>prednicarbate</i>	T1	
<i>procto-med hc</i>	T1	
<i>procto-pak</i>	T1	
<i>proctosol-hc</i>	T1	
<i>proctozone-hc</i>	T1	
PSORCON (<i>diflorasone di</i>)	T3	ST QL (120gm/23 days)
SCALACORT DK	T3	ST
SERNIVO	T3	ST
SYNALAR (<i>fluocinolone acetonide</i>)	T3	ST
SYNALARTS	T3	ST
TEMOVATE (<i>clobetasol propionate</i>)	T3	ST QL (120 gm/23 days)
TEXACORT	T3	ST
TOPICORT (<i>desoximetasone</i>)	T3	ST
<i>tovet emollient</i> (Olux-E)	T1	QL (100 units/23 days)
<i>triamcinolone acetonide</i>	T1	
<i>triamcinolone acetonide</i> (Kenalog)	T1	QL

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.)		
<i>trianex</i>	T1	
<i>triderm</i>	T1	
TRIDESILON (<i>desonide</i>)	T3	ST
ULTRAVATE	T3	ST
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS-ANESTÉSICOS LOCALES		
EPIFOAM	T3	ST
EPIFOAM	T3	ST
<i>hc pramoxine</i> (Pramosone)	T1	
<i>lidocaine-hc</i>	T1	
PRAMOSONE	T3	ST
ANTIPARASITARIOS TÓPICOS		
<i>lindane</i>	T1	
<i>malathion</i> (Ovide)	T1	
OVIDE (<i>malathion</i>)	T3	
PREPARACIONES ANTIBACTERIANAS TÓPICAS		
<i>iodine</i>	T1	
<i>iodine</i> (Lugol'S)	T1	
IODOFLEX	T3	
IODOSORB	T3	
NORMLGEL AG	T3	
ANÁLOGOS DE VIT. D/ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS		
<i>calcipotriene-betamethasone</i> (Taclonex)	T1	QL (60 gm/23 days)
<i>calcipotriene-betamethasone dp</i> (Taclonex)	T1	QL (60 gm/23 days)
ENSTILAR	T2	QL (60 gm/23 days)
ENSTILAR FOAM	T2	QL ST
ENZIMAS TÓPICAS/DE LAS MEMBR. MUCOSAS/ SUBCUT.		
SANTYL	T2	QL
DERIVADOS DE LA VITAMINA A		
<i>adapalene</i> (Differin)	T1	
AKLIEF	T3	PA ST
ALTRENO	T3	PA
AVITA	T3	PA
<i>avita</i> (Avita)	T1	PA
DIFFERIN (<i>adapalene</i>)	T3	ST

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 (cont.)

RETIN-A (<i>tretinoin</i>)	T3	PA
<i>tretinoin</i>	T1	
<i>tretinoin</i> (Atralin)	T1	PA
<i>tretinoin</i> (Avita)	T1	PA
<i>tretinoin microsphere</i> (Retin-A Micro Pump)	T1	PA
<i>tretinoin microsphere</i> (Retin-A Micro)	T1	PA

AGENTES ANTIACNÉ TÓPICOS, DERIVADOS DE LA VITAMINA A

FABIOR	T3	PA
--------	----	----

AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR (Productos para dejar de fumar)⁸

AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR (ESTIM. GANGLIONARES, OTROS)

NICODERM CQ (<i>nicoderm cq</i>)	T2	QL (180 days supply/365 days) PPACA
NICODERM CQ (<i>nicotine patch</i>)	T2	QL (180 days supply/365 days) PPACA
<i>nicorelief</i> (Nicorette)	T1	QL (180 days supply/365 days) PPACA
NICORETTE	T2	QL (180 days supply/365 days) PPACA
NICORETTE (<i>nicorelief</i>)	T2	QL (180 days supply/365 days) PPACA
NICORETTE (<i>nicotine gum</i>)	T2	QL (180 days supply/365 days) PPACA
<i>nicotine</i>	T1	QL (180 days supply/365 days) PPACA
<i>nicotine</i> (Nicoderm CQ)	T1	QL (180 days supply/365 days) PPACA
<i>nicotine</i> (Nicorette)	T1	QL (180 days supply/365 days) PPACA
<i>nicotine gum</i> (Nicorette)	T1	QL (180 days supply/365 days) PPACA
NICOTROL	T3	QL (180 days supply/365 days)
NICOTROL NS	T3	QL (180 days supply/365 days)
<i>quit 2</i> (Nicorette)	T1	QL (180 days supply/365 days) PPACA
<i>quit 4</i> (Nicorette)	T1	QL (180 days supply/365 days) PPACA
<i>stop smoking aid</i> (Nicorette)	T1	QL (180 days supply/365 days) PPACA
<i>varenicline 0.5 mg tablet</i>	T1	
<i>varenicline 1 mg tablet</i>	T1	
<i>varenicline starting month box</i>	T1	

AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR-AGONISTA PARCIAL DE LOS RECEPT. DE NICOTINA

CHANTIX	T3	QL (180 Days Supply/365 Days)
<i>varenicline starting month box</i>	T1	

AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR, OTROS

<i>bupropion sr</i>	T1	QL (180 days supply/365 days) 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 TIROIDES (Agentes hormonales)

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

PREPARACIONES ANTITIROIDEAS

<i>methimazole</i>	T1	HD
<i>propylthiouracil</i>	T1	HD

HORMONAS TIROIDEAS

<i>adthyza 15 mg tablet</i>	T1	HD
<i>adthyza 30 mg tablet</i>	T1	HD
<i>adthyza 60 mg tablet</i>	T1	HD
<i>adthyza 90 mg tablet</i>	T1	HD
<i>adthyza 120 mg tablet</i>	T1	HD
ERMEZA SOLUTION	T3	ST HD
EUTHYROX (Euthyroxlevothyroxine)	T1	HD
LEVO-T (Euthyroxlevothyroxine)	T1	HD
LEVO-T (Levo-Tlevothyroxine)	T1	HD
<i>levothyroxine</i>	T1	HD
<i>levoxyl</i> (Euthyrox)	T1	HD
<i>liothyronine</i> (Cytomel)	T1	HD
<i>nature-throid</i>	T1	
<i>np thyroid</i> (Armour Thyroid)	T1	HD
<i>thyroid</i> (Armour Thyroid)	T1	
<i>unithroid</i> (Euthyrox)	T1	HD
<i>unithroid</i> (Levo-T)	T1	HD
<i>westhroid</i>	T1	HD

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	T2	PA QL (56 tabs/fill) SP HD
ALYFTREK 4-20-50 MG TABLET	T2	PA QL (84 tabs/fill) SP HD
BRONCHITOL 40 MG INHALE CAPSULE	T3	PA SP
ORKAMBI	T2	PA QL (56 packets/28 days) SP HD
SYMDEKO	T2	PA QL SP HD
TRIKAFTA 80-40-60MG/59.5MG PKT	T2	SP PA HD QL (56 packets/28 days)
TRIKAFTA 100-50-75 MG/75MG PKT	T2	SP PA HD QL (56 packets/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

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
FIB. QUÍSTICA-POTENCIADOR DE LA REG. DE LA CONduc. TRANSMEMB. (CFTR)		
KALYDECO 5.8 MG GRANULES PKT	T2	PA QL (56 packs/fill) SP HD
KALYDECO 13.4MG GRANULES PKT	T2	PA SP QL (56 packets/28 days)
INHIBIDOR DE LA DIPEPTIDIL PEPTIDASA I (DPPi)		
BRINSUPRI	T3	PA SP
SURFACTANTES PULMONARES		
CUROSURF	T3	
INFASURF	T3	
SURVANTA	T3	
MUCOLÍTICOS		
PULMOZYME	T2	SP HD
FIBROSIS PULMONAR - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS		
OFEV	T2	PA QL SP HD
INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS		
JOENJA 70 MG TABLET	T3	PA SP QL (60 tabs/30 days)
VIJOICE	T2	SP PA QL (28 tabs/30 days)
VIJOICE 50 MG GRANULE PACKET	T2	PA QL (28 Packs/28 days) SP
ZOKINVY	T3	PA QL (max 120 caps/30 days)
INHIBIDORES DE LA LINFOPOYETINA ESTROMAL TÍMICA (TSLP)		
TEZSPIRE 210 MG/1.91 ML PEN	T2	SP PA HD QL (1 pen/28 days)
TEZSPIRE 210 MG/1.91 ML SYRING	T2	SP PA HD QL (1 syringe/28 days)

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)

INHIBIDORES DE LA TIROSINA QUINASA DEL BAZO/BRUTON

TAVALISSE	T2	PA QL (60 tabs/30 days) SP
-----------	----	----------------------------

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)

ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA BRADIQUININA B2

<i>icatibant</i> (Firazyr)	T1	PA SP HD
----------------------------	----	----------

INHIBIDORES DE CALICREÍNA PLASMÁTICA

KALBITOR	T3	PA SP HD
ORLADEYO 110MG, 150MG CAPSULE	T3	PA SP QL (28 caps/28 days)
TAKHZYRO 300MG/2ML	T2	PA SP HD QL (2 units/28 days)

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Cáncer)

ANTINEOPLÁSICOS - ANTIMETABOLITOS

FLUOROURACIL	T2	
--------------	----	--

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		
<i>leucovorin</i>	T1	
<i>mesna</i> (Mesnex)	T1	SP CSL
MESNEX (<i>mesna</i>)	T2	SP CSL
VISTOGARD 10GM PKT	T2	PA QL (20 pkts/30days) SP

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Productos dentales)

PREPARACIONES Y AYUDAS DENTALES		
<i>chlorhexidine gluconate</i>	T1	
PREPARACIONES Y AYUDAS DENTALES (cont.)		
<i>oralone</i>	T1	
PERIDEX (<i>chlorhexidine gluconate</i>)	T3	
<i>periogard</i>	T1	
<i>triamcinolone acetonide</i>	T1	

INHIBIDORES DE LA COLAGENASA PERIODONTAL		
<i>doxycycline hyclate</i>	T1	

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Disfunción eréctil)

MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL (ED)		
<i>avanafil</i> (Stendra)	T1	PA QL (8 tabs/30 days)
CIALIS (<i>tadalafil</i>)	T3	PA QL (8 tabs/30 days)
<i>sildenafil 25 mg tablet</i> (Viagra)	T1	PA QL (8 tabs/30 days) HD
<i>sildenafil 50 mg tablet</i> (Viagra)	T1	PA QL (8 tabs/30 days) HD
<i>sildenafil 100 mg tablet</i> (Viagra)	T1	PA QL (8 tabs/30 days) HD
STENDRA (<i>avanafil</i>)	T3	PA QL (8 tabs/30 days)
<i>tadalafil 2.5 mg tablet</i>	T1	PA QL (30 tabs/30 days) HD
<i>tadalafil 5 mg tablet</i> (Cialis)	T1	PA QL (8 tabs/30 days) HD
<i>tadalafil 10 mg tablet</i> (Cialis)	T1	PA QL (8 tabs/30 days) HD
<i>tadalafil 20 mg tablet</i> (Cialis)	T1	PA QL (8 tabs/30 days) HD

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones oculares)

AGONISTA PARCIAL DE RECEPTORES NICOTÍNICOS, ALFA4-BETA2		
TYRVAYA 0.03 MG NASAL SPRAY	T3	PA

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones gastrointestinales/pirosis)

AGENTES PARA USO ESTOMATOLÓGICO		
PROTHELIAL	T3	

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		
<i>cinacalcet hcl</i> (Sensipar)	T1	SP
AGENTES ORALES PARA LA MUCOSITIS/ESTOMATITIS		
GELCLAIR	T3	
ORAMAGICRX	T3	
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS ORALES PARA LA MUCOSITIS/ESTOMATITIS		
EPISIL	T3	
AGONISTAS DE LOS PPAR		
IQIRVO	T2	PA SP HD
LIVDELZI	T2	PA SP
AGENTES ESTIMULANTES DE LA SALIVA		
NUMOISYN	T3	
AGENTES SUSTITUTOS DE LA SALIVA		
AQUORAL	T3	
BOCASAL	T3	
CAPHOSOL	T3	
MUCOSITISRX	T3	
NEUTRASAL	T3	
NUMOISYN	T3	
SALIVAMAX	T3	
AGONISTA DEL RECEPTOR DE LA HORMONA TIROIDEA (THR)		
REZDIFFRA	T2	PA QL (30 tabs/30 days) SP HD
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Agentes hormonales)		
AGENTES QUE ESTIM. LA FORMACIÓN DE HUESO - HORMONA PARATIROIDEA		
FORTEO	T2	PA QL (1 pen/21 days) SP HD
<i>teriparatide 600 mcg/2.4ml pen</i>	T1	PA QL (1 pen/28 days) SP HD
TERIPARATIDE 620 MCG/2.48 ML	T3	PA QL (1 pen/28 days) SP
INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA		
<i>ibandronate</i>	T1	QL (1 tab/30 days) HD
ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE LA HORMONA DE CRECIMIENTO		
SOMAVERT	T2	SP HD
AGENTES PARA EL TRAT. DEL HIPERPARATIROID. - TIPO ANÁLOGO DE VITAMINA D		
<i>doxercalciferol</i>	T1	
<i>paricalcitol</i>	T1	SP HD
<i>paricalcitol</i> (Zemplar)	T1	SP HD

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 (Agentes hormonales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA EL TRAT. DEL HIPERPARATIROID. - TIPO ANÁLOGO DE VITAMINA D (cont.)		
RAYALDEE	T3	
ZEMPLAR (paricalcitol)	T3	SP HD
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios)		
ABORTIVOS-ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA PROGESTERONA		
MIFEPREX	T3	
mifepristone 200 mg tablet	T1	
mifepristone (Mifeprex)	T1	
AGENTES PARA TRATAR LA PARÁLISIS PERIÓDICA - INHIB. DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA		
dichlorphenamide (Keveyis)	T1	PA SP
INHIBIDORES DE AMONÍACO		
CARBAGLU (carglumic acid)	T2	PA SP HD
carglumic acid (Carbaglu)	T1	PA SP HD
PREPARACIONES ANTIALCOHÓLICAS		
acamprosate	T1	
ANTABUSE (disulfiram)	T3	
disulfiram (Antabuse)	T1	
TRATAMIENTO ANTIFIBRÓTICO - ANÁLOGOS DE LA PIRIDONA		
ESBRIET	T3	PA QL (90 tabs/30 days) SP ST HD
pirfenidone 267mg capsules	T1	PA SP HD QL (270 caps/30 days)
INHIBIDORES DE LA ESTERASA CI		
CINRYZE	T2	PA SP HD
HAEGARDA 2,000UNIT VIAL	T2	PA QL (24 vls/28 days) SP HD
HAEGARDA 3,000UNIT VIAL	T2	PA QL (16 vls/28 days) SP HD
RUCONEST	T2	PA SP HD
COLORANTES Y TINTES		
methylene blue	T1	
AGENTES CRIOPRESERVANTES		
cryoserv	T1	
MEDICAMENTOS PARA TRATAR DIAG. DE GAUCHER TIPO I, REDUCTORES DE SUSTRATOS		
CERDELGA	T2	PA SP HD QL (56 caps/28 days)
AGENTES PARA INHALACIÓN GENERALES		
chloride	T1	
HYPER-SAL	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 INHALACIÓN GENERALES (cont.)		
<i>nebusal</i>	T1	
NEBUSAL	T3	
<i>pulmosal</i>	T1	
<i>sodium chloride 0.9% inhal vl</i>	T1	
<i>sodium chloride 10% vial</i>	T1	
<i>sodium chloride 3%, 7% vial</i>	T1	
TRATAMIENTO DE TRASTORNO GENÉTICO - TRATAMIENTO POR DEFICIENCIA DE PROTEÍNA SMN		
EVRYSDI	T3	PA SP HD
INHIBIDOR DE LA GLUCOSILCERAMIDA SINTASA (GCS)		
<i>miglustat (Zavesca)</i>	T1	PA QL (90 caps/30 days) SP
OPFOLDA	T3	PA QL (8 caps/fill) SP HD
INHIBIDOR DE LA HIDROXIFENILPIRUVATO DIOXIGENASA (HPPD)		
<i>nitisinone (Orfadin)</i>	T1	PA SP HD
NITYR	T2	PA SP
ORFADIN	T3	PA SP
ORFADIN (<i>nitisinone</i>)	T3	PA SP
SUPRESORES DE LOS SÍNTOMAS MENOPÁUSICOS - ANTAG. DEL RECEPT. NK		
VEOZAH	T3	
SUPRESORES DE LOS SÍNTOMAS MENOPÁUSICOS - SSRI		
<i>paroxetine mesylate (Brisdelle)</i>	T1	QL (30 units/30 days) HD
REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, HIPOFOSFATASIA		
STRENSIQ	T2	PA SP
REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, DEFICIENCIA DEL COFACTOR DE MOLIBDENO		
NULIBRY 9.5 MG VIAL	T3	PA
REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, ENFERMEDAD DE POMPE		
NEXVIAZYME 100 MG VIAL	T3	PA
AGENTES PARA TRATAR LA INTOXIC. POR METALES		
CHEMET	T2	PA
<i>clovique (Syprine)</i>	T1	PA SP HD
<i>deferasirox (Exjade)</i>	T1	PA SP HD
<i>deferasirox (Jadenu)</i>	T1	PA SP HD
<i>deferiprone (Ferriprox (3 Times A Day)</i>	T1	PA SP HD
FERRIPROX	T3	PA SP
GALZIN	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 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.)		
RADIOGARDASE	T3	
SYPRINE (<i>clovique</i>)	T3	PA SP HD
PÉPTIDOS NATRIURÉTICOS		
VOXZOGO 0.4 MG VIAL	T3	PA SP
INHIBIDORES DEL RECEPTOR FC NEONATAL (FCRN)		
VYVGART HYTRULO	T3	PA SP HD
ACTIVADOR DEL FACTOR 2 RELACIONADO CON EL FACTOR NUCLEAR ERITROIDE 2		
SKYCLARYS	T3	PA SP
CHAPERÓN FARMACOLÓGICO-ESTAB. DE LA ALFA-GALACTOSIDASA A		
GALAFOLD	T3	PA QL SP HD
AGENTE PARA TRATAR LA FENILCETONURIA-COFACTOR DE LA FENILALANINA HIDROXILASA		
<i>sapropterin dihydrochloride</i> (Kuvan)	T1	PA SP
ESTABILIZADORES DE PROTEÍNAS		
ATTRUBY	T2	PA SP
VYNDAMAX	T2	PA SP HD
VYNDAQEL	T2	PA SP HD
AGONISTAS DEL RECEPTOR DE ÁCIDO RETINOICO (RAR)		
SOHONOS 1 MG CAPSULE	T3	PA QL (112 caps/fill) SP
SOHONOS 1.5 MG CAPSULE	T3	PA QL (112 caps/fill) SP
SOHONOS 2.5 MG CAPSULE	T3	PA QL (140 caps/fill) SP
SOHONOS 5 MG CAPSULE	T3	PA QL (84 caps/fill) SP
SOHONOS 10 MG CAPSULE	T3	PA QL (56 caps/fill) SP
SOLVENTES		
<i>dy-o-derm</i>	T1	
FT ISOPROPYL ALCOHOL 91%	T3	
FT ISOPROPYL RUB ALCOHOL 70%	T3	
GS ISOPROPYL ALCOHOL 91%	T3	
GNP ISOPROPYL ALCOHOL 70%	T3	
INSTACLEAN	T2	
ISOPROPANOL	T2	
<i>isopropyl alcohol</i>	T1	
ISOPROPYL ALCOHOL	T3	
ISOPROPYL ALCOHOL 70%	T3	
MURI-LUBE MINERAL OIL	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

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios) (cont.)

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

EXCIPIENTES

GELFILM	T3	
HYDROXYPROPYLCELLULOSE	T2	
HYPROMELLOSE	T2	

TRATAMIENTO DE LA HIPERFAGIA EN EL SÍNDROME DE PRADER-WILLI

VYKAT XR	T3	PA SP
----------	----	-------

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Esclerosis múltiple)

INHIB. DE ADHESIÓN LEUCOCITARIA, ANTICUERPO MONOCLONAL IGG4K MEDIADO POR ALPHA4

TYSABRI 300 MG/15 ML VIAL	T2	PA QL (15 mL/30 days) HD
---------------------------	----	--------------------------

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Nutritivos/alimenticios)

AGENTES PARA DEFICIENCIAS METABÓLICAS

<i>betaine (Cystadane)</i>	T1	PA SP
CARNITOR (<i>levocarnitine</i>)	T3	
CARNITOR SF (<i>levocarnitine sf</i>)	T3	
CYSTADANE	T2	PA ST SP
<i>levocarnitine (Carnitor)</i>	T1	
<i>levocarnitine sf (Carnitor SF)</i>	T1	
<i>levocarnitine 4 gm/20 ml vial</i>	T1	

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Productos para la osteoporosis)

AGENTES QUE ESTIM. LA FORMACIÓN DE HUESO - HORMONA PARATIROIDEA

BONSITY (<i>teriparatide</i>)	T3	PA QL (1 pens/28 days) SP
<i>teriparatide (Bonsity)</i>	T1	PA QL (1 pens/28 days) SP HD
<i>teriparatide (Forteo)</i>	T1	PA QL (1 pens/28 days) SP HD

COMBINACIONES DE INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA Y VITAMINA D

FOSAMAX PLUS D	T3	ST QL (4 tabs/21 days) HD
----------------	----	---------------------------

INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA

ACTONEL 150 MG TABLET (<i>risedronate</i>)	T3	ST QL (1 tab/23 days) HD
ACTONEL 35 MG TABLET (<i>risedronate</i>)	T3	ST QL (4 tabs/21 days) HD
ACTONEL 5 MG TABLET (<i>risedronate</i>)	T3	ST QL (30 units/30 days)
<i>alendronate 10mg tablet</i>	T1	QL (30 units/30 days) HD
<i>alendronate sodium 40mg tablet</i>	T1	HD
<i>alendronate 35mg, 70mg tablets (Fosamax)</i>	T1	QL (4 tabs/ 21 days) HD
<i>alendronate 70 mg/75 ml</i>	T1	QL (4 bottles/21 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 (Productos para la osteoporosis) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA (cont.)		
ATELVIA (<i>risedronate dr</i>)	T3	ST QL (4 tabs/21 days) HD
BINOSTO	T3	ST QL (4 tabs/21 days) HD
EVISTA (<i>raloxifene hcl</i>)	T3	HD
FOSAMAX (<i>alendronate</i>)	T3	ST QL (4 tabs/21 days) HD
<i>raloxifene hcl</i> (Evista)	T1	HD PPACA
<i>risedronate</i>	T1	QL HD
<i>risedronate dr</i> (Atelvia)	T1	QL (4 tabs/21 days) HD

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)

ANTIINFLAM. ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-I

ARCALYST	T3	PA SP HD
----------	----	----------

ANTIINFLAMATORIOS, BETABLOQUEANTES DE INTERLEUCINA-I

ILARIS	T2	PA SP HD
--------	----	----------

AGENTES PARA LA FIBROMIALGIA, INHIB. DE LA RECAPT. DE SEROTONINA-NOREPINEFRINA

SAVELLA 100 MG TABLET	T2	ST QL (60 tabs/30 days)
SAVELLA 12.5 MG TABLET	T2	ST QL (60 tabs/30 days)
SAVELLA 25 MG TABLET	T2	ST QL (60 tabs/30 days)
SAVELLA 50 MG TABLET	T2	ST QL (60 tabs/30 days)
SAVELLA TITRATION PACK	T2	ST QL (55 tabs/30 days)

INMUNOMODULADORES, INHIB. ESPECÍF. DE ESTIM. DE LINFOCITOS B (BLYS)

BENLYSTA	T2	PA QL (4ml/28 days) SP HD
----------	----	---------------------------

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones cutáneas)

INHIBIDORES DE LA INTERLEUCINA-I3 (IL-I3), ANTICUERPOS MONOCLONALES

ADBRY AUTOINJECTOR	T2	PA QL (2 auto-injs/28 days) SP HD
ADBRY 150MG/ML SYRINGE	T2	PA SP
EBGLYSS PEN	T2	PA QL (4 mls/28 days) SP
EBGLYSS SYRINGE	T2	PA SP

INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK)

LEQSELVI	T3	PA SP HD
LITFULO	T3	PA QL (28 caps/28 days) SP HD

AGENTES CICATRIZANTES LOCALES

FILSUEVZ	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

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Abuso de sustancias)

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

TRATAMIENTO PARA LA ABSTINENCIA DE OPIOIDES, AGONISTAS ADRENÉRGICOS ALFA 2

<i>lofexidine (Lucemyra)</i>	T1	PA QL (224 tabs/30 days)
------------------------------	----	--------------------------

AGENTES PARA EL TRATAMIENTO PARA LA ABSTINENCIA DE OPIOIDES, TIPO OPIOIDES

<i>buprenorphine</i>	T1	
<i>buprenorphine-naloxone (Suboxone)</i>	T1	QL
PROBUPHINE	T3	
SUBOXONE (<i>buprenorphine-naloxone</i>)	T3	QL
ZUBSOLV	T2	QL

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Medicamentos para trasplante)

INHIBIDORES DE LA QUINASA RHO

REZUROCK 200 MG TABLET	T3	PA QL (30 tabs/30 days)
------------------------	----	-------------------------

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones urinarias)

AGENTES PARA LA HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA/MICCIÓN

<i>alfuzosin hcl er (Uroxatral)</i>	T1	HD
<i>dutasteride (Avodart)</i>	T1	HD
<i>finasteride (Proscar)</i>	T1	HD
FLOMAX (<i>tamsulosin hcl</i>)	T3	HD
PROSCAR (<i>finasteride</i>)	T3	ST HD
<i>silodosin (Rapaflo)</i>	T1	HD
<i>tamsulosin hcl (Flomax)</i>	T1	HD

INHIB. DE LA 5-ALFA REDUCTASA-ANTAG. ADRENÉRGICO ALFAI PARA TRATAR LA HPB

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

AGENTES QUE REDUCEN LA CISTINA, CISTINOSIS NEFROPÁTICA

CYSTAGON	T2	SP
----------	----	----

ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ENDOTELINA

VANRAFIA	T2	PA SP
----------	----	-------

AGENTES PARA CÁLCULOS RENALES

THIOLA	T3	SP
<i>tiopronin 100 mg tablet (Thiola)</i>	T1	PA SP
<i>tiopronin dr 100 mg tablet (Thiola Ec)</i>	T1	PA SP
<i>tiopronin dr 100 mg tablet (Thiola Ec)</i>	T1	PA SP HD
<i>tiopronin dr 300 mg tablet (Thiola Ec)</i>	T1	PA SP
<i>tiopronin dr 300 mg tablet (Thiola Ec)</i>	T1	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 (Condiciones urinarias) (cont.)

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

AGENTES PARA CÁLCULOS RENALES (cont.)

<i>tiopronin</i> (Thiola Ec)	T1	PA SP
THIOLA EC (<i>tiopronin</i>)	T3	PA SP

AGENTES PARA LA VEJIGA HIPERACTIVA, RECEP. ADRENÉRGICOS BETA 3

GEMTESA	T3	
<i>mirabegron</i> (Myrbetriq)	T1	HD
MYRBETRIQ	T2	HD
MYRBETRIQ (<i>mirabegron</i>)	T2	HD

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

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

AGENTE ANTIESPASMÓDICO/ANTIINCONTINENCIA DE LAS VÍAS URINARIAS

DITROPAN XL (<i>oxybutynin chloride er</i>)	T3	ST HD
<i>flavoxate hcl</i>	T1	HD
<i>oxybutynin</i>	T1	HD
<i>oxybutynin chloride er</i> (Ditropan XL)	T1	HD
<i>oxybutynin 5 mg/5 ml soln cup</i>	T1	HD
OXYTROL	T3	ST QL (8 patches/21 days) HD
<i>tolterodine tartrate</i> (Detrol)	T1	HD
<i>tolterodine tartrate er</i> (Detrol LA)	T1	HD
TOVIAZ	T3	ST HD
TOVIAZ ER	T3	HD
<i>tropium chloride</i>	T1	HD

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Control del peso)

ESTIM. DEL APETITO PARA LA ANOREXIA, CAQUEXIA, SÍND. DE DESGASTE

<i>megestrol acetate</i>	T1	
--------------------------	----	--

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias)

COMBINACIONES MULTIVITAMÍNICAS ANTIOXIDANTES

BIOTECT PLUS SOFTGEL	T3	
EYE HEALTH WITH LUTEIN	T3	
LUTEIN PLUS WITH ZEAXANTHIN	T3	
PRESERVISION AREDS 2 CO Q-10	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
COMBINACIONES MULTIVITAMÍNICAS ANTIOXIDANTES (cont.)		
VISION OPTIMIZER	T3	
VITEYES AREDS 2 PLUS MULTIVIT	T3	
BIOFLAVONOIDES		
FLAVOVIT	T3	
LIPO FLAVONOID	T3	
PREPARACIONES CON ÁCIDO FÓLICO		
COBALEFOL	T3	
FOLETRA	T3	
DEPLIN FC	T3	
<i>folic acid</i>	T1	PPACA
<i>ft folic acid 400 mcg, 800 mcg tablet</i>	T1	PPACA
MI-VITE RX	T3	
<i>purevita folic acid 400 mcg tb</i>	T1	PPACA
PUREVITA FOLIC ACID 400MCG/2ML	T3	
<i>true folic acid 667 mcg dfe tb</i>	T1	PPACA
<i>true folic acid 1600mcg dfe tb</i>	T1	
PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS		
ABC COMPLETE ADULT	T2	
ABC COMPLETE MEN'S	T2	
ACTIVNUTRIENTS PERFORMANCE	T3	
ADULT MULTI	T3	
AFLORA	T3	
ALIVE ADULT ULTRA POTENCY	T3	
ALIVE COMPLETE PREMIUM PRENATL	T3	
ALIVE MAX6 POTENCY	T3	
ALIVE WOMEN'S 50 PLUS COMPLETE	T3	
ALIVE WOMEN'S MULTIVITAMIN	T3	
ALIVE DAILY ENERGY	T3	
ALIVE HAIR, SKIN AND NAILS	T3	
ALIVE MEN'S 50 PLUS GUMMY	T3	
ALIVE MEN'S 50 PLUS ULTRA	T3	
ALIVE MEN'S ULTRA POTENCY	T3	
ALIVE PREMIUM ADULT	T3	
ALIVE MEN'S ENERGY	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 MULTIVITAMÍNICAS (cont.)		
ALIVE MEN'S GUMMY	T3	
ALPHA BETIC MULTIVITAMIN	T3	
ALTRIXA	T3	
<i>b complex w-vitamin c</i>	T1	PPACA
<i>biotect plus liquid</i>	T1	
CENTRUM ADULT 50 PLUS	T3	
CENTRUM CENTRUM WOMEN IMMUNE MINIS	T3	
CENTRUM MEN 50 PLUS	T3	
CENTRUM MEN MULTIGUMMY	T3	
CENTRUM MENOPAUSE MULTIVITAMIN	T3	
CENTRUM MEN'S TABLET	T2	
CENTRUM MULTI MENTAL FOCUS	T3	
CENTRUM MULTI PLUS BEAUTY	T3	
CENTRUM MULTI PLUS OMEGA-3	T3	
CENTRUM POSTNATAL	T3	
CENTRUM PRENATAL	T3	
CENTRUM WOMEN 50 PLUS	T3	
CENTRUM WOMEN MULTIGUMMY	T3	
<i>centrum women tablet (Certavite-Antioxidant)</i>	T1	
<i>centrum women tablet (Tab-A-Vite Multivit With Iron)</i>	T1	
COMPLETIA DIABETIC MULTIVIT	T3	
<i>cvs adult multivitamin gummy</i>	T1	
DAILY MULTIPLE	T2	
DAVIMET WITH IRON	T3	
DIABETES HEALTH PACK	T3	
DIATROL	T3	
EQ ONE DAILY MEN'S TABLET	T2	
FINAZOL	T3	
FOLACHEW	T3	
FOLAPRIME	T3	
FOLAWISE	T3	
FLORRAXYL	T3	
<i>ft b complex plus vit c tablet</i>	T1	
<i>ft century men tablet</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

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)		
<i>ft century women tablet (Certavite-Antioxidant)</i>	T1	
<i>ft century women tablet (Tab-A-Vite Multivit With Iron)</i>	T1	
FT HAIR, SKIN AND NAILS TABLET	T3	
<i>ft one daily men's tablet</i>	T1	
<i>ft one daily women's tablet</i>	T1	
GNP CENTURY ADULT FORMULA TAB	T3	
<i>gnp century adult formula tab (Certavite-Antioxidant)</i>	T1	
<i>gnp century adult formula tab (Tab-A-Vite Multivit With Iron)</i>	T1	
GNP CENTURY MEN TABLET	T3	
GNP CENTURY WOMEN TABLET	T3	
GNP ONE DAILY MAXIMUM TABLET	T3	
MEN'S DAILY MULTIVITAMIN	T2	
MICRONEX	T3	
<i>multivit no.18/iron no.1/folic (Tandem Plus)</i>	T1	
MEN'S ONE DAILY	T2	
MULTIA DAILY MULTIVITAMIN	T3	
<i>multivit-minerals/folic acid</i>	T1	
MULTIVITAMIN-MULTIMINERAL	T3	
<i>mv-mn/folic ac/calcium/vit k1</i>	T1	
<i>mv-min 59/iron/folic/docusate</i>	T1	
MVW MODULATR FORM MINI MULTIVIT	T3	
NIVA-PLUS (<i>multivit-min 60/iron fum/folic</i>)	T3	
NUTRALYN	T3	
ONE-A-DAY TRIPLE IMMUNE SUPPRT	T3	
ONE-A-DAY WOMEN'S 50 PLUS TAB	T3	
<i>one-a-day women's 50 plus tab (One-A-Day)</i>	T1	
ONE DAILY ESSENTIALS	T3	
<i>one daily maximum tablet</i>	T1	
<i>one daily multivit-mineral tab</i>	T1	
ONE DAILY MULTIVIT-MINERAL TAB	T3	
PRENATAL GUMMIES	T3	
PREV-RX	T3	
<i>ra one daily maximum tablet</i>	T1	
<i>super b-complex w/vitamin c</i>	T1	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

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)		
SUPERIOR MEN'S MULTI	T3	
TANDEM PLUS (<i>multivit no.18/iron no.1/folic</i>)	T3	
<i>thera-m caplet, tablett</i>	T1	
THERA-M CAPLET	T3	
TRIVIA COMPLETE	T3	
TRUE MULTIVITAMIN	T3	
VITACORE	T3	
VITAFUSION PRENATAL	T3	
VITAJoy ADULT MULTI	T3	
<i>vitamin b complex with c</i>	T1	HD PPACA
PREPARACIONES DE NIACINA		
<i>ft niacin 400 mg capsule</i>	T1	
NIACIN 100 MG CAPSULE	T3	
NIACINAMIDE 500 MG CAPSULE	T3	
PUREVITA VITAMIN B3	T3	
<i>true vitamin b3 50 mg tablet</i>	T1	
<i>true vitamin b3 500 mg tablet</i>	T1	
TRUE VITAMIN B3 250 MG TABLET	T3	
PREPARACIONES DE PANTENOL		
PANTOTHENIC ACID	T3	
PUREVITA VITAMIN B5	T3	
PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS		
ALIVE KIDS MULTIVITAMIN	T3	
DAVIMET WITH FLUORIDE	T3	
EMERGEN-C KIDZ DAILY IMMUNE	T3	
EMERGEN-C KIDZ IMMUNE PLUS	T3	
FLINTSTONES IMMUNITY SUPPORT	T3	
FLORAFOL PEDIATRIC	T3	
FLORAFOL FE PEDIATRIC	T3	
GUMMY DINOS	T3	
<i>little animals child tb chw (Flintstones With Extra C)</i>	T1	
<i>little animals child tb chw (Flintstones)</i>	T1	
LITTLE ANIMALS CHILD TB CHW	T3	
LIVITA FOR CHILDREN	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 VITAMINAS PEDIÁTRICAS (cont.)		
MVW MODULATR FORMLTN PEDIATRIC	T3	
NOVAFERRUM YUM PEDIATR MV-IRON	T3	
NOVAMV MMM PEDIATRIC MULTIVIT	T3	
<i>pedi multivit no.17 w-fluoride</i>	T1	PPACA
<i>pediatric multivitamin no.111</i>	T1	
<i>pediatric multivitamin no.212</i>	T1	
MULTIVIT-FLUOR 0.5 MG TAB CHEW	T3	
MULTIVIT-FLUORIDE 1 MG TAB CHW	T3	
<i>multivitamin with fluoride</i>	T1	PPACA
<i>mvc-fluoride</i>	T1	PPACA
SOLUVITA MULTIVITAMIN FLUORIDE	T3	
SOLUVITA MULTIVITAMIN FLUORIDE (<i>pedi multivit no.82 w-fluoride</i>)	T3	
<i>tri-vit-fluor 0.25 mg/ml drop</i>	T1	PPACA
TRI-VIT-FLUOR 0.25 MG/ML DROP	T3	
<i>tri-vit-fluor 0.5 mg/ml drop</i>	T1	PPACA
<i>tri-vitamin with fluoride</i>	T1	PPACA
<i>vitamins a, c, d & fluoride</i>	T1	PPACA
PREPARACIONES DE VITAMINA A		
FT VITAMIN A 3,000 MCG SOFTGEL	T3	
GNP VITAMIN A 3,000 MCG SOFTGL	T3	
PUREVITA VITAMIN A	T3	
PREPARACIONES DE VITAMINA B		
<i>acetylcyst/methylb12/levomefol (Cerefolin Brain Wellness)</i>	T1	HD
B-100 COMPLEX CAPSULE	T3	HD
<i>b-100 complex tr caplet</i>	T1	HD
<i>b complex, c no.20/folic acid (Virt-Caps)</i>	T1	HD
<i>b complex w-vitamin c</i>	T1	HD PPACA
<i>b-complex tablet (Vitamin B Complex-Electrolytes)</i>	T1	HD PPACA
B-COMPLEX 100	T3	HD
B-COMPLEX FAST DISSOLVE TABLET	T3	HD
<i>balance b</i>	T1	HD PPACA
<i>balanced b-complex</i>	T1	HD PPACA
CEREFOLIN BRAIN WELLNESS (<i>acetylcyst/methylb12/levomefol</i>)	T3	HD
COMPLETE LIVER CLEANSE	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

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA B (cont.)		
CVS BIOTIN 5,000 MCG TABLET	T3	HD
<i>dialyvite 800</i> (Nephro-Vite)	T1	HD PPACA
FOLA-B COMPLEX	T3	HD
FOLIC ACID-B6-B12	T3	HD
FOLICORE B COMPLEX	T3	HD
FOLIKA-BC	T3	HD
FOLVITA COMPLEX	T3	HD
<i>foltabs 800</i>	T1	HD PPACA
<i>ft b-100 complex er tablet</i>	T1	HD
<i>ft biotin 5,000 mcg capsule</i> (Meribin)	T1	HD
FT BIOTIN 10,000 MCG TABLET	T2	HD
FT BIOTIN 2,500 MCG GUMMY	T3	HD
<i>full spectrum b</i> (Nephro-Vite)	T1	HD PPACA
<i>gnp b-100 complex tablet</i>	T1	HD
GNP BIOTIN 10,000 MCG TABLET	T2	HD
GNP BIOTIN 2,500 MCG GUMMY	T3	HD
KIDS BRAIN BUILDER	T3	HD
METANXPRO NERVE HEALTH	T3	HD
METANX FC	T3	HD
METANX RR	T3	HD
MINCORA	T3	HD
PUREVITA SUPER B-COMPLEX	T3	HD
<i>ra balanced b-100 tablet</i> (Vitamin B Complex-Electrolytes)	T1	HD PPACA
RELCARE	T3	HD
<i>rena-vite</i> (Nephro-Vite)	T1	HD PPACA
RENAL MULTIVITAMIN	T3	HD
<i>super quint b-50 tablet</i> (Vitamin B Complex-Electrolytes)	T1	HD PPACA
<i>super b complex-vitamin c</i>	T1	HD PPACA
<i>super b-50 complex capsule</i>	T1	HD
<i>super b-50 complex capsule</i>	T1	HD PPACA
<i>vit b comp c 19/folic acid/d3</i>	T1	HD PPACA
VITAJoy BIOTIN	T3	HD
<i>vitamin b complex tablet</i> (Vitamin B Complex-Electrolytes)	T1	HD PPACA
<i>vitamin b complex/folic acid</i> (Vitamin B Complex-Electrolytes)	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

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA B (cont.)		
VITAMIN B COMPLEX-ELECTROLYTES (<i>vitamin b complex/folic acid</i>)	T3	HD
<i>vit b comp/folic/choline/inosi</i>	T1	HD PPACA
VIRT-CAPS (<i>b complex, c no.20/folic acid</i>)	T3	HD
<i>vitamin b-complex & c</i>	T1	HD PPACA
PREPARACIONES DE VITAMINA B1		
<i>cvs vitamin b-1 100 mg tablet</i>	T1	
<i>ft vitamin b-1 100 mg tablet</i>	T1	
<i>gnp vitamin b-1 100 mg tablet</i>	T1	
PUREVITA VITAMIN B1	T3	
<i>ra vitamin b-1 100 mg tablet</i>	T1	
THIAMINE HCL-0.9% NACL	T3	
<i>true vitamin b-1 100 mg tablet</i>	T1	
TRUE VITAMIN B-1 250 MG TABLET	T3	
TRUE VITAMIN B-1 50 MG TABLET	T3	
VITAMIN B-1 100 MG CAPSULE	T3	
<i>vitamin b-1 100 mg tablet</i>	T1	
<i>vitamin b-1 250 mg tablet</i>	T1	
<i>vitamin b-1 50 mg tablet</i>	T1	
PREPARACIONES DE VITAMINA B12		
<i>cvs vitamin b12 5,000 mcg chew</i>	T1	
CVS VIT B12 2,500 MCG SOFT CHW	T3	
CVS VITAMIN B12 5,000 MCG TAB	T3	
<i>cyanocobalamin</i>	T1	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) (Nascobal)</i>	T1	ST QL (4 units/30 days)
<i>ft vit b-12 2,500 mcg tab sl</i>	T1	
FT VITAMIN B-12 1500 MCG GUMMY	T3	
FT VITAMIN B-12 5,000 MCG TAB	T2	
<i>ft vitamin b-12 500 mcg tablet</i>	T1	
<i>ft vitamin b12 er 1,000 mcg tb</i>	T1	
GNP VITAMIN B-12 1500MCG GUMMY	T3	
GNP VITAMIN B-12 5,000 MCG TAB	T3	
<i>hydroxocobalamin</i>	T1	
NASCOBAL (<i>cyanocobalamin (vitamin b-12)</i>)	T2	ST QL (4 units/30 days)
PAXLYTE	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 B12 (cont.)		
PUREVITA VITAMIN B12	T3	
true vitamin b-12 1000 mcg tab	T1	
true vitamin b-12 500 mcg tab	T1	
VITAMIN B12 2,500 MCG TABLET	T3	
vitamin b-12 er 1,000 mcg tab	T1	
PREPARACIONES DE VITAMINA B2		
PUREVITA VITAMIN B2	T3	
RIBOFLAVIN 100 MG CAPSULE	T3	
PREPARACIONES DE VITAMINA B6		
cvs vitamin b-6 100 mg tablet	T1	
eql vitamin b-6 100 mg tablet	T1	
ft vitamin b-6 100 mg tablet	T1	
gnp vitamin b-6 100 mg tablet	T1	
PUREVITA VITAMIN B6	T3	
pyridoxine hcl (vitamin b6) (Pyridoxine Hcl)	T1	
ra vitamin b-6 100 mg tablet	T1	
ra vitamin b-6 50 mg tablet	T1	
sm vitamin b-6 100 mg tablet	T1	
sv vitamin b-6 100 mg tablet	T1	
true vitamin b-6 100 mg tablet	T1	
true vitamin b-6 25 mg tablet	T1	
true vitamin b-6 50 mg tablet	T1	
TRUE VITAMIN B-6 10 MG TABLET	T3	
vitamin b-6 100 mg tablet	T1	
vitamin b-6 25 mg tablet	T1	
vitamin b-6 250 mg tablet	T1	
vitamin b-6 50 mg tablet	T1	
PREPARACIONES DE VITAMINA C		
ascorbic acid 500 mg/5 ml cup	T1	
cvs vit c-rose hip 500 mg cplt	T1	
EASY-C IMMUNE HEALTH	T3	
EMERGEN-C APPLE CIDER VINEGAR	T3	
EMERGEN-C ASHWAGANDHA	T3	
EMERGEN-C ELDERBERRY	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 (cont.)		
EMERGEN-C ENERGY PLUS	T3	
EMERGEN-C TURMERIC GINGER	T3	
FLEVOXIN	T3	
<i>ft vit c-rose hip 1,000 mg tab</i>	T1	
<i>ft vit c-rose hips 500 mg tab</i>	T1	
FT VITAMIN C 500 MG CHEW TAB	T2	
<i>ft vitamin c 1,000 mg tablet</i>	T1	
GNP VITAMIN C 125 MG GUMMY	T3	
LIQUID-C	T3	
PUREVITA VITAMIN C	T3	
SAMBUCUS ELDERBERRY-VITAMIN C	T3	
<i>true vitamin c 1,000 mg tablet</i>	T1	
<i>true vitamin c 250 mg tablet</i>	T1	
<i>true vitamin c 500 mg tablet</i>	T1	
<i>vit c-rose hips 500 mg capsule</i>	T1	
VIT C-ROSE HIPS 500 MG CAPSULE	T1	
<i>well vitamin c 1,000 mg tablet</i>	T1	
<i>well vitamin c 500 mg tablet</i>	T1	
PREPARACIONES DE VITAMINA D		
<i>calcitriol (Rocaltrol)</i>	T1	HD
<i>calcitriol 1 mcg/ml ampul</i>	T1	
<i>calcitriol 1 mcg/ml solution (Rocaltrol)</i>	T1	
<i>calcitriol 0.25 mcg capsule</i>	T1	
<i>calcitriol 0.5 mcg capsule</i>	T1	
CVS VITAMIN D3 250 MCG SOFTGEL	T3	HD
DERMACINRX FOLIXATE	T3	HD
DRISDOL (<i>vitamin d2</i>)	T3	HD
<i>ft vitamin d3 25 mcg softgel</i>	T1	HD
<i>ft vitamin d3 50 mcg softgel</i>	T1	HD
<i>ft vitamin d3 125 mcg softgel</i>	T1	HD
FT VITAMIN D3 250 MCG SOFTGEL	T3	HD
<i>ft vitamin d3 25 mcg tablet</i>	T1	HD
<i>ft vitamin d3 50 mcg tablet</i>	T1	HD
<i>ft vitamin d3 125 mcg tablet</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

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA D (cont.)		
FT VITAMIN D3 250 MCG TABLET	T3	HD
<i>gnp vitamin d3 50 mcg, 125 mcg softgel</i>	T1	HD
GNP VITAMIN D3 250 MCG SOFTGEL, TABLET	T3	HD
K2-D3 MAX	T3	HD
<i>purevita vitamin d3 25 mcg tab</i>	T1	HD
PUREVITA VITAMIN D3 10 MCG/2ML	T3	HD
ROCALTROL (<i>calcitriol</i>)	T3	ST
<i>true vitamin d3 1,250 mcg tab</i>	T1	HD
<i>true vitamin d3 10 mcg capsule</i>	T1	HD
<i>true vitamin d3 10 mcg tablet</i>	T1	HD
<i>true vitamin d3 50 mcg tablet</i>	T1	HD
<i>true vitamin d3 125 mcg cap, tablet</i>	T1	HD
<i>true vitamin d3 25 mcg capsule</i>	T1	HD
<i>true vitamin d3 50 mcg capsule</i>	T1	HD
<i>true vitamin d3 25 mcg tablet</i>	T1	HD
TRUE VITAMIN D3 1,250 MCG CAP	T3	HD
TRUE VITAMIN D3 250 MCG CAP	T3	HD
TRUE VITAMIN D3 250 MCG TABLET	T3	HD
<i>vitamin d2 (Drisdol)</i>	T1	HD
<i>vitamin d2 1.25mg (50,000 unit)</i>	T1	HD
VITAMIN D2-VITAMIN K1	T3	HD
VITAMIN D2-VITAMIN K2	T3	HD
VITAMIN D3 50,000 UNIT CAPSULE	T3	HD
VITAMIN D3 50 MCG DISSOLVE TAB	T3	HD
VITAMIN D3 62.5 MCG SOFTGEL	T3	HD
VITAMIN D3 10 MCG/ML ENFIT SYR	T3	HD
<i>well vitamin d3 125 mcg softgl</i>	T1	HD
<i>well vitamin d3 25 mcg softgel</i>	T1	HD
<i>well vitamin d3 50 mcg softgel</i>	T1	HD
PREPARACIONES DE VITAMINA E		
<i>ft vitamin e 180 mg softgel</i>	T1	
<i>true vitamin e 180 mg capsule</i>	T1	
PUREVITA VITAMIN E	T3	
TRUE VITAMIN E 450 MG CAPSULE	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 K		
FNP VITAMIN K2 40 MCG TABLET	T3	
<i>ft vitamin k2 100 mcg capsule</i>	T1	
<i>gnp vitamin k2 100 mcg capsule</i>	T1	
MEPHYTON (<i>phytonadione</i>)	T3	QL
<i>phytonadione</i>	T1	
<i>phytonadione 1 mg/0.5 ml syr</i>	T1	
<i>vitamin k</i>	T1	
VITAMIN K2 100 MCG SOFTGEL	T3	
VITAMINAS (Vitaminas)		
PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS		
ALIVE MEN'S MAX3 POTENCY	T3	
BOOSTNOW IMMUNE SUPPORT	T3	
CENTRUM ADULTS 50 PLUS MINIS	T3	
CENTRUM MEN 50 PLUS MINIS	T3	
DAVIMET-M	T3	
DERMACINRX MULTIVITAMIN	T3	
LIVITA FOR ADULT	T3	
MULTITOL-M	T3	
NANOVN ADULT	T3	
SUPERIOR WOMEN'S MULTI	T3	
PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS		
<i>ft children's multi gummy</i>	T1	
GNP CHILDREN'S MULTI GUMMY	T3	
<i>multivit-fluor 0.5 mg tab chew</i>	T1	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

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:¹⁰

- 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,¹¹ 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

IST TIER UNILET	127
2-IN-1 LANCET	127

A

abacavir	62, 63
abacavir-lamivudine.....	62
ABC	166
ABILIFY.....	143
ABILIFY MYCITE	143
abiraterone acetate	52
ABRYSVO.....	70
ABSORICA	147
ACAM2000	70
acamprosate	159
acarbose	47
ACCOLATE	31
ACCRUFER	105
ACCU-CHEK	124, 127, 135
ACCUPRIL.....	77
ACCURETIC.....	76
ACD	42
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER	135
acebutolol	79
acetaminophen w/butalbital.....	19
acetaminophen w/codeine	21
acetate ... 40, 52, 54, 58, 72, 83, 89, 92, 101, 106, 116, 119, 120, 121, 165	
acetazolamide	97
acetic acid	100, 147
acetylcyst	170
acetylcysteine	31
acitretin	147
ACTEMRA.....	122
ACTHAR	116, 117
ACTHIB	70
ACTICLATE	38
ACTIGALL	112
acti-lance	127
ACTI-LANCE	127
ACTIMMUNE.....	58
ACTIQ	22
ACTIVELLA.....	118
ACTIVNUTRIENTS.....	166
ACTONEL	162
ACTOPLUS MET	48
ACTOS	48
acyclovir.....	64, 65, 66
ACZONE.....	148

ADACEL.....	70
ADALAT	73
ADALIMUMAB	51
ADALIMUMAB-ADBM	51
ADALIMUMAB-RYVK.....	51
adapalene	148, 153
adapalene-benzoyl peroxide	148
ADASUVE	144
ADBRY	163
adefovir dipivoxil	65
ADEMPAS	75
ADIPEX-P	58
ADLYXIN.....	46
ADRENALIN CHLORIDE	100
adthyza	155
ADULT	166, 167, 169, 176
ADVAIR	30
ADVANCED	127
ADVOCATE.....	127, 134, 145
ADZENYS	66
AEMCOLO.....	38
AEROCHAMBER.....	135
AEROCHAMBER2GO	134
AEROTRACH	135
AEROVENT	135
AFINITOR.....	53
AFINITOR DISPERZ 2 MG, 3 MG, 5MG TABLET.....	53
afirmelle	89
AFLORA.....	166
AFLURIA.....	69
AFTERA	89
AGAMATRIX	124, 127, 134
AGRYLIN	61
AIMOVIG.....	15, 19
AIRSUPRA.....	30
AJOVY	15, 19
AKLIEF	153
ak-poly-bac	33
AKTEN.....	101
ALA-SCALP HP	151
albendazole.....	49
ALBENZA	49
albuterol	29
ALCAINE	101
alclometasone dipropionate.....	151
alcohol	145, 146, 161
ALCOHOL.....	50, 145, 146, 149, 161

Índice de medicamentos

ALDACTONE	98	amlodipine besylate	73, 76
ALDARA	149	amlodipine-olmesartan	77
ALECENSA	54	amlodipine-valsartan	77
alendronate	162, 163	amlodipine-valsartan-hctz	77
alfuzosin	164	amnestem	147
ALHEMO	71	amoxapine	141
ALINIA	59	amoxicillin	37
aliskiren	80	amoxicillin-clavulanate potass	37
ALIVE	166, 167, 169, 176	amoxicillin-clavulanate pot er	37
ALKERAN	51	amphetamine	67
allopurinol	27	AMPHETAMINE ER	67
almotriptan	19, 20	ampicillin trihydrate	37
almotriptan malate	15	AMPYRA	84
ALOCRIL	102	AMZEEQ	39
alopen	114	ANADROL-50	117
ALORA	118	ANAFRANIL	141
alosetron	114	anagrelide hydrochloride	61
ALPHA	31, 47, 67, 76, 77, 122, 138, 142, 161, 164, 167	ANA-LEX	116
ALPHAGAN	102	ANALPRAM	113, 116
alprazolam	138	ANALPRAM-HC	116
ALTABAX	150	ANAPROX DS	27
altacaine	101	anaspaz	111
ALTACE	77	anastrozole	52
ALTAFLUOR BENOX	101	ANCOBON	43
altavera	89	ANGELIQ	118
ALTERNATE	127	ANNOVERA	89
ALTRENO	153	ANORO ELLIPTA	30
ALTRIXA	167	ANTABUSE	159
ALUNBRIG	54	ANTICOAGULANT SODIUM CITRATE	42
ALVESCO	30	anucort-hc	116
alyacen	89, 93	apap-cafeine-dihydrocodeine	22
ALYFTREK	155	apexicon e	151
amabelz	118	apraclonidine	102
ambrisentan	75	aprepitant	110
amcinonide	151	APRETUDE	63
AMERGE	20	apri	89
amethia	89	APRISO	112
amethyst	89	APTENSIO	142
AMICAR	71	APTOM	85
amiloride	98, 99	APTIVUS	62
aminoacetic acid	50	AQNEURSA	109
aminocaproic acid	71	AQUORAL	158
amiodarone	72	ARAKODA	50
amitriptyline	141	ARAKODA 100mg tablets	50
amitriptyline/chlordiazepoxide	141	aranelle	89
amitriptyline-perphenazine	141	ARAVA	26
amlodipine-atorvastatin	80	ARCALYST	163

Índice de medicamentos

ARCAPTA NEOHALER	29	AUVELITY	139
AREXVY	70	AUVI-Q	66
ARICEPT	66	avanafil	157
ARIDOL	96	AVANDIA	48
ARIKAYCE	34	avar	40
aripiprazole	144	AVAR	40
ARIXTRA	42	aviane	89
armodafinil	144	avidoxy	38
ARNUITY	30	AVIDOXY DK	38
AROMASIN	52	avita	153
ARRANON	52	AVITA	153
ARTHROTEC	27	AVITENE	72
ARTISS	150	AVMAPKI	53
ARYMO ER	22	AVONEX	83
asa-butalb-caff-cod	24	ayuna	89
ASACOL	112	AYVAKIT	54
ascomp with codeine	24	AZASAN	123
ascorbic	173	AZASITE	33
ashlyna	89	azathioprine	123
ASMANEX	30	azelaic acid	150
aspirin	19, 25, 61, 136, 137	azelastine	46, 99
ASPIRIN	61	AZELEX	148
ASSURE	127, 128	azithromycin	36, 37
ASTAGRAF	123	AZSTARYS	142
atazanavir	63	AZULFIDINE	112
ATELVIA	163	azurette	89
atenolol	79, 80	B	
ATIVAN	138	b-100	170, 171
atomoxetine	143	B-100	170
atorvastatin	80	bacitracin	32, 33
atovaquone	50	bacitracin/polymyxin	33
atovaquone-proguanil	50	baclofen	136
atropine	104, 110, 112	BACTRIM	33
ATROPINE	104	BAFIERTAM	83
ATROVENT HFA	29	balance b	170
ATTRUBY	161	balanced b-complex	170
AUBAGIO	83	balanced salt	101
aubra	89	balsalazide di	113
AUDENZ	69	BALVERSA	54
AUGMENTIN	37	balziva	89
AUGTYRO	54	BANZEL	85
aurovela	89	BARACLUDE	65
AURYXIA	106	BAXDELA	37
AUSTEDO	82, 83	BCG	70
AUTOLET	124, 125	b complex	167, 169, 170, 171, 172
AUTOSHIELD	132	b-complex	168, 170, 172
AUTOSOFT	124	B-COMPLEX	170

Índice de medicamentos

b complex w-vitamin c	167, 170	BIOTECT	165
BD	97, 128, 132, 133	bisacodyl	114
BD VERITOR SYSTEM SARS-COV[1]2	97	bisa-lax	114
bekyree	90	bisoprolol	79
BELBUCA	22	bisoprolol fumarate	79
belladonna & opium	22	BLEPH-IO	32
belladonna-phenobarbital	III	BLEPHAMIDE	32
BELSOMRA	145	BLEPHAMIDE S.O.P.	32
benazepril	76, 77	blisovi	90
BENLYSTA	163	BLOOD	71, 72, 96, 128
BENZACLIN	148	BOCASAL	158
BENZAMYCIN	39	BONJESTA	110
benzepro	149	BONSITY	162
BENZEPRO	149	BOOSTNOW	176
BENZNIDAZOLE	50	BOOSTRIX	70
benzonatate	95	bosentan	75
benzoyl peroxide	39, 40, 148, 149	BOSULIF	54
benzphetamine hcl	58	BRAFTOVI	52
benztropine mesylate	60	BREO ELLIPTA	30
beser	151	BREXAFEMME	44
BETADINE	101	BREYANZI	53
betaine	162	brey-na	30
betamethasone	44, 151, 153	briellyn	90
BETAPACE	79	BRILINTA	61
BETASERON	83	brimonidine	102, 103
betaxolol	79, 102	BRIMONIDINE	103
bethanechol chloride	67, 68	BRINSUPRI	156
BETHKIS	34	BRIVIACT	85
BETOPTIC	102	BROMFED-DM	95
BEVYXXA	42	bromfenac	101
bexarotene	51	bromipheniramin-pseudoephed-dm	95
BEXSERO	69	bromocriptine	60
BEYAZ	90	brompheniramine w/pseudoephed	95
BEYFORTUS	64	BRONCHITOL	155
bicalutamide	52	BROVANA	30
Bidil	80	BRUKINSA	54
BIKTARVY	64	BRYHALI	151
BILTRICIDE	49	budesonide	30, 119
bimatoprost	102	budesonide-formoterol	30
BIMATOPROST	103	buffered aspirin	19
BINAXNOW COVD AG CARD HOME TST	97	bufferin	19
BINAXNOW COVID-19 AG CARD	97	BULLSEYE	128
BINAXNOW COVID-19 AG SELF TEST	97	bumetanide	97
BINOSTO	163	BUPHENYL	109
bio glo	97	buprenorphine	22, 164
biolon	105	bupropion	139, 154
biotect	167	BUPROPION	139

Índice de medicamentos

buspirone	139	carbidopa	60, 61
butalb	19, 24, 25	carbidopa/levodopa	60
butalb-acetamin-caff 50-300-40	15	carbidopa-levodopa-entacapone	60
butalb-acetamin-caff 50-325-40	15	carbidopa-levodopa er	60
butalb/acetaminophen/caffeine	15	carbinoxamine	45
butalb-aspirin-caffe 50-325-40	15	cardioplegic	74
butalbital/acetaminophen	15	CARDIZEM	73
butalbital/apap/caffeine	19	CARDURA	76
butalbital-asa-caffeine cap (Fiorinal)	15	CAREONE	128
butalbital-asp-caffeine	19	CAREPOINT	133, 134
butalbital/caff/apap/codeine	25	CARESENS	124, 128, 134
butalbital compound w/codeine	24	CARETOUCH	128, 134, 146
butorphanol tartrate	22	carglumic	159
BUTTERFLY	128	carisoprodol	25, 136, 137
BYDUREON	46	carisoprodol-aspirin	25, 136
BYETTA	46	carisoprodol-aspirin-codeine	25
C		CARNITOR	162
cabergoline	120	CAROSPIR	98
CABLIVI	71	carteolol	103
CADUET	80	cartia	73
CAFERGOT	15, 20	CASODEX	52
caffeine d	83	CATAPRES	78
CALAN	73	CAYA CONTOURED	94
calcipotriene	148, 153	CAYSTON	35
calcitonin-salmon	122	caziant	90
calcitriol	148, 149, 174, 175	cefaclor	36
CALCIUM	73, 106	cefadroxil	36
CALQUENCE	54	cefdinir	36
CAMBIA	20	cefpodoxime proxetil	36
camila	90	cefprozil	36
camrese	90	ceftriaxone	36
CAMZYOS	73	cefuroxime axetil	36
candesartan cilexetil	78	celecoxib	28, 29
candesartan-hydrochlorothiazid	77	CELLCEPT	123
CAPCOF	95	CELONTIN	86
capecitabine	52	CENTANY	40
CAPEX SHAMPOO	151	centrum	167
CAPHOSOL	158	CENTRUM	167, 176
CAPLYTA	143	CEQUA	104
CAPRELSA	54	CEQUR SIMPLICITY	124
captopril	76, 77	CERDELGA	159
captopril/hydrochlorothiazide	76	CEREFOLIN	170
CAPVAXIVE	69	CERVIDIL	120
CARBAGLU	159	CETACAINE ANESTHETIC	25
carbamazepine	85, 87	cetrorelix acetate	120
CARBAMAZEPINE	85	cevimeline	67
CARBATROL	85	CHANTIX	154

Índice de medicamentos

chateal.....	90	clidinium w/chlordiazepoxide.....	110
CHEMET.....	160	CLIMARA.....	118
CHENODAL.....	112	clindacin.....	40
children's aspirin.....	61	CLINDACIN.....	40
chlordiazepoxide.....	110, 139, 141	clindamycin.....	36, 39, 40, 148
chlorhexidine gluconate.....	157	clindamycin hcl.....	36
chloride.....	67, 68, 108, 159, 165	clindamycin palmitate hcl.....	36
chloroquine.....	50	clindamycin pediatric.....	36
chlorpromazine.....	144	clindamycin phosphate.....	39, 40
chlorthalidone.....	79, 80, 99	clindamycin/tretinoin.....	148
chlorzoxazone.....	136	CLINDESSE.....	39
CHOLBAM.....	112	CLINPRO 5000.....	105
cholestyramine.....	81	clobazam.....	85
choline mag trisalicylate.....	19	clobetasol.....	151, 152
choline salicyl/mag salicylate.....	15	clobetasol propionate.....	151, 152
CHORIONIC GONAD.....	121	CLOBEX.....	151
CHOSEN.....	124, 128, 134	clodan.....	151
CIALIS.....	157	CLODAN.....	151
ciclodan.....	44	CLODERM.....	151
CICLODAN.....	51	clomipramine.....	141
ciclopirox.....	44, 51	clonazepam.....	85
cilostazol.....	61	clonidine.....	78, 142
CILOXAN.....	33	clopidogrel.....	61
CIMDUO.....	62	clorazepate di.....	139
cimetidine.....	113	clotrimazole.....	43, 44
cinacalcet hcl.....	158	clovique.....	160, 161
CINRYZE.....	159	clozapine.....	143
CIPRO.....	37	CLOZAPINE.....	143
CIPRODEX.....	32	CLOZARIL.....	143
ciprofloxacin.....	31, 32, 33, 37	COAGUCHEK.....	128
ciprofloxacin hcl.....	31, 33, 37	COARTEM.....	50
citalopram.....	140	COBALEFOL.....	166
CITRANATAL.....	138	COCAINE.....	100
citric acid/sodium citrate.....	109	codeine.....	21, 22, 24, 25, 95, 96
citroma.....	114	CODITUSSIN AC.....	95
claravis.....	147	CODITUSSIN DAC.....	95
CLARINEX.....	45, 46	COLAZAL.....	113
CLARINEX-D.....	45	colchicine.....	26, 27, 29
clarithromycin.....	36	colesevelam.....	81
clarithromycin er.....	36	COLESTID.....	81
clearlax.....	114	colestipol.....	81
CLEOCIN HCL.....	36	colocort.....	116
CLEOCIN PALMITATE.....	36	COLOR.....	128
CLEOCIN PHOSPHATE.....	39	COLY-MYCIN S.....	31
CLEOCIN T.....	40	COMBIGAN.....	103
CLEVER.....	128, 135	COMBIPATCH.....	118
CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER.....	135	COMBIVENT.....	30

Índice de medicamentos

COMBIVENT RESPIMAT.....	30	cyanocobalamin.....	172
COMBIVIR.....	62	cyclafem.....	90
COMETRIQ.....	54	cyclobenzaprine.....	136
COMFORT.....	128, 130, 131, 132, 135, 136	CYCLOBENZAPRINE ER.....	136
COMFORTSEAL.....	135	CYCLOGYL.....	104
COMIRNATY.....	68	CYCLOMYDRIL.....	104
COMPACT SPACE CHAMBER.....	135	cyclopentolate.....	104
COMPLETE.....	166, 170	cyclopentolate hcl.....	104
COMPLETIA.....	167	CYCLOPENTOLATE-TROPICAMIDE-PE.....	104
compro.....	110	cyclophosphamide.....	51
CONDYLOX.....	149	cycloserine.....	35
CONSENSI.....	73	CYCLOSET.....	46
constulose.....	114	cyclosporine.....	123
CONTOUR.....	124	CYCLOSPORINE IN KLARITY.....	104
CONTRAVE.....	59	CYLTEZO.....	51
CONZIP.....	22	cyproheptadine hcl.....	45
COPIKTRA.....	54	cyred.....	90
CORDRAN.....	151	CYSTADANE.....	162
coremino.....	38	CYSTAGON.....	164
CORTANE-B.....	100	CYSTARAN.....	105
CORTEF.....	119	CYTOTEC.....	111
CORTENEMA.....	116	D	
cortisone acetate.....	119	DAILY.....	105, 166, 167, 168
COTELIC.....	53	daily prenatal.....	137
COTEMPLA.....	142	dalfampridine.....	84
COUMADIN.....	41	danazol.....	120
covaryx.....	117	DANTRIUM.....	136
COVID19 SPECIMEN COLLECT NCPDP.....	97	dantrolene.....	136
CRENESSITY.....	120	DANZITEN.....	54
CREON.....	115	dapsone.....	35, 148
CRESEMBA.....	43	DAPSONE.....	148
CREXONT.....	60	DAPTACEL.....	70
CRINONE.....	121	DARAPRIM.....	50
CRIXIVAN.....	63	darifenacin.....	165
cromolyn.....	26, 31, 102	darunavir.....	62
crotan.....	59	dasatinib.....	54, 55
CRRT TRISODIUM CITRATE.....	42	dasetta.....	90
cryoserv.....	159	DAURISMO.....	53
cryselle.....	90	DAVIMET.....	167, 169, 176
CURITY.....	146	DAVIMET-M.....	176
CUROSURF.....	156	DAYPRO.....	27
CUTIVATE.....	151	daysee.....	90
CUVPOSA.....	110	DAYTRANA.....	142
cvs.....	107, 137, 167, 172, 173	DAYVIGO.....	145
CVS.....	97, 146, 171, 172, 174	DDAVP.....	117
CVS COVID19 TEST BY PHARMACIST.....	97	DDAVP SOLUTION.....	117
cvs isopropyl alcohol 70% wipe.....	146	deblitane.....	90

Índice de medicamentos

decadron.....	119	DIABETES.....	167
deferasirox.....	160	DIACOMIT.....	86
deferiprone.....	160	dialyvite.....	171
deflazacort.....	119	DIASTAT.....	85
DELESTROGEN.....	118	DIASTIX REAGENT.....	96
DELSTRIGO.....	64	DIATROL.....	167
demeclocycline hcl.....	38	diazepam.....	85, 139
DEMSER.....	78	DIBENZYLINE.....	67
DENAVIR.....	66	dichlorphenamide.....	159
denta 5000 plus.....	105	DICLEGIS.....	110
dentagel.....	105	diclofenac.....	20, 21, 27, 147
DEPAKOTE.....	86	diclofenac -misoprostol.....	27
DEPEN.....	26	dicloxacillin.....	37
DEPLIN.....	166	dicyclomine.....	110
DEPO-ESTRADIOL.....	118	didanosine.....	63
DEPO-PROVERA.....	89	diethylpropion.....	58
DEPO-SUBQ PROVERA.....	89	DIFFERIN.....	153
DEPO-TESTOSTERONE.....	117	DIFICID.....	36
DERMACINRX.....	174, 176	DIFLUCAN.....	43
DERMA-SMOOTHIE-FS.....	151	diflunisal.....	15, 19
DERMOTIC.....	100	digitek.....	74
DESCOVY.....	62	digoxin.....	74
desflurane.....	25	dihydroergotamine.....	15
desipramine.....	141	dihydroergotamine mesylate.....	20
desloratadine.....	46	DILANTIN.....	86
desmopressin.....	117	DILATRATE-SR.....	74
DESMOPRESSIN.....	117	DILAUDID.....	22
desog-e.estradiol.....	90	diltiazem.....	73, 74
desogestrel-ethinyl estradiol.....	90	dilt-xr.....	73
desogestr-eth estrad eth estra.....	90	diphenoxylate w/atropine.....	110
DESONATE.....	151	DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS-PED.....	70
desonide.....	151, 153	DIPROLENE.....	151
desoximetasone.....	151, 152	dipyridamole.....	61
DESOXYN.....	67	diskets.....	22
desvenlafaxine succinate.....	140	disopyramide phosphate.....	72
dex4 glucose.....	106	disulfiram.....	159
dexamethasone.....	32, 119	DITROPAN.....	165
dexchlorpheniramine maleate.....	45	DIURIL.....	99
DEXCOM.....	124	divalproex.....	86
DEXEDRINE.....	67	dofetilide.....	72
dexlansoprazole.....	115	DOLOPHINE HCL.....	22
dexmethylphenidate.....	142	donepezil.....	66
DEXONTO.....	119	DONNATAL.....	111
DEXPAK.....	119	DOPTelet.....	88
DEXTENZA.....	101	dorzolamide.....	102, 103
dextroamphetamine.....	67	DORZOLAMIDE.....	102, 103
D.H.E.45.....	20	dotti.....	118

Índice de medicamentos

DOVATO.....	61	EDECIN.....	97
DOVONEX.....	148	EDLUAR.....	145
doxazosin mesylate.....	76	ed-spaz.....	III, II2
doxepin.....	141, 145, 148	EDURANT.....	62
doxercalciferol.....	158	eemt.....	II7, II8
doxycycline.....	38, 39, 157	e.e.s.....	36
doxycycline hyclate.....	38, 157	E.E.S.....	36, 37
doxycycline monohydrate.....	38, 39	efavirenz.....	62, 64
doxylamine.....	110	effer-k.....	108
doxylamine succ-pyridoxine hcl.....	110	EFFIENT.....	61
DRISDOL.....	174	EGRIFTA.....	119, 120
dronabinol.....	110	ELEPSIA.....	86
DROPLET.....	128	eletriptan hbr.....	20
DROPSAFE.....	128, 133, 134, 146	eletriptan hydrobromide.....	15
drosiprenone-eth estro-levomef.....	90	ELIMITE.....	59
drosiprenone-ethinyl estradiol.....	90, 94	elinest.....	90
DROXIA.....	71	ELIQUIS.....	42
DUAVEE.....	119	ELIXOPHYLLIN.....	31
ducodyl.....	114	ELLA.....	90
DUET.....	138	ELLUME COVID-19 HOME TEST.....	97
DUETACT.....	48	ELMIRON.....	25
DULERA.....	30	eltrombopag.....	88
duloxetine.....	140	eluryng.....	89
DUOBRII.....	148	EMBRACE.....	124, 125, 129
DUOPA.....	60	EMERGEN.....	169, 173, 174
DUPIXENT.....	122	EMERGEN-C.....	169, 173, 174
DUPIXENT 100MG/0.67ML PREFILLED SYRINGE.....	122	EMGALITY.....	15, 20, 84
DUREZOL.....	101	emoquette.....	90
dutasteride.....	164	Empaveli.....	71
dvorah.....	22	EMSAM.....	139
DYAZIDE.....	99	emtricit.....	64
DYCLOPRO.....	25	EMTRIVA.....	63
dy-o-derm.....	161	EMVERM.....	49
DYRENIUM.....	98	ENABLEX.....	165
E		enalapril maleate.....	76, 77, 78
EASIVENT.....	135	enalapril maleate/hctz.....	76
EASY.....	124, 128, 129, 146, 173	ENBREL.....	51
EASY-C.....	173	ENDARI.....	71
EASYMAX.....	124	ENDO-AVITENE.....	72
EBGLYSS.....	163	endocet.....	21
EC-NAPROSYN.....	27	ENDOMETRIN.....	121
ec-naproxen.....	27	ENFAMIL.....	106
econazole nitrate.....	44	ENFIT.....	134, 175
econtra ez.....	90	ENFLONSIA.....	64
econtra one-step.....	90	ENERIX-B.....	70
ecotrin.....	19, 61	ENHERTU.....	57
ecpirin.....	19	enoxaparin.....	42

Índice de medicamentos

enpresse	90	erythrocin stearate.....	36
ENSACOVE	55	erythromycin.....	33, 36, 37, 39, 40
enskyce	90	erythromycin ethylsuccinate.....	37
ENSTILAR.....	153	erythromycin stearate.....	37
ENSTILAR FOAM	153	ESBRIET	159
entacapone	60	escitalopram.....	140
entecavir.....	65	ESGIC	15, 19
ENTEREG	115	ESKATA	149
enteric coated aspirin	61	eslicarbazepine.....	85, 86
ENTOCORT EC.....	119	esomeprazole	115
ENTRESTO.....	77	ESOMEPRAZOLE.....	115
ENTYVIO.....	113	esomeprazole magnesium	115
enulose.....	109	estarylla	91, 93
ENZOCLEAR	149	estazolam.....	145
EPCLUSA.....	65	ESTRACE	118
EPIDIOLEX.....	85	estradiol.....	89, 90, 91, 92, 94, 118, 121
EPIDUO FORTE GEL PUMP.....	148	estradiol/norethindrone	118
EPIFOAM	153	ESTRATEST	118
epinastine	46	estrogen.....	118
epinephrine.....	66	estrogen & methyltestosterone.....	118
EPINEPHRINE.....	66	eszopiclone.....	145
EPIPEN.....	66	ethacrynic acid	97, 98
EPISIL.....	158	ethinyl.....	89, 90, 91, 92, 94
epitol.....	86	ethosuximide.....	86, 88
EPIVIR.....	63, 65	ethynodiol-ethinyl estradiol	91
eplerenone.....	98	etodolac.....	27, 28
eprosartan mesylate.....	78	etonogestrel-ethinyl estradiol	89
EPSOLAY	150	etoposide	57
EPZICOM.....	62	EUCRISA.....	150
EQ.....	167	EUTHYROX.....	155
eql.....	107, 173	EVAMIST	118
EQUETRO	139	EVEKEO.....	67
ergoloid mesylates	80	EVENCARE.....	125
ERGOMAR.....	20	everolimus	53, 124
ergotamine tartrate/cafeine	15	EVERSENSE.....	125
ERIVEDGE.....	53	EVISTA.....	163
ERLEADA	52	EVKEEZA	80
erlotinib	55, 56	EVOCLIN	40
erlotinib hcl.....	56	EVOTAZ.....	63
ERMEZA	155	EVOXAC	67
errin.....	90	EVRYSDI.....	160
ERTACZO	44	EXEL.....	133
ERVEBO.....	71	EXELDERM.....	44
ery	36, 40	exel huber.....	133
erygel.....	40	EXEL HUBER.....	133
ERYPED	36	EXELON.....	66
ery-tab	36	exemestane	52

Índice de medicamentos

EXTINA.....	44	FILSPARI.....	82
EYE.....	32, 46, 59, 64, 97, 101, 102, 104, 165	FILSUVEZ.....	163
EYSUVIS.....	101	FILTER.....	133
EZ.....	128, 129	FINACEA.....	150
ezetimibe.....	80, 81	finasteride.....	164
ezetimibe-atorvastatin.....	80	FINAZOL.....	167
ezetimibe-simvastatin.....	80	FINGERSTIX.....	129
F		fingolimod.....	83
FABHALTA.....	71	FIORICET.....	15, 19, 25
FABIOR.....	154	FIORINAL.....	15, 19, 24
falmina.....	91	FIORINAL W/CODEINE.....	24
famciclovir.....	64	FIRDAPSE.....	84
famotidine.....	113	FIRMAGON.....	54
FARESTON.....	58	flac otic oil.....	100
FARXIGA.....	46	FLAGYL.....	34
FARYDAK.....	51	FLAVOVIT.....	166
FASENRA PEN.....	31	flavoxate.....	165
fayosim.....	91	flecainide acetate.....	72
FC2 FEMALE CONDOM.....	95	FLECTOR.....	147
febuxostat.....	27	FLEVOXIN.....	174
felbamate.....	86	FLEXICHAMBER.....	135
FELBATOL.....	86	FLINTSTONES.....	169
FELDENE.....	27	FLOLIPID.....	80
felodipine.....	73	FLOMAX.....	164
FEMARA.....	52	FLONASE.....	99
FEMCAP.....	94	FLORAFOL.....	169
FEMHRT.....	118	FLORRAXYL.....	167
fem ph.....	49	FLOVENT.....	30
femynor.....	91, 93	FLOW-EZE.....	133
fenofibrate.....	81	FLOWFLEX COVID-19 AG HOME TEST.....	97
fenofibric acid.....	81	FLUAD.....	69
FENOGLIDE.....	81	FLUARIX.....	69
fenoprofen.....	27, 28	FLUBLOK.....	69
FENORTHO.....	27	FLUCELVAX.....	69
fentanyl.....	22	fluconazole.....	43
FENTANYL.....	22	flucytosine.....	43
FERAHEME.....	105	fludrocortisone acetate.....	120
FERRIPROX.....	160	FLULAVAL.....	69
ferrous.....	92, 107, 108	FLUMIST.....	69, 70
FERROUS.....	107	flunisolide.....	99
fesoterodine.....	165	fluocinolone acetonide.....	100, 151, 152
FETZIMA.....	140	fluocinolone acetonide oil.....	100
FEXMID.....	136	fluocinonide.....	151
FIBRICOR.....	81	fluoride.....	108, 170
fidaxomicin.....	36, 37	FLUORIDEX.....	105
fifty50.....	146	fluoritab.....	105, 108
FIFTY50.....	129	fluorometholone.....	101

Índice de medicamentos

FLUOROURACIL	156	ft	107, 137, 166, 167, 168, 169, 171, 172, 173, 174, 175, 176
fluoxetine	140	FT	107, 161, 168, 170, 171, 172, 174, 175
fluphenazine.....	144	ful-glo	97
flurazepam	145	full spectrum b.....	171
flurbiprofen	27, 101	FULPHILA	88
flutamide.....	52	furosemide	98
fluticasone	30, 100, 152	FUROSEMIDE.....	98
fluticasone propionate	100, 152	FUZEON.....	62
fluticasone-salmeterol	30	fyavolv.....	118
fluvastatin	80	FYCOMPA	86
fluvoxamine maleate	140	fyremadel.....	120
FLUZONE	70	G	
FML	101	gabapentin	84, 86
FNP	176	GALAFOLD	161
FOLA.....	171	galantamine.....	66
FOLACHEW	167	GALZIN.....	160
FOLAPRIME	167	GARDASIL 9	71
FOLAWISE	167	GASTROCROM.....	26
FOLETRA.....	166	gatifloxacin.....	33
FOLIC.....	166, 171	GATTEX	116
folic acid.....	166	gavilax.....	114
FOLICORE	171	gavilyte-g.....	114
FOLIKA-BC.....	171	gavilyte-n.....	114, 115
foltabs	171	GAVRETO	55
FOLVITA.....	171	GELCLAIR.....	158
fondaparinux.....	42	GELFILM.....	102, 162
FORA.....	96, 125, 129	GEL-FLOW	72
FORACARE	125, 129	GELFOAM.....	72
FORA GTel KETONE	96	gemfibrozil	81
forane.....	25	GEMTESA	165
FORFIVO	139	generlac.....	110
formoterol	29, 30	gengraf.....	123
FORMOTEROL.....	30	GENOTROPIN.....	120
FORTAMET	47	gentak	33
FORTEO	158	gentamicin	33, 34, 40
FORTISCARE	125	GENTLE DRAW.....	125
FOSAMAX	162, 163	gentlelax.....	114
fosamprenavir	63	gentle laxative.....	114, 115
fosaprepitant dimeglumine	111	GENVOYA.....	64
fosfomycin.....	34	GEODON.....	143
fosinopril	76, 77	gianvi	91
fosinopril-hydrochlorothiazide	76	GILOTRIF	55
FRAGMIN.....	42	glatiramer acetate.....	83
FRAICHE.....	105	glatopa.....	83
FREESTYLE.....	96, 125, 129	GLEOSTINE.....	51
frovatriptan succinate.....	20	glimepiride	47, 48
FRUZAQLA	55	glipizide	47, 48

Índice de medicamentos

GLOPERBA	26
glostrips.....	97
GLUCAGEN	106
GLUCAGON	106
GLUCO	106
gluco burst.....	106
GLUCOCARD.....	125
GLUCOCOM.....	125, 129
glucose.....	106
GLUCOSE	106, 125
GLUCOTROL	47
glutamine.....	71
GLUTOL	106
glutose	106
GLUTOSE.....	106
glyburide	47, 48
GLYCATE.....	110
glycine	50
glycolax.....	114
glycopyrrolate	110
glydo	25
GLYNASE	47
GLYSET	47
GLYXAMBI	48
gnp.....	107, 137, 168, 172, 173, 175, 176
GNP	146, 161, 168, 170, 171, 172, 174, 175, 176
GOJJI	129
GOMEKLI	53
GONITRO	74
GOPRELTO	100
GRALISE.....	84
granisetron.....	111
GRASTEK	68
griseofulvin.....	44
GS	50, 146, 149, 161
g tussin ac	96
guaifenesin ac.....	96
guaifenesin dac.....	95
guaifenesin with codeine.....	96
guanfacine.....	78, 142
guanidine	67
GUARDIAN	125
guiatussin ac.....	96
GUMMY	106, 166, 167, 169, 172
GVOKE.....	106
GYNAZOLE	43
gynol	89

H

HAEGARDA.....	159
hailey.....	91
halcinonide	152
HALCION.....	145
halobetasol	152
HALOG	152
haloperidol	144
HARVONI.....	65
HAVRIX.....	71
hc pramoxine	100, 116, 153
HEALTHWISE	133
HEALTHY	125, 129, 133
HEALTHY ACCENTS.....	125, 133
HEALTHY ACCENTS AUTOLET	125
healthylax.....	114
heather.....	91
HEMANGEOL.....	79
HEMATOGEN.....	108
HEMLIBRA	71
hemmorex-hc.....	116
heparin	42
HEPLISAV-B	71
HETLIOZ	145
HIBERIX.....	70
hidex.....	119
HISTEX-AC	95
HM	146
homatropaire.....	104
HORIZANT	83
HUMALOG	48
HUMANA.....	96
HUMULIN.....	48, 49
HURRICAIN LUER-LOCK	133
HYCAMTIN.....	53
hydralazine.....	78
HYDREA.....	51
hydrochlorothiazide	76, 77, 78, 79, 80, 99
hydrocodone.....	21, 22, 23, 95
hydrocodone-acetamin.....	21
hydrocodone bitartrate.....	22
hydrocodone bit-ibuprofen.....	21
hydrocodone-chlorpheniramine.....	95
hydrocodone compound	95
hydrocodone/homatropine.....	95
hydrocodone w/acetaminophen	21
hydrocort.....	113

Índice de medicamentos

hydrocortisone	100, 116, 119, 151, 152	INDOMETHACIN.....	28
hydrocortisone acetate.....	116	INFANRIX	70
hydrogen peroxide.....	147	INFASURF	156
hydromet	95	INFINITY	126
hydromorphone.....	22, 23	INGREZZA.....	83
hydroxocobalamin.....	172	INJECT.....	129
hydroxychloroquine	50	INLYTA	55
HYDROXYPROPYLCELLULOSE	162	INOVA	149
hydroxyurea.....	51	INSPIRACHAMBER.....	135
hydroxyzine	45	INSPIRA.....	98
HYFTOR.....	150	INSTA	106
HYMPAVZI	71	INSTACLEAN	161
hyophen	34	INSULIN	46, 47, 48, 49, 120, 134
hyoscyamine.....	III, 112	INSULIN LISPRO	49
hyosyne.....	112	INTELENCE	62
HYPER-SAL	159	INTELISWAB COVID-19 RAPID TEST	97
HYPOLANCE.....	125	INTERMEZZO	145
HYPROMELLOSE	162	INTRON A	58
HYSINGLA ER	23	introvale	91
I		INVACARE	129
IBRANCE	55	INVEGA	143
IBTROZI	55	INVELTYS.....	101
ibu.....	27	INVOKAMET	48
ibuprofen	21, 27, 28	iodine	107, 153
icatibant.....	156	IODOFLEX	153
ICLUSIG	55	IODOSORB.....	153
IDHIFA	57	IOPIDINE.....	103
IHEALTH	125	IPOL	68
ILARIS.....	163	ipratropium bromide.....	29, 100
ILET	126	IQIRVO.....	158
ILEVRO	101	irbesartan	77, 78
imipramine	141	irbesartan-hydrochlorothiazide.....	77
imiquimod.....	149	IRESSA.....	55
IMKELDI.....	55	iron	107, 108, 137, 138, 168, 169
IMPAVIDO.....	50	IRON	105, 106, 107, 108, 167
IMPEKLO.....	152	ISENTRESS.....	63
IMPOYZ.....	152	isibloom.....	91
IMULDOSA	122	isoflurane.....	25
IMURAN.....	123	isoniazid	35
INBRIJA	60	ISOPROPANOL	161
incassia	91	isopropyl alcohol	161
INCONTROL.....	126, 129, 146	ISOPROPYL ALCOHOL	50, 161
INCRELEX	120	ISOPTO CARPINE.....	103
INCRUSE ELLIPTA.....	29	ISORDIL	74
indapamide.....	99	isosorbide.....	74, 75, 80
INDOCIN	28	isosorbide dinitrate.....	74, 75
indomethacin	28	isosorbide mononitrate	75

Índice de medicamentos

isotretinoin.....	147, 148
isoxsuprine.....	80
isradipine.....	73
itraconazole.....	43
ivabradine.....	74
IVENIX.....	135
ivermectin.....	49, 150
IWILFIN.....	55

J

JAKAFI.....	53
JALYN.....	164
jantoven.....	41
JANUMET.....	48
JANUVIA.....	47
JARDIANCE.....	46
jasmiel.....	91
JEMPERLI.....	57
jencycla.....	91
JETREA.....	105
jinteli.....	118
JOENJA.....	156
jolessa.....	91
JORNAY.....	142
JOURNAVX.....	19
JUBLIA.....	44
juleber.....	91
JULUCA.....	61
junel.....	91
JUXTAPID.....	80
JYNARQUE.....	97, 98, 99
JYNNEOS.....	71

K

K2-D3.....	175
KADIAN.....	23
kaitlib.....	91
KALBITOR.....	156
KALETRA.....	63
kalliga.....	91
KALYDECO.....	156
KAPVAY.....	142
kariva.....	91
kelnor.....	91
KENALOG.....	152
KERENDIA.....	98
KESIMPTA.....	83
KETAMINE.....	145
ketoconazole.....	43, 44, 45

ketodan.....	44
ketoprofen.....	28
ketorolac.....	21, 101
KIDS.....	97, 105, 107, 169, 171
KINRIX.....	70
kionex.....	106
KISQALI.....	53, 55
KITABIS PAK.....	34
KLARITY.....	33, 100, 101, 104
KLARITY-A.....	33
KLARON.....	148
KLONOPIN.....	85
klor-con.....	108
KOSELUGO.....	53
K-PHOS.....	109
KPN.....	137
KRINTAFEL.....	50
KRISTALOSE.....	114
k-tab.....	109
K-TAB.....	108
KYLEENA.....	94

L

labetalol.....	76
LACRISERT.....	100
lactulose.....	110, 114
LAMICTAL.....	86
lamivudine.....	62, 63, 65
lamivudine-zidovudine.....	62
lamotrigine.....	86
lancets.....	127, 129
LANCETS.....	127, 128, 129, 130, 131, 132
LANOXIN.....	74
lansoprazol-amoxicil-clarithro.....	111
lansoprazole.....	116
lanthanum carbonate.....	107
LANTUS.....	49
larin.....	91
larissia.....	91
LASIX.....	98
LASTACRAFT.....	46
latanoprost.....	103
LATANOPROST.....	102, 103
laxaclear.....	114
laxative.....	114, 115
layolis.....	91
LAZANDA.....	23
LAZCLUZE.....	55

Índice de medicamentos

leena	91	LITEAIRE.....	135
leflunomide.....	26	LITE TOUCH.....	126, 129, 133
LENVIMA.....	55	LITETOUCH.....	135
LEQSELVI.....	163	LITFULO.....	163
LESCOL.....	80	lithium	139
lessina.....	91	LITHOBID.....	139
L.E.T.....	25	LITHOSTAT.....	110
letrozole.....	52	little.....	169
leucovorin.....	157	LITTLE.....	169
LEUKERAN.....	51	LIVDELZI.....	158
LEUKINE.....	88	LIVITA.....	169, 176
leuprolide acetate.....	54	LIVTENCITY.....	64
levalbuterol hcl.....	29	L-MESITRAN.....	150
LEVAQUIN.....	37	l-norgest/e.estradiol-e.estrad.....	91
LEVBID.....	112	LODINE.....	28
levetiracetam.....	86, 87	LODOSYN.....	61
LEVETIRACETAM.....	86	lofexidine.....	164
levobunolol.....	103	LOKELMA.....	107
levocarnitine.....	162	LOMAIRA.....	58
levofloxacin hemihydrate.....	33, 38	LOMOTIL.....	110
levonest.....	91	LONHALA MAGNAIR.....	29
levonorgestrel.....	92	LONSURF.....	52
levonorg-eth estrad eth estrad.....	92	LOPID.....	81
levora.....	92	lopinavir.....	63
levorphanol tartrate.....	23	lopinavir-ritonavir.....	63
LEVO-T.....	155	lopreeza.....	118
levothyroxine.....	155	LOPRESSOR.....	79
levoxyl.....	155	LOPROX.....	44
LEVSIN.....	112	lorazepam.....	138, 139
LEVULAN.....	58	LORBRENA.....	55
lidocaine.....	25, 26, 116, 153	lorcet.....	21
lidocaine-hc.....	153	LORTAB.....	21
lidocaine-prilocaine.....	25, 26	lortuss ex.....	95
LIDOCAN.....	25	loryna.....	92
LILETTA.....	94	LORZONE.....	136
lillow.....	92	losartan.....	77, 78
lindane.....	153	losartan-hydrochlorothiazide.....	77
linezolid.....	37	LOTEMAX.....	101
LINZESS.....	113	LOTENSIN.....	76, 77
liothyronine.....	155	LOTENSIN HCT.....	76
LIPO.....	166	loteprednol.....	101
LIPOFEN.....	81	loteprednol etabonate.....	101
LIQUID.....	106, 174	LOTRISONE.....	44
liraglutide.....	46, 58, 59	lovastatin.....	81
lisdexamfetamine.....	141, 142	LOVAZA.....	109
lisinopril.....	76, 77, 78	low dose aspirin.....	61
lisinopril-hctz.....	76	low-ogestrel.....	92

Índice de medicamentos

loxapine succinate.....	144	MEDROL.....	119
lo-zumandimine.....	92	medroxyprogesterone acetate.....	89, 121
lubiprostone.....	114	mefenamic acid.....	21
LUCENTIS.....	104	mefloquine hcl.....	50
ludent fluoride.....	108	megestrol acetate.....	58, 165
LUER.....	133, 134	MEKINIST.....	53
lugol's.....	107	MEKTOVI.....	53
Lumakras.....	53	melodetta.....	92
LUMRYZ.....	144	meloxicam.....	28
LUPANETA.....	120	melphalan.....	51
LUPKYNIS.....	123	memantine.....	82
LUPRON DEPOT.....	54, 120	MENACTRA.....	69
LUTEIN.....	165	me-naphos-mb-hyo l.....	34
lutera.....	92	MENOSTAR.....	118
LYBALVI.....	143	MENQUADFI.....	69
LYNPARZA.....	55	MEN'S.....	166, 167, 168, 169, 176
LYSODREN.....	57	MENVEO.....	69
LYSTEDA.....	71	MEPHYTON.....	176
LYTGOBI.....	55	meprobamate.....	139
lyza.....	92	MEPRON.....	50
M		mercaptopurine.....	52
MACROBID.....	37	mesalamine.....	112, 113
MACRODANTIN.....	37	mesna.....	157
MACUGEN.....	104	MESNEX.....	157
MAD.....	134	METADATE.....	142
mafenide acetate.....	40	METANX.....	171
magnesium.....	114, 115	METANXPRO.....	171
MALARONE.....	50	metaproterenol.....	29
malathion.....	153	metaxalone.....	136, 137
maprotiline.....	141	metformin.....	47, 48
MAR-COF CG.....	96	methadone hcl.....	22, 23
marlissa.....	92	methadose.....	23
MARPLAN.....	139	methamphetamine.....	67
MASK.....	135, 136	methazolamide.....	97
MASONATAL.....	137	methenam.....	34
MATULANE.....	57	methenamine mandelate.....	34
matzim.....	73	methergine.....	120
MAVENCLAD.....	83, 84	methimazole.....	155
MAXITROL.....	32	METHITEST.....	117
MAXI-TUSS CD.....	95	methocarbamol.....	136, 137
MAYZENT.....	84	methotrexate.....	52
m-clear wc.....	96	methoxsalen.....	147
meclizine.....	111	methscopolamine bromide.....	112
meclofenamate.....	28	methyldopa.....	78
MEDISENSE.....	126, 129	methyldopa/hydrochlorothiazide.....	78
medlance.....	129	methyletergonovine maleate.....	120
MEDLANCE.....	129, 130	METHYLIN.....	142

Índice de medicamentos

methylphenidate.....	142, 143	MIRAPEX.....	60
methylpred dp.....	119	MIRENA.....	94
methylprednisolone.....	119	mirtazapine.....	138
methyltestosterone.....	117, 118	MIRVASO.....	150
metoclopramide.....	114	misoprostol.....	27, 111
metolazone.....	99	MITIGARE.....	27
metoprolol-hydrochlorothiazide.....	79, 80	MITOMYCIN-WATER.....	104
metoprolol succinate.....	79	MITOSOL.....	104
metoprolol tartrate.....	79	MI-VITE.....	166
METROCREAM.....	150	MKO.....	145
METROGEL.....	150	M-M-R II VACCINE W/DILUENT.....	70
METROLOTION.....	150	MNEXSPIKE.....	68
metronidazole.....	34, 39, 150	MOBILE.....	130
mexiletine.....	72	MODDI.....	126
MIACALCIN.....	122	MODERNA.....	68
miconazole.....	43	moexipril.....	77
MICONAZOLE-ZINC OXIDE-PETROLTM.....	45	molindone.....	144
MICRO.....	130	MOLNUPIRAVIR.....	65
MICROCHAMBER.....	135	mometasone.....	100, 152
microgestin.....	92	mondoxylene.....	38, 39
MICROLET.....	126, 130	mondoxylene nl.....	38
MICRONEX.....	168	MONOJECT.....	134
MICROSPACER.....	135	MONOLET.....	130
midazolam.....	145	mono-lynyah.....	92
midodrine.....	67	MONSEL'S.....	72
MIEBO.....	100	montelukast.....	31
MIFEPREX.....	159	MONUROL.....	34
mifepristone.....	48, 159	morgidox.....	39
migergot.....	20	MORGIDOX.....	39
miglitol.....	47	morphine.....	23, 24
miglustat.....	160	MORPHINE.....	23
MIGRANAL.....	20	MOTTEGRITY.....	114
mili.....	92, 94	MOTOFEN.....	110
milk of magnesia.....	114	MOUNJARO.....	46
millipred.....	119	MOUTHPIECE.....	135
mimvey.....	118	MOVANTIK.....	42
MINCORA.....	171	MOXEZA.....	33
MINI LANCING DEVICE.....	126	MOXIFLOXACIN.....	32
MINIPRESS.....	77	moxifloxacin hcl.....	33, 38
MINI TRANSFER PIN.....	133	MRESVIA.....	71
MINOCIN.....	38	MS CONTIN.....	24
minocycline.....	38, 39	MUCOSITISRX.....	158
MINOLIRA ER.....	38	MULTAQ.....	72
minoxidil.....	78	MULTIA.....	168
miostat.....	103	MULTITOL-M.....	176
mirabegron.....	165	multivit.....	137, 168, 169, 170, 176
miralax.....	115	MULTIVIT.....	170

Índice de medicamentos

MULTIVITAMIN-MULTIMINERAL	168	NASONEX.....	100
multivitamin with fluoride	170	NATACYN.....	43
mupirocin	40	nateglinide.....	47, 48
MURI-LUBE MINERAL OIL.....	161	NATPARA	120
mv	168	natura-lax.....	115
mvc-fluoride.....	170	nature-throid	155
mv-min.....	168	NAYZILAM.....	85
MVW.....	168, 170	NEBUPENT	50
MYALEPT.....	121	nebusal.....	160
MYCAPSSA DR.....	121	NEBUSAL	160
my choice	92	necon	92
MYCOBUTIN.....	35	NEEDLES	133
mycophenolate mofetil.....	123	nefazodone	140
mycophenolic acid.....	123	NEFFY	66
MYDAYIS.....	67	NEMLUVIO	123
MYDCOMBI	104	neomycin.....	31, 32, 33, 34, 147
MYDRIACYL.....	104	neomycin/bacitracin/poly/hc	32
MYDRIATIC4	102	neomycin/bacitracin/polymyxin	33
MYFORTIC	123	neomycin-polymyxin-dexamethaso	32
MYGLUCOHEALTH	130	neomycin/polymyxin/gramicidin	33
MYHIBBIN	123	neomycin/polymyxin/hc	31, 32
MYLERAN	51	neo-polycin.....	33
myorisan.....	148	neo/polymyxin/dexamethasone.....	32
MYRBETRIQ.....	165	NEORAL.....	123
MYSOLINE.....	87	NEO-SYNALAR.....	39
my way	92	NERLYNX.....	55
MYXREDLIN	49	neuac.....	148
N		NEUPRO	60
nabumetone	28	NEUTRASAL	158
naftifine	45	nevirapine	62
NAFTIN.....	45	new day	92
NALFON.....	28	NEXAVAR.....	55
NALOCET	21	NEXPLANON	89
naloxone.....	24, 42, 43, 164	NEXVIAZYME.....	160
naltrexone.....	43	niacin.....	82
NAMENDA	82	NIACIN	169
NAMZARIC	82	NIACOR.....	82
NANO.....	133	NIASPAN	82
NANOVN.....	176	nicardipine	73
NAPRELAN.....	28	NICODERM	154
NAPROSYN	27, 28	nicorelief.....	154
naproxen.....	27, 28	NICORETTE.....	154
naratriptan hcl	20	nicotine	154
NARCAN	43	NICOTROL	154
NARDIL	139	nifedipine	73, 74
NASACORT	100	nikki	92
NASCOBAL	172	NILANDRON.....	52

Índice de medicamentos

nilotinib	55	NOXAFIL.....	43
nilutamide.....	52	np thyroid.....	155
nimodipine	73	NUBEQA	52
NINJACOF-XG	96	NUCALA	31
NINLARO	56	NUCORT.....	152
nisoldipine	73, 74	NULEV	112
nitisinone.....	160	NULIBRY	160
nitro-bid.....	75	NULYTELY.....	115
NITRO-DUR.....	75	NUMBRINO.....	100
nitrofurantoin	37	NUMOISYN	158
nitrofurantoin macrocrystal	37	NUPLAZID	140
nitroglycerin	75, 115	NURTEC ODT	20
NITROLINGUAL	75	NUTRALYN.....	168
NITROMIST	75	NUVARING	89
NITROSTAT	75	NUVAXOVID	68
nitro-time.....	75	NUVESSA.....	39
NITYR.....	160	NUZYRA	39
NIVA.....	168	nyamyc	45
NIVESTYM	88	NYMALIZE.....	74
nizatidine	113	nystatin	44, 45
NIZORAL	45	nystatin w/triamcinolone	45
NOCTIVA	117	nystop.....	45
nora-be	92		
norelgestromin	94	OCALIVA	113
norethindrone.....	92, 118, 121	ocella	93
norethindrone acetate	92, 121	octreotide acetate.....	121
norethindrone-ethin estradiol	92, 118	ocucoat	105
norethin-eth estra ferrous fum.....	92	OCUFLOX	33
NORGESIC FORTE.....	136	ODACTRA.....	68
norgestimate-ethinyl estradiol.....	92	ODEFSEY	64
norgestrel-ethiny estra.....	93	ODOMZO	53
NORITATE	150	OFEV	156
norlyda.....	93	ofloxacin.....	31, 33, 38
NORMLGEL.....	153	of magnesium	114
NORPACE	72	ogestrel	92, 93
nortrel	93	OGSIVEO	56
nortriptyline	141	OJEMDA.....	52
NORVIR	63	okebo.....	39
NOURIANZ.....	60	olanzapine	143
NOVA	130	olmesartan-amlodipine-hctz.....	77
NOVAFERRUM	108, 170	olmesartan-hydrochlorothiazide.....	77
NOVAMAX.....	96	olmesartan medoxomil	78
NOVAMV	170	olopatadine	99
NOVAREL	121	OLPRUVA	110
NOVAVAX	68	OLUX.....	152
NOVOFINE.....	133	OMECLAMOX-PAK.....	111
NOVOTWIST	133	omega-3 acid ethyl esters.....	109

Índice de medicamentos

omeprazole	116	oseltamivir phosphate	64, 65
omeprazole- bicarbonate	116	OSENI	46
OMNIPAQUE	96	OSMOPREP	115
OMNIPOD	126	OTEZLA	26
OMNIPOD GO	126	OTIPRIO	32
OMVOH	122	OVACE	149
ON CALL	130	OVIDE	153
ondansetron	111	oxandrolone	117
one	90, 93, 168	oxaprozin	27, 28
ONE	93, 126, 135, 168	oxazepam	139
one-a-day	168	OXBRYTA	71
ONE-A-DAY	168	oxcarbazepine	87
ONE TOUCH	126	OXERVATE	105
ONETOUCH	126, 130	oxiconazole nitrate	45
ONE WAY MOUTHPIECE	135	OXISTAT	45
ONEXTON	148	OXSORALEN-ULTRA	147
ONFI	85	OXTELLAR	87
ONGENTYS	60	oxybutynin chloride	165
ON-THE-GO	130	oxycodone	21, 24
opcicon one-step	93	oxycodone hcl	21, 24
OPDIVO	57	oxycodone hcl-ibuprofen	21
OPFOLDA	160	oxycodone w/acetaminophen	21
opium	22, 110	OXYCONTIN	24
OPSUMIT	75	oxymorphone hcl	24
OPSYNVI	76	oxymorphone hcl er	24
OPTICHAMBER	135	OXYTROL	165
option 2	93	OZEMPIC	46
ORACEA	39	P	
ORACIT	109	P2I	138
ORALAIR	68	pacerone	72
oralone	157	paliperidone	143
ORAMAGICRX	158	PALYNZIQ	68
ORAPRED ODT	119	PAMELOR	141
ORAVIG	43	PANDA MASK	135
ORENITRAM	75, 76	PANDEL	152
ORFADIN	160	PANRETIN	58
ORILISSA	120	pantoprazole	116
ORKAMBI	155	PANTOTHENIC	169
ORLADEYO	68, 156	PARAGARD	94
orphenadrine	137	PAREMYD	104
orphenadrine-aspirin-caffeine	137	paricalcitol	158, 159
orphengesic forte	137	PARNATE	139
orsythia	93	paroxetine	140, 160
ORTHO-NOVUM	93	PASER	35
oscimin	112	PATANASE	99
oseltamivir	64	PAXIL	140
OSELTAMIVIR	64	PAXLOVID	64

Índice de medicamentos

PAXLYTE.....	172	phenylephrine.....	102
pazopanib	56	PHENYTEK.....	87
pedi.....	170	phenytoin	86, 87
PEDIARIX.....	71	philith.....	93
pediatric	36, 170	phosphasal.....	34
PEDIATRIC PANDA MASK	135	PHOSPHOLINE IODIDE	103
PEDVAXHIB	70	PHOTREXA.....	100
peg.....	114, 115	PHYSIOLYTE.....	147
PEGANONE	87	PHYSIOSOL	147
PEGASYS.....	65	phytonadione	176
PEG-INTRON.....	65	PICATO	58
PEMAZYRE	56	pilocarpine.....	68, 102, 103
PENBRAYA.....	69	pimecrolimus.....	123
penciclovir.....	66	pimozide.....	143
penicillamine.....	26	pimtrea	93
penicillin V	37	pindolol.....	79
PENMENVY	69	pioglitazone	48
PENTACEL	70	pioglitazone-glimepiride.....	48
pentamidine isethionate	50	pioglitazone-metformin.....	48
PENTASA.....	113	PIP	130
pentazocine and naloxone hcl.....	24	PIQRAY	56
pentoxifylline.....	72	pirfenidone.....	159
PEPCID	113	pirmella.....	93
perampanel	86, 87	piroxicam	27, 28
PERFECT	130, 133, 134	PLAN B ONE-STEP	93
PERFOROMIST	30	PLEGRIDY	84
PERIDEX.....	157	PLEXION	40
perindopril erbumine.....	78	PNEUMOVAX.....	69
periogard.....	157	pnv	137
permethrin.....	59	POCKET CHAMBER.....	135
perphenazine.....	141, 144	podofilox.....	149
perry	137	polycin.....	33
PFIZER.....	68	polyethylene glycol	115
pharm.....	146	polymyxin b sul-trimethoprim.....	33
PHARM	146	polystyrene sulfonate	107
PHARMABASE.....	150	POLYTRIM.....	33
PHEBURANE	110	POLY-TUSSIN AC	95
phenadoz.....	111	POMALYST	54
phenazopyridine hcl.....	26	PONVORY	84
phendimetrazine tartrate	58	portia.....	93
phenelzine.....	139	posaconazole.....	43
phenobarbital	111, 144	potassium	109
PHENOBARBITAL.....	112	POTASSIUM	98, 99, 108, 109, 115
phenohydro	111, 112	povidone-iodine	101
phenoxybenzamine.....	67	powderlax	115
phentermine	58	pramipexole	60
phenylbutyrate	109, 110	pramipexole di-hcl.....	60

Índice de medicamentos

PRAMOSONE	153	previfem	93, 94
pramoxine hcl w/hydrocortisone.....	116	PREVNAR.....	69
prasugrel	61	PREV-RX.....	168
pravastatin.....	81	PREVYMIS.....	64
praziquantel.....	49	PREZISTA.....	62
prazosin.....	67, 77	PRIFTIN	35
PR BENZOYL PEROXIDE.....	149	PRIMAQUINE BRAND.....	50
PRECISION	96	primaquine generic.....	50
PRECISIONGLIDE.....	133	PRIMEAIRE	135
PRECOSE	47	primidone	87
PRED FORTE	101	PRIMSOL	34
PRED-G.....	32	PRINIVIL	78
prednicarbate	152	PRIORIX VIAL.....	70
prednisolone.....	32, 101, 119	probenecid.....	29
PREDNISOLONE.....	32, 101	PROBUPHINE	164
prednisolone acetate	101	PROCARDIA	74
PREDNISOLONE ACET-MOXIFLOXACIN.....	32	procentra	67
PREDNISOLONE AC-MOXIFLOX-BROMF	32	PROCHAMBER.....	135
PREDNISOLONE AC-MOXIFLOX-NEPAF	32	prochlorperazine maleate.....	111
PREDNISOLONE-GATIFLOXACIN	32	PRO COMFORT	130, 135, 146
PREDNISOLONE-GATIFLOX-BROMFENC	32	PRO COMFORT SPACER WITH MASK.....	135
PREDNISOLONE-NEPAFENAC	101	PROCORT	113, 116
PREDNISOLONE PHOS-MOXIFLOXACIN	32	PROCRT.....	88
prednisolone phos odt.....	119	PROCTOCORT	116
prednisolone phosphate	101, 119	procto-med hc.....	152
prednisone.....	119	procto-pak	152
pred ph.....	32	proctosol-hc.....	152
PRED PH.....	32	proctozone-hc	152
PREFEST	118	PRODIGY	126, 130
pregabalin.....	87	progesterone	121
PREGNYL	121	PROGLYCEM.....	106
prenatal	137, 138	PROGRAF.....	123
PRENATAL	137, 138, 168, 169	PROLENSA.....	101
prenatal complete.....	137	PROMACTA	88
prenatal formula	137	promethazine.....	45, 95, 111
prenatal multi + dha	137	promethazine vc.....	45, 95
prenatal vitamin	138	promethazine vc w/codeine	95
PRENATE	138	promethegan	111
prenavite	138	PROMETRIUM.....	121
PREPIDIL	120	propafenone	72
PREPOPIK	115	propantheline bromide	110
PRESERVISION	165	proparacaine-fluorescein	102
PRESSURE	102, 103, 130	proparacaine hcl.....	101, 102
PRESTALIA.....	76	propranolol.....	79, 80
PRETOMANID	35	propylthiouracil.....	155
prevalite.....	81	PROQUAD	70
PREVIDENT	105, 107	PROSCAR.....	164

Índice de medicamentos

PROTHELIAL	157	raloxifene	163
protriptyline	141	ramelteon	145
PROVERA	89, 121	ramipril	77, 78
PROVOCHOLINE	96	RANEXA	72
prucalopride	114	ranolazine	72
prudoxin	148	RAPAMUNE	123
PSORCON	152	RAPID RESPONSE COVID-19 TEST	97
pulmosal	160	rasagiline mesylate	60
PULMOZYME	156	RASUVO	26
PURE	130, 146	RAVICTI	110
PURECOMFORT	135	RAYALDEE	159
purelax	115	RAYOS	119
purevita	166, 175	RAZADYNE	66
PUREVITA	166, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175	READYLANCE	130
PURIXAN	52	REBIF	84
PUSH	130	reclipsen	93
pyrazinamide	35	RECOMBIVAX HB	71
PYRIDIUM	26	RECOTHROM	72
PYRIDOSTIGMINE	66	RECTIV	115
pyridostigmine bromide	66	REGIMEX	58
pyridoxine	110, 173	REGLAN	114
Q		RELCARE	171
QBREXZA	151	RELENZA	64
QELBREE ER	142, 143	RELIAMED	130
QMIIZ ODT	28	relion	106
QSYMIA	58	RELION	96, 146
QUADRACEL	70	RELISTOR	42
QUDEXY	87	REMERON	138
QUESTRAN	81	RENACIDIN	109
quetiapine	143	RENAL	171
quetiapine fumarate	143	rena-vite	171
QUICKVUE AT-HOME COVID-19 TEST	97	REVELA	107
QUICKVUE SARS ANTIGEN TEST	97	repaglinide	47
quinapril	76, 77, 78	REPATHA	80
quinapril-hydrochlorothiazide	76	REQUIP	60
quinidine	73	RESECTISOL	98
quinine	50	RESTASIS	104
quit	154	RESTORIL	145
QULIPTA	20	RETACRIT	88
QUVIVIQ	145	RETEVMO	56
QVAR	31	RETIN-A	154
R		RETROVIR	63
ra	108, 172, 173	REVATIO	75
RA	146	REVLIMID	54
rabeprazole	116	REVUFORJ	56
RADIOGARDASE	161	REXTOVY	43
RAGWITEK	68	REXULTI	144

Índice de medicamentos

REYATAZ.....	63	RYALTRIS.....	99
REYVOW.....	20	RYBELSUS.....	46
REZDIFFRA.....	158	RYCLORA.....	45
REZUROCK.....	164	RYDAPT.....	56
RHINOCORT.....	100	RYLAZE.....	57
RHOFADE.....	150	RYTARY.....	60
RHOPRESSA.....	103	RYVENT.....	45
ribavirin.....	65	S	
RIBOFLAVIN.....	173	SABRIL.....	87
RIDAURA.....	27	sacubitril.....	77
rifabutin.....	35	SAFETY.....	128, 129, 130, 131, 132
RIFADIN.....	35	SALAGEN.....	68
rifampin.....	35	SALIVAMAX.....	158
RIGHTEST.....	130	salsalate.....	26
RILUTEK.....	82	SAMBUCUS.....	174
riluzole.....	82	SAMSCA.....	97
rimantadine.....	65	SANCUSO.....	III
RIMSO-50.....	25	SANDIMMUNE.....	123
RINVOQ ER.....	27	SANDOSTATIN.....	121
RINVOQ ER 30MG TABLET.....	27	SANTYL.....	153
RIOMET.....	47	sapropterin.....	161
risedronate.....	162, 163	SAPS.....	146
RISPERDAL.....	143	SARAFEM.....	140
risperidone.....	143	SAVELLA.....	163
RITALIN.....	143	saxagliptin.....	47, 48
RITEFLO.....	135	saxagliptn.....	48
ritonavir.....	63	SAXENDA.....	59
rivaroxaban.....	42	SCALACORT DK.....	152
rivastigmine.....	66	SCEMBLIX.....	56
rivelsa.....	93	scopolamine.....	III
rizatriptan.....	20	seconal.....	145
R-NATAL.....	138	SECUADO.....	143
ROBAXIN.....	137	SEEBRI.....	29, 30
ROCALTROL.....	175	SEEBRI NEOHALER.....	29
ROCKLATAN.....	103	SELARSDI.....	122
roflumilast.....	31	SELECT-OB.....	138
ROMVIMZA.....	56	selegiline.....	60
ropinirole.....	60	selenium sulfide.....	149
rosadan.....	150	SEMGLEE.....	49
ROSADAN.....	150	SEMPREX-D.....	45
ROTARIX.....	68	SERNIVO.....	152
ROTATEQ.....	68	SEROSTIM.....	120
ROWASA.....	112	sertraline.....	140
roweepra.....	87	setlakin.....	93
ROXICODONE.....	24	sevelamer.....	107
ROZLYTREK.....	56	sevelamer carbonate.....	107
RUCONEST.....	159	sevoflurane.....	25

Índice de medicamentos

SEYSARA.....	39	SOLODYN	39
sf.....	105, 162	SOLOSEC	33
SFROWASA.....	112	SOLTAMOX.....	58
sharobel.....	93	SOLUS.....	131
SHINGRIX	71	SOLUVITA	170
SIDESTREAM PEDIATRIC	135	SOMA	137
SIGNIFOR	121	SOMATULINE DEPOT.....	121
sildenafil.....	75, 157	SOMAVERT	158
SILENOR	145	SORIATANE.....	147
SILICONE MASK.....	136	sorine	79
silodosin.....	164	sotalol.....	79
SILVADENE	40	SOTYKTU	147
silver sulfadiazine.....	40	SOTYLIZE	79
SIMBRINZA	102	SPECTRACEF.....	36
SIMLANDI.....	51	SPEVIGO.....	147
simliya	93	SPIKEVAX.....	68
simpeesse.....	93	spinosad.....	59
SIMPONI	51	SPIRIVA	29
simvastatin.....	80, 81	spironolact.....	99
SINEMET	60	spironolactone	98, 99
SINGLE.....	113, 131, 146	SPORANOX	43
sirolimus.....	123, 124	sprintec.....	93, 94
SIRTURO	35	SPRITAM.....	87
SITAVIG.....	65	SPRIX.....	20
SITZMARKS.....	97	sps	107
SKELAXIN	137	sronyx	93
SKLICE	59	ss	41
SKYCLARYS	161	ssd	41
SKYLA	94	SSKI	107
SKYRIZI	147	sss	41
sm.....	108, 173	STARLIX	48
SMART	125, 129, 131	stavudine.....	63
SMARTEST	131	STELARA.....	123
smoothlax.....	115	STENDRA	157
sod	40, 41, 101	STERILANCE.....	131
sodium.....	28, 41, 42, 101, 105, 109, 147, 160, 162	STERILE.....	131
SODIUM	42, 97, 144, 147	STIMATE	117
SODIUM CITRATE	42	STIOLTO RESPIMAT	30
sodium fluoride.....	105	STIVARGA	56
SODIUM OXYBATE.....	144	st. joseph aspirin.....	61
sod sulfac.....	40, 41	stop smoking aid.....	154
sod sulfacet	41	STRENSIQ	160
SOFIA2 FLU-SARS ANTIGEN FIA	97	STRIANT	117
SOFIA SARS ANTIGEN FIA TEST	97	STRIVERDI.....	29
SOHONOS.....	161	STROMECTOL.....	49
solifenacin succinate	165	strong iodine.....	107
SOLQUA	46	SUBOXONE.....	164

Índice de medicamentos

SUBSYS	24	SYNDROS	110
subvenite	87	SYNERA	26
SUCRAID	113	SYNJARDY	48
sucralfate	111	SYPRINE	161
SULAR	74	SYRINGE... 15, 19, 20, 31, 42, 65, 72, 84, 106, 122, 133, 134, 147, 163	
sulfacetamide.....	32, 41, 148, 149	SYRINGE AVITENE	72
sulfacetamide w/prednisolone	32	T	
sulfacleanse	41	TABLOID	52
sulfadiazine	34, 40	TABRECTA	56
sulfamethoxazole/trimethoprim	34	tacrolimus	123, 124
SULFAMILYLON.....	41	tadalafil	157
sulfasalazine	112, 113	TAFINLAR	52
sulfatrim.....	34	TAGRISSO	56
sulindac	28	TAKE ACTION	93
SUMADAN.....	41	TAKHZYRO	68, 156
sumatriptan.....	20	TALICIA	111
sumatriptan succ-naproxen sod.....	20	TALTZ	147
SUMAXIN	41	TALZENNA	56
SUNLENCA	61	TAMIFLU	65
SUNOSI.....	144	tamoxifen	58
super	168, 171	tamsulosin	164
SUPER.....	129, 131	TANDEM	126, 127, 169
super b complex.....	171	TAPERDEX.....	119
super b complex-vitamin c	171	TARCEVA.....	56
super b-complex w/vitamin c	168	TARGADOX	39
SUPERIOR	169, 176	TARGRETIN	58
SUPRANE	25	tarina fe	93
SURE.....	131, 146	TARKA	76
SURVANTA	156	TARPEYO.....	119
SUSTIVA.....	62	TASIGNA	56
SUTENT.....	56	TASMAR	60
sv	108, 173	TAVALISSE	156
SWI	146	TAVNEOS	71
syeda	93	tazarotene	148
SYLATRON	54	TAZORAC	148
SYMAX DUOTAB.....	112	taztia.....	74
symax-sl.....	112	TAZVERIK	53
symax-sr.....	112	TC.....	96
SYMBICORT	30	TECHLITE.....	131
SYMDEKO	155	TEGLUTIK	82
SYMFI.....	64	TEGRETOL	87
SYMLINPEN.....	47	TEKTURNA	80
SYMPAZAN	85	TELCARE.....	131
SYMPROIC.....	42	telmisartan.....	77, 78
SYMTUZA.....	62	telmisartan-amlodipine	77
SYNALAR.....	39, 152	telmisartan-hydrochlorothiazid	77
SYNAREL.....	120	temazepam	145

Índice de medicamentos

TEMIXYS.....	62	tilia fe	93
TEMOVATE.....	152	timolol.....	79, 102, 103
tencon	19	TIMOLOL	102, 103
TENIVAC.....	70	TIMOLOL-BRIMONIDIN-DORZOLAMIDE.....	102
tenofovir disoproxil fumarate.....	63	TIMOLOL-BRIMONI-DORZOL-LATANOP	102
TENORETIC.....	80	TIMOLOL-DORZOLAMIDE-LATANOPRST	102
TENORMIN	79	TIMOLOL-LATANOPROST	102
terazosin	77	timolol maleate.....	102
terbinafine	43	TIMOPTIC	102
terbutaline	29	tinidazole	49
terconazole	43	tiopronin.....	164, 165
teriparatide	158, 162	TISSEEL VHSD	150
TERIPARATIDE.....	158	TIVICAY	63
terrell	25	TIVORBEX	28
TESSALON PERLE.....	95	tizanidine	137
testosterone.....	117	TOBI PODHALER.....	34
TESTOSTERONE.....	117	TOBRADEX EYE OINTMENT.....	32
testosterone cypionate	117	tobramycin.....	32, 33, 34
testosterone enanthate	117	TOBRAMYCIN.....	34
TETANUS DIPHTHERIA TOXOIDS.....	70	tobramycin-dexamethasone	32
tetrabenazine.....	83	TOBREX.....	33
tetracaine.....	102	TODAY.....	89
tetracycline hcl	39	tolcapone	60
TEXACORT	152	TOLECTIN	28
TEZSPIRE.....	156	tolmetin.....	28
T:FLEX	126	tolterodine tartrate.....	165
THALOMID	35	tolvaptan.....	98
THEO-24	31	TOPCARE.....	131
theophylline anhydrous	31	TOPICORT	152
thera-m.....	169	topiramate.....	58, 87, 88
THERA-M	169	topiramate er	87
THERANATAL.....	138	toremifene.....	58
THIAMINE.....	172	torsemide.....	98
THIN	128, 129, 130, 131, 132	TOSYMRA	20
THIOLA	164	TOUJEO.....	49
thioridazine	144	tovet emollient.....	152
thiothixene	144	TOVIAZ.....	165
THROMBI-GEL.....	72	TOXICOLOGY SALIVA COLLECTION.....	96
THROMBIN-JMI.....	72	TRACLEER	75
THROMBI-PAD	72	tramadol.....	21, 24
thyroid.....	155	tramadol hcl.....	21, 24
tiadylt	74	tramadol hcl-acetaminophen.....	21
tiagabine	87	trandolapril.....	76, 78
TIAZAC.....	74	trandolapril-verapamil	76
TIBSOVO	57	tranexamic acid	71
ticagrelor	61	TRANXENE.....	139
TIGLUTIK.....	82	tranylcypromine.....	139

Índice de medicamentos

travoprost.....	102	TROPICAMIDE.....	104
trazodone.....	140	TROPICAMIDE-CYCLOPENTOLATE-PE.....	104
TRECATOR.....	35	tropium chloride.....	165
TRELEGY ELLIPTA.....	30	true.....	108, 166, 169, 172, 173, 174, 175
TREMFYA.....	122, 147	TRUE.....	96, 127, 131, 146, 169, 172, 173, 175
TRESIBA.....	49	TRUECONTROL.....	127
tretinoin.....	57, 148, 154	TRUE METRIX.....	127
TREXALL.....	52	TRUEPLUS.....	106, 131
TREZIX.....	22	TRULANCE.....	113
triamcinolone acetonide.....	152, 157	TRULICITY.....	46
triamterene.....	98, 99	TRUMENBA.....	69
trianex.....	153	TRUQAP.....	56
triazolam.....	145	TRUSOPT.....	102
tri-buffered aspirin.....	19	TRUSTEEL.....	127
triderm.....	153	TRYNGOLZA.....	80
TRIDESILON.....	153	TRYPTYR.....	105
tri-estarylla.....	93	TUBERCULIN.....	134
tri femynor.....	93	tulana.....	94
trifluoperazine hcl.....	144	TULIVITE.....	108
trifluridine.....	64	TURALIO.....	56
TRIGLIDE.....	82	TUXARIN.....	95
trihexyphenidyl hcl.....	60	TUZISTRA.....	95
TRIKAFTA.....	155	TWIIST.....	127
tri-legest fe.....	93	TWINRIX.....	71
tri-lynyah.....	93	TWIST.....	128, 129, 130, 131
tri-lo-estarylla.....	93	TYBOST.....	155
tri-lo-marzia.....	93	tydemy.....	94
tri-lo-mili.....	94	TYENNE.....	123
tri-lo-sprintec.....	94	TYLENOL W/CODEINE.....	21
trilyte.....	115	TYMLOS.....	121
trimethobenzamide.....	111	TYSABRI.....	162
trimethoprim.....	33, 34	TYVASO.....	76
tri-mili.....	94	U	
trimipramine maleate.....	141	UBRELVY.....	20
TRINTELLIX.....	141	UCERIS.....	116, 119
tri-previfem.....	94	UKONIQ.....	56
TRISODIUM CITRATE CRRT.....	42	ULESFIA.....	59
tri-sprintec.....	94	ULTANE.....	25
TRIUMEQ.....	61	ULTI-LANCE.....	127
TRIVIA.....	169	ULTILET.....	131, 146
tri-vitamin with fluoride.....	170	ULTRA.....	29, 126, 127, 129, 131, 132, 133, 134, 138, 147, 166
tri-vit-fluor.....	170	ULTRACET.....	21
TRI-VIT-FLUOR.....	170	ULTRA-FINE.....	133, 134
trivora.....	94	ULTRAFOAM.....	72
tri-vylibra.....	94	ULTRAM.....	24
TROKENDI.....	88	ULTRATLC.....	132
tropicamide.....	104	ULTRAVATE.....	153

Índice de medicamentos

UNILET	127, 129, 132	vcf	89
UNISTIK	129, 132, 136	VECAMYL	78
unithroid	155	VECTICAL	149
UNIVERSAL	132	velivet	94
UPTRAVI	76	VELPHORO	107
URECHOLINE	68	VELSIPITY	85
URELLE	34	VELTASSA	107
uretron d-s	34	VEMLIDY	65
URIBEL	34	VENCLEXTA	57
urimar-t	34	venlafaxine	140
urin d.s.	35	VENTAVIS	76
uro-458	35	VEOZAH	160
uroav-b	35	verapamil	73, 74, 76
UROCIT-K	109	VEREGEN	66
urogesic	35	VERELAN	74
uro-mp	35	VERIFINE	132
URSO	112	VERITOR SARS-COV-2 AND FLU A-B	97
ursodiol	112	VERQUVO	74
uryl	35	VERSACLOZ	143
USTEKINUMAB	122	VERZENIO	57
ustell	35	VEVYE	104
UTIBRON	30	VFEND	44
UTIBRON NEOHALER	30	VGO	127
utira-c	35	VIBERZI	113
V		VIBRAMYCIN	39
valacyclovir	65	vicodin hp	21
VALCHLOR	58	vienva	94
VALCYTE	65	vigabatrin	87
valganciclovir	65	vigadrone	88
valproic acid	88	VIGADRONE	88
valsartan	77, 78	VIGAMOX	33
valsartan-hydrochlorothiazide	77	VIJOICE	156
VALTOCO	85	vilamit mb	35
VANATOL	19	vilazodone	140
VANCOCIN	39	vilevev mb	35
vancomycin	39	VIMPAT	88
vandazole	39	VIOKACE	115
VANRAFIA	164	viorele	94
VAQTA	71	VIRACEPT	63
varenicline	154	VIRAMUNE	62
VARIVAX	71	VIREAD	63
VARUBI	111	VIRT-CAPS	172
VASCEPA	109	virtussin ac	96
VASERETIC	76	virtussin dac	95
VASOTEC	78	VISION	166
VAXCHORA	70	VISTARIL	45
VAXELIS	70	VISTASEAL	72

Índice de medicamentos

VISTOGARD.....	157	WEGOVY.....	59
vit.....	107, 167, 171, 172, 173, 174	well.....	174, 175
VITACORE.....	169	wera.....	94
VITAFOL.....	138	westhroid.....	155
VITAFUSION.....	169	WIDE SEAL DIAPHRAGM.....	94
VITAJOY.....	169, 171	WINREVAIR.....	75
VITAMEDMD.....	138	wixela inhub.....	30
vitamin.....	138, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176	women's gentle laxative.....	115
VITAMINIO8, 137, 138, 153, 154, 158, 159, 162, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176		women's laxative.....	115
vitamin b.....	169, 172, 173	wymzya fe.....	94
vitamin b complex.....	169	X	
vitamin b-complex & c.....	172	XACIATO.....	39
vitamin b complex with c.....	169	XALKORI.....	57
vitamin d2.....	174, 175	XARELTO.....	42
vitamin k.....	176	XCOPRI.....	88
vitamins a, c, d & fluoride.....	170	XDEMVI.....	59
VITEYES.....	166	XELJANZ.....	27
VITRAKVI.....	57	XELODA.....	52
VIVAGUARD.....	132, 134	XENICAL.....	59
VIVJOA.....	44	XENLETA.....	37
VIVOTIF.....	68	XEPI.....	40
VIZIMPRO.....	57	XERMELO.....	110
VOGELXO.....	117	XHANCE.....	100
VOLTAREN.....	147	XIFAXAN.....	38
voriconazole.....	44	XIGDUO.....	48
VORTEX.....	136	XIIDRA.....	104
VOSEVI.....	65	XOFLUZA.....	65
VOTRIENT.....	57	XOLAIR.....	31
VOWST.....	113	XOLREMDI.....	88
VOXZOGO.....	161	XOPENEX.....	29
VOYDEYA.....	71	XOSPATA.....	57
VRAYLAR.....	143	XTANDI.....	52
VTAMA.....	149	xulane.....	94
vtol lq.....	19	XURIDEN.....	106
VUEBLU.....	96	XYOSTED.....	117
VUMERITY.....	84	XYREM.....	144
VUSION.....	45	XYWAV.....	144
vyfemla.....	94	Y	
vylibra.....	94	YAZ.....	94
VYNDAMAX.....	161	YCANTH.....	149
VYNDAQEL.....	161	YERVOY.....	57
VYVANSE.....	142	YESINTEK.....	122
VYVGART.....	161	YEZTUGO.....	61
VYZULTA.....	102	YONSA.....	52
W		YUPELRI.....	29
WAKIX.....	88	YUTREPIA.....	76
warfarin.....	41	yuvafem.....	121
WEBCOL.....	146	Z	
		zafirlukast.....	31

Índice de medicamentos

zaleplon.....	145	ZURZUVAE.....	139
ZANAFLEX.....	137	ZYDELIG.....	57
zarah.....	94	ZYKADIA.....	57
ZARONTIN.....	88	ZYLOPRIM.....	27
ZARXIO.....	88	ZYPITAMAG.....	81
zebutal.....	19	ZYPREXA.....	143
ZELBORAF.....	53	ZYVOX.....	37
ZELNORM.....	114		
ZEMBRACE SYMTOUCH.....	20		
ZEMPLAR.....	159		
zenatane.....	148		
ZENPEP.....	115		
zenzedi.....	67		
ZENZEDI.....	67		
ZEPATIER.....	65		
ZEPBOUND.....	59		
ZEPOSIA.....	84, 85		
ZESTORETIC.....	76		
ZESTRIL.....	78		
ZIAGEN.....	63		
ZIANA.....	148		
zidovudine.....	62, 63		
zinc oxide.....	150		
ziprasidone.....	143		
ZIRGAN.....	64		
ZITHROMAX.....	37		
ZOFRAN.....	111		
ZOKINVY.....	156		
ZOLADEX.....	54		
ZOLINZA.....	51		
ZOLMITRIPTAN.....	20		
zolmitriptan odt.....	20		
zolpidem tartrate.....	145		
ZOLPIMIST.....	145		
ZOMIG.....	20		
ZONALON.....	148		
zonisamide.....	88		
ZONTIVITY.....	61		
ZORBTIVE.....	120		
ZORTRESS.....	124		
ZORYVE.....	149, 150		
zovia.....	94		
ZOVIRAX.....	65, 66		
ZTALMY.....	88		
ZTLIDO.....	26		
Z-TUSS AC.....	95		
ZUBSOLV.....	164		
zumandimine.....	92, 94		

Cigna Healthcare se reserva el derecho de hacer cambios en la Lista de medicamentos sin notificación. Es posible que su plan cubra medicamentos adicionales; consulte sus materiales de inscripción para conocer más detalles. Cigna Healthcare no se responsabiliza por ninguna decisión relacionada con los medicamentos tomada por el médico o el farmacéutico. Es posible que Cigna Healthcare reciba pagos de fabricantes de determinados medicamentos de marca preferida y, en algunas ocasiones, de determinados medicamentos de marca no preferida, los cuales podrán o no compartirse con su plan, según los convenios existentes con Cigna Healthcare. Según el diseño del plan, las condiciones del mercado, la medida en la cual los pagos del fabricante sean compartidos con su plan y otros factores existentes a la fecha del servicio, el medicamento de marca preferida podrá o no representar el medicamento de marca de más bajo costo dentro de su clase de medicamento para usted y/o su plan.

Los planes de beneficios de salud varían, pero en general, para que un medicamento esté cubierto, debe tener la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los EE. UU. y debe ser recetado por un profesional de cuidado de la salud, comprado en una farmacia con licencia y medicamento necesario. Si su plan brinda cobertura para determinados medicamentos con receta sin que tenga que pagar ninguna parte del costo, es posible que deba usar una farmacia de la red para que le despache la receta. Si usa una farmacia que no participa en la red de su plan, es posible que no se le cubra la receta o que el reembolso quede sujeto a las disposiciones sobre copago, coseguro o deducible de su plan. Es posible que algunas características descritas en este documento no se apliquen a su plan de salud específico, y las características del plan pueden variar según el lugar y el tipo de plan. Consulte los documentos de su plan para conocer los costos y detalles completos de la cobertura de medicamentos con receta de su plan.



1. Se aplican los términos de la aplicación/tienda en línea y los cargos de las compañías de telefonía celular/uso de datos. Los clientes menores de 13 años no podrán registrarse en myCigna.com (así como tampoco sus padres o tutores).
2. Los precios que se muestran en myCigna no están garantizados, y la cobertura está sujeta a los términos y las condiciones de su plan. Visite myCigna para obtener más información.
3. Sitio web de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos, "Generic 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).
4. 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).
5. **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).
6. Su plan paga el costo del envío estándar.
7. 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.
8. 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.
9. **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.
10. 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.
11. **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.

Cigna Healthcare® cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, ascendencia, religión, estado civil, género, orientación sexual, identidad de género o estereotipos sexuales.

Cigna Healthcare no excluye a las personas ni las trata de un modo diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, ascendencia, religión, estado civil, género, orientación sexual, identidad de género o estereotipos sexuales.

Cigna Healthcare:

- Proporciona a las personas con discapacidades modificaciones razonables y herramientas especiales gratuitas para que 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, en forma oportuna, a personas cuyo idioma primario no es el inglés, como por ejemplo:
 - Intérpretes calificados;
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita modificaciones razonables, servicios y herramientas especiales, o servicios de asistencia lingüística, comuníquese con el coordinador de derechos civiles.

Si considera que Cigna Healthcare no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otro modo por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, ascendencia, religión, estado civil, género, orientación sexual, identidad de género o estereotipos sexuales, puede presentar una queja ante el coordinador de derechos civiles. P.O. Box 188016, Chattanooga, TN 37422, 877.822.6561 (TTY: marque el 711)

ACAGrievance@CignaHealthcare.com

La queja puede presentarse en persona, por correo postal, por fax o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar la queja, el coordinador de derechos civiles podrá ayudarlo.

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 <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/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

Proficiency of Language Assistance Services

English – ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-800-244-8224 (TTY: Dial 711) or speak to your provider.

Spanish – ATENCIÓN: Si habla español, los servicios de asistencia lingüística gratuitos están disponibles para usted. También están disponibles de forma gratuita ayudas y servicios auxiliares adecuados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-800-244-8224 (TTY: Marque 711) o hable con su proveedor.

Chinese – 注意: 如果您讲中文, 我们提供免费的语音援助服务。适当的辅助设备和服务也可以免费提供, 以提供无障碍格式的信息。请拨打 1-800-244-8224 (TTY: 拨打 711) 或与您的服务提供商联系。

Vietnamese – XIN LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí có sẵn cho bạn. Các thiết bị và dịch vụ hỗ trợ phù hợp để cung cấp thông tin ở định dạng có thể tiếp cận cũng có sẵn miễn phí. Gọi số 1-800-244-8224 (TTY: Gọi 711) hoặc nói chuyện với nhà cung cấp của bạn.

Korean – 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 무료 언어 지원 서비스가 제공됩니다. 접근 가능한 형식으로 정보를 제공하기 위한 적절한 보조 기기 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-800-244-8224 (TTY: 711 로 전화) 로 전화하시거나 제공자에게 문의하십시오.

Tagalog – PAUNAWA: Kung itaw ay nagsasalita ng Tagalog, ang mga libreng serbisyo ng tulong sa wika ay magagamit para sa iyo. Ang mga angkop na pantukang na kagamitan at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format ay magagamit din ng libre. Tumawag sa 1-800-244-8224 (TTY: Tumawag sa 711) o makipag-usap sa iyang tagapagbigay.

Russian – ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском, доступны бесплатные услуги языковой помощи. Также бесплатно предоставляются соответствующие вспомогательные средства и услуги для предоставления информации в доступных форматах. Позвоните по телефону 1-800-244-8224 (TTY: Наберите 711) или обратитесь к вашему провайдеру.

Arabic – تهنیه: إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر لدينا مساعدات قابلة للتحويل، إن شاء الله، وذلك مجاناً. اتصل بالرقم 1-800-244-8224 (TTY: 711 أطلب).

French Creole – ATANSYON: Si ou pale Kreyòl Ayisyen, sèvis asistans lang gratis yo disponib pou ou. Ekipman ak sèvis adisyonèl li apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm li aksesib yo disponib tou gratis. Rele 1-800-244-8224 (TTY: Rele 711) oswa pale ak founisè ou a.

French – ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont disponibles pour vous. Des aides et des services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-800-244-8224 (TTY : composez le 711) ou parlez à votre fournisseur.

Portuguese – ATENÇÃO: Se você fala português, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Auxílios e serviços apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-800-244-8224 (TTY: disque 711) ou fale com seu prestador de serviços.

Polish – UWAGA: Jeśli mówisz po polsku, dostępne są bezpłatne usługi pomocy językowej. Odpowiednie pomoce i usługi wspierające w celu dostarczenia informacji w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1-800-244-8224 (TTY: wybierz 711) lub skontaktuj się ze swoim dostawcą usług.

Japanese – 注意: 日本語を話す場合は、無料の言語支援サービスが利用できます。アクセス可能な形式で情報を提供するための適切な補助機器やサービスも無料で利用できます。1-800-244-8224 (TTY: 711 にダイヤル) に電話するか、提供者に話してください。

Italian – ATTENZIONE: Se parli italiano, sono disponibili per te servizi gratuiti di assistenza linguistica. Sono disponibili gratuitamente anche ausili e servizi appropriati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama il numero 1-800-244-8224 (TTY: compone il 711) o parla con il tuo fornitore.

German – Achtung: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzen zur Verfügung. Geeignete Hilfsmittel und Dienste, um Informationen in barrierefreien Formaten bereitzustellen, sind ebenfalls kostenlos verfügbar. Rufen Sie 1-800-244-8224 an (TTY: Wählen Sie 711) oder sprechen Sie mit Ihrem Anbieter.

Persian (Farsi) – هشدار: و شما که خدمات گفتاری دارید برای دریافت خدمات رایگان کمک زبانی برای شما صحبت می‌گردد. توجه: اگر به فارسی قابل درک دارید یا (شماره 711 را بگویید) (TTY: توجه لطفاً در قالبهای قابل دسترسی به صورت رایگان در دسترس هستند. با شماره 1-800-244-8224 برای گفتار خود صحبت کنید)