



Lista de medicamentos con receta Legacy (Performance) de 3 niveles de Cigna Healthcare

Cobertura a partir del 1 de enero de 2026

Para el estado de California

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

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

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

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

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



¿Qué encontrará adentro?	Página
Información sobre esta Lista de medicamentos	3
• Preguntas frecuentes	3
• Palabras que quizás necesite conocer	10
• Acerca de esta Lista de medicamentos	12
• Cómo leer esta Lista de medicamentos	12
• Cómo encontrar su medicamento	15
Lista de medicamentos con receta	18
Exclusiones y limitaciones de la cobertura	234
Índice de medicamentos	235

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

Este documento se actualizó por última vez el 1 de agosto de 2025.*

- Puede usar la herramienta *Price a Medication* (Conozca los precios de los medicamentos) en la aplicación myCigna¹ o en **myCigna.com** para ver la lista más actualizada de los medicamentos que cubre su plan.
- También puede ver un archivo pdf de este documento en **Cigna.com/PDL**. Haga clic en el menú desplegable al lado de *Drug Lists for Employer Plans* (Listas de medicamentos para planes de empleadores). Desplácese hacia abajo hasta la sección *California Employer Drug Lists* (Listas de medicamentos para planes de empleadores de California) y luego haga clic en **California Legacy (Performance) 3 Tier (CDI) [PDF]** (Legacy [Performance] de 3 Niveles de California [CDI] [PDF]).

¿Tiene preguntas?

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

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

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

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes

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

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

R. Revisamos y actualizamos la Lista de medicamentos en forma regular para garantizar la cobertura de medicamentos seguros, eficaces y de bajo costo. Hacemos cambios por varios motivos; por ejemplo, cuando surge un medicamento nuevo, cuando algún medicamento deja de estar disponible o cuando cambia el precio de un medicamento. Estos cambios pueden incluir:

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

Cuando hacemos un cambio que afectará su medicamento (por ejemplo, empezará a costar más, dejará de estar cubierto y/o empezará a tener un requisito de cobertura adicional), le avisamos antes de que el cambio entre en vigor. De esta manera, usted tiene tiempo de hablar con su médico sobre las opciones disponibles. Solo usted y su médico pueden decidir qué es lo mejor para su tratamiento.

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

R. 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.
- **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.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

- 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 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).

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

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

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

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

Muchas veces no recibimos toda la información necesaria del consultorio para poder aprobar la cobertura. Si no aprobamos su medicamento, su médico puede enviarnos más información para que la revisemos, usando el mismo proceso que antes. Con gusto revisaremos la solicitud nuevamente. Según lo que su médico envíe esta vez, es posible que podamos aprobar la cobertura. Si no es así, usted y su médico pueden apelar la decisión enviándonos una solicitud por escrito en la que se expliquen los motivos por los que deberíamos cubrir el medicamento.

- **Para las solicitudes no urgentes**, les informaremos la decisión a usted y a su médico dentro de las 72 horas. Si se aprueba, la cobertura se proporcionará hasta que se extinga la receta (incluidas las renovaciones).
- **Para las solicitudes urgentes basadas en circunstancias apremiantes**, les informaremos la decisión a usted y a su médico dentro de las 24 horas. Si se aprueba, la cobertura se proporcionará mientras duren las circunstancias apremiantes. **Es importante saber que cuando se aprueban los**

medicamentos, la cobertura suele ser por un año.

Si su medicamento se aprueba por menos tiempo, esto se debe a que hay un motivo clínico basado en nuestras reglas (requisitos) de cobertura para el medicamento y/o el médico revisor.

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

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

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

Muchas veces no recibimos toda la información necesaria del consultorio para poder aprobar la cobertura. Si no aprobamos su medicamento, su médico puede enviarnos más información para que la revisemos, usando el mismo proceso que antes. Con gusto revisaremos la solicitud nuevamente. Según lo que su médico envíe esta vez, es posible que podamos aprobar la cobertura. Si no es así, usted y su médico pueden apelar la decisión enviándonos una solicitud por escrito en la que se expliquen los motivos por los que deberíamos cubrir el medicamento.

- **Para las solicitudes no urgentes**, les informaremos la decisión a usted y a su médico dentro de las 72 horas. Si se aprueba, la cobertura se proporcionará hasta que se extinga la receta (incluidas las renovaciones).

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

- **Para las solicitudes urgentes basadas en circunstancias apremiantes**, les informaremos la decisión a usted y a su médico dentro de las 24 horas. Si se aprueba, la cobertura se proporcionará mientras duren las circunstancias apremiantes. Si no respondemos a una solicitud de excepción a la autorización previa completada dentro de las 72 horas de recibir una solicitud no urgente y de las 24 horas de recibir una solicitud urgente basada en circunstancias apremiantes, la solicitud se considerará aprobada y su plan no podrá negarse a cubrir el medicamento.

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 comunique 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.

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

P. ¿Qué son los medicamentos preventivos?

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

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

R. La Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (PPACA, por sus siglas en inglés), 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 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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

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

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

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

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

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

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

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

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

Es posible que también pueda usar Accredo para despachar su receta; ellos tienen acceso a la mayoría de los medicamentos de especialidad.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.

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.**

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

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

R. Algunos medicamentos están cubiertos por el beneficio de farmacia, algunos están cubiertos por el beneficio médico y otros están cubiertos por ambos beneficios. Inicie sesión en la aplicación myCigna o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan, para obtener más información sobre cómo cubre su plan sus medicamentos.

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

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

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

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

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

- **Para los planes con un deducible combinado (incluidas las Cuentas de reembolso de salud [HRA, por sus siglas en inglés] con un deducible combinado):** Usted pagará primero el deducible de su plan. Después de ello, estos medicamentos tendrán cobertura del 100% o sin costos compartidos (\$0).
- **Para los planes con un deducible dividido (incluidas las Cuentas de reembolso de salud [HRA] con un deducible dividido):** Estos medicamentos tendrán cobertura del 100% o sin costos compartidos (\$0).

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

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

- **Medicamentos y productos de cuidado preventivo cubiertos en virtud de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (PPACA), también conocida como la “reforma del cuidado de salud”:**
 - **Anticonceptivos:** Cobertura del 100% o sin costos compartidos (\$0). Determinados anticonceptivos con receta están disponibles sujetos al costo compartido aplicable.
 - **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.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

- **Medicamentos genéricos de cuidado preventivo:** Tienen cobertura del 100% o sin costos compartidos (\$0) antes de alcanzar su deducible. Usted pagará su deducible y el costo compartido aplicable para despachar un medicamento de cuidado preventivo de marca preferida y/o de marca no preferida.
- **Suministros para diabéticos:** Tienen cobertura según el costo compartido aplicable.
- **Hormonas del crecimiento:** Necesitan la aprobación de Cigna Healthcare para que su plan los cubra (autorización previa). Si se aprueban, usted pagará su costo compartido del nivel aplicable para despachar el medicamento.
- **Vacunas:** Las vacunas ahora están cubiertas por el beneficio de farmacia. No todos los planes cubren las vacunas de la misma manera. Inicie sesión en la aplicación myCigna o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan, para averiguar cómo las cubre su plan específico.
- **Medicamentos compuestos:** Si el medicamento cuesta más de \$200, necesitará la aprobación de Cigna Healthcare para que su plan lo cubra (autorización previa). Si se aprueban, usted pagará su costo compartido del nivel aplicable para despachar el medicamento.

Palabras que quizás necesite conocer

- **Medicamento de marca:** Un medicamento que se comercializa con un nombre exclusivo, protegido por una marca. En este Formulario, los medicamentos de marca están escritos en MAYÚSCULA.
- **Coseguro:** Un porcentaje del costo de un beneficio de cuidado de la salud cubierto que usted paga después de haber pagado el deducible, si se aplica un deducible al beneficio de cuidado de la salud.
- **Copago:** Una cantidad fija en dólares que usted paga por un beneficio de cuidado de la salud cubierto después de haber pagado el deducible, si se aplica un deducible al beneficio de cuidado de la salud.
- **Deducible:** La cantidad que usted paga por beneficios de cuidado de la salud cubiertos que están sujetos al deducible antes de que su aseguradora de salud empiece a pagar. Si su póliza de seguro de salud tiene un deducible, puede tener un solo deducible o deducibles separados para beneficios médicos y beneficios de medicamentos con receta. Una vez que pague su deducible, por lo general pagará solo un copago o coseguro por los beneficios de cuidado de la salud cubiertos. Su compañía de seguros paga el resto.
- **Nivel de medicamentos:** Un grupo de medicamentos con receta que corresponde a un nivel específico de costo compartido en su póliza de seguro de salud. El nivel de medicamentos en el cual se incluye un medicamento con receta determina la parte del costo del medicamento que usted debe pagar.
- **Solicitud de excepción:** Una solicitud de cobertura de un medicamento no incluido en el Formulario. Si usted, la persona que usted designe o el proveedor de cuidado de la salud que le emite recetas presentan una solicitud de cobertura de un medicamento no incluido en el Formulario, su aseguradora debe cubrir el medicamento no incluido en el Formulario cuando sea médicamente necesario que usted tome el medicamento.
- **Circunstancias apremiantes:** Cuando usted sufre una condición médica que puede poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad para recuperar su funcionamiento pleno, o cuando usted se está realizando un tratamiento con un medicamento no incluido en el Formulario.
- **Formulario o Lista de medicamentos con receta:** La lista de medicamentos cubiertos por su póliza de seguro de salud en virtud del beneficio de medicamentos con receta de la póliza.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Palabras que quizás necesite conocer (cont.)

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Acerca de esta Lista de medicamentos

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

Niveles

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

Nivel 1	Genéricos. Estos medicamentos están cubiertos con el costo compartido más bajo de su plan. Los genéricos actúan de la misma manera y tienen los mismos beneficios clínicos que sus versiones de marca, y generalmente cuestan mucho menos. 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 Legacy (Performance) 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			Requisitos y límites de cobertura le informa si su plan tiene requisitos adicionales antes de cubrir el medicamento.
<i>butalbital/acetaminophen</i>	T1		
ANALGÉSICOS, COMB. DE SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS			Nivel del medicamento le da una idea de cuánto puede llegar a pagar por un medicamento.
<i>butalb-aspirin-caffe 50-325-40</i>	T1	QL (6 tabs/day)	
<i>butalbital-asa-cafeine cap</i> (Fiorinal)	T1	QL (6 caps/day)	Nombre del medicamento con receta es el nombre del medicamento.
<i>FIORINAL (butalbital-aspirin-cafeine)</i>	T3	QL (6 caps/day)	
ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS			Los medicamentos están enumerados en orden alfabético (de la A a la Z) dentro de cada columna (según el inglés).
<i>butalb/acetaminophen/cafeine</i>	T3		
<i>butalb/acetaminophen/cafeine</i> (Esgic)	T3	QL (6 caps/day)	Los medicamentos de marca están escritos en MAYÚSCULA .
<i>butalb-acetamin-caff 50-300-40</i> (Fioricet)	T1	QL (6 caps/day)	
<i>butalb-acetamin-caff 50-325-40</i> (Esgic)	T1	QL (6 tabs/day)	Los medicamentos genéricos están escritos en minúscula cursiva .
<i>ESGIC 50-325-40 MG TABLET (butalbital-acetaminophen-caffe)</i>	T3	QL (6 tabs/day)	
<i>ESGIC CAPSULE (zebutal)</i>	T3	QL (6 caps/day)	
<i>FIORICET (phrenilin forte)</i>	T1	QL (6 caps/day)	
ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS, SALICILATOS			
<i>choline salicyl/mag salicylate</i>	T1	HD	
<i>diflunisal</i>	T1	HD	
PREPARACIONES ANTIMIGRAÑOSAS			
<i>AIMOVIG AUTOINJECTOR</i>	T2	PA	
<i>AJOVY AUTOINJECTOR</i>	T2	PA	
<i>AJOVY SYRINGE</i>	T2	PA	
<i>almotriptan malate</i>	T1	QL (12 tabs/30 days)	
<i>CAFERGOT (ergotamine-cafeine)</i>	T3	QL (40 tabs/28 days)	
<i>dihydroergotamine 1 mg/ml amp</i>	T1	QL (10 amps/30 days)	
<i>eletriptan hydrobromide</i>	T1	QL (6 tabs/30 days)	
<i>EMGALITY PEN</i>	T2	PA	
<i>EMGALITY SYRINGE</i>	T2	PA	
<i>ergotamine tartrate/cafeine</i>	T1		
<i>ergotamine tartrate/cafeine</i> (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)	18-25	Antiinfecciosos (infecciones)	63
Analgésicos (condiciones urinarias)	25	Antiinfecciosos/Varios (productos femeninos)	63
Anestésicos (varios)	25, 26	Antiinfecciosos/Varios (infecciones)	63-65
Anestésicos (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	26-29	Antiinfecciosos/Varios (varios)	65
Anestésicos (condiciones urinarias)	30	Antiinfecciosos/Varios (condiciones cutáneas)	65
Antialérgicos (alergia y rociadores nasales)	30	Agentes inhibidores del factor de necrosis tumoral antiinflamatorios (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	65, 66
Antiartríticos (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	30-33	Antineoplásicos (cáncer)	67-79
Antiasmáticos (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	34-36	Antineoplásicos (condiciones cutáneas)	79, 80
Antibióticos (alergia/rociadores nasales)	36	Antiparasitarios (infecciones)	80
Antibióticos (medicamentos para los oídos)	36, 37	Medicamentos antiparkinsonianos (enfermedad de Parkinson)	80-82
Antibióticos (condiciones oculares)	37, 38	Medicamentos antiplaquetarios (diluyentes de la sangre/anticoagulantes)	82, 83
Antibióticos (infecciones)	38-49	Antivíricos (SIDA/VIH)	83-87
Antibióticos (varios)	50	Antivíricos (condiciones oculares)	87
Antibióticos (condiciones cutáneas)	50, 51	Antivíricos (infecciones)	87-89
Anticoagulantes (diluyentes de la sangre/ anticoagulantes)	51-53	Antivíricos (condiciones cutáneas)	89
Antídotos (condiciones gastrointestinales/ pirosis)	53	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (alergia/rociadores nasales)	90
Antídotos (abuso de sustancias)	53, 54	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (enfermedad de Alzheimer)	90, 91
Antimicóticos (condiciones oculares)	54	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (trastorno de déficit de atención e hiperactividad)	91, 92
Antimicóticos (productos femeninos)	54	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	92
Antimicóticos (infecciones)	54, 55	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (varios)	92-93
Antimicóticos (condiciones cutáneas)	55, 56	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (condiciones urinarias)	93, 94
Antihistamínicos y descongestivos combinados (alergia/rociadores nasales)	56, 57	Productos biológicos (alergia/rociadores nasales)	94
Antihistamínicos (alergia/rociadores nasales)	57	Productos biológicos (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	94
Antihistamínicos (condiciones oculares)	57, 58	Productos biológicos (varios)	94
Antihiper glucémicos (diabetes)	58-63	Productos biológicos (vacunas)	94-96
Antiinfecciosos (productos femeninos)	63	Sangre (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)	96-98

Información sobre esta Lista de medicamentos

Cómo encontrar su medicamento (cont.)

Condición	Página	Condición	Página
Sangre (varios)	98	Gastrointestinales (medicamentos para el colesterol)	147
Medicamentos para enfermedades cardíacas (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	98-103	Gastrointestinales (condiciones gastrointestinales/pirosis)	147-157
Cardiovasculares (alergia/rociadores nasales)	103, 104	Gastrointestinales (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	157, 158
Cardiovasculares (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	104, 105	Hormonas (agentes hormonales)	158
Cardiovasculares (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	105-112	Hormonas (infertilidad)	158-166
Cardiovasculares (medicamentos para el colesterol)	112-116	Hormonas (varias)	167
Cardiovasculares (varios)	116	Hormonas (productos para la osteoporosis)	167
Medicamentos para el sistema nervioso central (enfermedad de Alzheimer)	116	Inmunosupresores (varios)	167, 168
Medicamentos para el sistema nervioso central (varios)	117, 118	Inmunosupresores (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	168
Medicamentos para el sistema nervioso central (esclerosis múltiple)	118, 119	Inmunosupresores (medicamentos para trasplante)	168-170
Medicamentos para el sistema nervioso central (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	119	Dispositivos y suministros médicos varios, no farmacológicos (diabetes)	170-182
Medicamentos para el sistema nervioso central (trastornos convulsivos)	119-124	Dispositivos y suministros médicos varios, no farmacológicos (varios)	182-186
Factores estimulantes de colonias (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)	124, 125	Relajantes musculares (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	186-188
Factores estimulantes de colonias (cáncer)	125	Vitaminas prenatales (nutritivas/alimenticias)	188
Anticonceptivos (productos anticonceptivos)	125-127	Medicamentos psicoterapéuticos (ansiedad/depresión/trastorno bipolar)	189-195
Preparaciones para la tos/el resfrío (alergia/rociadores nasales)	127, 128	Medicamentos psicoterapéuticos (trastorno de déficit de atención e hiperactividad)	195-197
Preparaciones para la tos/el resfrío (medicamentos para la tos/el resfrío)	128	Medicamentos psicoterapéuticos (varios)	197
Diagnóstico (diabetes)	128	Medicamentos psicoterapéuticos (esquizofrenia/antipsicóticos)	198-202
Diagnóstico (varios)	128-132	Medicamentos psicoterapéuticos (trastornos del sueño/sedantes)	202
Diuréticos (diuréticos)	132-134	Sedantes/hipnóticos (trastornos del sueño/sedantes)	202-204
Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (alergia/rociadores nasales)	134, 135	Preparaciones cutáneas (varias)	204
Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (medicamentos para los oídos)	135	Preparaciones cutáneas (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	204, 205
Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (condiciones oculares)	135-140	Preparaciones cutáneas (condiciones cutáneas)	205-216
Elect./calóricos/H ₂ O (medicamentos para el colesterol)	140	Agentes para dejar de fumar (productos para dejar de fumar)	216
Elect./calóricos/H ₂ O (productos dentales)	140, 141	Preparaciones para la tiroides (agentes hormonales)	216, 217
Elect./calóricos/H ₂ O (diabetes)	141	Productos farmacológicos no clasificados (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	218
Elect./calóricos/H ₂ O (varios)	141-143		
Elect./calóricos/H ₂ O (nutritivos/alimenticios)	143-146		
Elect./calóricos/H ₂ O (condiciones urinarias)	147		

Información sobre esta Lista de medicamentos

Cómo encontrar su medicamento (cont.)

Condición	Página	Condición	Página
Productos farmacológicos no clasificados (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)	219	Productos farmacológicos no clasificados (productos para la osteoporosis)	228
Productos farmacológicos no clasificados (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	219	Productos farmacológicos no clasificados (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	228, 229
Productos farmacológicos no clasificados (cáncer)	219, 220	Productos farmacológicos no clasificados (trastornos convulsivos)	229
Productos farmacológicos no clasificados (productos dentales)	220	Productos farmacológicos no clasificados (condiciones cutáneas)	229
Productos farmacológicos no clasificados (diabetes)	220	Productos farmacológicos no clasificados (abuso de sustancias)	229
Productos farmacológicos no clasificados (disfunción eréctil)	220, 221	Productos farmacológicos no clasificados (medicamentos para trasplante)	230
Productos farmacológicos no clasificados (condiciones oculares)	221	Productos farmacológicos no clasificados (condiciones urinarias)	230, 231
Productos farmacológicos no clasificados (condiciones gastrointestinales/pirosis)	221	Productos farmacológicos no clasificados (control del peso)	231
Productos farmacológicos no clasificados (agentes hormonales)	221, 222	Vitaminas (nutritivas/alimenticias)	231-233
Productos farmacológicos no clasificados (varios)	222-227	Vitaminas (vitaminas)	224
Productos farmacológicos no clasificados (esclerosis múltiple)	227		
Productos farmacológicos no clasificados (nutritivos/alimenticios)	227		

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		
ALLZITAL	T3	PA
BUPAP (<i>butalbital-acetaminophen</i>)	T1	PA
<i>butalbital/acetaminophen</i>	T1	
<i>butalbital-acetaminophen 25-325</i> (Allzital)	T1	PA
<i>butalbital-acetaminophen 50-300</i>	T1	
<i>butalbital-acetaminophen 50-300</i> (Bupap)	T1	PA
<i>butalbital-acetaminophen 50-325</i>	T1	
ANALGÉSICOS, COMB. DE SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
butalb-aspirin-caffe 50-325-40	T1	QL (6 tabs/day)
butalbital-asa-cafeine cap (Fiorinal)	T1	QL (6 caps/day)
FIORINAL (<i>butalbital-aspirin-cafeine</i>)	T3	QL (6 caps/day)
ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
<i>butalb/acetaminophen/cafeine</i> (Esgic)	T3	QL (6 caps/day)
<i>butalb/acetaminophen/cafeine</i> (Vanatol S)	T3	
<i>butalb-acetamin-caff 50-300-40</i> (Fioricet)	T1	QL (6 caps/day)
<i>butalb-acetamin-caff 50-325-40</i> (Esgic)	T1	QL (6 tabs/day)
ESGIC 50-325-40 MG TABLET (<i>butalbital-acetaminophen-caffe</i>)	T3	PA QL (6 tabs/day)
ESGIC CAPSULE (<i>zebutal</i>)	T3	PA QL (6 caps/day)
FIORICET (<i>phrenilin forte</i>)	T3	PA QL (6 caps/day)
VANATOL LQ	T3	PA
VANATOL S	T3	PA
VTOL	T1	PA
ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS, SALICILATOS		
<i>choline salicyl/mag salicylate</i>	T1	HD
<i>diflunisal</i>	T1	HD
ANALGÉSICOS, NO OPIOIDES		
JOURNAVX	T3	QL (30 tabs/90 days)
ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS, NO SALICILATOS		
ACETAMINOPHEN 1000MG/100ML BAG	T3	
<i>acetaminophen 1,000mg/100ml vial</i> (Ofirmev)	T1	
OFIRMEV (<i>acetaminophen</i>)	T3	
ANALGÉSICOS, BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO NEURONALES		
PRIALT	T3	SP
<i>clonidine 1,000 mcg/10 ml vial</i> (Duraclon)	T1	
<i>clonidine 5,000 mcg/10 ml vial</i>	T1	
DURACLON (<i>clonidine hcl</i>)	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES ANTIMIGRAÑOSAS (cont.)		
AIMOVIG AUTOINJECTOR	T2	PA
AJOVY AUTOINJECTOR	T2	PA
AJOVY SYRINGE	T2	PA
<i>almotriptan malate</i>	T1	QL (12 tabs/30 days)
CAFERGOT (<i>ergotamine-caffeine</i>)	T3	QL (40 tabs/28 days)
CAMBIA (<i>diclofenac potassium</i>)	T3	PA
D.H.E.45 (<i>dihydroergotamine mesylate</i>)	T3	PA QL (10 amps/30 days)
<i>diclofenac pot 50 mg powdr pkt</i> (Cambia)	T1	PA
<i>dihydroergotamine 1 mg/ml amp</i> (D.h.e.45)	T1	QL (10 amps/30 days)
<i>dihydroergotamine 4 mg/ml spray</i> (Migranal)	T1	QL (8/30 days)
<i>eletriptan hydrobromide</i> (Relpax)	T1	QL (6 tabs/30 days)
ELYXYB	T3	PA QL (9 bottles/30 days)
EMGALITY PEN	T2	PA
EMGALITY SYRINGE	T2	PA
ERGOMAR	T3	PA
<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	T1	
<i>ergotamine tartrate/caffeine</i> (Cafergot)	T1	QL (40 tabs/28 days)
<i>frovatriptan succinate</i> (Frova)	T1	QL (18 tabs/30 days)
IMITREX 100 MG TABLET (<i>sumatriptan succinate</i>)	T3	PA QL (9 tabs/30 days)
IMITREX 20 MG NASAL SPRAY (<i>sumatriptan</i>)	T3	PA QL (2 boxes/30 days)
IMITREX 25 MG TABLET (<i>sumatriptan succinate</i>)	T3	PA QL (9 tabs/30 days)
IMITREX 4 MG/0.5 ML CARTRIDGES (<i>sumatriptan succinate</i>)	T3	PA QL (4ml/30 days)
IMITREX 4 MG/0.5 ML PEN INJECT (<i>sumatriptan succinate</i>)	T3	PA QL (4ml/30 days)
IMITREX 5 MG NASAL SPRAY (<i>sumatriptan</i>)	T3	PA QL (2 boxes/30 days)
IMITREX 50 MG TABLET (<i>sumatriptan succinate</i>)	T3	PA QL (9 tabs/30 days)
IMITREX 6 MG/0.5 ML CARTRIDGES (<i>sumatriptan succinate</i>)	T3	PA QL (4ml/30 days)
IMITREX 6 MG/0.5 ML PEN INJECT (<i>sumatriptan succinate</i>)	T3	PA QL (4ml/30 days)
IMITREX 6 MG/0.5 ML VIAL (<i>sumatriptan succinate</i>)	T3	PA QL (5ml/30 days)
<i>isomethept/dichlphn/acetaminop</i>	T1	
<i>isomethepten/caf/acetaminophen</i>	T1	
MAXALT (<i>rizatriptan</i>)	T3	PA QL (12 tabs/30 days)
MAXALT MLT (<i>rizatriptan</i>)	T3	PA QL (12 tabs/30 days)
MIGRANAL (<i>dihydroergotamine mesylate</i>)	T3	PA QL (8/30 days)
<i>naratriptan hcl</i>	T1	QL (9 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.)		
NURTEC ODT	T2	PA QL (16 tabs/30 days)
ONZETRA XSAIL	T3	PA QL (1 box/30 days)
RELPAX (<i>eletriptan hbr</i>)	T3	PA QL (6 tabs/30 days)
REYVOW	T3	PA QL (8 tabs/30 days)
<i>rizatriptan</i> (Maxalt Mlt)	T1	QL (12 tabs/30 days)
<i>rizatriptan</i> (Maxalt)	T1	QL (12 tabs/30 days)
<i>rizatriptan</i>	T1	QL (12 tabs/30 days)
QULIPTA	T3	PA QL (1 set/day)
<i>sumatriptan</i> (Imitrex)	T1	QL (2 boxes/30 days)
<i>sumatriptan 4 mg/0.5 ml cart</i> (Imitrex)	T1	QL (4ml/30 days)
<i>sumatriptan 4 mg/0.5 ml inject</i> (Imitrex)	T1	QL (4ml/30 days)
<i>sumatriptan 6 mg/0.5 ml cart</i> (Imitrex)	T1	QL (4ml/30 days)
<i>sumatriptan 6 mg/0.5 ml inject</i> (Imitrex)	T1	QL (4ml/30 days)
<i>sumatriptan 6 mg/0.5 ml syrng</i>	T1	QL (4ml/30 days)
<i>sumatriptan 6 mg/0.5 ml vial</i> (Imitrex)	T1	QL (5ml/30 days)
<i>sumatriptan succ 100 mg tablet</i> (Imitrex)	T1	QL (9 tabs/30 days)
<i>sumatriptan succ 25 mg tablet</i> (Imitrex)	T1	QL (18 tabs/28 days)
<i>sumatriptan succ 50 mg tablet</i> (Imitrex)	T1	QL (9 tabs/30 days)
<i>sumatriptan succ/naproxen sod</i> (Treximet)	T1	QL (18 tabs/30 days)
SUMAVEL DOSEPRO	T3	QL (12 injectors/30 days)
SYMBRAVO	T3	PA QL
TOSYMRA	T3	PA QL (2 boxes/30 days)
TREXIMET 10-60 MG TABLET	T3	PA QL (18 tabs/30 days)
TREXIMET 85-500 MG TABLET (<i>sumatriptan succ-naproxen sod</i>)	T3	PA QL (18 tabs/28 days)
TRUDHESA	T2	PA QL (2 pkgs/30 days)
UBRELVY	T2	PA QL (0.67 tabs/day)
VYEPTI	T3	PA SP
ZAVAPRET	T2	PA QL (6 units/30 days)
ZEMBRACE SYMTOUCH	T3	PA QL (16 injectors/30 days)
<i>zolmitriptan</i> (Zomig Zmt)	T1	QL (12 tabs/30 days)
<i>zolmitriptan 2.5 mg tablet</i> (Zomig)	T1	QL (12 tabs/30 days)
ZOLMITRIPTAN 5 MG NASAL SPRAY	T3	PA QL (6 spray/22 days)
<i>zolmitriptan 5 mg tablet</i> (Zomig)	T1	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.)		
ZOMIG 2.5 MG TABLET (<i>zolmitriptan</i>)	T3	PA QL (12 tabs/30 days)
ZOMIG 5 MG TABLET (<i>zolmitriptan</i>)	T3	PA QL (12 tabs/30 days)
ZOMIG ZMT (<i>zolmitriptan odt</i>)	T3	PA QL (12 tabs/30 days)
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS NASALES, INHIB. NO SELECTIVOS DE COX, ANALGÉSICOS SISTÉMICOS		
KETOROLAC 15.75 MG NASAL SPRAY	T3	QL (10 bots/30 days)
SPRIX	T3	PA QL (10 bots/30 days)
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA		
<i>diclofenac pot 25 mg tablet</i>	T1	PA HD
<i>diclofenac potassium</i>	T1	HD
INDOCIN (<i>indomethacin</i>)	T3	PA HD
<i>indomethacin 50 mg suppository</i> (Indocin)	T1	HD
<i>ketorolac 10 mg tablet</i>	T1	QL (20 tabs/25 days)
<i>ketorolac 15 mg/ml syringe</i>	T1	QL (40 ml/30 days)
<i>ketorolac 15 mg/ml vial</i>	T1	QL (40 ml/30 days)
<i>ketorolac 30 mg/ml carpupject</i>	T1	
<i>ketorolac 30 mg/ml isecure syr</i>	T1	QL (20ml/30 days)
<i>ketorolac 30 mg/ml syringe</i>	T1	QL (20ml/30 days)
<i>ketorolac 30 mg/ml vial</i>	T1	QL (20ml/30 days)
<i>ketorolac 300 mg/10 ml vial</i>	T1	
<i>ketorolac 60 mg/2 ml carpupject</i>	T1	QL (20ml/30 days)
<i>ketorolac 60 mg/2 ml syringe</i>	T1	QL (20ml/30 days)
<i>ketorolac 60 mg/2 ml vial</i>	T1	QL (20ml/30 days)
<i>mefenamic acid</i>	T1	HD
ZIPSOR	T3	PA HD
ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANALGÉSICOS NO SALICILATOS		
<i>acetamin-codein 300-30 mg/12.5</i>	T1	
<i>acetaminop-codeine 120-12 mg/5</i>	T1	
<i>acetaminophen-cod #2 tablet</i>	T1	PA
<i>acetaminophen-cod #3 tablet</i>	T1	PA
<i>acetaminophen-cod #4 tablet</i>	T1	PA
APADAZ	T3	
BENZHYDROCODONE-ACETAMINOPHEN	T1	
CAPITAL W-CODEINE	T3	
<i>hydrocodone/acetaminophen</i>	T1	PA

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANALGÉSICOS NO SALICILATOS (cont.)		
<i>hydrocodone/acetaminophen</i> (Hydrocodone-acetaminophen)	T1	PA
<i>hydrocodone/acetaminophen</i> (Norco)	T1	PA
HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN	T1	PA
LORTAB	T1	PA
NALOCET	T1	PA
NORCO (<i>lorcet hd</i>)	T3	PA
NORCO (<i>lorcet plus</i>)	T3	PA
NORCO (<i>lorcet</i>)	T3	PA
<i>oxycodone hcl/acetaminophen</i> (Nalocet)	T1	PA
<i>oxycodone hcl/acetaminophen</i> (Percocet)	T1	PA
<i>oxycodone hcl/acetaminophen</i> (Primlev)	T1	PA
PERCOCET (<i>oxycodone-acetaminophen</i>)	T3	PA
PRIMLEV	T1	PA
<i>tramadol hcl/acetaminophen</i> (Ultracet)	T1	
ULTRACET (<i>tramadol hcl-acetaminophen</i>)	T3	
COMBINACIÓN DE ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS		
<i>hydrocodone/ibuprofen</i>	T1	PA
<i>hydrocodone/ibuprofen</i> (Ibudone)	T1	PA
IBUDONE	T1	PA
<i>ibuprofen/oxycodone hcl</i>	T1	PA
SEGLENTIS	T3	PA QL (4 tabs/day)
ANALGÉSICOS OPIOIDES, COADYUVANTES ANESTÉSICOS		
<i>alfentanil 1,000 mcg/2 ml amp</i> (Alfentanil Hcl)	T1	PA
<i>alfentanil 500 mcg/ml ampul</i> (Alfentanil Hcl)	T1	PA
ALFENTANIL 500 MCG/ML AMPULE (<i>alfentanil hcl</i>)	T3	PA
<i>fentanyl 1,000 mcg/20 ml vial</i>	T1	
<i>fentanyl 100 mcg/2 ml ampul</i>	T1	
<i>fentanyl 100 mcg/2 ml vial</i>	T1	
FENTANYL 25 MCG/0.5 ML SYRINGE	T2	
FENTANYL 2, 500 MCG/50 ML BAG	T1	
<i>fentanyl 2, 500 mcg/50 ml vial</i>	T1	
<i>fentanyl 250 mcg/5 ml ampul</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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, COADYUVANTES ANESTÉSICOS (cont.)		
<i>fentanyl</i> 250 mcg/5 ml vial	T1	
FENTANYL 5,000 MCG/100 ML BAG	T1	
<i>fentanyl</i> 50 mcg/ml vial	T1	
<i>fentanyl</i> 500 mcg/10 ml vial	T1	
<i>fentanyl</i> citrate/pf	T1	
remifentanil hcl (Ultiva)	T1	PA
sufentanil citrate	T1	PA
ULTIVA (remifentanil hcl)	T3	PA
COMB. DE ANALGÉSICOS OPIOIDES, NO SALICILATOS Y XANTINAS		
ACETAMIN-CAFF-DIHYDROCODEINE	T1	PA
acetaminophen/caff/dihydrocod (Acetamin-caff-dihydrocodeine)	T1	PA
acetaminophen/caff/dihydrocod (Trezix)	T1	PA
TREZIX	T3	PA
ANALGÉSICOS OPIOIDES		
ACTIQ (<i>fentanyl</i> citrate)	T3	PA
ARYMO ER	T3	PA
BELBUCA	T2	QL (2 films/day)
BUPRENEX	T3	
buprenorphine (Butrans)	T1	QL (4 patches/28 days)
butorphanol tartrate	T1	PA QL (6 bots/30 days)
BUTRANS (<i>buprenorphine</i>)	T3	QL (4 patches/28 days)
codeine sulfate	T1	PA
DILAUDID 0.2 MG/ML SYRINGE	T3	PA
DILAUDID 0.5 MG/0.5 ML SYRINGE	T3	PA
DILAUDID 1 MG/ML SYRINGE	T3	PA
DILAUDID 2 MG TABLET (<i>hydromorphone</i> hcl)	T3	PA
DILAUDID 2 MG/ML SYRINGE	T3	PA
DILAUDID 4 MG TABLET (<i>hydromorphone</i> hcl)	T3	PA
DILAUDID 4 MG/ML SYRINGE	T3	
DILAUDID 5 MG/5 ML ORAL LIQUID (<i>hydromorphone</i> hcl)	T3	PA
DILAUDID 8 MG TABLET (<i>hydromorphone</i> hcl)	T3	PA
DURAGESIC (<i>fentanyl</i>)	T3	PA
FENTANYL/BUPIVACAINE/NS	T3	
<i>fentanyl</i>	T1	PA
<i>fentanyl</i> (Duragesic)	T1	PA

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANALGÉSICOS OPIOIDES (cont.)		
FENTANYL CITRATE/NACL/ML-NS	T1	PA
<i>fentanyl citrate</i>	T1	PA
FENTORA	T3	PA
<i>hydrocodone bitartrate</i> (Hysingla Er)	T1	PA
<i>hydrocodone bitartrate</i> (Zohydro Er)	T1	PA
<i>hydromorphone 0.5 mg/0.5ml syr</i>	T1	PA
<i>hydromorphone hcl</i>	T1	PA
<i>hydromorphone hcl</i> (Dilaudid)	T1	PA
HYDROMORPHONE 0.25 MG/0.5 ML	T3	PA
HYSINGLA ER (<i>hydrocodone bitartrate er</i>)	T2	PA
KADIAN (<i>morphine sulfate er</i>)	T3	PA
LAZANDA	T3	PA
<i>meperidine hcl</i>	T1	PA
<i>methadone hcl</i>	T1	PA
MITIGO	T1	PA
MORPHABOND ER	T2	PA
<i>morphine sulfate</i>	T1	PA
<i>morphine sulfate</i> (Kadian)	T1	PA
<i>morphine sulfate</i> (Ms Contin)	T1	PA
MS CONTIN (<i>morphine sulfate er</i>)	T3	PA
<i>nalbuphine hcl</i>	T1	
NUCYNTA	T2	PA
NUCYNTA ER	T3	PA
<i>opium/belladonna alkaloids</i>	T1	PA
OXAYDO	T3	PA
<i>oxycodone hcl</i>	T1	PA
OXYCODONE HCL ER	T1	PA
<i>oxymorphone hcl</i>	T1	PA
<i>pentazocine hcl/naloxone hcl</i>	T1	PA
QDOLO	T3	PA QL (80ml/day)
ROXICODONE (<i>oxycodone hcl</i>)	T3	PA
ROXYBOND	T3	PA
SUBSYS	T3	PA
<i>tramadol er 100 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANALGÉSICOS OPIOIDES (cont.)		
<i>tramadol er 200 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
<i>tramadol er 300 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
tramadol hcl (Ultram)	T1	QL (8 tabs/day)
TRAMADOL HCL 25 MG TABLET	T3	PA QL(>= 18 yo 4 tabs/day)
TRAMADOL HCL ER 100 MG CAPSULE	T1	QL (1 cap/day)
<i>tramadol hcl er 100 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
TRAMADOL HCL ER 150 MG CAPSULE	T1	QL (1 cap/day)
TRAMADOL HCL ER 200 MG CAPSULE	T1	QL (1 cap/day)
<i>tramadol hcl er 200 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
TRAMADOL HCL ER 300 MG CAPSULE	T1	QL (1 cap/day)
<i>tramadol hcl er 300 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
ULTRAM (<i>tramadol hcl</i>)	T3	QL (8 tabs/day)
XTAMPZA ER	T2	PA
ZOHYDRO ER (<i>hydrocodone bitartrate er</i>)	T3	PA
ANALGÉSICOS OPIOIDES Y SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
<i>codeine/butalbital/asa/cafein</i> (Fiorinal With Codeine #3)	T1	PA
FIORINAL WITH CODEINE #3 (<i>butalbital compound-codeine</i>)	T3	PA
ANALGÉSICOS OPIOIDES, NO SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
<i>butalbital/acetamin/caff/codeine</i>	T1	PA
<i>butalbital/acetamin/caff/codeine</i> (Fioricet With Codeine)	T1	PA
FIORICET WITH CODEINE (<i>butalb-<i>acetaminoph</i>-caff-codein</i>)	T3	PA
RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS, ANALGÉSICOS SALICILATOS, OPIOIDES		
<i>carisoprodol/aspirin/codeine</i>	T1	PA
ANALGÉSICOS (Condiciones urinarias)		
AGENTES ANALGÉSICOS DE LAS VÍAS URINARIAS		
ELMIRON	T2	
RIMSO-50	T2	
ANESTÉSICOS (Varios)		
ANESTÉSICOS GENERALES, PARA INHALACIÓN		
<i>desflurane</i> (Suprane)	T1	
<i>isoflurane</i>	T1	
<i>isoflurane</i>	T3	
<i>sevoflurane</i> (Ultane)	T1	

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

ANESTÉSICOS (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANESTÉSICOS GENERALES, PARA INHALACIÓN (cont.)		
SUPRANE	T3	
ULTANE (sevoflurane)	T3	
ANESTÉSICOS GENERALES INYECTABLES		
AMIDATE	T3	
AMIDATE (etomidate)	T3	
BREVITAL SODIUM	T3	
DIPRIVAN (propofol)	T3	
etomidate (Amidate)	T1	
KETALAR	T3	
KETALAR (ketamine hcl)	T3	
KETAMINE HCL	T1	
ketamine hcl (Ketalar)	T1	
ketamine hcl in 0.9 % nacl	T1	
ketamine hcl in 0.9 % nacl (Ketamine Hcl-0.9% Nacl)	T1	
KETAMINE HCL-0.9% NACL	T1	
KETAMINE HCL-0.9% NACL (ketamine hcl-0.9% nacl)	T1	
METHOHEXITAL-STERILE AGUA	T1	
PROPOFOL	T1	
propofol (Diprivan)	T1	
ANESTÉSICOS GENERALES, TIPO BENZODIAZEPINAS INYECTABLES		
midazolam hcl/hcl pf	T1	
ANESTÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
ANESTÉSICOS LOCALES		
ARTICADENT DENTAL	T3	
BUFFERED LIDOCAINE	T1	
BUPIVACAINE HCL	T1	
bupivacaine hcl (Marcaine)	T1	
bupivacaine hcl (Sensorcaine)	T1	
bupivacaine hcl in dextrose/pf (Sensorcaine With Dextrose)	T1	
bupivacaine hcl/epinephrine (Marcaine-epinephrine)	T1	
bupivacaine hcl/epinephrine/pf (Sensorcaine-mpf Epinephrine)	T1	
bupivacaine hcl/pf (Marcaine)	T1	
bupivacaine hcl/pf (Sensorcaine-mpf)	T1	
bupivacaine hcl/pf (Sensorcaine-mpf)	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANESTÉSICOS LOCALES (cont.)		
BUPIVACAINE HCL-0.9% NACL	T1	
CARBOCAINE (<i>polocaine</i>)	T3	
CARBOCAINE (<i>polocaine-mpf</i>)	T3	
<i>chloroprocaine hcl/pf</i> (Nesacaine-mpf)	T1	
CITANEST FORTE DENTAL	T3	
CITANEST PLAIN DENTAL	T3	
CLOROTEKAL	T3	
EXPAREL	T3	
<i>lidocaine hcl</i> (Xylocaine)	T1	
<i>lidocaine hcl 1% vial</i> (Xylocaine-mpf)	T1	
<i>lidocaine hcl 1.5% ampul</i> (Xylocaine-mpf)	T1	
<i>lidocaine hcl 10 mg/ml syringe, 100 mg/10 ml syr</i>	T1	
<i>lidocaine hcl 2% 100 mg/5 ml</i> (Xylocaine-mpf)	T1	
<i>lidocaine hcl 2% 40 mg/2 ml</i> (Xylocaine-mpf)	T1	
<i>lidocaine hcl 2% 40 mg/2 ml vl</i> (Xylocaine-mpf)	T1	
<i>lidocaine hcl 2% ampul</i> (Xylocaine-mpf)	T1	
<i>lidocaine hcl 2% jel urojet ac</i>	T1	
<i>lidocaine hcl 2% jelly</i>	T1	
<i>lidocaine hcl 2% jelly uro-jet</i>	T1	
<i>lidocaine hcl 2% vial</i> (Xylocaine)	T1	
<i>lidocaine hcl 2% vial</i> (Xylocaine-mpf)	T1	
LIDOCAINE HCL 200 MG/10 ML SYR	T1	
LIDOCAINE HCL 30 MG/3 ML SYR	T1	
<i>lidocaine hcl 4% ampul, 4% solution</i>	T1	
<i>lidocaine hcl/dextrose 7.5%/pf</i>	T1	
<i>lidocaine hcl/epinephrine</i> (Xylocaine With Epinephrine)	T1	
<i>lidocaine hcl/epinephrine bit</i> (Lidocaine-epinephrine)	T3	
<i>lidocaine hcl/epinephrine/pf</i> (Xylocaine With Epinephrine)	T1	
<i>lidocaine hcl/epinephrine/pf</i> (Xylocaine-mpf With Epinephrine)	T1	
LIDOCAINE HCL-0.9% NACL	T1	
LIDOCAINE-EPINEPHRINE	T1	
LIDOCAN II (<i>lidocaine</i>)	T1	
MARCAINE (<i>bupivacaine hcl</i>)	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANESTÉSICOS LOCALES (cont.)		
MARCAINE (<i>sensorcaine</i>)	T3	
MARCAINE (<i>sensorcaine-mpf</i>)	T3	
MARCAINE SPINAL	T3	
MARCAINE-EPINEPHRINE	T3	
MARCAINE-EPINEPHRINE (<i>bupivacaine hcl-epinephrine</i>)	T3	
MARCAINE-EPINEPHRINE (<i>sensorcaine-epinephrine</i>)	T3	
<i>mepivacaine hcl</i> (Carbocaine)	T1	
<i>mepivacaine hcl/pf</i>	T1	
<i>mepivacaine hcl/pf</i>	T3	
<i>mepivacaine hcl/pf</i> (Carbocaine)	T1	
NAROPIN	T3	
NESACAINE	T3	
NESACAINE-MPF (<i>chloroprocaine hcl</i>)	T3	
ORABLOC	T3	
POLOCAINE	T1	
<i>ropivacaine 0.2% 20 mg/10 ml</i> (Naropin)	T1	
<i>ropivacaine 0.2% 200 mg/100 ml</i> (Naropin)	T1	
<i>ropivacaine 0.2% 40 mg/20 ml</i> (Naropin)	T1	
<i>ropivacaine 0.2% 400 mg/200 ml</i> (Naropin)	T1	
ROPIVACAINE 0.2% SYRINGE	T1	
<i>ropivacaine 0.5% 100 mg/20 ml</i> (Naropin)	T1	
ROPIVACAINE 0.5% 1000 MG/200ML	T3	
<i>ropivacaine 0.5% 150 mg/30 ml</i> (Naropin)	T1	
ROPIVACAINE 0.5% 500 MG/100 ML	T3	
ROPIVACAINE 0.5% BAG	T1	
<i>ropivacaine 0.75% 150 mg/20 ml</i> (Naropin)	T1	
<i>ropivacaine 1% 100 mg/10 ml v/l</i> (Naropin)	T1	
<i>ropivacaine 1% 200 mg/20 ml v/l</i> (Naropin)	T1	
ROPIVACAINE 50 MG/10 ML SYRNG	T1	
ROPIVACAINE HCL 0.2% ON-Q PUMP	T1	
ROPIVACAINE HCL 0.5% SYRINGE	T1	
ROPIVACAINE HCL-0.9% NAACL	T1	
ROPIVACAINE HCL-NAACL	T1	
SENSORC MPF 0.75%-EPI 1:200000	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANESTÉSICOS LOCALES (cont.)		
SENSORCAINE 0.25% VIAL (<i>bupivacaine hcl</i>)	T3	
<i>sensorcaine 0.5% vial</i> (Marcaine)	T1	
SENSORCAINE WITH DEXTROSE	T1	
SENSORCAINE-MPF 0.25% AMPUL (<i>bupivacaine hcl</i>)	T3	
SENSORCAINE-MPF 0.25% VIAL (<i>bupivacaine hcl</i>)	T3	
SENSORCAINE-MPF 0.5% AMPUL (<i>bupivacaine hcl</i>)	T3	
<i>sensorcaine-mpf 0.5% vial</i> (Marcaine)	T1	
SENSORCAINE-MPF 0.75% AMPUL (<i>bupivacaine hcl</i>)	T1	
SENSORCAINE-MPF 0.75% VIAL (<i>marcaine</i>)	T3	
SENSORC-MPF 0.25%-EPI 1:200000 (<i>bupivacaine hcl-epinephrine</i>)	T1	
SENSORCN-MPF 0.5%-EPI 1:200000 (<i>bupivacaine hcl-epinephrine</i>)	T3	
<i>tetracaine hcl/pf</i>	T1	
XYLOCAINE (<i>lidocaine hcl</i>)	T3	
XYLOCAINE WITH EPINEPHRINE (<i>lidocaine hcl-epinephrine</i>)	T3	
XYLOCAINE-MPF	T3	
XYLOCAINE-MPF (<i>lidocaine hcl</i>)	T3	
XYLOCAINE-MPF WITH EPINEPHRINE	T3	
XYLOCAINE-MPF WITH EPINEPHRINE (<i>lidocaine hcl-epinephrine</i>)	T3	
ZINGO	T3	
ANESTÉSICOS LOCALES TÓPICOS		
L.E.T. (LIDO-EPINEPH-TETRA)	T3	
<i>lidocaine 5% ointment</i>	T1	QL (145gm/30 days)
<i>lidocaine 5% patch</i> (Lidoderm)	T1	
<i>lidocaine</i> (Lidocan II)	T1	
<i>lidocaine</i> (Lidoderm)	T1	
<i>lidocaine hcl</i>	T1	
<i>lidocaine/prilocaine</i>	T1	
LIDODERM (<i>lidocaine</i>)	T3	
PAIN EASE MEDIUM STREAM SPRAY	T3	
SYNERA	T3	PA
ZTLIDO	T2	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS/ANTIARTRÍTICOS, VARIOS (cont.)		
MONOVISC	T3	PA SP HD
ORTHOVISC	T3	PA SP HD
SODIUM HYALURONATE	T3	PA SP
SUPARTZ FX	T3	PA SP HD
SYNOJOYNT	T3	PA SP
SYNVISC	T3	PA SP HD
SYNVISC-ONE	T3	PA SP HD
TRILURON	T3	PA SP HD
TRIVISC	T3	PA SP
VISCO-3	T3	PA SP HD
ANTIINFLAMATORIOS, MOD. SELECT. COESTIM., INHIBIDORES DE CÉLULAS T		
ORENCIA	T3	PA QL (4 syringes/28 days) SP HD
ORENCIA CLICKJECT	T3	PA QL (4 injectors/28 days) SP HD
COLCHICINA		
<i>colchicine 0.6mg capsule</i>	T1	HD
<i>colchicine (Colcrys)</i>	T1	HD
COLCRYS (<i>colchicine</i>)	T3	HD
GLOPERBA	T3	PA QL (10ml/day) HD
MITIGARE (<i>colchicine</i>)	T3	HD
SALES DE ORO		
RIDAURA	T2	
TRAT. DE LA HIPERURICEMIA - TIPO ENZIMA URATO OXIDASA		
ELITEK	T3	SP
KRYSTEXXA	T3	PA SP
TRAT. DE LA HIPERURICEMIA - INHIBIDORES DE LA XANTINA OXIDASA		
<i>allopurinol (Zyloprim)</i>	T1	PA HD
<i>febuxostat 40 mg tablet (Uloric)</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>febuxostat 80 mg tablet (Uloric)</i>	T1	HD
ULORIC 40 MG TABLET (<i>febuxostat</i>)	T3	QL (1 tab/day) HD
ULORIC 80 MG TABLET (<i>febuxostat</i>)	T3	HD
ZYLOPRIM (<i>allopurinol</i>)	T3	HD
INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK)		
CIBINQO	T3	PA QL (30 tabs/30 days) SP
LEQSELVI	T3	PA QL(2 tabs/day) SP HD
LITFULO	T3	PA QL(1 cap/day) SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK) (cont.)		
OLUMIANT	T3	PA QL (1 tab/day) SP HD
RINVOQ	T3	PA QL (1 tab/day) SP HD
RINVOQ LQ	T2	PA QL(12 mls/day) SP HD
XELJANZ 1 MG/ML SOLUTION	T3	PA QL (480ML/22 Days) SP HD
XELJANZ 10 MG TABLET	T3	PA QL (2 tabs/day) SP HD
XELJANZ 5 MG TABLET	T3	PA QL (2 tabs/day) SP HD
XELJANZ XR	T3	PA QL (1 tab/day) SP HD
COMB. DE ANALGÉSICOS NO ESTEROIDEOS Y ANALGÉSICOS NO SALICILATOS		
COMBOGESIC	T3	PA HD
COMB. DE ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS Y ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA HISTAMINA H2		
DUEXIS	T3	PA HD
ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (INHIB. NO ESPECÍFICOS DE LA COX) Y ANÁLOGOS DE LA PROSTAGLANDINA		
ARTHROTEC 50 (diclofenac sodium-misoprostol)	T3	ST HD
ARTHROTEC 75 (diclofenac sodium-misoprostol)	T3	ST HD
diclofenac sodium-misoprostol (Arthrotec 50)	T1	HD
diclofenac sodium-misoprostol (Arthrotec 75)	T1	HD
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA		
ANAPROX DS (naproxen sodium ds)	T3	ST HD
CALDOLOR	T3	
COXANTO	T3	PA HD
DAYPRO (oxaprozin)	T3	ST HD
diclofenac sod dr 25 mg tab	T1	HD
diclofenac sod dr 50 mg tab	T1	HD
diclofenac sod dr 75 mg tab	T1	HD
diclofenac sod ec 25 mg tab	T1	HD
diclofenac sod ec 50 mg tab	T1	HD
diclofenac sod ec 75 mg tab	T1	HD
diclofenac sodium	T1	HD
EC-NAPROSYN (naproxen)	T3	ST HD
etodolac	T1	HD
etodolac (Lodine)	T1	HD
FELDENE (piroxicam)	T3	ST HD
FENOPROFEN	T3	PA HD
fenopropfen calcium (Nalfon)	T1	HD
flurbiprofen	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>	T1	HD
<i>indomethacin</i>	T1	HD
<i>ketoprofen 25 mg. 75 mg capsule</i>	T1	PA HD
LODINE (<i>etodolac</i>)	T3	ST HD
<i>meclofenamate sodium</i>	T1	HD
<i>meloxicam</i> (Mobic)	T1	HD
MOBIC (<i>meloxicam</i>)	T3	ST HD
<i>nabumetone</i>	T1	HD
NALFON 600 MG TABLET (<i>profeno</i>)	T1	ST HD
NAPROSYN TABLET (<i>naproxen</i>)	T3	ST HD
<i>naproxen</i> (Ec-naprosyn)	T1	HD
<i>naproxen</i> (Naprosyn)	T1	HD
<i>naproxen sodium</i> (Anaprox Ds)	T1	HD
<i>oxaprozin 600 mg caplet</i> (Daypro)	T1	HD
<i>oxaprozin 600 mg tablet</i> (Daypro)	T1	HD
OXAPROZIN 300 MG CAPSULE	T3	PA HD
<i>piroxicam</i>	T1	HD
QMIIZ ODT 15 MG TABLET	T3	ST HD
QMIIZ ODT 7.5 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST HD
<i>sulindac</i>	T1	HD
TOLECTIN 600 (<i>tolmetin sodium</i>)	T3	PA HD
<i>tolmetin sodium</i> (Tolectin 600)	T1	HD
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, INHIBIDOR SELECTIVO DE LA CICLOOXIGENASA-2 (COX-2)		
CELEBREX 100 MG, 200 MG CAPSULE (<i>celecoxib</i>)	T3	QL (2 caps/day) ST HD
CELEBREX 400 MG CAPSULE (<i>celecoxib</i>)	T3	QL (1 cap/day) ST HD
CELEBREX 50 MG CAPSULE (<i>celecoxib</i>)	T3	QL (2 caps/day) ST HD
<i>celecoxib 100 mg capsule</i> (Celebrex)	T1	QL (2 caps/day) HD
<i>celecoxib 200 mg capsule</i> (Celebrex)	T1	QL (2 caps/day) HD
<i>celecoxib 400 mg capsule</i> (Celebrex)	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>celecoxib 50 mg capsule</i> (Celebrex)	T1	QL (2 caps/day) HD
AGENTES URICOSÚRICOS		
<i>probenecid</i>	T1	HD
<i>probenecid/colchicine</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE LA 5-LIPOXIGENASA		
zileuton	T1	HD
ANTICOLINÉRGICOS, DE INHALACIÓN ORAL, ACCIÓN PROLONGADA		
INCRUSE ELLIPTA	T2	HD
SPIRIVA RESPIMAT	T2	HD
ANTICOLINÉRGICOS, DE INHALACIÓN ORAL, ACCIÓN RÁPIDA		
ATROVENT HFA	T2	HD
ipratropium bromide	T1	HD
AGENTES ADRENÉRGICOS BETA		
albuterol sulf 2 mg/5 ml syrup	T1	HD
albuterol sulfate tab	T1	HD
albuterol sulfate er 4 mg tab	T1	HD
albuterol sulfate er 8 mg tab	T1	HD
metaproterenol sulfate	T1	HD
terbutaline sulfate	T1	HD
AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS, ACCIÓN RÁPIDA		
albuterol 100 mg/20 ml soln	T1	QL (18gm/30 days) QL (18gm/30 days)
albuterol 2.5 mg/0.5 ml sol	T1	
albuterol 5 mg/ml solution	T1	
albuterol sul 0.63 mg/3 ml sol	T1	
albuterol sul 1.25 mg/3 ml sol	T1	
albuterol sul 2.5 mg/3 ml soln	T1	
albuterol sulfate (Albuterol Sulfate Hfa)	T1	
ALBUTEROL SULFATE HFA	T1	
levalbuterol hcl (Xopenex Concentrate)	T1	
levalbuterol hcl (Xopenex)	T1	
XOPENEX (levalbuterol hcl)	T3	ST QL(1 blister/30 days) HD
XOPENEX CONCENTRATE (levalbuterol concentrate)	T3	
AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS, ACCIÓN ULTRA PROLONGADA		
ARCAPTA NEOHALER	T3	HD
STRIVERDI RESPIMAT	T2	QL(1 inhaler/30 days) HD
AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS POR VÍA ORAL, ACCIÓN PROLONGADA		
BROVANA (arformoterol tartrate)	T3	ST QL(1 blister/30 days) HD
SEREVENT DISKUS		
COMBO DE ADRENÉRGICOS BETA Y ANTICOLINÉRGICOS, INHALADOS		
ANORO ELLIPTA	T2	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
COMBO DE ADRENÉRGICOS BETA Y ANTICOLINÉRGICOS, INHALADOS (cont.)		
BEVESPI AEROSPHERE	T3	PA QL(1 inhaler/30 days) HD
COMBIVENT RESPIMAT	T2	HD
<i>ipratropium/albuterol sulfate</i>	T1	HD
STIOLTO RESPIMAT INHAL SPRAY	T2	HD
UMECLIDINIUM-VILANTEROL	T3	PA QL(1 inhaler/30 days) HD
COMBO DE AGENTES ADRENÉRGICOS BETA Y GLUCOCORTICOIDES, INHALADOS		
ADVAIR HFA	T2	HD
AIRDUO DIGIHALER	T3	ST HD
AIRSUPRA	T2	PA QL(2 inhalers/28 days) HD
BREO ELLIPTA	T2	QL(1 inhaler/30 days) HD
<i>budesonide/formoterol fumarate</i> (Symbicort)	T1	QL HD
DULERA	T2	HD
<i>fluticasone propion/salmeterol</i> (Advair Diskus)	T1	QL(1 inhaler/30 days)
<i>fluticasone-salmeterol 100-50</i> (Advair Diskus)	T3	QL(1 inhaler/30 days) HD
<i>fluticasone-salmeterol 250-50</i> (Advair Diskus)	T3	QL(1 inhaler/30 days) HD
<i>fluticasone-salmeterol 500-50</i> (Advair Diskus)	T3	QL(1 inhaler/30 days) HD
FLUTICASONE-SALMETEROL 113-14	T1	QL(1 inhaler/30 days) HD
FLUTICASONE-SALMETEROL 232-14	T1	QL(1 inhaler/30 days) HD
FLUTICASONE-SALMETEROL 55-14	T1	QL(1 inhaler/30 days) HD
SYMBICORT	T3	ST QL(1 inhaler/30 days) HD
ADRENÉRGICOS BETA-ANTICOLINÉRGICOS-GLUCOCORT., INHALADOS		
BREZTRI AEROSPHERE	T2	
TRELEGY ELLIPTA	T2	
GLUCOCORTICOIDES, PARA INHALACIÓN ORAL		
ALVESCO	T2	HD
<i>budesonide</i> (Pulmicort)	T1	HD
FLOVENT DISKUS	T3	PA QL(1 inhalers/30 days) HD
FLOVENT HFA	T2	PA QL(1 inhalers/30 days) HD
FLUTICASONE FUROATE	T3	ST HD
FLUTICASONE PROP DISKUS	T3	PA QL(1 inhaler/30 days) HD
PULMICORT (<i>budesonide</i>)	T3	HD
PULMICORT FLEXHALER	T3	PA HD
QVAR REDHALER	T2	HD
ANTAGONISTAS ALFA DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-5 (IL-5), ANTICUERPOS MONOCLONALES		
FASENRA PEN	T3	PA SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LEUCOTRIENOS		
ACCOLATE (<i>zafirlukast</i>)	T3	HD
<i>montelukast sodium</i> (Singulair)	T1	HD
SINGULAIR (<i>montelukast sodium</i>)	T3	HD
<i>zafirlukast</i> (Accolate)	T1	HD
ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS, INHALADOS ORALMENTE		
<i>cromolyn 20 mg/2 ml neb soln</i>	T1	QL (480ml/30 days) HD
ANTICUERPOS MONOCLONALES A LA INMUNOGLOBULINA E (IGE)		
XOLAIR	T3	PA SP HD
ANTICUERPOS MONOCLONALES - ANTAGONISTAS DE LA INTERLEUCINA-5		
NUCALA	T3	PA SP HD
MUCOLÍTICOS		
<i>acetylcysteine</i>	T1	
INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA-4 (PDE4)		
DALIRESP 250 MCG TABLET	T3	QL (28 tabs/180 days) HD
DALIRESP 500 MCG TABLET	T3	QL (2 tabs/day) HD
<i>roflumilast 250 mcg tablet</i> (Daliresp)	T3	QL (28 tabs/180 days) HD
<i>roflumilast 500 mcg tablet</i> (Daliresp)	T3	QL (2 tabs/day) HD
XANTINAS		
<i>aminophylline</i>	T1	
THEO-24	T2	HD
<i>theophylline anhydrous</i>	T1	HD
ANTIBIÓTICOS (Alergia/rociadores nasales)		
PREPARACIONES NAALES ANTIBIÓTICAS		
BACTROBAN NASAL	T2	
ANTIBIÓTICOS (Medicamentos para los oídos)		
PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIBIÓTICAS		
<i>ciprofloxacin hcl</i>	T1	
CORTISPORIN-TC	T3	
<i>neomycin/polymyxin b/hydrocort</i>	T1	
<i>ofloxacin</i>	T1	
PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIBIÓTICOS ANTIINFLAMATORIOS		
CIPRO HC	T2	
CIPRODEX (<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>)	T3	PA
<i>ciprofloxacin hcl/dexameth</i> (Ciprodex)	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, ANTIBIÓTICOS ANTIINFLAMATORIOS (cont.)

CIPROFLOXACIN HCL-FLUOCINOLONE

T3

OTOVEL

T3

ANTIBIÓTICOS (Condiciones oculares)

COMBINACIONES DE ANTIBIÓTICOS PARA LOS OJOS Y GLUCOCORTICOIDES

MAXITROL (*neomycin-polymyxin-dexameth*)

T3

PA

neomycin/bacit/p-myx/hydrocort

T1

neomycin/polymyxin b/dexametha (Maxitrol)

T1

neomycin/polymyxin b/hydrocort

T1

TOBRADEX EYE DROPS (*tobramycin-dexamethasone*)

T3

PA

TOBRADEX EYE OINTMENT

T2

TOBRADEX ST

T3

tobramycin/dexamethasone (Tobradex)

T1

ZYLET

T3

SULFONAMIDAS PARA LOS OJOS

BLEPH-10 (*sulfacetamide sodium*)

T3

BLEPHAMIDE

T2

sulfacetamide sodium

T1

sulfacetamide sodium (Bleph-10)

T1

sulfacetamide/prednisolone sp

T1

ANTIBIÓTICOS OFTÁLMICOS

AZASITE

T2

BACIGUENT (*bacitracin*)

T3

bacitracin (Baciguent)

T1

bacitracin/polymyxin b sulfate

T1

BESIVANCE

T2

CILOXAN

T2

erythromycin base

T1

gatifloxacin

T1

gentamicin sulfate

T1

levofloxacin

T1

MOXEZA (*moxifloxacin*)

T3

moxifloxacin hcl (Moxeza)

T1

moxifloxacin hcl (Vigamox)

T1

neomycin sulf/bacitracin/poly

T1

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Condiciones oculares) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS OFTÁLMICOS (cont.)		
<i>neomycin/polymyxn b/gramicidin</i>	T1	PA
OCUFLOX (<i>ofloxacin</i>)	T3	
<i>ofloxacin</i> (Ocuflox)	T1	
<i>polymyxin b sulf/trimethoprim</i>	T1	PA
<i>tobramycin 0.3% eye drop</i> (Tobrex)	T1	
TOBREX	T3	
VIGAMOX (<i>moxifloxacin</i>)	T3	PA

ANTIBIÓTICOS (Infecciones)

ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS DE 2.ª GENERACIÓN-ANTIBACTERIANOS

SOLOSEC	T2	
---------	----	--

AGENTES ANTIBACTERIANOS TIPO SULFONAMIDAS ABSORBIBLES

BACTRIM (<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>)	T3	
BACTRIM DS (<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>)	T3	
<i>sulfadiazine</i>	T1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	T1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	T3	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i> (Bactrim Ds)	T1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i> (Bactrim)	T1	

ANTIBIÓTICOS AMINOGLUCÓSIDOS

<i>amikacin sulfate</i>	T1	PA SP
ARIKAYCE	T3	
BETHKIS (<i>tobramycin</i>)	T3	
<i>gentamicin in nacl, iso-osm</i>	T1	PA QL (8ml/day) SP HD
<i>gentamicin sulfate</i>	T1	
GENTAMICIN SULFATE IN NS	T1	
<i>gentamicin sulfate/pf</i>	T1	PA QL (10ml/day) SP HD
KITABIS PAK	T3	
<i>neomycin sulfate</i>	T1	
STREPTOMYCIN SULFATE	T1	PA QL (10ml/day) SP HD
TOBI (<i>tobramycin</i>)	T3	
TOBI PODHALER	T3	
<i>tobramycin 300 mg/4 ml ampule</i> (Bethkis)	T3	PA QL (8ml/day) SP HD
<i>tobramycin 300 mg/5 ml ampule</i> (Tobi)	T3	
TOBRAMYCIN PAK 300 MG/5 ML	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 AMINOGLUCÓSIDOS (cont.)		
tobramycin sulfate	T1	
tobramycin/sodium chloride	T1	
ZEMDRI	T3	
AGENTES ANTIBACTERIANOS-ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS		
FLAGYL (metronidazole)	T3	PA
LIKMEZ	T3	
metronidazole (Flagyl)	T1	
metronidazole/sodium chloride	T1	
ANTIBIÓTICOS, ANTIBACTERIANOS, VARIOS		
fosfomycin tromethamine (Monurol)	T1	
HIPREX (methenamine hippurate)	T3	
methenamine hippurate	T1	
methenamine mandelate	T1	
MONUROL (fosfomycin tromethamine)	T3	
PRIMSOL	T3	
trimethoprim	T1	
UTA	T3	
ANTIBIÓTICOS, VARIOS, OTROS		
bacitracin	T1	
ANTILEPROSOS		
dapsone 100 mg tablet	T1	PA SP HD
dapsone 25 mg tablet	T1	
THALOMID	T3	
AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS		
ethambutol hcl	T1	HD
ethambutol hcl (Myambutol)	T1	HD
isoniazid	T1	HD
MYAMBUTOL (ethambutol hcl)	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

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS (cont.)		
PASER	T2	HD
pyrazinamide	T1	HD
rifabutin (Mycobutin)	T1	HD
TRECTOR	T2	HD
ANTIBIÓTICOS ANTITUBERCULOSOS		
CAPASTAT SULFATE	T3	PA QL (1 tab/day)
CYCLOSERINE	T1	
cycloserine	T1	
PRETOMANID	T3	
PRIFTIN	T3	
RIFADIN (rifampin)	T3	
RIFAMATE	T2	
rifampin	T1	
rifampin (Rifadin)	T1	SP
RIFATER	T2	
SIRTURO	T3	
BETALACTAMASAS		
AZACTAM (aztreonam)	T3	PA QL (3ml/day) SP HD
aztreonam (Azactam)	T1	
CAYSTON	T3	
ANTIBIÓTICOS CARBAPENÉMICOS (TIENAMICINAS)		
ertapenem sodium (Invanz)	T1	
imipenem/cilastatin sodium	T1	
imipenem/cilastatin sodium (Primaxin)	T1	
INVANZ (ertapenem)	T3	
meropenem (Merrem)	T1	
MEROPENEM-0.9% NACL	T1	
PRIMAXIN (imipenem-cilastatin sodium)	T3	
RECARBRIO	T3	
VABOMERE	T3	
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - I.º GENERACIÓN		
cefadroxil	T1	
cefazolin sodium	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 1.ª GENERACIÓN (cont.)		
<i>cefazolin sodium/dextrose, iso</i>	T1	
<i>cefazolin 3 gm vial</i>	T1	
CEFAZOLIN SODIUM-0.9% NACL	T1	
CEFAZOLIN SODIUM-D5W	T1	
CEFAZOLIN SODIUM-DEXTROSE	T1	
CEFAZOLIN SODIUM-STERILE AGUA	T1	
<i>cephalexin</i>	T1	
<i>cephalexin (Keflex)</i>	T1	
DAXBIA	T3	
KEFLEX (<i>cephalexin</i>)	T3	
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 2.ª GENERACIÓN		
<i>cefaclor</i>	T1	
CEFOTAN	T3	
<i>cefotetan disodium</i>	T1	
<i>cefotetan disodium (Cefotan)</i>	T1	
<i>cefoxitin sodium</i>	T1	
<i>cefoxitin sodium/dextrose, iso</i>	T1	
<i>cefprozil</i>	T1	
<i>cefuroxime axetil</i>	T1	
<i>cefuroxime sodium (Zinacef)</i>	T1	
ZINACEF	T3	
ZINACEF (<i>cefuroxime sodium</i>)	T3	
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 3.ª GENERACIÓN		
AVYCAZ	T3	
<i>cefdinir</i>	T1	
<i>cefditoren pivoxil</i>	T1	
<i>cefixime (Suprax)</i>	T1	
<i>cefotaxime sodium</i>	T1	
<i>cefpodoxime proxetil</i>	T1	
<i>ceftazidime</i>	T1	
<i>ceftazidime (Fortaz)</i>	T1	
CEFTRIAXONE	T1	
<i>ceftriaxone in is-osm dextrose</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 3.ª GENERACIÓN		
<i>ceftriaxone sodium</i>	T1	
CLAFORAN	T3	
FORTAZ	T3	
FORTAZ (<i>tazicef</i>)	T3	
FORTAZ IN ISO-OSMOTIC DEXTROSE	T3	
SUPRAX	T3	
SUPRAX (<i>cefixime</i>)	T3	
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 4.ª GENERACIÓN		
CEFEPIME HCL	T1	
<i>cefepime hcl</i> (Maxipime)	T1	
<i>cefepime in iso-osm dextrose</i>	T1	
CEFEPIME-DEXTROSE	T1	
MAXIPIME	T3	
MAXIPIME (<i>cefepime hcl</i>)	T3	
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - SIDERÓFOROS		
FETROJA	T3	
CEFALOSPORINAS - 5.ª GENERACIÓN		
TEFLARO	T3	
ZERBAXA	T3	
ANTIBIÓTICOS DE CLORANFENICOL Y DERIVADOS		
<i>chloramphenicol sod succinate</i>	T1	
GLICILCICLINAS		
<i>tigecycline</i> (Tygacil)	T1	
TYGACIL (<i>tigecycline</i>)	T3	
ANTIBIÓTICOS LINCOSAMIDAS		
CLEOCIN HCL 150 MG CAPSULE (<i>clindamycin hcl</i>)	T3	
CLEOCIN HCL 300 MG CAPSULE (<i>clindamycin hcl</i>)	T3	
CLEOCIN HCL 75 MG CAPSULE (<i>clindamycin hcl</i>)	T2	
CLEOCIN PEDIATRIC (<i>clindamycin (pediatric)</i>)	T3	
CLEOCIN PHOS 150 MG/ML VIAL (<i>clindamycin phosphate</i>)	T3	
CLEOCIN PHOS 300 MG/2 ML VIAL (<i>clindamycin phosphate</i>)	T3	
<i>cleocin phos 300 mg/2ml addvan</i>	T1	
CLEOCIN PHOS 600 MG/4 ML VIAL (<i>clindamycin phosphate</i>)	T3	
CLEOCIN PHOS 600 MG/4ML ADDVAN (<i>clindamycin phosphate</i>)	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS LINCOSAMIDAS		
CLEOCIN PHOS 9 G/60 ML VIAL (<i>clindamycin phosphate</i>)	T3	
CLEOCIN PHOS 900 MG/6 ML VIAL (<i>clindamycin phosphate</i>)	T3	
CLEOCIN PHOS 900 MG/6ML ADDVAN (<i>clindamycin phosphate</i>)	T3	
CLIN SINGLE USE	T3	
<i>clindamycin hcl</i> (Cleocin Hcl)	T1	
<i>clindamycin palmitate hcl</i> (Cleocin Pediatric)	T1	
<i>clindamycin phosphate</i>	T1	
<i>clindamycin phosphate</i> (Cleocin Phosphate)	T1	
<i>clindamycin phosphate/d5w</i>	T3	
CLINDAMYCIN-0.9% NACL	T1	
LINCOCIN	T3	
<i>lincomycin hcl</i> (Lincocin)	T1	
ANTIBIÓTICOS LIPOGLUCOPÉPTIDOS		
DALVANCE	T3	
ORBACTIV	T3	
VIBATIV	T3	
ANTIBIÓTICOS MACRÓLIDOS		
<i>azithromycin 1 gm pwd packet</i> (Zithromax)	T1	
<i>azithromycin 100 mg/5 ml susp</i> (Zithromax)	T1	
<i>azithromycin 200 mg/5 ml susp</i> (Zithromax)	T1	
<i>azithromycin 200 mg/5 ml susp</i> (Zithromax)	T1	
<i>azithromycin 250 mg tablet</i> (Zithromax)	T1	
<i>azithromycin 500 mg add-van vl</i>	T1	
<i>azithromycin 500 mg tablet</i> (Zithromax Tri-pak)	T1	
<i>azithromycin 600 mg tablet</i>	T1	
<i>azithromycin i.v. 500 mg vial</i> (Zithromax)	T1	
<i>clarithromycin</i>	T1	
DIFICID 200 MG TABLET	T3	QL (28 tabs/28 days)
DIFICID 40 MG/ML SUSPENSION	T3	QL (5ml/Day)
E.E.S. 200 (<i>erythromycin ethylsuccinate</i>)	T3	PA
ERYPED 200 (<i>erythromycin ethylsuccinate</i>)	T3	
ERYPED 400 (<i>erythromycin ethylsuccinate</i>)	T3	PA
ERY-TAB (<i>erythromycin</i>)	T3	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE	T3	

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS MACRÓLIDOS		
<i>erythromycin base</i>	T1	
<i>erythromycin base</i>	T3	
<i>erythromycin base</i> (Ery-tab)	T1	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	T1	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	T3	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> (Eryped 200)	T1	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> (Eryped 400)	T1	
<i>erythromycin stearate</i>	T1	
PCE	T3	
ZITHROMAX 1 GM POWDER PACKET (<i>azithromycin</i>)	T3	
ZITHROMAX 100 MG/5 ML SUSP (<i>azithromycin</i>)	T3	
ZITHROMAX 200 MG/5 ML SUSP (<i>azithromycin</i>)	T3	
ZITHROMAX 200 MG/5 ML SUSP (<i>azithromycin</i>)	T3	
ZITHROMAX 250 MG TABLET (<i>azithromycin</i>)	T3	
ZITHROMAX 250 MG Z-PAK TABLET (<i>azithromycin</i>)	T3	QL (15 tabs/90 days)
ZITHROMAX 500 MG TABLET (<i>azithromycin</i>)	T3	QL (15 tabs/90 days)
ZITHROMAX I.V. 500 MG VIAL (<i>azithromycin</i>)	T3	
ZITHROMAX TRI-PAK (<i>azithromycin</i>)	T3	QL (15 tabs/90 days)
AGENTES ANTIBACTERIANOS DERIVADOS DE NITROFURANOS		
FURADANTIN (<i>nitrofurantoin</i>)	T3	
MACROBID (<i>nitrofurantoin mono-macro</i>)	T3	
MACRODANTIN (<i>nitrofurantoin</i>)	T3	
<i>nitrofurantoin 25 mg/5 ml susp</i> (Furadantin)	T1	
<i>nitrofurantoin 25 mg/5 ml susp</i> (Furadantin)	T1	
<i>nitrofurantoin mcr 100 mg cap</i> (Macrochantin)	T1	
<i>nitrofurantoin mcr 25 mg cap</i> (Macrochantin)	T1	
<i>nitrofurantoin mcr 50 mg cap</i> (Macrochantin)	T1	
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst</i> (Macrobid)	T1	
ANTIBIÓTICOS OXAZOLIDINONAS		
<i>linezolid in 0.9% sodium chlor</i>	T1	
<i>linezolid in dextrose 5%</i> (Zyvox)	T1	
SIVEXTRO 200 MG TABLET	T3	PA
SIVEXTRO 200 MG VIAL	T3	
ZYVOX 100 MG/5 ML SUSPENSION (<i>linezolid</i>)	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

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS OXAZOLIDINONAS		
ZYVOX 200 MG/100 ML-D5W	T3	PA
ZYVOX 600 MG TABLET (linezolid)	T3	
ZYVOX 600 MG/300 ML-D5W	T3	
ANTIBIÓTICOS DE PENICILINA		
amoxicillin	T1	PA
amoxicillin/potassium clav	T1	
amoxicillin/potassium clav (Augmentin Xr)	T1	
amoxicillin/potassium clav (Augmentin)	T1	
ampicillin sodium	T1	
ampicillin sodium/sulbactam na	T1	
ampicillin sodium/sulbactam na (Unasyn)	T1	
ampicillin trihydrate	T1	
AUGMENTIN	T3	
AUGMENTIN (amoxicillin-clavulanate potass)	T3	
AUGMENTIN XR (amoxicillin-clavulanate pot er)	T3	
BICILLIN C-R	T3	
BICILLIN L-A	T3	
dicloxacillin sodium	T1	
EXTENCILLINE	T3	
LENTOCILIN S	T3	
MOXATAG	T3	
nafcillin in dextrose, iso-osm	T1	
nafcillin sodium	T1	
oxacillin in dextrose (iso-osm)	T1	
oxacillin sodium	T1	
penicillin g potassium	T1	
penicillin g sodium	T1	
PENICILLIN GK-ISO-OSM DEXTROSE	T1	
penicillin v potassium	T1	
piperacillin sodium/tazobactam	T1	
piperacillin sodium/tazobactam (Piperacillin-tazobactam)	T1	
piperacillin sodium/tazobactam (Zosyn)	T1	
PIPERACILLIN-TAZOBACTAM	T1	
UNASYN (ampicillin-sulbactam)	T3	
ZOSYN	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 PENICILINA		
ZOSYN (<i>piperacillin-tazobactam</i>)	T3	
DERIVADOS DE LA PLEUROMUTILINA		
XENLETA 150 MG/15 ML VIAL	T3	
XENLETA 600 MG TABLET	T3	PA QL (10 tabs/30 days)
ANTIBIÓTICOS DE POLIMIXINA Y DERIVADOS		
<i>colistin (colistimethate na)</i> (Coly-mycin M Parenteral)	T1	
COLY-MYCIN M PARENTERAL (<i>colistimethate</i>)	T3	
<i>polymyxin b sulfate</i>	T1	
ANTIBIÓTICOS DE QUINOLONAS		
AVELOX (<i>moxifloxacin hcl</i>)	T3	
AVELOX IV (<i>moxifloxacin</i>)	T2	
BAXDELA 300 MG VIAL	T3	
BAXDELA 450 MG TABLET	T3	PA
CIPRO 10% SUSPENSION (<i>ciprofloxacin</i>)	T2	
CIPRO 250 MG TABLET (<i>ciprofloxacin hcl</i>)	T3	
CIPRO 5% SUSPENSION (<i>ciprofloxacin</i>)	T2	
CIPRO 500 MG TABLET (<i>ciprofloxacin hcl</i>)	T3	
CIPRO I.V. (<i>ciprofloxacin-d5w</i>)	T3	
<i>ciprofloxacin</i> (Cipro)	T1	
<i>ciprofloxacin hcl</i>	T1	
<i>ciprofloxacin hcl</i> (Cipro)	T1	
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i>	T1	
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i> (Cipro I.v.)	T1	
<i>ciprofloxacin lactate</i>	T1	
<i>ciprofloxacin/ciprofloxacin hcl</i>	T1	
FACTIVE	T3	
<i>levofloxacin</i>	T1	
<i>levofloxacin in dextrose 5 %</i>	T1	
MOXIFLOXACIN	T1	
<i>moxifloxacin hcl</i> (Avelox)	T1	
<i>moxifloxacin-sod.chloride (iso)</i> (Avelox Iv)	T1	
<i>ofloxacin</i>	T1	
RIFAMICINAS Y ANTIBIÓTICOS DERIVADOS AFINES		
AEMCOLO	T3	QL (12 tabs/3 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

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
RIFAMICINAS Y ANTIBIÓTICOS DERIVADOS AFINES		
XIFAXAN 200 MG TABLET	T2	
XIFAXAN 550 MG TABLET	T2	QL (42 tabs/14 days)
ANTIBIÓTICOS ESTREPTOGRAMINAS		
SYNERCID	T3	
ANTIBIÓTICOS DE TETRACICLINA		
ACTICLATE (doxycycline hyclate)	T3	ST
coremino er 135 mg tablet	T1	
coremino er 45 mg tablet	T1	QL (1 tab/day)
coremino er 90 mg tablet	T1	
demeclocycline hcl	T1	
DORYX	T3	PA
DORYX (doxycycline hyclate)	T3	PA
DORYX MPC	T3	PA
doxycycline 50 mg tablet (Targadox)	T1	PA
doxycycline hyc dr 100 mg tab	T1	PA
doxycycline hyc dr 150 mg tab	T1	PA
doxycycline hyc dr 200 mg tab (Doryx)	T1	PA
doxycycline hyc dr 50 mg tab	T1	PA
doxycycline hyc dr 75 mg tab	T1	PA
DOXYCYCLINE HYC DR 80 MG TAB	T3	PA
doxycycline hyclate	T1	
doxycycline hyclate (Vibramycin)	T1	
doxycycline hyclate 100 mg cap (Vibramycin)	T1	
doxycycline hyclate 100 mg tab	T1	
doxycycline hyclate 100 mg vl	T1	
doxycycline hyclate 150 mg tab (Acticlate)	T1	
doxycycline hyclate 50 mg cap	T1	
doxycycline hyclate 75 mg tab (Acticlate)	T1	
doxycycline monohydrate	T1	
doxycycline monohydrate (Oracea)	T1	PA
doxycycline monohydrate (Monodox)	T1	
EMROSI	T3	PA
MINOCIN 100 MG VIAL	T3	
MINOCIN 75 MG PELLETIZED CAP (minocycline hcl)	T3	PA
MINOCYCLINE 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

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS DE TETRACICLINA (cont.)		
minocycline er 105 mg tablet (Solodyn)	T1	QL (1 tab/day)
minocycline er 115 mg tablet (Solodyn)	T1	
minocycline er 135 mg tablet	T1	
minocycline er 45 mg tablet	T1	
minocycline er 55 mg tablet (Solodyn)	T1	
minocycline er 65 mg tablet (Solodyn)	T1	
minocycline er 80 mg tablet (Solodyn)	T1	
minocycline er 90 mg tablet	T1	
minocycline hcl	T1	
minocycline hcl (Minocin)	T1	
MINOLIRA ER	T3	ST
MONODOX (monodoxyne nl)	T3	PA SP PA QL (30 tablets/28 days) SP PA PA PA PA PA PA PA
MONODOX (okebo)	T3	
NUZYRA 100 MG VIAL	T3	
NUZYRA 150 MG TABLET	T3	
ORACEA (doxycycline monohydrate)	T3	
SEYSARA	T3	
SOLODYN (minocycline hcl er)	T3	
SOLOXIDE	T1	
TARGADOX	T3	
tetracycline hcl	T1	
tetracycline capsule	T1	PA
tetracycline tablet	T3	
VIBRAMYCIN 50 MG/5 ML SYRUP	T3	
XERAVA	T3	
XIMINO	T3	
ANTIBIÓTICOS VAGINALES		
CLEOCIN	T3	PA
CLEOCIN (clindamycin phosphate)	T3	PA
clindamycin phosphate (Cleocin)	T1	PA PA PA PA PA
CLINDESSE	T3	
METROGEL-VAGINAL (vandazole)	T3	
metronidazole (Metrogel-vaginal)	T1	
NUVESSA	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 VAGINALES		
XACIATO	T3	
ANTIBIÓTICOS DE VANCOMICINA Y DERIVADOS		
FIRVANQ (<i>vancomycin hcl</i>)	T2	PA
VANOCIN HCL (<i>vancomycin hcl</i>)	T3	PA
VANCOMYCIN 25 MG/ML SOLUTION	T3	PA
<i>vancomycin</i> 50 mg/ml solution	T1	
VANCOMYCIN	T1	
<i>vancomycin</i> 1 gm vial	T1	
VANCOMYCIN 1 GRAM/200 ML BAG	T3	
VANCOMYCIN 1.25 GM/250 ML BAG	T1	
VANCOMYCIN 1.5 GRAM/300 ML BAG	T3	
VANCOMYCIN 1.75 GM/350 ML BAG	T3	
VANCOMYCIN 2 GRAM/400 ML BAG	T3	
VANCOMYCIN 1.25 GRAM/250ML-D5W	T1	
VANCOMYCIN 1.5 GRAM/250 ML-D5W	T1	
VANCOMYCIN 1.5 GRAM/300 ML-D5W	T3	
VANCOMYCIN-D5W 500 MG/100 ML	T1	
<i>vancomycin</i> 250 mg/5 ml soln (Firvanq)	T1	
<i>vancomycin</i> 50 mg/5 ml soln (Firvanq)	T1	
<i>vancomycin</i> 500 mg vial	T1	
VANCOMYCIN 500 MG/100 ML BAG	T3	
VANCOMYCIN 750 MG ADD-VAN VIAL	T1	
VANCOMYCIN 750 MG/150 ML BAG	T3	
VANCOMYCIN HCL 1.25 GRAM VIAL	T1	
VANCOMYCIN HCL 1.5 GRAM VIAL	T1	
VANCOMYCIN HCL 1.75 GRAM VIAL	T3	
VANCOMYCIN HCL 2 GRAM VIAL	T3	
<i>vancomycin hcl</i> 10 gm vial	T1	
<i>vancomycin hcl</i> 125 mg capsule (Vancocin Hcl)	T1	
VANCOMYCIN HCL 1G/200 ML BAG	T1	
<i>vancomycin hcl</i> 250 mg capsule (Vancocin Hcl)	T1	
VANCOMYCIN HCL 250 MG VIAL	T1	
<i>vancomycin hcl</i> 5 gm vial	T1	
<i>vancomycin hcl</i> 750 mg vial	T1	
VANCOMYCIN HCL-0.9% NACL	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 (Varios)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
LIPOPEPTIDOS CÍCLICOS		
CUBICIN (<i>daptomycin</i>)	T3	
DAPTOMYCIN	T1	
ANTIBIÓTICOS (Condiciones cutáneas)		
ANTIBIÓTICOS TÓPICOS Y ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS		
NEO-SYNALAR	T3	
ANTIBIÓTICOS TÓPICOS		
AMZEEQ	T3	PA
BENZAMYCIN (<i>erythromycin-benzoyl peroxide</i>)	T3	
CENTANY	T3	
CENTANY AT	T3	
CLEOCIN T (<i>clindamycin phosphate</i>)	T3	
<i>clindacin etz 1% pledget</i> (Cleocin T)	T1	
CLINDACIN ETZ KIT	T3	
CLINDACIN PAC	T3	
CLINDAGEL	T3	PA
<i>clindamycin phosphate</i>	T1	
<i>clindamycin phosphate</i> (Cleocin T)	T1	
<i>clindamycin phosphate</i> (Evoclin)	T1	
<i>erythromycin base in ethanol</i>	T1	
<i>erythromycin base in ethanol</i>	T3	
<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i> (Benzamycin)	T1	
EVOCLIN (<i>clindamycin phosphate</i>)	T3	
<i>gentamicin sulfate</i>	T1	
<i>mupirocin</i> (Centany)	T1	PA
<i>mupirocin calcium</i>	T1	
XEPI	T3	
ZILXI	T3	PA
SULFONAMIDAS TÓPICAS		
AVAR 9.5-5% CLEANSING PADS	T3	PA
<i>avar cleanser</i> (Rosanil)	T1	
AVAR LS	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 (Condiciones cutáneas) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SULFONAMIDAS TÓPICAS (cont.)		
AVAR-E	T3	PA
AVAR-E GREEN	T3	PA
<i>mafenide acetate</i> (Sulfamylon)	T1	
ROSANIL (<i>sodium sulfacetamide-sulfur</i>)	T1	
SILVADENE (ssd)	T3	
<i>silver sulfadiazine</i> (Silvadene)	T1	
<i>sulfacetamide sod/sulfur/urea</i>	T1	
<i>sulfacetamide sodium/sulfur</i>	T1	
<i>sulfacetamide sodium/sulfur</i> (Avar-e Green)	T1	
<i>sulfacetamide sodium/sulfur</i> (Rosanil)	T1	
<i>sulfacetamide/sulfur/cleansr23</i>	T1	
<i>sulfact sod/sulur/avob/otn/oct</i>	T1	
SULFAMYLON (<i>mafenide acetate</i>)	T3	

ANTICOAGULANTES (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)

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

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HEPARINA Y PREPARACIONES RELACIONADAS (cont.)		
<i>enoxaparin 30 mg/0.3 ml syr (Lovenox)</i>	T3	QL (2 syringes/day) SP
<i>enoxaparin 300 mg/3 ml vial (Lovenox)</i>	T3	QL (1 vial/day) SP
<i>enoxaparin 40 mg/0.4 ml syr (Lovenox)</i>	T3	QL (2 syringes/day) SP
<i>enoxaparin 60 mg/0.6 ml syr (Lovenox)</i>	T3	QL (2 syringes/day) SP
<i>enoxaparin 80 mg/0.8 ml syr (Lovenox)</i>	T3	QL (2 syringes/day) SP
<i>fondaparinux sodium (Arixtra)</i>	T3	QL (1 syringe/day) SP
FRAGMIN	T3	QL (2ml/day) SP
<i>heparin 1,000 unit/500 ml-ns</i>	T1	
<i>HEPARIN 2,000 UNIT/1,000 ML-NS (heparin sodium,porcine/ns/pf)</i>	T3	
<i>heparin 2,000 unit/1,000 ml-ns (Heparin Sodium-0.9% Nacl)</i>	T1	
<i>HEPARIN 2,500 UNIT/500 ML-NS</i>	T1	
<i>HEPARIN 30,000 UNIT/1,000-NS</i>	T1	
<i>HEPARIN 5,000 UNIT/1,000 ML-NS</i>	T1	
<i>HEPARIN 5,000 UNIT/500 ML-NS</i>	T1	
<i>heparin 10,000 unit/10 ml vial</i>	T1	
<i>heparin 2,000 unit/2 ml vial</i>	T1	
<i>heparin 30,000 unit/30 ml vial</i>	T1	
<i>heparin 40,000 unit/4 ml vial</i>	T1	
<i>heparin 5,000 unit/ml carpuct</i>	T1	
<i>heparin 50,000 unit/10 ml vial</i>	T1	
<i>heparin 50,000 unit/5 ml vial</i>	T1	
<i>heparin sod 1,000 unit/ml vial</i>	T1	
<i>heparin sod 10,000 unit/ml vl</i>	T1	
<i>heparin sod 20,000 unit/ml vl</i>	T1	
<i>heparin sod 5,000 unit/0.5 ml</i>	T1	
<i>HEPARIN SOD 5,000 UNIT/0.5 ML</i>	T3	
<i>heparin sod 5,000 unit/0.5 ml (Heparin Sodium)</i>	T1	
<i>heparin sod 5,000 unit/ml syrg</i>	T3	
<i>heparin sod 5,000 unit/ml vial</i>	T1	
<i>heparin sod, porcine/0.9 % nacl</i>	T1	
<i>heparin sod, pork in 0.45% nacl</i>	T1	
<i>heparin sodium, porcine</i>	T1	
<i>heparin sodium, porcine/d5w</i>	T1	
<i>heparin sodium, porcine/pf</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

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HEPARINA Y PREPARACIONES RELACIONADAS (cont.)		
HEPARIN SODIUM-0.45% NACL	T1	
LOVENOX 100 MG/ML SYRINGE (<i>enoxaparin sodium</i>)	T3	QL (2 syringes/day) SP
LOVENOX 120 MG/0.8 ML SYRINGE (<i>enoxaparin sodium</i>)	T3	QL (2 syringes/day) SP
LOVENOX 150 MG/ML SYRINGE (<i>enoxaparin sodium</i>)	T3	QL (2 syringes/day) SP
LOVENOX 30 MG/0.3 ML SYRINGE (<i>enoxaparin sodium</i>)	T3	QL (2 syringes/day) SP
LOVENOX 300 MG/3 ML VIAL (<i>enoxaparin sodium</i>)	T3	QL (1 vial/day) SP
LOVENOX 40 MG/0.4 ML SYRINGE (<i>enoxaparin sodium</i>)	T3	QL (2 syringes/day) SP
LOVENOX 60 MG/0.6 ML SYRINGE (<i>enoxaparin sodium</i>)	T3	QL (2 syringes/day) SP
LOVENOX 80 MG/0.8 ML SYRINGE (<i>enoxaparin sodium</i>)	T3	QL (2 syringes/day) SP
INHIBIDORES DE LA TROMBINA, SELECTIVOS, DIRECTOS Y REVERSIBLES		
ARGATROBAN	T3	SP
ARGATROBAN-0.9% NACL	T3	SP
<i>dabigatran etexilate</i>	T1	
PRADAXA 110 MG CAPSULE (<i>dabigatran etexilate mesylate</i>)	T3	PA HD
PRADAXA 150 MG CAPSULE	T3	PA HD
PRADAXA 75 MG CAPSULE	T3	PA HD
INHIBIDORES DE LA TROMBINA, SELECTIVOS, DIRECTOS Y REVERSIBLES - TIPO HIRUDINA		
ANGIOMAX (<i>bivalirudin</i>)	T3	
BIVALIRUDIN 250 MG ADD-VANT VL	T1	
<i>bivalirudin 250 mg vial</i> (Angiomax)	T1	
BIVALIRUDIN RTU 250 MG/50 ML	T3	
BIVALIRUDIN-0.9% NACL	T1	
ANTÍDOTOS (Condiciones gastrointestinales/pirosis)		
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES OPIOIDES MU, CON ACCIÓN PERIFÉRICA		
MOVANTIK	T2	PA
RELISTOR	T3	PA
SYMPROIC	T2	PA
ANTÍDOTOS (Abuso de sustancias)		
ANTAGONISTAS OPIOIDES		
EVZIO	T3	PA QL (0.8ml/day)
KLOXXADO	T2	PA QL (2 sprays/30 days)
<i>naloxone 0.4 mg/ml carpject</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

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 vial</i>	T1	
NALOXONE 2 MG AUTO-INJECTOR	T3	QL (0.8ml/day)
<i>naloxone 2 mg/2 ml syringe</i>	T1	
<i>naloxone 4 mg/10 ml vial</i>	T1	
<i>naltrexone hcl</i>	T1	QL (180 tabs/30 days)
NARCAN	T2	QL (2 units/30 days)
OPVEE	T3	QL (2 units/30 days)
REXTOVY	T2	QL (2 units/30 days)
ZIMHI	T3	QL (2 inj/month)

ANTIMICÓTICOS (Condiciones oculares)

AGENTES ANTIMICÓTICOS OFTÁLMICOS

NATACYN	T2	
---------	----	--

ANTIMICÓTICOS (Productos femeninos)

ANTIMICÓTICOS VAGINALES

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

ANTIMICÓTICOS (Infecciones)

AGENTES ANTIMICÓTICOS

ANCOBON (<i>flucytosine</i>)	T3	
<i>clotrimazole</i>	T1	
CRESEMBA CAPSULE	T3	PA
CRESEMBA 372 MG VIAL	T3	
DIFLUCAN (<i>fluconazole</i>)	T3	PA
<i>fluconazole</i> (Diflucan)	T1	
<i>fluconazole in dextrose, iso-os</i>	T1	
<i>fluconazole in nacl, iso-osm</i>	T1	
<i>flucytosine</i> (Ancobon)	T1	
FULVICIN P-G 165 MG TABLET	T3	PA QL (4 tabs/day)
<i>itraconazole</i> (Sporanox)	T1	
<i>ketoconazole</i>	T1	
NOXAFIL 300 MG/16.7 ML VIAL (<i>posaconazole</i>)	T3	PA
NOXAFIL 40 MG/ML SUSPENSION (<i>posaconazole</i>)	T3	PA
NOXAFIL DR 100 MG TABLET (<i>posaconazole</i>)	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

ANTIMICÓTICOS (Infecciones) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS ANTIMICÓTICOS		
CONEXXENCE	T4	PA SP
<i>posaconazole</i> (Noxafil)	T1	
SPORANOX (<i>itraconazole</i>)	T3	PA
<i>terbinafine hcl</i>	T1	
TOLSURA	T3	
VFEND (<i>voriconazole</i>)	T3	PA
VFEND IV (<i>voriconazole</i>)	T3	
VIVJOA	T3	PA
<i>voriconazole 200 mg tablet</i> (Vfend)	T1	PA
<i>voriconazole 200 mg vial</i> (Vfend Iv)	T1	
<i>voriconazole 40 mg/ml susp</i> (Vfend)	T1	PA
<i>voriconazole 50 mg tablet</i> (Vfend)	T1	PA
ABELCET	T3	
AMBISOME	T3	
<i>amphotericin b</i>	T1	
BREXAFEMME	T3	PA
CANCIDAS (<i>caspofungin acetate</i>)	T3	
<i>caspofungin acetate</i> (Cancidas)	T1	
ERAXIS	T3	
<i>griseofulvin ultramicrosize</i> (Gris-peg)	T1	
<i>griseofulvin, microsize</i>	T1	
GRIS-PEG (<i>griseofulvin ultramicrosize</i>)	T3	
<i>micafungin sodium</i> (Mycamine)	T1	
MICAFUNGIN-0.9% NACL	T3	
MYCAMINE (<i>micafungin</i>)	T3	
<i>nystatin</i>	T1	
ANTIMICÓTICOS (Condiciones cutáneas)		
ANTIMICÓTICO TÓPICO/ANTIINFLAMATORIO, AGENTE ESTEROIDE		
<i>clotrimazole/betamethasone dip</i>	T1	
ANTIMICÓTICOS TÓPICOS		
<i>ciclodan 0.77% cream</i> (Loprox)	T1	
CICLODAN 0.77% CREAM KIT	T3	
<i>ciclodan 8% solution</i>	T1	
<i>ciclopirox</i>	T1	
<i>ciclopirox</i> (Loprox)	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIMICÓTICOS (Condiciones cutáneas) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIMICÓTICOS TÓPICOS (cont.)		
<i>ciclopirox olamine</i> (Loprox)	T1	
<i>econazole nitrate</i>	T1	
ECOZA	T3	
ERTACZO	T3	PA
EXELDERM	T3	PA
EXODERM	T1	
EXTINA (<i>ketodan</i>)	T3	PA
JUBLIA	T3	PA
KERYDIN (<i>tavaborole</i>)	T3	PA
<i>ketoconazole</i>	T1	
<i>ketoconazole</i> (Extina)	T1	
<i>ketoconazole/skin cleanser</i> 28	T1	
LOPROX 0.77% CREAM (<i>ciclopirox</i>)	T3	PA
LOPROX 0.77% TOPICAL SUSP (<i>ciclopirox</i>)	T3	
LOPROX 1% SHAMPOO (<i>ciclopirox</i>)	T3	PA
LULICONAZOLE	T1	
LUZU	T3	PA
MICONAZOLE-ZINC OXIDE-PETROLTM	T1	PA
<i>naftifine hcl</i>	T1	
<i>naftifine hcl</i> (Naftin)	T1	
NAFTIN (<i>naftifine hcl</i>)	T2	
<i>nystatin</i>	T1	
<i>nystatin/triamcinolone acet</i>	T1	
<i>oxiconazole nitrate</i> (Oxistat)	T1	
OXISTAT 1% CREAM (<i>oxiconazole nitrate</i>)	T3	PA
OXISTAT 1% LOTION	T2	PA
SULCONAZOLE NITRATE	T3	PA
<i>tavaborole</i> (Kerydin)	T1	PA
VUSION	T3	PA
XOLEGEL	T3	PA

ANTIHIISTAMÍNICOS Y DESCONGESTIVOS COMBINADOS (Alergia/rociadores nasales)

COMBINACIÓN DE ANTIHIISTAMÍNICOS DE I.ª GENERACIÓN Y DESCONGESTIVOS		
<i>phenylephrine hcl/prometh hcl</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIISTAMÍNICOS Y DESCONGESTIVOS COMBINADOS (Alergia/rociadores nasales) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
COMBINACIÓN DE ANTIISTAMÍNICOS DE 2.ª GENERACIÓN Y DESCONGESTIVOS		
CLARINEX-D 12 HOUR	T3	
ANTIISTAMÍNICOS (Alergia/rociadores nasales)		
ANTIISTAMÍNICOS - 1.ª GENERACIÓN		
carbinoxamine 4 mg/5 ml liquid	T1	
carbinoxamine maleate 4 mg tab	T1	
carbinoxamine maleate 6 mg tab (Ryvent)	T1	PA
clemastine fumarate	T1	
cyproheptadine hcl (Cyproheptadine Hcl)	T1	
dexchlorpheniramine maleate (Ryclora)	T1	
diphenhydramine hcl	T1	
hydroxyzine hcl	T1	
hydroxyzine pamoate	T1	
hydroxyzine pamoate (Vistaril)	T1	
KARBINAL ER	T3	PA
PHENERGAN (promethazine hcl)	T3	
promethazine hcl	T1	
promethazine hcl (Phenergan)	T1	
RYCLORA (dexchlorpheniramine maleate)	T3	
RYVENT	T3	PA
VISTARIL (hydroxyzine pamoate)	T3	
ANTIISTAMÍNICOS - 2.ª GENERACIÓN		
cetirizine hcl	T1	HD
CLARINEX (desloratadine)	T3	HD
desloratadine 2.5 mg odt	T1	QL (1 tab/day) HD
desloratadine 5 mg odt	T1	HD
desloratadine 5 mg tablet (Clarinet)	T1	HD
QUZYTIR	T3	
ANTIISTAMÍNICOS (Condiciones oculares)		
ANTIISTAMÍNICOS PARA LOS OJOS		
azelastine hcl 0.05% drops	T1	
BEPREVE	T3	PA
epinastine hcl	T1	

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIISTAMÍNICOS (Condiciones oculares) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIISTAMÍNICOS PARA LOS OJOS (cont.)		
LASTACAF	T3	
olopatadine hcl 0.1% eye drops	T1	
olopatadine hcl 0.2% eye drop (Pataday)	T1	
PATADAY (olopatadine hcl)	T3	
PATANOL 0.1%	T3	PA
PAZEO	T2	
ZERVATE	T2	

ANTIIPERGLUCÉMICOS (Diabetes)

ANTIIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE LA ENZIMA DPP-4-TIAZOLIDINEDIONA		
ALOGLIPTIN-PIOGLITAZONE	T3	PA QL (1 tab/day) HD
OSENI	T3	PA QL (1 tab/day) HD
ANTIIPERGLUCÉMICOS, MIMÉTICOS DE INCRETINA (AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-1)		
BYDUREON	T2	QL (4 vials/28 days) ST HD
BYDUREON BCISE	T2	QL (4 pens/28 days) ST
BYDUREON PEN	T2	QL (4 pens/28 days) ST HD
BYETTA	T3	QL (1 pen/30 days) ST
OZEMPIC 0.25-0.5 MG DOSE PEN	T2	QL (2 pens/28 days) ST HD
OZEMPIC 1 MG DOSE PEN (1.5 ML)	T2	QL (2 pens/28 days) ST HD
OZEMPIC 1 MG DOSE PEN (3 ML)	T2	QL (3ML/21 Days) ST HD
REZVOGLAR KWIKPEN	T2	PA
RYBELSUS	T2	QL (1 tab/day) ST
TRULICITY 0.75 MG/0.5 ML PEN	T2	QL (4 pens/28 days) ST
TRULICITY 1.5 MG/0.5 ML PEN	T2	QL (4 pens/28 days) ST
TRULICITY 3 MG/0.5 ML PEN	T2	QL (2 ml/28 Days) ST
TRULICITY 4.5 MG/0.5 ML PEN	T2	QL (2 ml/28 Days) ST
VICTOZA 2-PAK	T3	QL (3 pens/30 days) ST
VICTOZA 3-PAK	T3	QL (3 pens/30 days) ST
ANTIIPERGLUCÉMICOS, INSULINA, ACCIÓN PROLONGADA-AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-1		
SOLIQUA 100-33	T2	HD
XULTOPHY 100-3.6	T3	PA HD
ANTIIPERGLUCÉM.-INHIB. DEL COTRANSPORT. DE SOD./GLUC. TIPO 2 (SGLT-2)		
FARXIGA	T2	ST QL(1 tab/day) HD
INVOKANA	T2	QL (1 tab/day) ST HD
JARDIANCE	T2	QL (1 tab/day) ST HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERGLUCÉM.-INHIB. DEL COTRANSPORT. DE SOD./GLUC. TIPO 2 (SGLT-2) (cont.)		
STEGLATRO	T2	QL (1 tab/day) ST HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE DOPAMINA		
CYCLOSET	T3	HD
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 120	T2	HD
SYMLINPEN 60	T2	
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO BIGUANIDAS		
FORTAMET (<i>metformin er osmotic</i>)	T3	PA HD
GLUCOPHAGE XR (<i>metformin hcl er</i>)	T3	HD
GLUMETZA (<i>metformin er gastric</i>)	T3	PA
<i>metformin hcl</i> (Fortamet)	T1	PA HD
<i>metformin hcl</i> (Glucophage Xr)	T1	HD
<i>metformin hcl</i> (Glumetza)	T1	PA HD
<i>metformin hcl</i> (Riomet)	T1	HD
METFORMIN HCL 750 MG TABLET	T3	PA HD
RIOMET (<i>metformin hcl</i>)	T3	HD
RIOMET ER	T3	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE DPP-4		
ALOGLIPTIN	T3	PA QL (1 tab/day) HD
JANUVIA	T2	QL (1 tab/day) ST HD
NESINA	T3	PA QL (1 tab/day) HD
ONGLYZA	T3	PA QL (1 tab/day) HD
SITAGLIPTIN	T3	PA QL (1 tab/day) HD
TRADJENTA	T3	PA QL (2 tabs/day) HD
ZITUVIO	T3	PA QL (1 tab/day) HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO ESTIMULANTES DE LIBERACIÓN DE INSULINA		
AMARYL (<i>glimepiride</i>)	T3	HD
<i>chlorpropamide</i>	T1	HD
<i>glimepiride</i> (Amaryl)	T1	HD
GLIMEPIRIDE 3 MG TABLET	T3	HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO ESTIMULANTES DE LIBERACIÓN DE INSULINA (cont.)		
<i>glipizide</i> (Glucotrol XL)	T1	HD
<i>glipizide</i> (Glucotrol)	T1	HD
GLUCOTROL (<i>glipizide</i>)	T3	HD
GLUCOTROL XL (<i>glipizide xl</i>)	T3	HD
<i>glyburide</i>	T1	HD
GLYNASE (<i>glyburide micronized</i>)	T3	HD
<i>nateglinide</i> (Starlix)	T1	HD
<i>repaglinide</i>	T1	HD
STARLIX (<i>nateglinide</i>)	T3	HD
<i>tolbutamide</i>	T1	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, COMB. DE INHIBIDORES DE SGLT-2 Y DPP-4		
GLYXAMBI	T2	QL (1 tab/day) ST HD
QTERN	T3	QL (1 tab/day) ST HD
STEGLUJAN	T3	QL (1 tab/day) ST HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS Y BIGUANIDAS		
ACTOPLUS MET (<i>pioglitazone-metformin</i>)	T3	HD
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i> (Actoplus Met)	T1	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS Y SULFONILUREAS		
DUETACT (<i>pioglitazone-glimepiride</i>)	T3	HD
<i>pioglitazone hcl/glimepiride</i> (Duetact)	T1	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, COMB. DE INHIBIDORES DE DPP-4 Y BIGUANIDAS		
ALOGLIPTIN-METFORMIN	T3	PA QL (2 tabs/day) HD
JANUMET	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
JANUMET XR 100-1,000 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day) ST HD
JANUMET XR 50-1,000 MG TABLET	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
JANUMET XR 50-500 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day) ST HD
JENTADUETO	T3	PA QL (4 tabs/day) HD
JENTADUETO XR 2.5 MG-1,000 MG	T3	PA QL (2 tabs/day) HD
JENTADUETO XR 5 MG-1,000 MG TB	T3	PA QL (1 tab/day) HD
KAZANO	T3	PA QL (2 tabs/day) HD
KOMBIGLYZE XR 2.5-1,000 MG TAB	T3	PA QL (2 tabs/day) HD
KOMBIGLYZE XR 5-1,000 MG TAB	T3	PA QL (1 tab/day) HD
KOMBIGLYZE XR 5-500 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day) HD
SITAGLIPTIN-METFORMIN	T3	HD
SITAGLIPTIN-METFORMIN ER 50-500 MG, 100-1,000 MG	T3	PA QL (1 tab/day) HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, COMB. DE INHIBIDORES DE DPP-4 Y BIGUANIDAS (cont.)		
SITAGLIPTIN-METFORMIN ER 50-1,000	T3	PA QL(2 tabs/day) HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, ESTIM. DE LIBERACIÓN DE INSULINA-BIGUANIDAS		
glipizide/metformin hcl	T1	HD
glyburide/metformin hcl	T1	HD
repaglinide/metformin hcl	T1	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS (AGONISTAS DE PPARG)		
ACTOS (pioglitazone hcl)	T3	HD
AVANDIA	T3	HD
pioglitazone hcl (Actos)	T1	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS-BLOQUEADORES DE LOS RECEPTORES DE GLUCOCORTICOIDES		
KORLYM (mifepristone)	T3	PA SP
mifepristone 300 mg tablet (Korlym)	T1	PA SP
ANTIPLERGLUCÉMICOS-COMB. DE INHIBIDORES DE SGLT-2 Y BIGUANIDAS		
DAPAGLIFLOZIN-METFO ER 10-1000	T3	PA QL(1 TAB/DAY) HD
DAPAGLIFLOZIN-METFOR ER 5-1000	T3	PA QL(2 TABS/DAY) HD
INVOKAMET	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
INVOKAMET XR	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
SEGLUROMET	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
SYNJARDY	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
SYNJARDY XR 10-1,000 MG TABLET	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
SYNJARDY XR 12.5-1,000 MG TAB	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
SYNJARDY XR 25-1,000 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day) ST HD
SYNJARDY XR 5-1,000 MG TABLET	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
XIGDUO XR 10 MG-1,000 MG TAB	T2	QL (1 tab/day) ST HD
XIGDUO XR 10 MG-500 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day) ST HD
XIGDUO XR 2.5 MG-1,000 MG TAB	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
XIGDUO XR 5 MG-1,000 MG TABLET	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
XIGDUO XR 5 MG-500 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day) ST HD
ANTIHIPERGLUCÉM.-COMB. DE INHIB. DE SGLT-2, INHIB. DE DPP-4 Y BIGUANIDAS		
TRIJARDY XR	T2	QL (1 tab/day) ST HD
ANTIHIPERGLUCÉM.-INHIB. DEL COTRANSPORT. DE SOD./GLUC. TIPO 2 (SGLT-2)		
BRENZAVVY	T3	PA QL(1 tabs/day) HD
DAPAGLIFLOZIN	T3	PA QL(1 tab/day) HD
INSULINAS		
ADMELOG	T3	QL (1.5ml/day) HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INSULINAS (cont.)		
ADMELOG SOLOSTAR	T3	QL (1.5ml/day) HD
AFREZZA 12 UNIT CARTRIDGE	T3	PA QL (12 cartridges/day) HD
AFREZZA 4 UNIT CARTRIDGE	T3	PA QL (36 cartridges/day) HD
AFREZZA 4 UNIT/8 UNIT/12 UNIT	T3	PA QL (6 cartridges/day) HD
AFREZZA 8 UNIT CARTRIDGE	T3	PA QL (18 cartridges/day) HD
AFREZZA 90-4 UNIT / 90-8 UNIT	T3	PA QL (12 cartridges/day) HD
AFREZZA 90-8 UNIT / 90-12 UNIT	T3	PA QL (6 cartridges/day) HD
APIDRA	T3	QL (1.5ml/day) HD
APIDRA SOLOSTAR	T3	QL (1.5ml/day) HD
BASAGLAR KWIKPEN U-100	T2	QL (1.5ml/day) HD
FIASP	T2	QL (1.5ml/day) HD
FIASP FLEXTOUCH	T2	QL (1.5ml/day) HD
FIASP PENFILL	T2	QL (1.5ml/day) HD
HUMALOG	T2	QL (1.5ml/day) HD
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	T2	QL (1.5ml/day) HD
HUMALOG KWIKPEN U-100	T2	QL (1.5ML/DAY) HD
HUMALOG KWIKPEN U-200	T2	QL (1ML/DAY) HD
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	T2	QL (2ml/day) HD
HUMALOG MIX 75-25	T2	QL (2ml/day) HD
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	T2	QL (2ml/day) HD
HUMULIN R U-500	T2	QL (1ML/DAY) HD
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	T2	QL (1ml/day) HD
INSULIN ASPART	T2	QL (1.5ml/day) HD
INSULIN ASPART FLEXPEN	T2	QL (1.5ml/day) HD
INSULIN ASPART PENFILL	T2	QL (1.5ml/day) HD
INSULIN ASPART PROT-INSULN ASP	T2	QL (2ml/day) HD
INSULIN GLARGINE MAX SOLOSTAR	T3	PA QL(0.6 mls/day) HD
INSULIN GLARGINE SOLOSTAR U100	T3	PA QL(1.5 mls/day) HD
INSULIN GLARGINE SOLOSTAR U300	T3	PA QL(0.6 mls/day) HD
INSULIN GLARGINE-YFGN	T3	QL (1.5ml/day) HD
INSULIN LISPRO	T2	QL (1.5ml/day) HD
INSULIN LISPRO PROTAMINE MIX	T2	QL (2ml/day) HD
KIRSTY	T3	QL (1.5ml/day) HD
LANTUS	T3	PA QL (1.5ml/day) HD
LANTUS SOLOSTAR	T3	PA QL (1.5ml/day) HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INSULINAS (cont.)		
LEVEMIR	T3	PA QL (1.5ml/day) HD
LYUMJEV	T2	QL (1.5ml/day) HD
LYUMJEV KWIKPEN U-100	T2	QL (1.5ml/day) HD
LYUMJEV KWIKPEN U-200	T2	QL (1ml/day) HD
MERILOG	T3	PA QL (1.5ml/day)
NOVOLOG	T2	QL (1.5ml/day) HD
NOVOLOG FLEXPEN	T2	QL (1.5ml/day) HD
NOVOLOG MIX 70-30	T2	QL (2ml/day) HD
NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN	T2	QL (2ml/day) HD
SEMGLEE (YFGN)	T3	PA QL (1.5ml/day) HD
SEMGLEE PEN	T3	PA QL (1.5ml/day) HD
TOUJEO MAX SOLOSTAR	T3	PA QL (0.6ml/day) HD
TOUJEO SOLOSTAR	T3	PA QL (0.6ml /day) HD
TRESIBA	T2	QL (1.5ml/day) HD
TRESIBA FLEXTOUCH U-100	T2	QL (1.5ml/day) HD
TRESIBA FLEXTOUCH U-200	T2	QL (0.9ml/day) HD

ANTIINFECCIOSOS (Productos femeninos)

SULFONAMIDAS VAGINALES		
AVC	T3	

ANTIINFECCIOSOS (Infecciones)

ANTIBIÓTICOS DE PENICILINA		
<i>amoxicillin</i>	T1	
<i>amoxicillin/potassium clav</i> (Augmentin Es-600)	T1	
<i>ampicillin sodium</i>	T1	
AUGMENTIN ES-600 (<i>amoxicillin/potassium clav</i>)	T3	PA
<i>nafcillin sodium</i>	T1	

ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Productos femeninos)

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

ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Infecciones)

ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS DE 2.ª GENERACIÓN-ANTIBACTERIANOS		
TINDAMAX (<i>tinidazole</i>)	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Infecciones) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS DE 2.ª GENERACIÓN-ANTIBACTERIANOS (cont.)		
<i>tinidazole</i>	T1	
<i>tinidazole</i> (Tindamax)	T1	
AMEBICIDAS		
<i>paromomycin sulfate</i>	T1	
ANTHELMINTICOS		
<i>albendazole</i> (Albenza)	T1	
ALBENZA (<i>albendazole</i>)	T3	
BILTRICIDE (<i>praziquantel</i>)	T3	
EMVERM	T1	
<i>ivermectin</i> (Stromectol)	T1	PA
<i>praziquantel</i> (Biltricide)	T1	
STROMEKTOL (<i>ivermectin</i>)	T3	PA
MEDICAMENTOS CONTRA LA MALARIA		
ARAKODA	T3	PA
<i>atovaquone/proguanil hcl</i> (Malarone)	T1	
<i>chloroquine ph 250 mg tablet</i>	T1	QL (56 Tabs/365 days)
<i>chloroquine ph 500 mg tablet</i>	T1	
COARTEM	T3	PA QL (24 tabs/30 days)
DARAPRIM (<i>pyrimethamine</i>)	T3	PA SP
<i>hydroxychloroquine sulfate</i> (Plaquenil)	T1	
KRINTAFEL	T3	PA QL (2 tabs/30 days)
MALARONE (<i>atovaquone-proguanil hcl</i>)	T3	PA
<i>mefloquine hcl</i>	T1	
PLAQUENIL (<i>hydroxychloroquine sulfate</i>)	T3	PA
<i>primaquine phosphate</i> (Primaquine)	T1	
PRIMAQUINE (<i>primaquine phosphate</i>)	T1	
<i>pyrimethamine 25 mg tablet</i> (Daraprim)	T1	PA
<i>pyrimethamine 25 mg tablet</i> (Daraprim)	T3	PA SP
QUALAQUIN (<i>quinine sulfate</i>)	T3	PA
<i>quinine sulfate</i> (Qualaquin)	T1	
MEDICAMENTOS ANTIPROTOZOARIOS, VARIOS		
<i>atovaquone</i> (Mepron)	T1	
BENZNIDAZOLE	T3	
IMPAVIDO	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

ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Infecciones) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MEDICAMENTOS ANTIPROTOZOARIOS, VARIOS (cont.)		
LAMPIT	T3	
MEPRON	T3	PA
MEPRON (<i>atovaquone</i>)	T3	PA
NEBUPENT (<i>pentamidine isethionate</i>)	T3	
PENTAM 300 (<i>pentamidine isethionate</i>)	T3	
<i>pentamidine isethionate</i> (Nebupent)	T1	
<i>pentamidine isethionate</i> (Pentam 300)	T1	

ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Varios)

AGENTES ANTIBACTERIANOS, VARIOS		
<i>glycine urologic solution</i>	T1	
<i>glycine urologic solution</i>	T3	

ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Condiciones cutáneas)

ANTIMICÓTICOS TÓPICOS		
CICLODAN 8% KIT	T3	
<i>ciclopirox/urea/camph/men/euc</i> (Ciclodan)	T1	

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

ANTIINFLAMATORIOS INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL		
ABRILADA(CF)	T3	PA QL(2 pens/syringes/28 days) SP
ADALIMUMAB-AACF(CF)	T3	PA QL(2 pens/syringes/28 days) SP
ADALIMUMAB-AACF(CF) PEN	T3	PA
ADALIMUMAB-AATY(CF)	T3	PA QL SP
ADALIMUMAB-AATY(CF) AUTOINJECT	T3	PA QL SP
ADALIMUMAB-ADB(CF)	T3	PA QL(2 pens/syringes/28 days) SP HD
ADALIMUMAB-ADB(CF) PEN CROHNS	T3	PA QL(1 starter kit/365 days) SP HD
ADALIMUMAB-ADAZ	T3	PA QL (2 doses/ 28 days) SP
ADALIMUMAB-FKJP(CF)	T3	PA QL(2 pens/syringes/28 days) SP
ADALIMUMAB-RYVK(CF) AUTOINJECT	T2	PA QL (2 auto-injs/28 days) SP
AMJEVITA(CF)	T3	PA QL(2 syringes/28 days) SP HD
AMJEVITA(CF) AUTOINJECTOR	T3	PA QL(2 auto-injs/28 days) SP HD
AVSOLA	T3	PA SP
CIMZIA 200 MG VIAL KIT	T3	PA QL (1 kit/28 days) SP HD
CIMZIA 2X200 MG/ML SYRINGE KIT	T3	PA QL (1 kit/28 days) SP HD
CIMZIA 2X200 MG/ML (X3) START KT	T3	PA QL (1 kit/year) SP HD
CYLTEZO (CF)	T2	PA QL(2 pens/syringes/28 days) SP

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAMATORIOS INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL (cont.)		
CYLTEZO(CF) PEN	T2	PA QL(2 pens/28 days) SP HD
CYLTEZO(CF) PEN CRH-UC-HS	T2	PA QL(1 starter kit/365 days) SP
CYLTEZO(CF) PEN PSORIA-UV	T2	PA QL(1 starter kit/365 days) SP
ENBREL 25 MG KIT	T3	PA QL (8 vials/28 days) SP HD
ENBREL 25 MG/0.5 ML SYRINGE	T3	PA QL (8 syringes/28 days) SP HD
ENBREL 25 MG/0.5 ML VIAL	T3	PA QL (4ml/28 days) SP HD
ENBREL 50 MG/ML SYRINGE	T3	PA QL (4 syringes/28 days) SP HD
ENBREL MINI	T3	PA QL (4 cartridges/28 days) SP HD
ENBREL SURECLICK	T3	PA QL (4 syringes/28 days) SP HD
HADLIMA	T3	PA QL (2 doses/ 28 days) SP HD
HADLIMA (CF-citrate free)	T3	PA QL (2 doses/ 28 days) SP HD
HULIO(CF)	T3	PA QL(2 pens/syringes/28 days) SP
HUMIRA	T3	PA QL (2 syringes/28 days) SP
HUMIRA PEN	T3	PA QL (2 pens/28 days) SP
HUMIRA (CF)	T3	PA QL (2 syringes/28 days) SP HD
HUMIRA (CF) PEDIATRIC CROHN'S	T3	PA QL (1 kit/year) SP HD
HUMIRA (CF) PEN 40 MG/0.4 ML	T3	PA QL (2 pens/28 days) SP HD
HUMIRA (CF) PEN 80 MG/0.8 ML	T3	PA QL (1 kit/year) SP HD
HUMIRA (CF) PEN CROHN'S-UC-HS	T3	PA QL (1 kit/year) SP HD
HUMIRA (CF) PEN PEDIATRIC UC	T3	PA QL (4 kits/365 days) SP HD
HUMIRA (CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS	T3	PA QL (1 kit/year) SP HD
HYRIMOZ	T3	PA QL (2 doses/ 28 days) SP
IDACIO (CF)	T3	PA QL (2 doses/ 28 days) SP
INFLECTRA	T3	PA SP HD
REMICADE	T3	PA SP HD
RENFLXIS	T3	PA SP HD
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR	T2	PA QL(2 auto-injs/28 days) SP HD
SIMPONI 100 MG/ML PEN INJECTOR	T3	PA QL (1 injector/28 days) SP HD
SIMPONI 100 MG/ML SYRINGE	T3	PA QL (1 syringe/28 days) SP HD
SIMPONI 50 MG/0.5 ML PEN INJEC	T3	PA QL (1 injector/28 days) SP HD
SIMPONI 50 MG/0.5 ML SYRINGE	T3	PA QL (1 syringe/28 days) SP HD
SIMPONI ARIA	T3	PA SP HD
YUFLYMA	T3	PA QL(2 pens/syringes/28 days) SP
YUSIMRY (CF)	T3	PA QL (2 doses/ 28 days) SP

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANP - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES X RETINOIDES (RXR) SELECTIVOS		
<i>bexarotene</i> (Targretin)	T3	PA SP HD
TARGRETIN 75 MG CAPSULE (<i>bexarotene</i>)	T3	PA SP HD
ANTIBIÓTICOS ANTINEOPLÁSICOS		
<i>adriamycin 10 mg vial</i>	T3	PA SP
<i>adriamycin 20 mg/10 ml vial</i>	T3	PA SP
ADRIAMYCIN (<i>doxorubicin hcl</i>)	T3	PA SP
<i>bleomycin sulfate</i>	T3	PA SP
COSMEGEN	T3	PA SP
<i>dactinomycin</i> (Cosmegen)	T3	PA SP
<i>daunorubicin hcl</i>	T3	PA SP
DOXIL (<i>lipodox 50</i>)	T3	PA SP
<i>doxorubicin hcl</i>	T3	PA SP
<i>doxorubicin hcl peg-liposomal</i> (Doxil)	T3	PA SP
ELLENCÉ (<i>epirubicin hcl</i>)	T3	PA SP
<i>epirubicin vial</i> (Ellence)	T3	PA SP
<i>epirubicin hcl 200 mg vial</i>	T3	SP
IDAMYCIN PFS (<i>idarubicin hcl</i>)	T3	PA SP
<i>idarubicin hcl</i> (Idamycin Pfs)	T3	PA SP
<i>mitomycin</i> (Mutamycin)	T3	PA SP
MUTAMYCIN (<i>mitomycin</i>)	T3	PA SP
<i>valrubicin</i> (Valstar)	T3	SP
VALSTAR (<i>valrubicin</i>)	T3	SP
ZANOSAR	T3	PA SP
ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-CD20 (LINFOCITOS B)		
GAZYVA	T3	PA SP
RIABNI	T3	PA SP
RITUXAN	T3	PA SP
RITUXAN HYCELA	T3	PA SP
RUXIENCE	T3	PA SP
TRUXIMA	T3	PA SP
ANTINEOPLÁSICOS, ANTICUERPOS MONOCLONALES RECOMBINANTES INHIBIDORES DEL VEGF HUMANO		
AVASTIN	T3	PA SP
MVASI	T3	PA SP
VEGZELMA	T3	PA SP

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSICOS, ANTICUERPOS MONOCLONALES RECOMBINANTES INHIBIDORES DEL VEGF HUMANO (cont.)		
ZIRABEV	T3	PA SP
ANTINEOPLÁSICOS, INHIBIDORES DE LA HISTONA DEACETILASA (HDAC)		
BELEODAQ	T3	PA SP
FARYDAK	T3	PA SP HD
ISTODAX	T3	PA SP
ROMIDEPSIN 10 MG KIT	T3	PA SP
ROMIDEPSIN 27.5 MG/5.5 ML VIAL	T3	PA SP
ZOLINZA	T3	PA SP HD
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS - ALQUILANTES		
ALKERAN 2 MG TABLET (<i>melfalan</i>)	T3	SP
ALKERAN 50 MG VIAL (<i>melfalan hcl</i>)	T3	PA SP
BELRAPZO	T3	PA SP HD
BENDAMUSTINE 100 MG/4ML VIAL	T3	PA SP HD
BENDEKA	T3	PA SP HD
<i>bendamustine 25 mg vial</i> (Treanda)	T3	PA SP
<i>bendamustine 100 mg vial</i> (Treanda)	T3	PA SP
BICNU (<i>carmustine</i>)	T3	SP
<i>busulfan</i> (Busulfex)	T3	SP
BUSULFEX (<i>busulfan</i>)	T3	SP
<i>carboplatin</i>	T3	PA SP
<i>carmustine</i> (Bicnu)	T3	SP
<i>cisplatin</i>	T3	PA SP
<i>cyclophosphamide 1 gm vial</i>	T3	SP
CYCLOPHOSPHAMIDE 1 GM/5 ML VL	T3	SP
CYCLOPHOSPHAMIDE 2 GM/20 ML VL	T3	SP
CYCLOPHOSPHAMIDE 500 MG/5ML VL	T3	SP
<i>cyclophosphamide 2 gm vial</i>	T3	SP
<i>cyclophosphamide 25 mg capsule</i>	T3	SP HD
CYCLOPHOSPHAMIDE 25 MG TABLET	T3	PA SP HD
<i>cyclophosphamide 50 mg capsule</i>	T3	SP HD
CYCLOPHOSPHAMIDE 50 MG TABLET	T3	PA SP HD
<i>cyclophosphamide 500 mg vial</i>	T3	SP
CYCLOPHOSPHAMIDE 500 MG/2.5 ML	T3	SP
EVOMELA	T3	PA SP

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS - ALQUILANTES		
GLEOSTINE	T2	
GLIADEL	T3	SP
HYDREA (<i>hydroxyurea</i>)	T3	
<i>hydroxyurea</i> (Hydrea)	T1	
IFEX (<i>ifosfamide</i>)	T3	PA SP
<i>ifosfamide</i>	T3	PA SP
<i>ifosfamide</i> (Ifex)	T3	PA SP
LEUKERAN	T2	
<i>melphalan hcl</i> (Alkeran)	T3	PA CSL
MYLERAN	T2	
<i>oxaliplatin</i>	T3	PA SP
PEPAXTO	T3	PA SP
TEMODAR	T3	PA SP
<i>temozolomide</i>	T3	PA SP HD
TEPADINA	T3	PA SP
TEPADINA (<i>thiotepa</i>)	T3	PA SP
<i>thiotepa</i> (Tepadina)	T3	PA SP
TREANDA (<i>bendamustine hcl</i>)	T3	PA SP
YONDELIS	T3	PA SP
ZEPZELCA	T3	PA SP
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS - ANTIANDROGÉNICOS		
<i>abiraterone acetate</i> (Zytiga)	T3	PA SP HD
<i>bicalutamide</i> (Casodex)	T1	
CASODEX (<i>bicalutamide</i>)	T3	
ERLEADA 240 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day) SP HD CSL
ERLEADA 60 MG TABLET	T3	PA SP HD CSL
<i>flutamide</i>	T1	
NILANDRON (<i>nilutamide</i>)	T3	PA QL (4 tabs/day)
<i>nilutamide</i> (Nilandron)	T1	QL (4 tabs/day)
NUBEQA	T3	PA SP HD
XTANDI	T3	PA SP HD
YONSA	T3	PA SP HD
ZYTIGA (<i>abiraterone acetate</i>)	T3	PA SP HD

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSICOS - ANTIBIÓTICOS Y ANTIMETABOLITOS		
VYXEOS	T3	PA SP
ANTINEOPLÁSICOS - ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-CD38		
DARZALEX	T3	PA SP HD
DARZALEX FASPRO	T3	PA SP
SARCLISA	T3	PA SP
ANTINEOPLÁSICOS - ANTIMETABOLITOS		
ALIMTA	T3	PA SP
ARRANON	T3	PA SP
azacitidine (Vidaza)	T3	PA SP
capecitabine (Xeloda)	T3	PA SP HD
cladribine	T3	PA SP
clofarabine	T3	PA SP
cytarabine	T3	PA SP
cytarabine/pf	T3	PA SP
DACOGEN (decitabine)	T3	PA SP
decitabine (Dacogen)	T3	PA SP
floxuridine	T3	PA SP
fludarabine phosphate	T3	PA SP
fluorouracil	T3	PA SP
fluorouracil 1,000 mg/20 ml vial	T3	PA SP
fluorouracil 2, 500 mg/50 ml vial	T3	PA SP
fluorouracil 2.5 gm/50 ml btl	T3	PA SP
fluorouracil 2.5 gm/50 ml vial	T3	PA SP
fluorouracil 5 gm/100 ml btl	T3	PA SP
fluorouracil 5 gm/100 ml vial	T3	PA SP
fluorouracil 5,000 mg/100 ml	T3	PA SP
fluorouracil 500 mg/10 ml vial	T3	PA SP
FOLOTYN 20 MG/ML VIAL	T3	PA SP
FOLOTYN 40 MG/2 ML VIAL	T3	PA SP
gemcitabine hcl	T3	PA SP
INFUGEM	T3	PA SP HD
INQOVI	T3	PA SP HD
LONSURF	T3	PA SP HD

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSICOS - ANTIMETABOLITOS (cont.)		
<i>mercaptopurine</i>	T1	
<i>methotrexate sodium</i>	T1	
<i>methotrexate sodium/pf</i>	T1	
NIPENT	T3	PA SP
ONUREG	T3	PA QL (14 tabs/28 days) SP
PEMRYDI RTU	T3	PA
PURIXAN	T3	SP
TABLOID	T3	
TREXALL	T2	
VIDAZA (<i>azacitidine</i>)	T3	PA SP
XATMEP	T3	
XELODA (<i>capecitabine</i>)	T3	PA SP HD
ZYNYZ	T3	PA SP
ANTINEOPLÁSICOS - ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-SLAMF7		
EMPLICITI	T3	PA SP HD
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA AROMATASA		
<i>anastrozole</i> (Arimidex)	T1	HD PPACA
ARIMIDEX (<i>anastrozole</i>)	T3	HD
AROMASIN (<i>exemestane</i>)	T3	HD
<i>exemestane</i> (Aromasin)	T1	HD PPACA
FEMARA (<i>letrozole</i>)	T3	HD
<i>letrozole</i> (Femara)	T1	HD
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA BRAF		
BRAFTOVI	T3	PA SP HD
OJEMDA TABLET	T3	PA QL(1 packet/28 Days) SP CSL
OJEMDA 25 MG/ML ORAL SUSP	T3	PA QL(8 bottles/28 days) SP CSL
TAFINLAR 10 MG TABLET FOR SUSP	T2	PA QL(30 tabs/day) SP HD CSL
TAFINLAR 50 MG, 75 MG CAPSULE	T2	PA QL(4 caps/day) SP HD CSL
ZELBORAF	T3	PA SP HD
ANTINEOPLÁSICOS - ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-CD19 (LINFOCITOS B)		
MONJUVI	T3	PA SP
ANTINEOPLÁSICOS - EPOTILONAS Y ANÁLOGOS		
IXEMPRA	T3	PA SP
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA VÍA DE HEDGEHOG		
CYCLOPHOSPHAMIDE 25 MG TABLET	T3	PA SP HD
<i>cyclophosphamide 50 mg capsule</i>	T3	SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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 VÍA DE HEDGEHOG (cont.)		
CYCLOPHOSPHAMIDE 50 MG TABLET	T3	PA SP HD
<i>cyclophosphamide 500 mg vial</i>	T3	SP
CYCLOPHOSPHAMIDE 500 MG/2.5 ML	T3	SP
DAURISMO	T3	PA SP HD
ERIVEDGE	T3	PA SP HD
EVOMELA	T3	PA SP
ODOMZO	T2	PA SP HD CSL
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK)		
JAKAFI	T3	PA SP HD
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDOR DE LA PROTEÍNA KRAS		
KRAZATI	T3	PA QL(6 tabs/day) SP CSL
LUMAKRAS 120 MG TABLET	T3	PA QL(8 tabs/day) SP HD CSL
LUMAKRAS 320 MG TABLET	T3	PA QL(3 tabs/day) SP HD CSL
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA MEKI Y MEK2		
COTELLIC	T3	PA SP HD
GOMEKLI	T3	PA SP HD
KOSELUGO 10 MG CAPSULE	T3	PA QL (10 capsules/day) SP
KOSELUGO 25 MG CAPSULE	T3	PA QL (4 caps/day) SP
MEKINIST 0.05 MG/ML SOLUTION	T2	PA QL(40 mls/day) SP HD CSL
MEKINIST 0.5 MG TABLET	T2	PA QL(3 tabs/day) SP HD CSL
MEKINIST 2 MG TABLET	T2	PA QL(1 tab/day) SP HD CSL
MEKTOVI	T3	PA SP HD
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE MICROTÚBULOS		
<i>eribulin mesylate (Halaven)</i>	T1	PA SP
HALAVEN (<i>eribulin mesylate</i>)	T3	PA SP
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA MTOR		
AFINITOR (<i>everolimus</i>)	T3	PA SP HD
AFINITOR DISPERZ	T3	PA SP
<i>everolimus (Afinitor)</i>	T3	PA QL(1 tab/day) SP CSL
<i>temsirolimus (Torisel)</i>	T3	PA SP
TORISEL (<i>temsirolimus</i>)	T3	PA SP
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA PROTEÍNA METILTRANSFERASA		
TAZVERIK	T3	PA SP
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA TOPOISOMERASA I		
CAMPTOSAR 100 MG/5 ML VIAL (<i>irinotecan hcl</i>)	T3	PA SP

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA TOPOISOMERASA I (cont.)		
CAMPTOSAR 300 MG/15 ML VIAL	T3	PA SP
CAMPTOSAR 40 MG/2 ML VIAL (<i>irinotecan hcl</i>)	T3	PA SP
HYCANTIN 0.25 MG CAPSULE	T3	PA SP HD CSL
HYCANTIN 1 MG CAPSULE	T3	PA SP HD CSL
HYCANTIN 4 MG VIAL (<i>topotecan hcl</i>)	T3	PA SP HD CSL
<i>irinotecan hcl</i>	T3	PA SP
<i>irinotecan hcl</i> (Camptosar)	T3	PA SP
ONIVYDE	T3	PA SP
<i>topotecan hcl</i>	T3	PA SP HD
<i>topotecan hcl</i> (Hycantin)	T3	PA SP HD
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DEL VEGF-A, B Y PLGF		
ZALTRAP	T3	PA SP
ANTINEOPLÁSICOS - ANTAGONISTA DE VEGFR		
CYRAMZA	T3	PA SP
ANTINEOPLÁSICOS - ALCALOIDES DE LA VINCA		
MARQIBO	T3	PA SP
NAVELBINE (<i>vinorelbine tartrate</i>)	T3	PA SP
<i>vinblastine sulfate</i>	T3	PA SP
<i>vincristine sulfate</i>	T3	PA SP
<i>vinorelbine tartrate</i> (Navelbine)	T3	PA SP
ANTINEOPLÁSICOS - ANTICUERPO CD22-ANTIBIÓTICO CITOTÓXICO		
BESPONS	T3	PA SP
ANTINEOPLÁSICOS - ANTICUERPO CD33-ANTIBIÓTICO CITOTÓXICO		
MYLOTARG	T3	PA SP
ANTINEOPLÁSICOS COMB. - INHIBIDORES DE LA QUINASA Y LA AROMATASA		
KISQALI FEMARA CO-PACK	T3	PA QL(1 tab/28 days) SP HD CSL
ANTINEOPLÁSICOS - ANTICUERPOS MONOCLONALES BLOQUEADORES DE LOS RECEPTORES DEL EGF		
ERBITUX	T3	PA SP
HERCEPTIN	T3	PA SP
HERCEPTIN HYLECTA	T3	PA SP
HERZUMA	T3	PA SP
KANJINTI	T3	PA SP
MARGENZA	T3	PA SP
OGIVRI	T3	PA SP

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSICOS - ANTICUERPOS MONOCLONALES BLOQUEADORES DE LOS RECEPTORES DEL EGF (cont.)		
ONTRUZANT	T3	PA SP
PERJETA	T3	PA SP
PHESGO	T3	PA SP HD
PORTRAZZA	T3	PA SP
TRAZIMERA	T3	PA SP
VECTIBIX	T3	PA SP
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS INMUNOMODULADORES		
<i>lenalidomide</i>	T3	PA QL(1 tab/day) SP HD CSL
POMALYST	T2	PA QL(21 caps/28 days) SP HD CSL
REVLIMID	T3	PA QL(1 tab/day) SP HD CSL
AGONISTAS DE LHRH (GNRH) ANTINEOPLÁSICOS, SUPR. HIPOFISARIOS		
ELIGARD	T3	SP HD
<i>leuprolide acetate</i>	T3	PA SP HD
LEUPROLIDE DEPOT	T3	PA SP
LUPRON DEPOT	T3	PA SP HD
TRELSTAR	T3	SP HD
ZOLADEX	T3	PA SP HD
ANTAGONISTAS DE LHRH (GNRH) ANTINEOPLÁSICOS, SUPR. HIPOFISARIOS		
FIRMAGON	T3	PA SP HD
ORGOVYX	T3	PA SP
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS		
ALECENSA	T3	PA QL(8 tabs/day) SP HD CSL
ALUNBRIG 30 MG TABLET	T2	PA QL(2 tabs/day) SP CSL
ALUNBRIG 90 MG TABLET	T2	PA QL(1 tab/day) SP CSL
ALUNBRIG 90 MG-180 MG TAB PACK	T2	PA QL(1 tab/day) SP CSL
ALUNBRIG 180 MG TABLET	T2	PA QL(1 tab/day) SP CSL
ALIQOPA	T3	PA SP
ALUNBRIG	T3	PA SP HD
AUGTYRO	T3	PA QL(8 caps/day) SP HD CSL
AVMAPKI-FAKZYNJA	T3	PA SP CSL
AYVAKIT	T3	PA QL (1 tab/day) SP
BALVERSA	T3	PA SP
BORTEZOMIB	T3	PA SP
BORUZU	T3	PA SP
BOSULIF	T3	PA QL(3 caps/day) SP HD

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS (cont.)		
BRUKINSA	T3	PA QL (4 caps/day) SP
CABOMETYX	T3	PA SP HD
CALQUENCE	T3	PA SP
CAPRELSA	T3	PA SP
COMETRIQ	T3	PA SP HD
COPIKTRA	T3	PA SP
<i>dasatinib 20 mg tablet</i>	T1	PA QL(3 tabs/day) SP HD CSL
<i>dasatinib 70 mg tablet</i>	T1	PA QL(2 tabs/day) SP HD CSL
<i>dasatinib 50 mg, 80 mg, 100 mg, 140 mg tablet</i>	T1	PA QL(1 tab/day) SP HD CSL
ENSACOVE 25 MG CAPSULE	T2	PA QL(9 caps/day) SP CSL
ENSACOVE 100 MG CAPSULE	T2	PA QL (2 caps/day) SP CSL
<i>erlotinib hcl (Tarceva)</i>	T3	PA SP HD
EXKIVITY	T3	PA SP HD
FOTIVDA	T3	PA QL (30 caps/30 days) SP HD
FRUZAQLA 1 MG CAPSULE	T2	PA QL(84 caps/28 days) SP CSL
FRUZAQLA 5 MG CAPSULE	T2	PA QL(21 caps/28 days) SP CSL
GAVRETO	T3	PA QL (4 tabs/day) SP
<i>gefitinib</i>	T3	PA SP HD CSL
GILOTRIF	T3	PA SP HD
GLEEVEC (<i>imatinib mesylate</i>)	T3	PA SP HD
IBRANCE	T3	PA QL (21/30 days) SP HD
IBTROZI	T3	PA SP HD
ICLUSIG	T3	PA SP
<i>imatinib mesylate (Gleevec)</i>	T3	PA SP HD
IMBRUVICA	T3	PA SP
IMKELDI	T2	PA SP CSL
INLYTA	T3	PA SP HD
INREBIC	T3	PA SP HD
IRESSA	T3	PA SP HD
ITOVEBI	T3	PA SP HD CSL
OGSIVEO 50 MG, 100 MG, 150 MG TABLET	T3	PA QL SP CSL
OJJAARA	T3	PA QL(1 Tab/day) SP CSL
IWILFIN	T3	PA QL(8 tabs/day) SP CSL
KISQALI 200 MG	T3	PA QL (21 per 28 days) SP HD CSL
KISQALI 400 MG	T3	PA QL (42 per 28 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.)		
KISQALI 800 MG	T3	PA QL (63 per 28 days) SP HD CSL
KISQALI FEMARA CO-PACK	T3	PA QL (1 pack per 28 days) SP HD CSL
KYPROLIS	T3	PA SP HD
<i>lapatinib ditosylate</i> (Tykerb)	T3	PA SP HD
LENVIMA	T3	PA SP HD CSL
LORBRENA	T3	PA SP HD
LYNPARZA	T3	PA SP HD
LYTGOBI 12 MG DOSE (3X 4MG TB)	T3	PA QL(3 tabs/day) SP CSL
LYTGOBI 16 MG DOSE PACK (4X 4MG TB)	T3	PA QL(4 tabs/day) SP CSL
LYTGOBI 20 MG DOSE PACK (5X 4MG TB)	T3	PA QL(5 tabs/day) SP CSL
NERLYNX	T3	PA SP HD
NEXAVAR	T3	PA QL(4 tabs/day) SP HD CSL
NINLARO	T3	PA SP HD
PEMAZYRE	T3	PA QL (14 tabs/21 days) SP
PIQRAY	T2	PA SP HD CSL
<i>pazopanib</i> (Votrient)	T3	PA QL(4 tabs/day) SP HD CSL
QINLOCK	T3	PA QL (3 tabs/day) SP
RETEVMO 40 MG CAPSULE	T3	PA QL (6 caps/day) SP HD
RETEVMO 80 MG CAPSULE	T3	PA QL (4 tabs/day) SP HD
REVUFORJ 25 MG, 110 MG TABLET	T3	PA SP CSL
REVUFORJ 160 MG TABLET	T3	PA QL(2 tabs/day) SP CSL
ROMVIMZA	T3	PA QL (8 caps/28 days) SP CSL
ROZLYTREK	T3	PA SP HD
RUBRACA	T3	PA SP
RYDAPT	T3	PA SP HD
RYTELO	T3	PA SP
SCEMBLIX	T3	PA QL (2 tablets/day) SP HD
SPRYCEL	T3	PA SP HD
STIVARGA	T2	PA QL(84 tabs/28 days) SP HD CSL
SUTENT	T3	PA SP HD
TABRECTA	T3	PA QL (4 tabs/day) SP HD
TAGRISSO	T3	PA SP HD
TRUQAP	T3	PA QL(64 TABS/28 DAYS) SP CSL
TALZENNA	T3	PA QL(1 cap/day) SP HD CSL
TARCEVA (<i>erlotinib hcl</i>)	T3	PA SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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.)		
TASIGNA	T2	PA QL(4 caps/day) SP HD CSL
TEPMETKO	T3	PA SP QL (2 tabs/day)
TUKYSA	T3	PA SP
TURALIO 200 MG CAPSULE	T3	PA SP CSL
TURALIO 125 MG CAPSULE	T3	PA QL(4 caps/day) SP CSL
TYKERB (<i>lapatinib</i>)	T3	PA SP HD
UKONIQ	T3	PA QL (4 tabs/day) SP
VANFLYTA	T3	PA QL(2 tabs/day) SP CSL
VELCADE	T3	PA SP
VERZENIO	T3	PA QL (120mg/day) SP HD
VITRAKVI	T3	PA SP HD
VIZIMPRO	T3	PA SP HD
VOTRIENT (<i>pazopanib hcl</i>)	T3	PA QL(4 tabs/day) SP HD CSL
XALKORI	T3	PA SP HD
XOSPATA	T3	PA SP
ZEJULA	T2	PA QL(1 tab/day) SP CSL
ZYDELIG	T3	PA SP HD
ZYKADIA	T3	PA SP HD
ANTINEOPLÁSICOS, ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-MUERTE PROGRAMADA-I (PD-I)		
KEYTRUDA	T3	PA SP
LIBTAYO	T3	PA SP
LOQTORZI	T3	PA SP
OPDIVO	T3	PA SP HD
TEVIMBRA	T3	PA SP
ANTINEOPLÁSICOS-INHIBIDORES DE LINFOMA DE CÉLULAS B-2 (BCL-2)		
VENCLEXTA	T3	PA SP
VENCLEXTA STARTING PACK	T3	PA SP
ANTINEOPLÁSICOS-COMB. DE INHIBIDORES DE ENZIMAS Y AGENTES ANTIANDROGÉNICOS		
AKEEGA	T3	PA QL(2 TABS/DAY) SP CSL
ANTINEOPLÁSICOS-ANTICUERPO DIRECTO CD22/CONJ. DE CITOTÓXICOS		
LUMOXITI	T3	PA SP
ANTINEOPLÁSICOS-INHIBIDORES DE INTERLEUCINA-6 (IL-6), ANTICUERPOS		
SYLVANT	T3	PA SP
ANTINEOPLÁSICOS-INHIBIDORES DE LA ISOCITRATO DESHIDROGENASA		
IDHIFA	T3	PA SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSICOS-INHIBIDORES DE LA ISOCITRATO DESHIDROGENASA		
REZLIDHIA	T3	PA QL(2 caps/day) SP CSL
TIBSOVO	T3	PA SP
FÁRMACOS INMUNOCONJUGADOS ANTINEOPLÁSICOS		
ADCETRIS	T3	PA SP
BLENREP	T3	PA
BLINCYTO	T3	PA SP
ENHERTU	T3	PA SP HD
IMDELLTRA	T3	PA SP
KADCYLA	T3	PA SP
FÁRMACOS INMUNOCONJUGADOS ANTINEOPLÁSICOS (cont.)		
LUNSUMIO	T3	PA SP
PADCEV	T3	PA SP
POLIVY	T3	PA SP HD
POTELIGEO	T3	PA SP
TRODELVY	T3	PA SP
UNITUXIN	T3	PA SP
VYLOY	T3	PA SP
ZEVALIN	T3	PA SP
ZIIHERA	T3	
ANTINEOPLÁSICOS, VARIOS		
ABRAXANE	T3	PA SP
ARSENIC TRIOXIDE	T3	PA SP
<i>arsenic trioxide</i> (Trisenox)	T3	PA SP
ASPARLAS	T3	SP
BCG (TICE STRAIN)	T3	SP
<i>dacarbazine</i>	T3	PA SP
DOCEFREZ	T3	PA SP
<i>docetaxel 160 mg/16 ml vial</i>	T3	PA SP
<i>docetaxel 160 mg/8 ml vial</i>	T3	PA SP HD
<i>docetaxel 20 mg/2 ml vial</i>	T3	PA SP
<i>docetaxel 20 mg/ml vial</i>	T3	PA SP
<i>docetaxel 80 mg/4 ml vial</i>	T3	PA SP
<i>docetaxel 80 mg/8 ml vial</i>	T1	PA SP
DOCIVYX	T3	PA SP
ERWINAZE	T3	PA SP

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSICOS, VARIOS (cont.)		
ETOPOPHOS	T3	PA SP
<i>etoposide</i>	T3	PA SP
JEVTANA	T3	PA SP HD
LYSODREN	T3	
MATULANE	T3	SP
<i>mitoxantrone hcl</i>	T3	PA SP
ONCASPAR	T3	PA SP
<i>paclitaxel</i>	T3	PA SP
TAXOTERE (<i>docetaxel</i>)	T3	PA SP
<i>tretinoin 10 mg capsule</i>	T1	PA
TRISENOX (<i>arsenic trioxide</i>)	T3	PA SP
ANTINEOPLÁSICOS-INHIB. SELECT. DE LA EXP. NUCLEAR (SINE)		
XPOVIO	T3	PA SP
ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-MUERTE CELULAR PROGRAMADA-LIGAND I (PD-LI)		
BAVENCIO	T3	PA SP
IMFINZI	T3	PA SP
TECENTRIQ	T3	PA SP HD
ANTICUERPO MONOCLONAL AL RECEPTOR ANTÍGENO DEL LINFOCITO T CITOTÓXICO (CTLA-4)		
IMJUDO	T3	PA SP HD
YERVOY	T3	PA SP HD
INMUNOMODULADORES		
ACTIMMUNE	T3	PA SP HD
ALFERON N	T3	PA SP HD
BESREMI	T3	PA QL (2 syringes/28 days) SP
PROLEUKIN	T3	PA SP
FOTOACTIVADOS, AGENTES ANTINEOPLÁSICOS (SISTÉMICOS)		
PHOTOFRIN	T3	SP
UVADEX	T2	
RADIOFÁRMACOS DE USO TERAPÉUTICO		
AZEDRA DOSIMETRIC	T3	PA SP
AZEDRA THERAPEUTIC	T3	PA SP
MODULADORES SELECTIVOS DE RECEPTORES ESTROGÉNICOS (SERM)		
FARESTON (<i>toremifene citrate</i>)	T3	QL (2 tabs/day) HD
FASLODEX (<i>fulvestrant</i>)	T3	PA SP HD
<i>fulvestrant</i> (Faslodex)	T3	PA SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MODULADORES SELECTIVOS DE RECEPTORES ESTROGÉNICOS (SERM)		
SOLTAMOX	T2	HD
<i>tamoxifen citrate</i>	T1	HD PPACA
<i>toremifene citrate</i> (Fareston)	T1	QL (2 tabs/day) HD
ANTINEOPLÁSICOS ESTEROIDES		
EMCYT	T3	SP HD
<i>megestrol acetate</i>	T1	
ANTINEOPLÁSICOS TÓPICOS FOTOACT., LESIONES PREMALIGNAS		
LEVULAN	T3	SP
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS TÓPICOS PARA LESIONES PREMALIGNAS		
CARAC	T3	PA
<i>diclofenac sodium 3% gel</i>	T1	PA
EFUDEX (<i>fluorouracil</i>)	T3	
FLUOROPLEX	T2	
FLUOROURACIL 0.5% CREAM	T1	
<i>fluorouracil 2% topical soln</i>	T1	
<i>fluorouracil 5% cream</i> (Efudex)	T1	
<i>fluorouracil 5% topical soln</i>	T1	
KLISYRI	T3	PA QL (5 packs/30 Days)
PANRETIN	T3	SP HD
PICATO	T2	
TARGRETIN 1% GEL	T3	PA SP HD
TOLAK	T3	
VALCHLOR	T3	SP HD
ANTIPARASITARIOS (Infecciones)		
ANTIPARASITARIOS		
ALINIA (<i>nitazoxanide</i>)	T3	
<i>nitazoxanide</i> (Alinia)	T1	
ANTIPARASITARIOS OFTÁLMICOS (DE LOS OJOS)		
XDEMVY	T2	PA QL (4 bottles/30 days) SP
ANTIPARASITARIOS TÓPICOS		
<i>crotamiton</i> (Eurax)	T1	
ELIMITE (<i>permethrin</i>)	T3	
EURAX 10% CREAM	T2	
EURAX 10% LOTION	T3	
NATROBA (<i>spinosad</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

ANTIPARASITARIOS (Infecciones)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIPARASITARIOS TÓPICOS		
<i>permethrin</i> (Elimite)	T1	
SKLICE (<i>ivermectin</i>)	T3	
<i>spinosad</i> (Natroba)	T1	
ULESFIA	T3	
MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS (Enfermedad de Parkinson)		
MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, ANTICOLINÉRGICOS		
<i>benztropine mesylate</i>	T1	HD
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	T1	HD
MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, OTROS		
<i>amantadine hcl</i>	T1	HD
APOKYN	T3	PA SP HD
AZILECT 0.5 MG TABLET (<i>rasagiline mesylate</i>)	T3	QL (1 tab/day) HD
AZILECT 1 MG TABLET (<i>rasagiline mesylate</i>)	T3	HD
<i>bromocriptine mesylate</i>	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa</i>	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa</i> (Sinemet 10-100)	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa</i> (Sinemet 25-100)	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa</i> (Sinemet 25-250)	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i> (Stalevo 100)	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i> (Stalevo 125)	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i> (Stalevo 150)	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i> (Stalevo 200)	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i> (Stalevo 50)	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i> (Stalevo 75)	T1	HD
COMTAN (<i>entacapone</i>)	T3	HD
DHIVY	T3	PA
DUOPA	T3	SP HD
<i>entacapone</i> (Comtan)	T1	HD
GOCOVRI	T3	HD
INBRIJA	T3	PA SP HD
KYNMOBI	T2	PA HD
MIRAPEX ER 1.5 MG TABLET (<i>pramipexole er</i>)	T3	QL (1 tab/day) HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS (Enfermedad de Parkinson) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, OTROS (cont.)		
NEUPRO	T3	HD
NOURIANZ	T3	PA QL (1 tab/day) SP HD
ONAPGO	T3	PA QL(20 mls/day) SP
ONGENTYS	T3	PA QL (1 caps/day) HD
OSMOLEX ER	T3	QL (1 tab/day) HD
PARLODEL (<i>bromocriptine mesylate</i>)	T3	HD
<i>pramipexole di-hcl</i>	T1	HD
<i>pramipexole er 0.375 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>pramipexole er 0.75 mg tablet</i>	T1	HD
<i>pramipexole er 1.5 mg tablet</i> (Mirapex Er)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>pramipexole er 2.25 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>pramipexole er 3 mg tablet</i>	T1	HD
<i>pramipexole er 3.75 mg tablet</i>	T1	HD
<i>rasagiline mesylate 0.5 mg tab</i> (Azilect)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>rasagiline mesylate 1 mg tab</i> (Azilect)	T1	HD
<i>ropinirole hcl</i>	T1	HD
RYTARY	T3	HD
<i>selegiline hcl</i>	T1	HD
SINEMET 10-100 (<i>carbidopa-levodopa</i>)	T3	HD
SINEMET 25-100 (<i>carbidopa-levodopa</i>)	T3	HD
SINEMET 25-250 (<i>carbidopa-levodopa</i>)	T3	HD
STALEVO 100 (<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>)	T3	HD
STALEVO 125 (<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>)	T3	HD
STALEVO 150 (<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>)	T3	HD
STALEVO 200 (<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>)	T3	HD
STALEVO 50 (<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>)	T3	HD
STALEVO 75 (<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>)	T3	HD
TASMAR (<i>tolcapone</i>)	T3	HD
<i>tolcapone</i> (Tasmar)	T1	HD
VYALEV	T3	PA SP HD
XADAGO	T3	ST HD
ZELAPAR	T3	PA HD
INHIBIDORES DE LA DESCARBOXILASA		
<i>carbidopa</i> (Lodosyn)	T1	
LODOSYN (<i>carbidopa</i>)	T3	PA

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS ANTIPLAQUETARIOS (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)		
INHIBIDORES DE LA AGRUPACIÓN PLAQUETARIA		
AGGRASTAT	T3	
<i>aspirin/dipyridamole</i>	T1	HD
MEDICAMENTOS ANTIPLAQUETARIOS (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE LA AGRUPACIÓN PLAQUETARIA (cont.)		
ASPIRIN-OMEPRAZOLE	T3	PA HD
BRILINTA	T2	HD
<i>cilostazol</i>	T1	HD
<i>clopidogrel bisulfate</i> (Plavix)	T1	HD
<i>dipyridamole 25 mg tablet</i>	T1	HD
<i>dipyridamole 50 mg tablet</i>	T1	HD
<i>dipyridamole 75 mg tablet</i>	T1	HD
EFFIENT (<i>prasugrel hcl</i>)	T3	HD
EPTIFIBATIDE	T1	HD
<i>eptifibatide</i> (Integrilin)	T1	
INTEGRILIN (<i>eptifibatide</i>)	T3	HD
PLAVIX (<i>clopidogrel</i>)	T3	HD
<i>prasugrel hcl</i> (Effient)	T1	HD
<i>ticlopidine hcl</i>	T1	HD
<i>tirofiban-0.9% sodium chloride</i>	T1	
YOSPRALA DR 325-40 MG TABLET	T3	PA
YOSPRALA DR 81-40 MG TABLET	T3	PA HD
ZONTIVITY	T3	HD
AGENTES REDUCTORES DE PLAQUETAS		
AGRYLIN (<i>anagrelide hcl</i>)	T3	
<i>anagrelide hcl</i> (Agrylin)	T1	
ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH)		
ANTIRRETROVIRALES - ANTICUERPOS MONOCLONALES AL DOMINIO 2 ANTI-CD4		
TROGARZO	T3	PA SP
ANTIRRETROVIRALES-INHIBIDORES DE LA CÁPSIDE		
SUNLENCA 463.5 MG/1.5 ML VIAL	T3	PA SP
SUNLENCA TABLET	T3	PA QL(5 tabs/180 days) SP
ANTIRRETROVIRALES-COMB. DE INHIBIDORES DE LA INTEGRASA Y NNRTI		
CABENUVA	T3	PA SP
JULUCA	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

ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIRRETROVIRALES-COMB. DE INHIBIDORES DE LA INTEGRASA Y NRTI		
DOVATO	T3	SP
ANTIRRETROVIRALES-COMB. DE NRTI E INHIBIDORES DE LA INTEGRASA		
TRIUMEQ	T3	QL(1 tab/day) SP
ANTIRRETROVIRALES-NUCLEÓSIDOS, NUCLEÓTIDOS, INHIB. DE LA PROTEASA		
SYM TUZA	T3	SP
ANTIVÍRICOS - ESPEC. PARA VIH, INHIB. DE LA PROTEASA NO PEPTÍDICOS		
APTIVUS	T3	PA SP
darunavir (Prezista)	T3	SP
PREZCOBIX	T3	PA SP
PREZISTA	T3	PA SP
ANTIVÍRICOS - ESPEC. PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS-NUCLEÓTIDOS		
CIMDUO	T3	PA SP
DESCOVY	T3	PA SP PPACA
emtricitabine-tenofv 100-150mg (Truvada)	T3	SP
emtricitabine-tenofv 133-200mg (Truvada)	T3	SP
emtricitabine-tenofv 167-250mg (Truvada)	T3	SP
emtricitabine-tenofv 200-300mg (Truvada)	T3	SP PPACA
TEMIXYS	T3	PA SP
TRUVADA (emtricitabine-tenofovir disop)	T3	PA SP
ANTIVÍRICOS - ESPEC. PARA VIH, COMB. ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS, RTI		
abacavir sulfate/lamivudine (Epzicom)	T3	PA SP
abacavir/lamivudine/zidovudine (Trizivir)	T3	PA SP
COMBIVIR (lamivudine-zidovudine)	T3	PA SP
EPZICOM (abacavir-lamivudine)	T3	PA SP
lamivudine/zidovudine (Combivir)	T3	SP
TRIZIVIR (abacavir-lamivudine-zidovudine)	T3	PA SP
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, ANTAG. DEL CO-RECEPTOR CCR5		
SELZENTRY 150 MG TABLET (maraviroc)	T3	PA SP
SELZENTRY 20 MG/ML ORAL SOLN	T2	PA SP
SELZENTRY 25 MG TABLET	T2	PA SP
SELZENTRY 300 MG TABLET (maraviroc)	T3	PA SP
SELZENTRY 75 MG TABLET	T2	PA SP
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA FIJACIÓN DE LA CD4		
RUKOBIA	T3	PA QL (2 tablets/day) SP
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA FUSIÓN		
FUZEON	T3	PA SP

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, NO NUCLEÓSIDOS, RTI		
EDURANT	T3	PA SP
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, NO NUCLEÓSIDOS, RTI (cont.)		
efavirenz	T3	PA SP
INTELENCE	T3	PA SP
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS, RTI		
abacavir sulfate	T1	PA SP
nevirapine (Viramune Xr)	T3	PA SP
nevirapine (Viramune)	T3	PA SP
PIFELTRO	T3	PA SP
SUSTIVA (efavirenz)	T3	PA SP
VIRAMUNE (nevirapine)	T3	PA SP
VIRAMUNE XR (nevirapine er)	T3	PA SP
didanosine (Videx Ec)	T3	PA SP
emtricitabine (Emtriva)	T3	PA SP
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	T3	PA SP
EMTRIVA 200 MG CAPSULE (emtricitabine)	T3	PA SP
EPIVIR (lamivudine)	T3	PA SP
lamivudine 10 mg/ml oral soln (Epivir)	T3	SP
lamivudine 150 mg tablet (Epivir)	T3	SP
lamivudine 300 mg tablet (Epivir)	T3	PA SP
RETROVIR	T3	PA SP
RETROVIR (zidovudine)	T3	PA SP
stavudine	T3	PA SP
VIDEX EC	T3	PA SP
VIDEX EC (didanosine)	T3	PA SP
ZIAGEN (abacavir)	T3	PA SP
zidovudine	T3	SP
zidovudine (Retrovir)	T3	SP
ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓTIDOS, RTI		
tenofovir disoproxil fumarate (Viread)	T3	PA SP
VIREAD 150 MG TABLET	T3	PA SP
VIREAD 200 MG TABLET	T3	PA SP
VIREAD 250 MG TABLET	T3	PA SP
VIREAD 300 MG TABLET (tenofovir disoproxil fumarate)	T3	PA SP
VIREAD POWDER	T3	PA SP

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, COMB. DE INHIBIDORES DE LA PROTEASA		
KALETRA 100-25 MG TABLET	T3	SP
KALETRA 200-50 MG TABLET	T3	SP
KALETRA 80 MG-20 MG/ML SOLN (<i>lopinavir-ritonavir</i>)	T3	PA SP
<i>lopinavir/ritonavir</i> (Kaletra)	T3	SP
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA PROTEASA		
<i>atazanavir sulfate</i> (Reyataz)	T3	PA SP
CRIVAN	T3	PA SP
EVOTAZ	T3	PA SP
<i>fosamprenavir calcium</i> (Lexiva)	T3	PA SP
LEXIVA 50 MG/ML SUSPENSION	T3	PA SP
LEXIVA 700 MG TABLET (<i>fosamprenavir calcium</i>)	T3	PA SP
NORVIR 100 MG POWDER PACKET	T3	SP
NORVIR 100 MG TABLET (<i>ritonavir</i>)	T3	PA SP
REYATAZ 150 MG CAPSULE (<i>atazanavir sulfate</i>)	T3	PA SP
REYATAZ 200 MG CAPSULE (<i>atazanavir sulfate</i>)	T3	PA SP
REYATAZ 300 MG CAPSULE (<i>atazanavir sulfate</i>)	T3	PA SP
REYATAZ 50 MG POWDER PACKET	T3	PA SP
<i>ritonavir</i> (Norvir)	T3	SP
VIRACEPT	T3	PA SP
ANTIVÍRICOS - INHIBIDORES DE LA TRANSFERENCIA DE CADENA DE LA INTEGRASA DEL VIH-I		
APREUDE	T3	PA SA
ISENTRESS	T3	SP
ISENTRESS HD	T3	PA SP
TIVICAY	T3	SP
TIVICAY PD	T3	SP
ANTIRRETROV., COMB. DE NUCLEÓSIDOS, NUCLEÓTIDOS Y RTI NO NUCLEÓSIDOS		
ATRIPLA (<i>efavirenz-emtricitenofovir disop</i>)	T3	PA SP
COMPLERA	T3	PA SP
DELSTRIGO	T3	PA SP
<i>efavirenz/emtricitenofovir df</i> (Atripla)	T3	PA SP
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disop</i> (Symfi Lo)	T3	SP
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disop</i> (Symfi)	T3	SP
<i>emtricitabine/rilpivirine/tenofovir df</i> (Complera)	T1	QL (1 tab/day) SP
ODEFSEY	T3	PA SP
SYMFI (<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir disop</i>)	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

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 (cont.)		
SYMFI LO (<i>efavirenz-lamivu-tenofovir disop</i>)	T3	SP
ANTIRRETROV.-NUCLEÓSIDOS, RTI NUCLEÓTIDOS, INHIBIDORES DE LA INTEGRASA		
BIKTARVY	T3	SP
GENVOYA	T3	SP
STRIBILD	T3	PA SP

ANTIVÍRICOS (Condiciones oculares)

ANTIVÍRICOS PARA LOS OJOS		
trifluridine	T1	
ZIRGAN	T3	

ANTIVÍRICOS (Infecciones)

ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTIVÍRICOS		
SYNAGIS	T3	PA SP HD
ANTIVÍRICOS, GENERALES		
acyclovir 200 mg capsule	T1	
acyclovir 200 mg/5 ml susp (Zovirax)	T1	
acyclovir 400 mg tablet	T1	
acyclovir 800 mg tablet	T1	
acyclovir sodium	T1	
cidofovir	T3	SP
CYTOVENE (<i>ganciclovir sodium</i>)	T3	SP
famciclovir	T1	
FLUMADINE (<i>rimantadine hcl</i>)	T3	
foscarnet sodium (Foscavir)	T1	
FOSCAVIR	T3	
FOSCAVIR (<i>foscarnet sodium</i>)	T3	
GANCICLOVIR	T3	SP
<i>ganciclovir sodium</i>	T3	SP
<i>ganciclovir sodium</i> (Cytovene)	T3	SP
LIVTENCITY	T3	PA QL (4 tabs/day) SP
oseltamivir 6 mg/ml suspension (Tamiflu)	T1	QL (180ml/30 days)
oseltamivir phos 30 mg capsule (Tamiflu)	T1	QL (20 caps/30 days)
oseltamivir phos 45 mg capsule (Tamiflu)	T1	QL (10 caps/30 days)
oseltamivir phos 75 mg capsule (Tamiflu)	T1	QL (10 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

ANTIVÍRICOS (Infecciones) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIVÍRICOS, GENERALES (cont.)		
PREVMIS 240 MG TABLET	T3	SP HD
PREVMIS 240 MG/12 ML VIAL	T3	SP
PREVMIS 480 MG TABLET	T3	SP HD
PREVMIS 480 MG/24 ML VIAL	T3	SP
RAPIVAB	T3	
RELENZA	T3	QL (20/30 days)
<i>rimantadine hcl</i> (Flumadine)	T1	
SITAVIG	T3	PA QL (2 tabs/Rx)
TAMIFLU 30 MG CAPSULE (<i>oseltamivir phosphate</i>)	T3	QL (20/30 days)
TAMIFLU 45 MG CAPSULE (<i>oseltamivir phosphate</i>)	T3	QL (10/30 days)
TAMIFLU 6 MG/ML SUSPENSION (<i>oseltamivir phosphate</i>)	T3	QL (180ml/30 days)
TAMIFLU 75 MG CAPSULE (<i>oseltamivir phosphate</i>)	T3	QL (10/30 days)
<i>valacyclovir hcl</i> (Valtrex)	T1	
VALCYTE (<i>valganciclovir hcl</i>)	T3	PA
<i>valganciclovir hcl</i> (Valcyte)	T1	
VALTREX (<i>valacyclovir</i>)	T3	
XOFLUZA	T3	QL (2 tabs/30 days)
ZOVIRAX 200 MG/5 ML SUSP (<i>acyclovir</i>)	T3	PA
HEP. C - COMB. DE INHIB. DE NS5A, NS3/4A, NS5B NO NUC.		
VOSEVI	T3	PA SP HD
VIRUS DE LA HEP. C, INH. DE LA POLIMERASA NS5B ANÁLOGA DE NUCLEÓTIDOS		
SOVALDI 150 MG PELLET PACKET	T3	PA QL (1 tab/day) SP HD
SOVALDI 200 MG PELLET PACKET	T3	PA QL (1 tab/day) SP HD
SOVALDI 200 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day) SP HD
SOVALDI 400 MG TABLET	T3	PA SP HD
EPCLUSA 200 MG-50 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/Day) SP HD
EPCLUSA 400 MG-100 MG TABLET	T3	PA SP HD
HARVONI 33.75-150 MG PELLET PK	T3	PA QL (1 tab/day) SP HD
HARVONI 45-200 MG PELLET PACKT	T3	PA QL (1 tab/day) SP HD
HARVONI 45-200 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day) SP HD
HARVONI 90-400 MG TABLET	T3	PA SP HD
LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR	T3	PA QL(1 tab/day) SP HD
VIRUS DE LA HEP. C - COMBO DE INHIB. DE LA POLIMERASA NS5B Y NS5A		
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR	T3	PA QL(1 tab/day) SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS B		
<i>adefovir dipivoxil</i>	T3	SP HD
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION	T3	SP HD
BARACLUDE 0.5 MG TABLET (<i>entecavir</i>)	T3	PA QL (1 tab/day) SP HD
BARACLUDE 1 MG TABLET (<i>entecavir</i>)	T3	PA SP HD
<i>entecavir 0.5 mg tablet</i> (Baraclude)	T3	QL (1 tab/day) SP HD
<i>entecavir 1 mg tablet</i> (Baraclude)	T3	SP HD
EPIVIR HBV 100 MG TABLET (<i>lamivudine hbv</i>)	T3	SP
EPIVIR HBV 25 MG/5 ML SOLN	T3	SP
<i>lamivudine</i> (Epiriv Hbv)	T3	SP
VEMLIDY	T3	SP HD
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C		
PEGASYS	T3	PA SP HD
PEGINTRON	T3	PA SP HD
<i>ribasphere 200 mg capsule</i>	T3	SP HD
<i>ribasphere 200 mg tablet</i>	T3	SP HD
<i>ribasphere 400 mg tablet</i>	T3	SP
<i>ribasphere 600 mg tablet</i>	T3	SP
<i>ribasphere ribapak 200-400 mg</i>	T3	SP HD
<i>ribasphere ribapak 400-400 mg</i>	T3	SP HD
<i>ribasphere ribapak 600-400 mg</i>	T3	SP HD
<i>ribasphere ribapak 600-600 mg</i>	T3	SP HD
<i>ribavirin</i>	T3	SP HD
VIRUS DE LA HEPATITIS C - COMB. DE INHIB. DE NS5A Y NS3/4A		
MAVYRET 100-40 MG TABLET	T3	PA QL(3 tabs/day) SP HD
MAVYRET 50-20 MG PELLET PACKET	T3	PA QL(5 packs/day) SP HD
ZEPATIER	T3	PA SP HD
INHIBIDOR DE LA ARN POLIMERASA		
LAGEVRIO (EUA)	T2	QL (1 pkg/120 days)
MOLNUPIRAVIR	T3	QL (1 pkg/120 days)
ANTIVÍRICOS (Condiciones cutáneas)		
AGENTES TÓPICOS PARA EL TRATAMIENTO DE VERRUGAS GENITALES-VPV		
VEREGEN	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

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANAFILAXIA		
ADYPHREN	T1	
ADYPHREN AMP	T1	
AUVI-Q	T3	PA QL (2 packs/30 days)
EPINEPHRINE 0.15 MG AUTO-INJECT	T3	PA QL (2 packs/30 days)
<i>epinephrine 0.15 mg auto-inject</i> (Epipen Jr 2-pak)	T1	QL (2 packs/30 days)
EPINEPHRINE 0.3 MG AUTO-INJECT	T1	QL (2 packs/30 days)
<i>epinephrine 0.3 mg auto-inject</i> (Epipen 2-pak)	T1	QL (2 packs/30 days)
EPINEPHRINE PROFESSIONAL EMS	T3	
EPINEPHRINE PROFESSIONAL KIT	T3	
EPINEPHRINESNAP-EMS	T3	
EPINEPHRINESNAP-V	T3	
EPIPEN (<i>epinephrine</i>)	T3	PA QL (4 pens/22 days)
EPIPEN 2-PAK (<i>epinephrine</i>)	T3	PA QL (2 packs/30 days)
EPIPEN JR (<i>epinephrine</i>)	T3	PA QL (4 pens/22 days)
EPIPEN JR 2-PAK (<i>epinephrine</i>)	T3	PA QL (2 packs/30 days)
SYMJEPI	T3	PA QL (4 syringes/30 days)

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Enfermedad de Alzheimer)

INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA		
ARICEPT (<i>donepezil hcl</i>)	T3	HD
BLOXIVERZ (<i>neostigmine methylsulfate</i>)	T3	
<i>donepezil hcl</i>	T1	HD
<i>donepezil hcl</i> (Aricept)	T1	HD
EXELON (<i>rivastigmine</i>)	T3	HD
<i>galantamine er 16 mg capsule</i> (Razadyne Er)	T1	HD
<i>galantamine er 24 mg capsule</i> (Razadyne Er)	T1	HD
<i>galantamine er 8 mg capsule</i> (Razadyne Er)	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>galantamine hbr</i>	T1	HD
MESTINON (<i>pyridostigmine bromide</i>)	T3	HD
NEOSTIGMINE METHYLSULFATE	T1	
<i>neostigmine methylsulfate</i> (Bloxiverz)	T1	
<i>neostigmine methylsulfate</i> (Neostigmine Methylsulfate)	T1	
NEOSTIGMINE-STERILE AGUA	T1	HD
<i>physostigmine salicylate</i>	T1	
<i>pyridostigmine 60 mg/5 ml soln</i> (Mestinon)	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA (cont.)		
PYRIDOSTIGMINE BR 30 MG TABLET	T3	PA QL (20 tabs/day) HD
<i>pyridostigmine br 60 mg tablet</i> (Mestinon)	T1	HD
<i>pyridostigmine bromide</i>	T3	HD
<i>pyridostigmine bromide</i> (Mestinon)	T1	HD
RAZADYNE ER 16 MG CAPSULE (<i>galantamine er</i>)	T3	HD
RAZADYNE ER 24 MG CAPSULE (<i>galantamine er</i>)	T3	HD
RAZADYNE ER 8 MG CAPSULE (<i>galantamine er</i>)	T3	QL (1 cap/day) HD
<i>rivastigmine</i> (Exelon)	T1	HD
<i>rivastigmine tartrate</i>	T1	HD
ZUNVEYL	T3	PA QL(2 tabs/day) HD

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

ADRENÉRGICOS, AROMÁTICOS, SIN CATECOLAMINAS		
ADDERALL (<i>dextroamphetamine-amphetamine</i>)	T3	PA ST
ADDERALL XR 10 MG CAPSULE (<i>dextroamphetamine-amphet er</i>)	T3	PA QL (1 cap/day) ST
ADDERALL XR 15 MG CAPSULE (<i>dextroamphetamine-amphet er</i>)	T3	PA QL (1 cap/day) ST
ADDERALL XR 20 MG CAPSULE (<i>dextroamphetamine-amphet er</i>)	T3	PA QL (1 cap/day) ST
ADDERALL XR 25 MG CAPSULE (<i>dextroamphetamine-amphet er</i>)	T3	PA QL (1 per day) ST
ADDERALL XR 30 MG CAPSULE (<i>dextroamphetamine-amphet er</i>)	T3	PA QL (1 cap/day) ST
ADDERALL XR 5 MG CAPSULE (<i>dextroamphetamine-amphet er</i>)	T3	PA QL (1 cap/day) ST
ADZENYS ER	T3	PA QL (15ml/day)
ADZENYS XR-ODT	T3	PA QL (1 tab/day)
AMPHETAMINE	T3	PA QL (15ml/day)
<i>amphetamine sulfate</i> (Evekeo)	T1	PA
DESOXYN (<i>methamphetamine hcl</i>)	T3	PA
DESOXYN 5 MG TABLET (<i>methamphetamine hcl</i>)	T3	PA QL(5 tabs/day)
DEXEDRINE SPANSULE 10 MG (<i>dextroamphetamine sulfate er</i>)	T3	PA QL (1 cap/day)
DEXEDRINE SPANSULE 15 MG (<i>dextroamphetamine sulfate er</i>)	T3	PA QL (3 caps/day)
DEXEDRINE SPANSULE 5 MG (<i>dextroamphetamine sulfate er</i>)	T3	PA QL (1 cap/day)
<i>dextroamphetamine er 10 mg cap</i> (Dexedrine)	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dextroamphetamine er 15 mg cap</i> (Dexedrine)	T1	PA QL (3/day)
<i>dextroamphetamine/amphetamine</i> (Adderall Xr)	T1	PA QL(1 cap/day)
<i>dextroamphetamine/amphetamine</i> (Mydayis)	T1	PA QL(1 cap/day)
<i>dextroamphetamine er 5 mg cap</i> (Dexedrine)	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dextroamphetamine sulfate</i>	T1	PA

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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>dextroamphetamine sulfate</i>	T3	PA ST
DYANAVEL XR	T3	PA QL (8ml/day)
EVEKEO (<i>amphetamine sulfate</i>)	T3	PA ST
EVEKEO ODT	T3	PA
<i>methamphetamine hcl</i> (Desoxyn)	T1	PA
MYDAYIS (<i>dextroamphetamine/amphetamine</i>)	T3	PA QL (1 cap/day) ST
XELSTRYM	T3	PA QL(1 patch/day)
ZENZEDI	T3	PA ST

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

AGENTES VASOCONSTRICTORES ADRENÉRGICOS		
<i>droxidopa</i> (Northra)	T3	SP HD
<i>midodrine hcl</i>	T1	
NORTHERA (<i>droxidopa</i>)	T3	PA SP HD
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA		
DIBENZYLINE (<i>phenoxybenzamine hcl</i>)	T3	HD
<i>phenoxybenzamine hcl</i> (Dibenzylamine)	T1	HD
<i>phentolamine mesylate</i>	T1	HD
<i>prazosin hcl</i>	T1	HD
TEZRULY	T3	PA HD

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Varios)

AGENTES ADRENÉRGICOS, CATECOLAMINAS		
<i>dopamine hcl</i>	T1	
<i>dopamine hcl in dextrose 5 %</i>	T1	
<i>epinephrine</i>	T3	
<i>epinephrine 0.1 mg/ml syringe</i>	T1	
<i>epinephrine 1 mg/10 ml abbojct</i>	T1	
<i>epinephrine 1 mg/10 ml luerjet</i>	T1	
<i>epinephrine 1 mg/ml vial</i>	T1	
<i>epinephrine 1 mg/ml ampul</i>	T1	
<i>epinephrine 30 mg/30 ml vial</i>	T1	
<i>epinephrine hcl in 0.9 % nacl</i>	T1	
<i>epinephrine hcl in 0.9 % nacl</i> (Epinephrine Hcl-0.9% NaCl)	T1	
<i>epinephrine hcl in dextrose 5%</i>	T1	
<i>epinephrine hcl in dextrose 5%</i> (Epinephrine Hcl-d5w)	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ADRENÉRGICOS, CATECOLAMINAS (cont.)		
EPINEPHRINE HCL-0.9% NACL	T1	
EPINEPHRINE HCL-0.9% NACL (<i>epinephrine hcl-0.9% nacl</i>)	T1	
EPINEPHRINE HCL-D5W	T1	
EPINEPHRINE HCL-D5W (<i>epinephrine hcl-d5w</i>)	T1	
<i>isoproterenol hcl</i>	T1	
<i>isoproterenol hcl</i> (Isuprel)	T1	
ISUPREL	T3	
LEVOPHED (<i>norepinephrine bitartrate</i>)	T3	
LEVOPHED BITARTRATE (<i>norepinephrine bitartrate</i>)	T3	
<i>norepinephrine bit/0.9 % nacl</i>	T1	
<i>norepinephrine bitartrate</i> (Levophed Bitartrate)	T1	
<i>norepinephrine bitartrate</i> (Levophed)	T1	
<i>norepinephrine bitartrate/d5w</i>	T1	
NOREPINEPHRINE BITARTRATE-D5W	T1	
AGENTES BLOQUEADORES NEUROMUSCULARES		
<i>atracurium besylate</i>	T1	
BOTOX 100 UNIT VIAL	T3	PA SP
BOTOX 200 UNIT VIAL	T3	PA SP HD
<i>cisatracurium besylate</i> (Nimbex)	T1	
DAXXIFY	T3	PA SP
DYSPORE	T3	PA SP HD
MIVACRON	T3	
MYOBLOC	T3	PA SP
NIMBEX (<i>cisatracurium besylate</i>)	T3	
<i>pancuronium bromide</i>	T1	
AGENTES BLOQUEADORES NEUROMUSCULARES		
QUELICIN (<i>succinylcholine chloride</i>)	T3	
<i>rocuronium bromide</i>	T1	
<i>rocuronium bromide</i> (Rocuronium Bromide)	T1	
SUCCINYLCHOLINE CHLORIDE	T1	
<i>succinylcholine chloride</i> (Quelicin)	T1	
MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Condiciones urinarias)		
AGENTES PARASIMPATICOMIMÉTICOS		
<i>bethanechol chloride</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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>cevimeline hcl</i> (Evoxac)	T1	HD
EVOXAC (<i>cevimeline hcl</i>)	T3	HD
<i>guanidine hcl</i>	T1	HD
<i>pilocarpine hcl</i> (Salagen)	T1	HD
SALAGEN (<i>pilocarpine hcl</i>)	T3	HD
PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Alergia/rociadores nasales)		
EXTRACTOS ALERGÉNICOS, TERAPÉUTICOS		
GRASTEK	T3	PA QL (1 tab/day)
ODACTRA	T3	PA QL (1 tab/day)
ORALAIR	T3	PA QL (1 tab/day)
PALFORZIA	T3	PA SP
RAGWITEK	T3	PA QL (1 tab/day)
PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)		
INHIBIDORES DE CALICREÍNA PLASMÁTICA		
TAKHZYRO	T3	PA SP HD
PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Varios)		
SUEROS INMUNOLÓGICOS		
HYPERRHO S-D	T3	SP
MICRHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS	T3	SP
RHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS	T3	SP
RHOPHYLAC	T3	SP
WINRHO SDF	T3	SP HD
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA FENILCETONURIA - FENILALANINA AMONIO LIASA		
PALYNZIQ	T3	PA SP HD
PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas)		
VACUNAS CONTRA EL COVID-19		
COMIRANTY	T3	PPACA
JANSSEN COVID-19 VACCINE (EUA)	T3	PPACA
MODERNA COVID-19 VACCINE (EUA)	T3	PPACA
NOVAVAX COVID (EUA)	T3	PPACA
PFIZER COVID-19 VACCINE (EUA)	T3	PPACA
SPIKEVAX	T3	PPACA

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
VACUNAS CONTRA VIRUS ENTÉRICOS		
I POL	T3	PPACA
ROTARIX	T3	PPACA
ROTATEQ	T3	PPACA
VACUNAS CONTRA COCOS GRAMNEGATIVOS		
BEXSERO	T3	PPACA
MENACTRA	T3	
MENQUADFI	T3	PPACA
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP	T3	PPACA
PENBRAYA	T3	PPACA
TRUMENBA	T3	PPACA
VACUNAS CONTRA COCOS GRAMPOSITIVOS		
CAPVAXIVE	T3	PPACA
PNEUMOVAX 23	T3	PPACA
PREVNAR 13	T3	PPACA
PREVNAR 20	T3	PPACA
VACUNAS CONTRA EL VIRUS DE LA INFLUENZA		
AFLURIA TRIVALENT	T3	PPACA
FLUAD TRIVALENT	T3	PPACA
FLUARIX TRIVALENT	T3	PPACA
FLUARIX TRIVALENT	T3	PPACA
FLUBLOK TRIVALENT	T3	PPACA
FLUCELVAX TRIVALENT	T3	PPACA
FLULAVAL TRIVALENT	T3	PPACA
FLUMIST TRIVALENT	T3	PPACA
FLUZONE TRIVALENT	T3	PPACA
FLUZONE TRIVALENT	T3	PPACA
PREPARACIONES, COMBINACIONES DE VACUNAS/TOXOIDES		
ACTHIB	T3	PPACA
ADACEL TDAP	T3	PPACA
BOOSTRIX TDAP	T3	PPACA
DAPTACEL DTAP	T3	PPACA
DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS-PED	T3	PPACA
HIBERIX	T3	PPACA

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES, COMBINACIONES DE VACUNAS/TOXOIDES		
INFANRIX DTAP	T3	PPACA
KINRIX	T3	PPACA
M-M-R II VACCINE	T3	PPACA
PEDVAXHIB	T3	PPACA
PENTACEL	T3	PPACA
PROQUAD	T3	PPACA
QUADRACEL DTAP-IPV	T3	PPACA
TDVAX	T3	PPACA
TENIVAC	T3	PPACA
VAXELIS	T3	PPACA
VACUNAS ANTIVIRALES/DE CÉLULAS TUMORÍGENAS		
ACAM2000	T3	
ENGRIX-B ADULT	T3	PPACA
ENGRIX-B PEDIATRIC-ADOLESCENT	T3	PPACA
ERVEBO (NATIONAL STOCKPILE)	T3	
GARDASIL 9	T3	PPACA
HEPLISAV-B	T3	PPACA
IXCHIQ	T3	PPACA
JYNNEOS	T3	
MRESVIA	T3	PPACA
PEDIARIX	T3	PPACA
RECOMBIVAX HB	T3	PPACA
SHINGRIX	T3	QL (2 doses/lifetime) PPACA
TWINRIX	T3	PPACA
VARIVAX VACCINE	T3	PPACA
ZOSTAVAX	T3	PPACA
SANGRE (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)		
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA TROMBÓTICA		
ADZYNMA	T3	PA SP
CABLIVI	T3	PA SP
AGENTES ANTIFIBRINOLÍTICOS		
AMICAR (<i>aminocaproic acid</i>)	T3	SP HD
<i>aminocaproic acid</i>	T3	SP HD
<i>aminocaproic acid</i> (Amicar)	T3	SP HD
CYKLOKAPRON (<i>tranexamic acid</i>)	T3	SP

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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
AGENTES ANTIFIBRINOLÍTICOS (cont.)		
FIBRYGA	T3	PA SP
LYSTEDA (<i>tranexamic acid</i>)	T3	SP
RIASTAP	T3	PA SP
<i>tranexamic acid</i> (Cyklokapron)	T3	SP
<i>tranexamic acid</i> (Lysteda)	T3	SP
<i>tranexamic</i> 1,000 mg/100ml-nacl	T3	SP
TRANEXAMIC 1,000 MG/100ML-NACL	T3	SP
FACTORES ANTIHEMOFÍLICOS		
ALTUVIIIO	T3	PA SP HD
INHIBIDORES DEL COMPLEMENTO (C3)		
BKEMV	T3	SP
EMPAVELI	T3	PA SP
EPYSQLI	T3	SP
FABHALTA	T2	PA QL (2 caps/day) SP
COAGULANTES		
<i>protamine sulfate</i>	T1	
INHIBIDORES DEL COMPLEMENTO (C5)		
TAVNEOS	T3	PA QL (6 caps/day) SP HD
PREPARACIONES DE COMPLEJO DE FACTOR IX (CCP)		
KCENTRA	T3	SP
PREPARACIONES DE FACTOR X		
COAGADEX	T3	PA SP
PREPARACIONES DE FACTOR XIII		
CORIFACT	T3	PA SP
TRETEN	T3	PA SP
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEMOFILIA, SIN REEMPLAZO DE FACTOR		
ALHEMO PEN	T2	PA SP
HEMLIBRA	T2	PA SP HD
HYMPAVZI PEN	T2	PA SP
QFILTIA	T3	PA SP
ANTICUERPO MONOCLONAL HUMANO INHIBIDOR DEL COMPLEMENTO (C5)		
SOLIRIS	T3	PA SP
ULTOMIRIS	T3	PA SP HD
PREPARACIONES DE PROTEÍNA C		
CEPROTIN	T3	PA SP

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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
AGENTES PARA LA ANEMIA DREPANOCÍTICA		
ADAKVEO	T3	PA SP
DROXIA	T2	
OXBRYTA	T3	PA QL(5 tabs/day) SP HD
SIKLOS	T3	PA
XROMI	T3	PA
HEMOSTÁTICOS TÓPICOS		
ASTRINGYN	T3	
AVITENE	T3	
ENDO-AVITENE	T3	
EVICEL	T3	
gelatin sponge, absorb/porcine (Gelfoam)	T1	
GELFOAM (surgifoam)	T3	
GELFOAM COMPRESSED	T3	
MONSEL'S	T3	
RAPLIXA	T3	
RECOTHROM	T3	
SURGIFOAM	T1	
SYRINGE AVITENE	T3	
TACHOSIL	T3	
THROMBI-GEL	T3	
THROMBIN-JMI	T3	
THROMBI-PAD	T3	
ULTRAFOAM	T3	
REVERSOR ANTICOAGULANTE PARA INHIB. DEL FACTOR XA		
ANDEXXA	T3	SP
REVERSOR ANTICOAGULANTE, INHIB. DIRECTO DE LA TROMBINA		
PRAXBIND	T3	SP
AGENTES HEMORREOLÓGICOS		
pentoxifylline	T1	HD
TROMBOLÍTICOS - TIPO NUCLEÓTIDOS		
DEFITELIO	T3	PA SP
ENZIMAS TROMBOLÍTICAS		
ACTIVASE	T3	
CATHFLO ACTIVASE	T3	
RETAVASE	T3	
TNKASE	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

SANGRE (Varios)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES DE TERAPIA CELULAR/GENÉTICA - HEMATOPOYÉTICA		
OMISIRGE	T3	
MEDICAMENTOS PARA ENFERMEDADES CARDÍACAS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)		
AGENTES ANTIANGINOSOS Y ANTIISQUÉMICOS, NO HEMODINÁMICOS		
RANEXA (<i>ranolazine er</i>)	T3	PA QL (4 tabs/day) HD
<i>ranolazine</i>	T1	QL (4 tabs/day) hD
<i>ranolazine</i> (Ranexa)	T1	QL (4 tabs/day) HD
ANTIARRÍTMICOS		
<i>adenosine</i>	T1	HD
<i>amiodarone hcl</i>	T1	HD
AMIODARONE HCL-D5W	T1	HD
<i>bretylium tosylate</i>	T1	
CORVERT (<i>ibutilide fumarate</i>)	T3	PA
<i>disopyramide phosphate</i> (Norpace)	T1	HD
<i>dofetilide 125 mcg capsule</i> (Tikosyn)	T1	QL (8 caps/day) HD
<i>dofetilide 250 mcg capsule</i> (Tikosyn)	T1	QL (4 caps/day) HD
<i>dofetilide 500 mcg capsule</i> (Tikosyn)	T1	QL (2 caps/day) HD
<i>flecainide acetate</i>	T1	HD
<i>ibutilide fumarate</i> (Corvert)	T1	HD
<i>lidocaine hcl 1% abboject</i>	T1	
<i>lidocaine hcl 1% syringe</i>	T1	
<i>lidocaine hcl 2% abboject</i>	T1	
<i>lidocaine hcl 2% luer-jet</i>	T1	
<i>lidocaine hcl 2% syringe</i>	T1	
<i>lidocaine hcl 2% vial</i>	T1	
<i>lidocaine hcl/dextrose 5 %/pf</i>	T1	
<i>mexiletine hcl</i>	T1	
MULTAQ	T2	HD
NEXTERONE	T3	
NORPACE (<i>disopyramide phosphate</i>)	T3	PA HD
NORPACE CR	T3	HD
<i>pacerone 100 mg tablet</i>	T3	PA HD
<i>pacerone 200 mg tablet</i>	T1	HD
<i>pacerone 400 mg tablet</i>	T3	PA HD
<i>procainamide 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>propafenone hcl</i>	T1	HD
<i>propafenone hcl</i> (Rythmol Sr)	T1	HD
<i>quinidine gluconate</i>	T1	HD
<i>quinidine sulfate</i>	T1	HD
RYTHMOL SR (<i>propafenone hcl er</i>)	T3	PA HD
TIKOSYN 125 MCG CAPSULE (<i>dofetilide</i>)	T3	PA QL (8 caps/day) HD
TIKOSYN 250 MCG CAPSULE (<i>dofetilide</i>)	T3	PA QL (4 caps/day) HD
TIKOSYN 500 MCG CAPSULE (<i>dofetilide</i>)	T3	PA QL (2 caps/day) HD
XYLOCAINE IV	T3	
BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO Y ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS, INHIBIDORES DE LA COX-2		
CONSENSI	T3	PA QL (1 tab/day)
AGENTES BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO		
ADALAT CC (<i>nifedipine er</i>)	T3	HD
<i>amlodipine besylate</i> (Norvasc)	T1	HD
CALAN SR (<i>verapamil er</i>)	T3	HD
CAMZYOS	T3	PA QL (30 caps/30 days) SP
CARDENE I.V. (<i>nicardipine hcl</i>)	T3	
CARDIZEM (<i>diltiazem hcl</i>)	T3	PA HD
CARDIZEM CD (<i>diltiazem 24hr er (cd)</i>)	T3	PA HD
CARDIZEM LA 120 MG TABLET (<i>diltiazem hcl</i>)	T3	PA QL (1 tab/day) HD
CARDIZEM LA 180 MG TABLET (<i>matzim la</i>)	T3	PA HD
CARDIZEM LA 240 MG TABLET (<i>matzim la</i>)	T3	PA HD
CARDIZEM LA 300 MG TABLET (<i>matzim la</i>)	T3	PA HD
CARDIZEM LA 360 MG TABLET (<i>matzim la</i>)	T3	PA HD
CARDIZEM LA 420 MG TABLET (<i>matzim la</i>)	T3	PA HD
CLEVIPREX	T3	
CONJUPRI	T3	PA HD
<i>diltiazem hcl</i>	T1	HD
<i>diltiazem hcl</i> (Cardizem Cd)	T1	HD
<i>diltiazem 24h er(la) 120 mg tb</i> (Cardizem La)	T1	QL(1 tab/day) HD
<i>diltiazem 24h er(la) 180 mg tb</i> (Cardizem La)	T1	HD
<i>diltiazem 24h er(la) 240 mg tb</i> (Cardizem La)	T1	HD
<i>diltiazem 24h er(la) 300 mg tb</i> (Cardizem La)	T1	HD
<i>diltiazem 24h er(la) 360 mg tb</i> (Cardizem La)	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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>diltiazem 24h er(la) 420 mg tb</i> (Cardizem La)	T1	HD
<i>diltiazem hcl</i> (Cardizem La)	T1	HD
<i>diltiazem hcl</i> (Cardizem)	T1	
<i>diltiazem hcl</i> (Tiazac)	T1	HD
DILTIAZEM HCL-0.7% NACL	T3	
DILTIAZEM HCL-0.9% NACL	T1	
<i>felodipine</i>	T1	HD
<i>isradipine</i>	T1	HD
KATERZIA	T3	PA QL (10ml/day) HD
NICARDIPIN 20MG/200ML-0.9%NACL	T3	
NICARDIPIN 40MG/200ML-0.9%NACL	T3	
NICARDIPINE 1 MG/10 ML-NS SYRG	T1	
<i>nicardipine hcl</i>	T1	
<i>nicardipine hcl</i> (Cardene I.v.)	T1	
NICARDIPINE HCL-D5W	T1	
<i>nifedipine</i>	T1	HD
<i>nifedipine</i> (Adalat Cc)	T1	HD
<i>nifedipine</i> (Procardia XI)	T1	HD
<i>nifedipine</i> (Procardia)	T1	HD
<i>nimodipine</i>	T1	HD
<i>nisoldipine er 17 mg tablet</i> (Sular)	T1	HD
<i>nisoldipine er 20 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>nisoldipine er 25.5 mg tablet</i>	T1	HD
<i>nisoldipine er 30 mg tablet</i>	T1	HD
<i>nisoldipine er 34 mg tablet</i> (Sular)	T1	HD
<i>nisoldipine er 40 mg tablet</i>	T1	HD
<i>nisoldipine er 8.5 mg tablet</i> (Sular)	T1	HD
NORVASC (<i>amlodipine besylate</i>)	T3	HD
NORLIQVA	T2	PA QL (10ml/day) HD
NYMALIZE	T3	
PROCARDIA (<i>nifedipine</i>)	T3	PA HD
PROCARDIA XL (<i>nifedipine er</i>)	T3	HD
SULAR (<i>nisoldipine</i>)	T3	HD
TIAZAC (<i>tiadylt er</i>)	T3	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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>verapamil hcl</i>	T1	HD
<i>verapamil hcl</i> (Calan Sr)	T1	HD
<i>verapamil hcl</i> (Verelan Pm)	T1	HD
<i>verapamil hcl</i> (Verelan)	T1	HD
VERELAN (<i>verapamil hcl</i>)	T3	HD
VERELAN (<i>verapamil sr</i>)	T3	HD
VERELAN PM (<i>verapamil er pm</i>)	T3	HD
SOLUCIONES CARDIOPLÉJICAS		
CARDIOPLEGIA DEL NIDO FORMULA	T3	
CARDIOPLEGIA HIGH POTASSIUM	T3	
CARDIOPLEGIA IND 8:1 NON-ENRCH	T3	
CARDIOPLEGIA INDUCTION 4:1	T3	
CARDIOPLEGIA INDUCTION 8:1	T3	
CARDIOPLEGIA MAINTENANCE 4:1	T3	
CARDIOPLEGIA MAINTENANCE 8:1	T3	
CARDIOPLEGIA REPERFUSATE 4:1	T3	
<i>cardioplegic solution no. 1</i> (Plegisol)	T1	
PLEGISOL	T3	
GLUCÓSIDOS DIGITÁLICOS		
<i>digoxin</i>	T1	HD
<i>digoxin</i> (Lanoxin)	T1	HD
LANOXIN 125 MCG TABLET (<i>digoxin</i>)	T3	PA HD
LANOXIN 187.5 MCG TABLET	T3	PA HD
LANOXIN 250 MCG TABLET (<i>digoxin</i>)	T3	PA HD
LANOXIN 500 MCG/2 ML AMPULE (<i>digoxin</i>)	T3	HD
LANOXIN 500 MCG/2 ML VIAL	T3	HD
LANOXIN 62.5 MCG TABLET	T3	PA HD
LANOXIN PEDIATRIC	T3	HD
REDUCTORES DE LA FRECUENCIA CARDÍACA, INHIB. SELECTIVOS DE LA CORRIENTE I (F) DEL SA		
CORLANOR TABLET (<i>ivabradine hcl</i>)	T2	PA HD
CORLANOR SOLUTION (<i>ivabradine hcl</i>)	T3	PA SP HD
<i>ivabradine hcl</i> (Corlanor)	T1	PA HD
CARDIOTÓNICOS		
<i>dobutamine hcl</i>	T1	
<i>dobutamine hcl in dextrose 5 %</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
CARDIOTÓNICOS (cont.)		
<i>milrinone lactate</i>	T1	
<i>milrinone lactate/d5w</i>	T1	
VASODILADORES, CORONARIOS		
DILATRATE-SR	T3	HD
GONITRO	T3	HD
ISORDIL (<i>isosorbide dinitrate</i>)	T3	PA HD
ISORDIL TITRADOSE (<i>isosorbide dinitrate</i>)	T3	PA HD
<i>isosorbide dinitrate 10 mg tab</i>	T1	HD
<i>isosorbide dinitrate 20 mg tab</i>	T1	HD
<i>isosorbide dinitrate 30 mg tab</i>	T1	HD
<i>isosorbide dinitrate 40 mg tab</i> (Isordil)	T1	PA HD
<i>isosorbide dinitrate 5 mg tab</i> (Isordil Titradose)	T1	HD
<i>isosorbide mononitrate</i>	T1	HD
MINITRAN	T1	HD
NITRO-DUR 0.1, 0.2, 0.3, 0.4, 0.6, 0.8 MG/HR PATCH	T3	HD
<i>nitroglycerin</i>	T1	HD
<i>nitroglycerin</i> (Nitro-dur)	T1	HD
<i>nitroglycerin</i> (Nitrolingual)	T1	HD
<i>nitroglycerin</i> (Nitromist)	T1	HD
<i>nitroglycerin</i> (Nitrostat)	T1	HD
<i>nitroglycerin in 5 % dextrose</i>	T1	
NITROLINGUAL (<i>nitroglycerin</i>)	T3	HD
NITROMIST (<i>nitroglycerin</i>)	T3	HD
NITROSTAT (<i>nitroglycerin</i>)	T3	HD
CARDIOVASCULARES (Alergia/rociadores nasales)		
AGENTES SIMPATICOMIMÉTICOS		
AKOAZ	T3	
BIORPHEN	T3	
EPHEDRINE SULFATE	T1	
<i>ephedrine sulfate</i> (Akovaz)	T1	
EPHEDRINE SULFATE-0.9% NACL	T1	
EPHEDRINE SULFATE-NACL	T1	
<i>phenylephrine hcl</i> (Vazculep)	T1	
<i>phenylephrine hcl in 0.9% nacl</i> (Phenylephrine Hcl-0.9% Nacl)	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Alergia/rociadores nasales) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES SIMPATICOMIMÉTICOS (cont.)		
<i>phenylephrine hcl/dextrose 5 %</i>	T1	
PHENYLEPHRINE HCL-0.9% NACL	T1	
PHENYLEPHRINE HCL-0.9% NACL (<i>phenylephrine hcl-0.9% nacl</i>)	T1	
PHENYLEPHRINE HCL-D5W	T1	
REZIPRES	T3	
VAZCULEP (<i>phenylephrine hcl</i>)	T3	

CARDIOVASCULARES (Asma/EPOC/condiciones respiratorias)

ANTIHIP. PULM., ESTIMULADOR DE LA GUANILATO CICLASA SOLUBLE

ADEMPAS	T3	PA SP HD
VERQUVO	T2	PA QL (1 tab/day)

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

ADCIRCA (<i>tadalafil</i>)	T3	PA SP HD
LIQREV	T3	PA SP HD
REVATIO	T3	PA SP HD
REVATIO (<i>sildenafil citrate</i>)	T3	PA SP HD
TADLIQ	T3	PA SP HD
<i>sildenafil 10 mg/12.5 ml vial</i> (Revatio)	T3	PA SP HD
<i>sildenafil 10 mg/ml oral susp</i> (Revatio)	T3	PA SP HD
<i>sildenafil 20 mg tablet</i> (Revatio)	T3	PA SP HD
<i>tadalafil</i> (Adcirca)	T3	PA SP HD
<i>tadalafil 20 mg tablet</i> (Adcirca)	T3	PA SP HD

ANTIHIP. PULMONAR, ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES DE ENDOTELINA

<i>ambrisentan</i> (Letairis)	T3	PA SP HD
<i>bosentan</i> (Tracleer)	T3	PA SP HD
LETAIRIS (<i>ambrisentan</i>)	T3	PA SP HD
OPSUMIT	T3	PA SP HD
TRACLEER 125 MG TABLET (<i>bosentan</i>)	T3	PA SP HD
TRACLEER 32 MG TABLET FOR SUSP	T3	PA SP HD
TRACLEER 62.5 MG TABLET (<i>bosentan</i>)	T3	PA SP HD

AGENTE ANTIHIPERTENSIVO PULMONAR, ACTRIIA-FC

WINREVAIR	T4	PA SP HD
-----------	----	----------

ANTIHIPERTENSIVOS PULMONARES, TIPO PROSTACICLINAS

<i>epoprostenol sodium</i>	T3	PA SP HD
<i>epoprostenol sodium 0.5 mg vI</i>	T3	PA SP HD
<i>epoprostenol sodium 0.5 mg vI</i> (Flolan)	T3	PA SP

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERTENSIVOS PULMONARES, TIPO PROSTACICLINAS (cont.)		
<i>epoprostenol sodium 1.5 mg v/l</i> (Flolan)	T3	PA SP
FLOLAN	T3	PA SP
ORENITRAM MONTH 1 TITRATION KT	T3	PA QL(168 tabs/180 days) SP HD
ORENITRAM MONTH 2 TITRATION KT	T3	PA QL(336 tabs/180 days) SP HD
ORENITRAM MONTH 3 TITRATION KT	T3	PA QL(252 tabs/180 days) SP HD
ORENITRAM ER	T3	PA SP HD
REMODULIN (<i>treprostinil</i>)	T3	PA SP HD
<i>treprostinil sodium</i> (Remodulin)	T3	PA SP HD
TYVASO DPI	T2	PA SP HD
TYVASO INSTITUTIONAL START KIT	T3	PA SP HD
TYVASO REFILL KIT	T3	PA SP HD
TYVASO STARTER KIT	T3	PA SP HD
UPTRAVI	T3	PA SP HD
VELETRI VIAL	T3	PA SP
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(1 tab/day) SP HD
---------	----	------------------------

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

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

PRESTALIA 3.5 MG-2.5 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) HD
PRESTALIA 7 MG-5 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) HD
TARKA (<i>trandolapril-verapamil er</i>)	T3	HD
<i>trandolapril/verapamil hcl</i>	T1	HD
<i>trandolapril/verapamil hcl</i> (Tarka)	T1	HD

INHIBIDOR DE LA ECA-TIAZIDA O DIURÉTICO TIAZÍDICO

ACCURETIC (<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>)	T3	ST HD
<i>benazepril/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>benazepril/hydrochlorothiazide</i> (Lotensin Hct)	T1	HD
<i>captopril-hctz 25-15 mg tablet</i>	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>captopril-hctz 25-25 mg tablet</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>captopril-hctz 50-15 mg tablet</i>	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>captopril-hctz 50-25 mg tablet</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>enalapril/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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
INHIBIDOR DE LA ECA-TIAZIDA O DIURÉTICO TIAZÍDICO (cont.)		
<i>enalapril/hydrochlorothiazide</i> (Vaseretic)	T1	HD
<i>fosinopril/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i> (Zestoretic)	T1	HD
LOTENSIN HCT (<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>)	T3	ST HD
<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i> (Accuretic)	T1	HD
VASERETIC (<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>)	T3	ST HD
ZESTORETIC (<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>)	T3	ST HD
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA/BETA		
<i>carvedilol</i> (Coreg)	T1	HD
<i>carvedilol er 10 mg capsule</i> (Coreg Cr)	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>carvedilol er 20 mg capsule</i> (Coreg Cr)	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>carvedilol er 40 mg capsule</i> (Coreg Cr)	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>carvedilol er 80 mg capsule</i> (Coreg Cr)	T1	HD
COREG (<i>carvedilol</i>)	T3	ST HD
COREG CR 10 MG CAPSULE (<i>carvedilol er</i>)	T3	QL (1 cap/day) ST HD
COREG CR 20 MG CAPSULE (<i>carvedilol er</i>)	T3	QL (1 cap/day) ST HD
COREG CR 40 MG CAPSULE (<i>carvedilol er</i>)	T3	QL (1 cap/day) ST HD
COREG CR 80 MG CAPSULE (<i>carvedilol er</i>)	T3	ST HD
LABETALOL HCL 10 MG/2 ML SYRNG	T3	
<i>labetalol hcl 100 mg tablet</i>	T1	
<i>labetalol hcl 100 mg/20 ml vl</i>	T1	
<i>labetalol hcl 20 mg/4 ml crpjt</i>	T1	
<i>labetalol hcl 20 mg/4 ml syrng</i>	T1	
<i>labetalol hcl 20 mg/4 ml vial</i>	T1	
<i>labetalol hcl 200 mg tablet</i>	T1	HD
<i>labetalol hcl 200 mg/40 ml vl</i>	T1	HD
<i>labetalol hcl 300 mg tablet</i>	T1	HD
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA		
CARDURA (<i>doxazosin mesylate</i>)	T3	HD
CARDURA XL	T3	HD
<i>doxazosin mesylate</i> (Cardura)	T1	HD
MINIPRESS (<i>prazosin hcl</i>)	T3	HD
<i>prazosin hcl</i> (Minipress)	T1	HD
<i>terazosin 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
ANTAG. DE RECEPT. DE ANGIOTENSINA-BLOQ. DE LOS CANALES DE CALCIO-TIAZIDAS		
<i>amlodipine/valsartan/hcthiacid</i> (Exforge Hct)	T1	HD
EXFORGE HCT (<i>amlodipine-valsartan-hctz</i>)	T3	PA HD
<i>olmesartan/amlodipin/hcthiacid</i> (Tribenzor)	T1	HD
TRIBENZOR (<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i>)	T3	HD
COMB. INHIBIDOR DEL RECEPT. DE ANGIOTENSINA-DE LA NEPRILISINA (ARNI)		
ENTRESTO	T3	PA QL(2 tabs/day)
<i>sacubitril/valsartan</i> (Entresto)	T1	QL(2 tabs/day) HD
COMB. DE ANTAG. DE RECEPT. DE ANGIOTENSINA-DIURÉTICOS TIAZÍDICOS		
ATACAND HCT (<i>candesartan-hydrochlorothiazid</i>)	T3	ST HD
AVALIDE (<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>)	T3	ST HD
ATACAND HCT (<i>candesartan-hydrochlorothiazid</i>)	T3	ST HD
AVALIDE (<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>)	T3	ST HD
BENICAR HCT 20-12.5 MG TABLET (<i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i>)	T3	QL (1 tab/day) ST HD
BENICAR HCT 40-12.5 MG TABLET (<i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i>)	T3	ST HD
BENICAR HCT 40-25 MG TABLET (<i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i>)	T3	ST HD
<i>candesartan/hydrochlorothiazid</i> (Atacand Hct)	T1	HD
DIOVAN HCT (<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>)	T3	ST HD
EDARBYCLOR	T3	ST HD
HYZAAR (<i>losartan-hydrochlorothiazide</i>)	T3	ST HD
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i> (Avalide)	T1	HD
<i>losartan/hydrochlorothiazide</i> (Hyzaar)	T1	HD
MICARDIS HCT 40-12.5 MG TABLET (<i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i>)	T3	QL (1 tab/day) ST HD
MICARDIS HCT 80-12.5 MG TABLET (<i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i>)	T3	ST HD
MICARDIS HCT 80-25 MG TABLET (<i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i>)	T3	ST HD
<i>olmesartan-hctz 20-12.5 mg tab</i> (Benicar Hct)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>olmesartan-hctz 40-12.5 mg tab</i> (Benicar Hct)	T1	HD
<i>telmisartan-hctz 40-12.5 mg tb</i> (Micardis Hct)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>telmisartan-hctz 80-12.5 mg tb</i> (Micardis Hct)	T1	HD
<i>telmisartan-hctz 80-25 mg tab</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 besylate/valsartan</i> (Exforge)	T1	HD
<i>amlodipine-olmesartan 10-20 mg</i> (Azor)	T1	HD
<i>amlodipine-olmesartan 10-40 mg</i> (Azor)	T1	HD
<i>amlodipine-olmesartan 5-20 mg</i> (Azor)	T1	QL (1 tab/day) HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
BLOQ. DE RECEPTORES DE ANGIOTENSINA-BLOQ. DE LOS CANALES DE CALCIO (cont.)		
<i>amlodipine-olmesartan 5-40 mg (Azor)</i>	T1	HD
<i>AZOR 10-20 MG TABLET (amlodipine-olmesartan)</i>	T3	HD
<i>AZOR 10-40 MG TABLET (amlodipine-olmesartan)</i>	T3	HD
<i>AZOR 5-20 MG TABLET (amlodipine-olmesartan)</i>	T3	QL (1 tab/day) HD
<i>AZOR 5-40 MG TABLET (amlodipine-olmesartan)</i>	T3	HD
<i>EXFORGE (amlodipine-valsartan)</i>	T3	PA HD
<i>telmisartan-amlodipine 40-10</i>	T1	HD
<i>telmisartan-amlodipine 40-5 mg</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>telmisartan-amlodipine 80-10</i>	T1	HD
<i>telmisartan-amlodipine 80-5 mg</i>	T1	HD
ANTIHIPERTENSIVOS, INHIBIDORES DE LA ECA		
<i>ACCUPRIL (quinapril hcl)</i>	T3	ST HD
<i>benazepril hcl</i>	T1	HD
<i>benazepril hcl (Lotensin)</i>	T1	HD
<i>captopril</i>	T1	HD
<i>enalapril maleate (Vasotec)</i>	T1	HD
<i>enalaprilat dihydrate</i>	T1	
<i>EPANED</i>	T3	PA HD
<i>fosinopril sodium</i>	T1	HD
<i>lisinopril (Zestril)</i>	T1	HD
<i>LOTENSIN (benazepril hcl)</i>	T3	ST HD
<i>moexipril hcl</i>	T1	HD
<i>perindopril erbumine</i>	T1	HD
<i>PRINIVIL (lisinopril)</i>	T3	ST HD
<i>QBRELIS</i>	T3	PA HD
<i>quinapril hcl (Accupril)</i>	T1	HD
<i>ramipril (Altace)</i>	T1	HD
<i>trandolapril</i>	T1	HD
<i>VASOTEC (enalapril maleate)</i>	T3	ST HD
<i>ZESTRIL (lisinopril)</i>	T3	PA HD
ANTIHIPERTENSIVOS, ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ANGIOTENSINA		
<i>ATACAND (candesartan cilexetil)</i>	T3	ST HD
<i>AVAPRO (irbesartan)</i>	T3	PA HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERTENSIVOS, ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ANGIOTENSINA (cont.)		
BENICAR 20 MG TABLET (<i>olmesartan medoxomil</i>)	T3	QL (1 tab/day) ST HD
BENICAR 40 MG TABLET (<i>olmesartan medoxomil</i>)	T3	ST HD
BENICAR 5 MG TABLET (<i>olmesartan medoxomil</i>)	T3	ST HD
<i>candesartan cilexetil</i> (Atacand)	T1	HD
COZAAR (<i>losartan potassium</i>)	T3	PA HD
DIOVAN (<i>valsartan</i>)	T3	ST HD
EDARBI 40 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST HD
EDARBI 80 MG TABLET	T3	ST HD
<i>eprosartan mesylate</i>	T1	HD
<i>irbesartan</i> (Avapro)	T1	HD
<i>losartan potassium</i> (Cozaar)	T1	HD
MICARDIS 20 MG TABLET (<i>telmisartan</i>)	T3	QL (1 tab/day) ST HD
MICARDIS 40 MG TABLET (<i>telmisartan</i>)	T3	QL (1 tab/day) ST HD
MICARDIS 80 MG TABLET (<i>telmisartan</i>)	T3	ST HD
<i>olmesartan medoxomil 20 mg tab</i> (Benicar)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>olmesartan medoxomil 40 mg tab</i> (Benicar)	T1	HD
<i>olmesartan medoxomil 5 mg tab</i> (Benicar)	T1	HD
<i>telmisartan 20 mg tablet</i> (Micardis)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>telmisartan 40 mg tablet</i> (Micardis)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>telmisartan 80 mg tablet</i> (Micardis)	T1	HD
<i>valsartan</i> (Diovan)	T1	HD
VALSARTAN 20 MG/5 ML SOLUTION	T3	ST HD
ANTIHIPERTENSIVOS, BLOQUEADORES GANGLIONARES		
VECAMYL	T1	
ANTIHIPERTENSIVOS, VARIOS		
DEMSER (<i>metyrosine</i>)	T3	HD
<i>metyrosine</i> (Demser)	T1	HD
<i>nitroprusside sodium</i> (Nitropress)	T1	
ANTIHIPERTENSIVOS, SIMPATOLÍTICOS		
CATAPRES-TTS 1 (<i>clonidine</i>)	T3	HD
CATAPRES-TTS 2 (<i>clonidine</i>)	T3	HD
CATAPRES-TTS 3 (<i>clonidine</i>)	T3	HD

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

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

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a 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, SIMPATOLÍTICOS (cont.)		
<i>clonidine</i> (Catapres-tts 1)	T1	HD
<i>clonidine</i> (Catapres-tts 2)	T1	HD
<i>clonidine</i> (Catapres-tts 3)	T1	HD
<i>clonidine hcl 0.1 mg tablet</i> (Catapres)	T1	HD
<i>clonidine hcl 0.2 mg tablet</i>	T1	HD
<i>clonidine hcl 0.3 mg tablet</i> (Catapres)	T1	HD
<i>guanfacine hcl</i>	T1	HD
<i>methyldopa</i>	T1	HD
<i>methyldopa/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>methyldopate hcl</i>	T1	
ANTIHIPERTENSIVOS, VASODILATADORES		
CORLOPAM	T3	HD
<i>hydralazine hcl</i>	T1	HD
<i>minoxidil</i>	T1	HD
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS BETA		
<i>acebutolol hcl</i>	T1	HD
<i>atenolol</i> (Tenormin)	T1	HD
BETAPACE (<i>sotalol af</i>)	T3	PA HD
BETAPACE (<i>sotalol</i>)	T3	PA HD
BETAPACE AF (<i>sotalol af</i>)	T3	PA HD
<i>betaxolol hcl</i>	T1	HD
<i>bisoprolol fumarate</i>	T1	HD
BREVIBLOC	T3	HD
BYSTOLIC 10 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day) HD
BYSTOLIC 2.5 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day) HD
BYSTOLIC 20 MG TABLET	T3	PA HD
BYSTOLIC 5 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day) ST HD
CORGARD (<i>nadolol</i>)	T3	PA HD
<i>esmolol hcl</i>	T1	
<i>esmolol hcl</i> (Brevibloc)	T1	
ESMOLOL HCL-AGUA	T1	
<i>esmolol in sodium chloride, iso</i> (Brevibloc)	T1	HD
HEMANGEOL	T3	PA HD
INDERAL LA (<i>propranolol hcl er</i>)	T3	PA HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS BETA (cont.)		
INDERAL XL	T3	PA HD
INNOPRAN XL	T3	ST HD
KAPSPARGO SPRINKLE	T3	PA HD
LOPRESSOR (<i>metoprolol tartrate</i>)	T3	PA HD
<i>metoprolol succinate</i> (Toprol XL)	T1	HD
<i>metoprolol tartrate</i>	T1	HD
<i>metoprolol tartrate</i> (Lopressor)	T1	HD
<i>nadolol</i>	T1	HD
<i>pindolol</i>	T1	HD
<i>propranolol hcl</i>	T1	HD
<i>propranolol hcl</i> (Inderal La)	T1	HD
SOTALOL HCL	T1	
<i>sotalol hcl</i> (Betapace Af)	T1	HD
<i>sotalol hcl</i> (Betapace)	T1	HD
SOTYLIZE	T3	HD
TENORMIN (<i>atenolol</i>)	T3	PA HD
<i>timolol maleate</i>	T1	HD
TOPROL XL (<i>metoprolol succinate</i>)	T3	PA HD
BETABLOQUEANTES Y TIAZIDAS, DIURÉTICOS TIAZÍDICOS		
<i>atenolol/chlorthalidone</i> (Tenoretic 100)	T1	HD
<i>atenolol/chlorthalidone</i> (Tenoretic 50)	T1	HD
<i>bisoprolol/hydrochlorothiazide</i> (Ziac)	T1	HD
DUTOPROL	T3	PA
<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>nadolol/bendroflumethiazide</i>	T1	HD
<i>propranolol/hydrochlorothiazid</i>	T1	HD
TENORETIC 100 (<i>atenolol-chlorthalidone</i>)	T3	PA HD
TENORETIC 50 (<i>atenolol-chlorthalidone</i>)	T3	PA HD
ZIAC (<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>)	T3	PA HD
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES MUSCARÍNICOS (ANTICOLINÉRGICOS)		
ATROPEN	T3	
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DEL CONDUCTO ARTERIAL PERSISTENTE, TIPO AINE		
<i>ibuprofen lysine/pf</i> (Neoprofen)	T1	
<i>indomethacin 1 mg vial</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 PARA EL TRATAMIENTO DEL CONDUCTO ARTERIAL PERSISTENTE, TIPO AINE (cont.)		
NEOPROFEN (<i>ibuprofen lysine</i>)	T3	
INHIBIDOR DE LA RENINA, DIRECTO		
<i>aliskiren 150 mg tablet</i> (Tekturna)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>aliskiren 300 mg tablet</i> (Tekturna)	T1	HD
TEKTURNA 150 MG TABLET (<i>aliskiren</i>)	T3	PA QL (1 tab/day) HD
TEKTURNA 300 MG TABLET (<i>aliskiren</i>)	T3	PA HD
COMB. DE INHIBIDORES DIRECTOS DE LA RENINA Y DIURÉTICOS TIAZÍDICOS		
TEKTURNA HCT	T2	HD
COMBINACIÓN DE VASODILATADORES		
BIDIL (<i>isosorbide dinit/hydralazine</i>)	T3	PA QL (6 tabs/day) HD
<i>isosorbide-dinit hydralazine</i> (Bidil)	T1	QL (6 tabs/day) HD
VASODILATADORES, PERIFÉRICOS		
<i>ergoloid mesylates</i>	T1	
<i>isoxsuprine hcl</i>	T1	
<i>papaverine hcl</i>	T1	

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para el colesterol)

ANTIHIPERLIP. - INHIB. DE HMG-COA REDUCT.-INHIB. DE AB. DE COLEST.		
<i>ezetimibe/simvastatin</i> (Vytorin)	T1	HD
ROSZET	T3	PA HD
VYTORIN (<i>ezetimibe-simvastatin</i>)	T3	ST HD
ANTIHIPERLIP. - INHIB. DE HMG-COA REDUCT.-BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO		
<i>amlodipine-atorvast 10-10 mg</i> (Caduet)	T1	HD
<i>amlodipine-atorvast 10-20 mg</i> (Caduet)	T1	HD
<i>amlodipine-atorvast 10-40 mg</i> (Caduet)	T1	HD
<i>amlodipine-atorvast 10-80 mg</i> (Caduet)	T1	HD
<i>amlodipine-atorvast 2.5-10 mg</i>	T1	HD
<i>amlodipine-atorvast 2.5-20 mg</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>amlodipine-atorvast 2.5-40 mg</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>amlodipine-atorvast 5-10 mg</i> (Caduet)	T1	HD
<i>amlodipine-atorvast 5-20 mg</i> (Caduet)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>amlodipine-atorvast 5-40 mg</i> (Caduet)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>amlodipine-atorvast 5-80 mg</i> (Caduet)	T1	HD
CADUET 10 MG-10 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	HD
CADUET 10 MG-20 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	HD

T1 — Habitualmente genéricos

PA — Autorización previa

AGE — Requisito de edad

PPACA — Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 — Habitualmente marcas preferidas

QL — Límite a la cantidad

SP — Medicamentos de especialidad

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

T3 — Habitualmente marcas no preferidas

ST — Tratamiento escalonado

HD — Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para el colesterol) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERLIP. - INHIB. DE HMG-COA REDUCT.-BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO (cont.)		
CADUET 10 MG-40 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	HD
CADUET 10 MG-80 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	HD
CADUET 5 MG-10 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	HD
CADUET 5 MG-20 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	QL (1 tab/day) HD
CADUET 5 MG-40 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	QL (1 tab/day) HD
CADUET 5 MG-80 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	HD
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIB. DE LA PROTEÍNA SIMILAR A LA ANGIOPOYETINA 3		
EVKEEZA	T3	PA SP
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIB. DE LA SÍNTESIS DE LA APO B-100		
KYNAMRO	T3	PA SP
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDORES DE LA APOLIPOPROTEÍNA		
TRYNGOLZA	T3	PA QL SP
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDOR DE ATP-CITRATO LIASA		
NEXLETOL	T2	PA QL (1 tab/day)
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDORES DE MTP		
JUXTAPID	T3	PA SP HD
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDORES DE PCSK9		
PRALUENT PEN	T3	PA
REPATHA PUSHTRONEX	T2	
REPATHA SURECLICK	T2	
REPATHA SYRINGE	T2	
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDOR DE LA ABSORCIÓN DE ACLY Y COLEST.		
NEXLIZET	T2	PA QL (1 syringe/day)
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS-INHIB. DE LA HMG-COA REDUCTASA (Estatinas)		
ALTOPREV 20 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST HD
ALTOPREV 40 MG TABLET	T3	ST HD
ALTOPREV 60 MG TABLET	T3	ST HD
<i>atorvastatin 10 mg tablet (Lipitor)</i>	T1	HD PPACA
<i>atorvastatin 20 mg tablet (Lipitor)</i>	T1	HD PPACA
<i>atorvastatin 40 mg tablet (Lipitor)</i>	T1	HD
<i>atorvastatin 80 mg tablet (Lipitor)</i>	T1	HD
CRESTOR 10 MG TABLET (<i>rosuvastatin calcium</i>)	T3	QL (1 tab/day) ST HD
CRESTOR 20 MG TABLET (<i>rosuvastatin calcium</i>)	T3	QL (1 tab/day) ST HD
CRESTOR 40 MG TABLET (<i>rosuvastatin calcium</i>)	T3	ST HD
CRESTOR 5 MG TABLET (<i>rosuvastatin calcium</i>)	T3	QL (1 tab/day) ST HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para el colesterol) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS-INHIB. DE LA HMG-COA REDUCTASA (Estatinas) (cont.)		
EZALLOR SPRINKLE 10 MG CAPSULE	T3	QL (1 tab/day) ST HD
EZALLOR SPRINKLE 20 MG CAPSULE	T3	QL (1 tab/day) ST HD
EZALLOR SPRINKLE 40 MG CAPSULE	T3	ST HD
EZALLOR SPRINKLE 5 MG CAPSULE	T3	QL (1 tab/day) ST HD
FLOLIPID	T3	ST HD
<i>fluvastatin sodium</i>	T1	HD PPACA
<i>fluvastatin sodium</i> (Lescol XI)	T1	HD PPACA
LESCOL XL (<i>fluvastatin er</i>)	T3	PA HD
LIPITOR (<i>atorvastatin calcium</i>)	T3	PA HD
LIVALO 1 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day) ST HD
LIVALO 2 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day) ST HD
LIVALO 4 MG TABLET	T2	PA HD
<i>lovastatin 10 mg tablet</i>	T1	HD
<i>lovastatin 20 mg tablet</i>	T1	HD PPACA
<i>lovastatin 40 mg tablet</i>	T1	HD PPACA
<i>pitavastatin tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD PPACA
PRAVACHOL (<i>pravastatin sodium</i>)	T3	PA HD
<i>pravastatin sodium</i>	T1	HD PPACA
<i>pravastatin sodium</i> (Pravachol)	T1	HD PPACA
<i>rosuvastatin calcium 10 mg tab</i> (Crestor)	T1	QL (1 tab/day) HD PPACA
<i>rosuvastatin calcium 20 mg tab</i> (Crestor)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>rosuvastatin calcium 40 mg tab</i> (Crestor)	T1	HD
<i>rosuvastatin calcium 5 mg tab</i> (Crestor)	T1	QL (1 tab/day) HD PPACA
<i>simvastatin 10 mg tablet</i> (Zocor)	T1	HD PPACA
<i>simvastatin 20 mg tablet</i> (Zocor)	T1	HD PPACA
SIMVASTATIN 20 MG/5 ML SUSP	T3	ST HD
<i>simvastatin 40 mg tablet</i> (Zocor)	T1	HD PPACA
<i>simvastatin 5 mg tablet</i>	T1	HD
ZOCOR	T3	PA HD
ZYPITAMAG	T3	ST HD
SECUESTRADORES DE SALES BILIARES		
<i>cholestyramine (with sugar)</i> (Questran)	T1	HD
<i>cholestyramine/aspartame</i>	T1	HD
<i>cholestyramine/aspartame</i> (Questran Light)	T1	HD
<i>colesevelam hcl</i> (Welchol)	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para el colesterol) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SECUESTRADORES DE SALES BILIARES (cont.)		
COLESTID	T3	HD
COLESTID (<i>colestipol hcl</i>)	T3	HD
<i>colestipol hcl</i> (Colestid)	T1	HD
QUESTRAN (<i>cholestyramine</i>)	T3	HD
QUESTRAN LIGHT (<i>prevalite</i>)	T3	HD
WELCHOL (<i>colesevelam hcl</i>)	T3	PA HD
LIPOTRÓPICOS		
ANTARA	T3	PA HD
<i>ezetimibe</i> (Zetia)	T1	HD
<i>fenofibrate 120 mg tablet</i> (Fenoglide)	T1	HD
<i>fenofibrate 130 mg capsule</i>	T1	HD
<i>fenofibrate 134 mg capsule</i>	T1	HD
<i>fenofibrate 145 mg tablet</i> (Tricor)	T1	HD
FENOFIBRATE 150 MG CAPSULE	T1	HD
<i>fenofibrate 160 mg tablet</i>	T1	HD
FENOFIBRATE 160 MG TABLET	T3	PA HD
<i>fenofibrate 200 mg capsule</i>	T1	HD
<i>fenofibrate 40 mg tablet</i> (Fenoglide)	T1	HD
<i>fenofibrate 43 mg capsule</i>	T1	HD
<i>fenofibrate 48 mg tablet</i> (Tricor)	T1	HD
FENOFIBRATE 50 MG CAPSULE	T1	HD
<i>fenofibrate 54 mg tablet</i>	T1	HD
<i>fenofibrate 67 mg capsule</i>	T1	HD
<i>fenofibric acid (choline)</i> (Trilipix)	T1	HD
<i>fenofibric acid</i> (Fibricor)	T1	HD
FENOGLIDE (<i>fenofibrate</i>)	T3	PA HD
FIBRICOR (<i>fenofibric acid</i>)	T3	ST HD
<i>gemfibrozil</i> (Lopid)	T1	HD
LIPOFEN	T3	ST HD
LOPID (<i>gemfibrozil</i>)	T3	HD
<i>niacin</i> (Niacor)	T1	HD
<i>niacin</i> (Niaspan)	T1	HD
NIACOR	T1	HD
NIASPAN (<i>niacin er</i>)	T3	HD

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para el colesterol) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
LIPOTRÓPICOS (cont.)		
TRICOR (<i>fenofibrate</i>)	T3	ST HD
TRIGLIDE	T3	ST HD
TRILIPIX (<i>fenofibric acid</i>)	T3	ST HD
ZETIA (<i>ezetimibe</i>)	T3	HD

ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ENDOTELINA-ANGIOTENSINA

FILSPARI	T2	PA QL(1 tab/day) SP HD
----------	----	------------------------

CARDIOVASCULARES (Varios)

AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA VENOSCLEROSIS

ASCLERA	T3	PA SP
ETHAMOLIN	T3	
<i>sodium tetradecyl sulfate</i> (Sotradecol)	T1	
SOTRADECOL (<i>sodium tetradecyl sulfate</i>)	T3	

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Enfermedad de Alzheimer)

TRATAMIENTO DEL ALZHEIMER, ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES NMDA

<i>memantine hcl</i>	T1	HD
<i>memantine hcl er 7 mg capsule</i> (Namenda Xr)	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>memantine hcl er 14 mg capsule</i> (Namenda Xr)	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>memantine hcl er 21 mg capsule</i> (Namenda Xr)	T1	HD
<i>memantine hcl er 28 mg capsule</i> (Namenda Xr)	T1	HD
NAMENDA 5 MG TABLET (<i>memantine hcl</i>)	T3	HD
NAMENDA 10 MG TABLET (<i>memantine hcl</i>)	T3	HD
NAMENDA 5-10 MG TITRATION PK	T2	HD
NAMENDA XR 14 MG CAPSULE (<i>memantine hcl er</i>)	T3	QL (1 cap/day) HD
NAMENDA XR 21 MG CAPSULE (<i>memantine hcl er</i>)	T3	HD
NAMENDA XR 28 MG CAPSULE (<i>memantine hcl er</i>)	T3	HD
NAMENDA XR 7 MG CAPSULE (<i>memantine hcl er</i>)	T3	QL (1 cap/day) HD
NAMENDA XR TITRATION PACK	T3	QL (112/365 days) HD

TRATAMIENTO DEL ALZHEIMER, ANTAG. DE LOS RECEPTORES NMDA-INHIB. DE COLINA

NAMZARIC 14 MG-10 MG CAPSULE	T3	QL (2 caps/day) HD
NAMZARIC 21 MG-10 MG CAPSULE	T3	QL (2 caps/day) HD
NAMZARIC 28 MG-10 MG CAPSULE	T3	QL (2 caps/day) HD
NAMZARIC 7 MG-10 MG CAPSULE	T3	QL (2 caps/day) HD
NAMZARIC TITRATION PACK	T3	QL (112/365 days) HD

ANTICUERPOS MONOCLONALES DIRIGIDOS CONTRA LAS AMILOIDES

LEQEMBI IQLIK 360 MG/1.8 ML	T3	PA SP
-----------------------------	----	-------

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Varios)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICUERPOS MONOCLONALES DIRIGIDOS CONTRA LAS AMILOIDES		
KISUNLA	T3	PA SP
ALCOHOL, USO SISTÉMICO		
ALCOHOL, DEHYDRATED	T1	
ANTICUERPOS MONOCLONALES DIRIGIDOS CONTRA LAS AMILOIDES		
ADUHELM	T3	PA SP
AGENTES PARA LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA		
edaravone	T1	PA SP
EXSERVAN	T3	PA
RADICAVA	T3	PA SP
RADICAVA ORS	T3	PA QL (50ml/28 days) SP
RELYVRIO	T3	PA QL(2 packs/day) SP
RILUTEK (<i>riluzole</i>)	T3	PA SP HD
<i>riluzole</i> (Rilutek)	T3	SP HD
TIGLUTIK	T3	PA SP
QALSODY	T3	
ESTIMULANTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
DOPRAM	T3	
<i>doxapram hcl</i> (Dopram)	T1	
MEDICAMENTOS PARA TRATAR TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO		
AUSTEDO XR TABLET	T3	PA QL SP HD
AUSTEDO XR 6 MG TABLET	T3	PA QL (90 tabs/30 days) SP HD
AUSTEDO XR 12 MG TABLET	T3	PA QL (30 tabs/30 days) SP HD
AUSTEDO XR 18 MG TABLET	T3	PA QL(1 tab/day) SP HD
AUSTEDO XR 24 MG TABLET	T3	PA QL (60 tabs/30 days) SP HD
AUSTEDO XR TITRATION KIT (WK1-4)	T3	PA QL(1 kit/180 days) SP HD
HORIZANT	T3	PA
INGREZZA	T3	PA QL(1 caps/day) SP
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV)	T3	PA QL(28 caps/365 days) SP
INGREZZA SPRINKLE	T3	PA QL SP
<i>tetrabenazine</i> (Xenazine)	T3	PA SP HD
XENAZINE (<i>tetrabenazine</i>)	T3	PA SP HD
AGENTES PARA EL AFECTO PSEUDOBULBAR (PBA), ANTAGONISTAS DE NMDA		
NUEDEXTA	T3	QL (4 caps/day)
XANTINAS		
CAFCIT (<i>caffeine citrate</i>)	T3	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

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

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Esclerosis múltiple)

AGENTES PARA TRATAR LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE		
AUBAGIO (<i>teriflunomide</i>)	T3	PA SP HD
AVONEX	T3	PA SP HD
AVONEX PEN	T3	PA SP HD
BAFIERTAM	T3	PA SP HD
BETASERON	T3	PA SP HD
BRIUMVI	T3	PA SP
COPAXONE (<i>glatopa</i>)	T3	PA SP HD
<i>dimethyl fumarate</i> (Tecfidera)	T3	HD
GILENYA 0.25 MG CAPSULE	T3	PA QL(1 cap/day) SP
GILENYA 0.5 MG CAPSULE (<i>fingolimod hcl</i>)	T3	PA SP HD
<i>glatiramer</i>	T1	HD
<i>glatopa</i>	T1	HD
<i>glatiramer acetate</i> (Copaxone)	T3	PA SP HD
KESIMPTA PEN	T3	PA SP HD
LEMTRADA	T3	PA SP HD
MAVENCLAD	T3	PA SP HD
MAYZENT	T3	PA SP HD
OCREVUS	T3	PA SP HD
PLEGRIDY	T3	PA SP HD
PLEGRIDY PEN	T3	PA SP HD
PONVORY	T3	PA SP HD
REBIF	T3	PA SP HD
REBIF REBIDOSE	T3	PA SP HD
TASCENSO ODT	T3	PA QL(1 tab/day) SP HD
TECFIDERA (<i>dimethyl fumarate</i>)	T3	PA SP HD
<i>teriflunomide</i> (Aubagio)	T3	SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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		
VELSIPITY	T2	PA QL(30 tabs/30 days) SP HD
VUMERITY	T3	PA SP HD
ZEPOSIA	T3	PA SP HD
AGENTES PARA EL TRAT. DE TRAST. DE LA TRANSMISIÓN NEUROMUSC., BLOQ. DE LOS CAN. DE POT.		
AMPYRA (<i>dalfampridine er</i>)	T3	PA SP HD
<i>dalfampridine</i> (Ampyra)	T3	PA SP HD
FIRDAPSE	T3	PA QL (8 tabs/day) SP
RUZURGI	T3	PA SP

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

INHIBIDORES DEL PÉPTIDO RELACIONADO CON EL GEN DE LA CALCITONINA (CGRP)		
EMGALITY SYRINGE	T2	PA
ANÁLOGOS DE GLIPROMATO (GPE)		
DAYBUE	T3	PA QL (120 ml/day) SP
AGENTES PARA LA NEURALGIA POSTHERPÉTICA		
GRALISE (<i>gabapentin</i>)	T3	PA

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos convulsivos)

ANTICONVULSIVOS - TIPO BENZODIAZEPINAS		
<i>clobazam</i> (Onfi)	T1	HD
<i>clonazepam</i>	T1	HD
<i>clonazepam</i> (Klonopin)	T1	HD
DIASTAT (<i>diazepam</i>)	T3	PA HD
<i>diazepam 10 mg rectal gel syst</i>	T1	HD
<i>diazepam 2.5 mg rectal gel sys</i> (Diastat)	T1	HD
<i>diazepam 20 mg rectal gel syst</i> (Diastat Acudial)	T1	HD
<i>diazepam 20 mg rectal gel syst</i> (Diastat Acudial)	T1	HD
KLONOPIN (<i>clonazepam</i>)	T3	PA HD
LIBERVANT	T3	PA QL(10 films/30 days) HD
NAYZILAM	T2	PA QL (5 kits/30 days) HD
ONFI (<i>clobazam</i>)	T3	PA HD
SYMPAZAN	T3	PA HD
VALTOCO	T2	PA QL (5 boxes/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 PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos convulsivos) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONVULSIVOS - TIPO CANNABINOIDES		
EPIDIOLEX	T3	PA SP HD
ANTICONVULSIVOS		
APTiom 200 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day) HD
APTiom 400 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day) HD
APTiom 600 MG TABLET	T3	PA HD
APTiom 800 MG TABLET	T3	PA HD
BANZEL 200 MG TABLET	T3	PA QL (16 tabs/day) HD
BANZEL 40 MG/ML SUSPENSION (<i>rufinamide</i>)	T3	PA QL (80ml/day) HD
BANZEL 400 MG TABLET	T3	PA QL (8 tabs/day) HD
BRIVIACT 10 MG TABLET	T3	PA HD
BRIVIACT 10 MG/ML ORAL SOLN	T3	PA HD
BRIVIACT 100 MG TABLET	T3	PA HD
BRIVIACT 25 MG TABLET	T3	PA HD
BRIVIACT 50 MG TABLET	T3	PA HD
BRIVIACT 50 MG/5 ML VIAL	T3	HD
BRIVIACT 75 MG TABLET	T3	PA HD
<i>carbamazepine</i>	T1	HD
<i>carbamazepine</i> (Carbatrol)	T1	HD
<i>carbamazepine</i> (Tegretol Xr)	T1	HD
<i>carbamazepine</i> (Tegretol)	T1	HD
CARBATROL (<i>carbamazepine er</i>)	T3	PA HD
CELONTIN	T2	HD
CEREBYX (<i>fosphenytoin sodium</i>)	T3	
DEPAKOTE (<i>divalproex sodium</i>)	T3	PA HD
DEPAKOTE ER (<i>divalproex sodium er</i>)	T3	PA HD
DEPAKOTE SPRINKLE (<i>divalproex sodium</i>)	T3	PA HD
DIACOMIT	T3	PA SP HD
DILANTIN	T3	PA HD
DILANTIN (<i>phenytoin sodium extended</i>)	T3	PA HD
DILANTIN (<i>phenytoin</i>)	T3	PA HD
DILANTIN-125 (<i>phenytoin</i>)	T3	PA HD
<i>divalproex sodium</i> (Depakote Er)	T1	HD
<i>divalproex sodium</i> (Depakote Sprinkle)	T1	HD
<i>divalproex sodium</i> (Depakote)	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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.)		
ELEPSIA XR	T3	PA
EPRONTIA	T3	PA
<i>ethosuximide</i> (Zarontin)	T1	HD
<i>felbamate</i> (Felbatol)	T1	HD
FELBATOL (<i>felbamate</i>)	T3	PA HD
FINTEPLA	T3	PA SP HD
<i>fosphenytoin sodium</i> (Cerebyx)	T1	
FYCOMPA 0.5 MG/ML ORAL SUSP	T2	PA HD
FYCOMPA 2 MG TABLET	T3	PA HD
FYCOMPA 4 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day) HD
FYCOMPA 6 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day) HD
FYCOMPA 8 MG TABLET	T3	PA HD
FYCOMPA 10 MG TABLET	T3	PA HD
FYCOMPA 12 MG TABLET	T3	PA HD
GABARONE	T3	PA HD
<i>gabapentin</i>	T1	HD
<i>gabapentin</i> (Neurontin)	T1	HD
KEPPRA 1,000 MG TABLET (<i>roweepra</i>)	T3	PA HD
KEPPRA 100 MG/ML ORAL SOLN (<i>levetiracetam</i>)	T3	PA HD
KEPPRA 250 MG TABLET (<i>levetiracetam</i>)	T3	PA HD
KEPPRA 500 MG TABLET (<i>roweepra</i>)	T3	PA HD
KEPPRA 500 MG/5 ML VIAL (<i>levetiracetam</i>)	T3	
KEPPRA 750 MG TABLET (<i>roweepra</i>)	T3	PA HD
KEPPRA XR (<i>levetiracetam er</i>)	T3	PA HD
LAMICTAL (BLUE) (<i>subvenite (blue)</i>)	T3	PA HD
LAMICTAL (GREEN) (<i>subvenite (green)</i>)	T3	PA HD
LAMICTAL (<i>lamotrigine</i>)	T3	PA HD
LAMICTAL (ORANGE) (<i>subvenite (orange)</i>)	T3	PA HD
LAMICTAL (<i>subvenite</i>)	T3	PA HD
LAMICTAL ODT (BLUE) (<i>lamotrigine odt (blue)</i>)	T3	PA HD
LAMICTAL ODT (GREEN) (<i>lamotrigine odt (green)</i>)	T3	PA HD
LAMICTAL ODT (<i>lamotrigine odt</i>)	T3	PA HD
LAMICTAL ODT (ORANGE) (<i>lamotrigine odt (orange)</i>)	T3	PA HD
LAMICTAL XR (BLUE)	T3	PA HD
LAMICTAL XR (GREEN)	T3	PA HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONVULSIVOS (cont.)		
LAMICTAL XR (<i>lamotrigine er</i>)	T3	PA HD
LAMICTAL XR (ORANGE)	T3	PA HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal (blue))	T1	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal (green))	T1	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal (orange))	T1	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal Odt (blue))	T1	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal Odt (green))	T1	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal Odt (orange))	T1	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal Odt)	T1	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal Xr)	T1	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal)	T1	HD
<i>levetiracetam</i>	T1	HD
<i>levetiracetam</i> (Keppra Xr)	T1	HD
<i>levetiracetam</i> (Keppra)	T1	HD
<i>levetiracetam in nacl (iso-os)</i>	T1	
LYRICA (<i>pregabalin</i>)	T3	PA HD
MOTPOLY XR 100 MG CAPSULE	T3	PA QL(1 cap/day) HD
MOTPOLY XR 150 MG CAPSULE	T3	PA QL(2 caps/day) HD
MOTPOLY XR 200 MG CAPSULE	T3	PA QL(2 caps/day) HD
MYSOLINE (<i>primidone</i>)	T3	PA HD
NEURONTIN (<i>gabapentin</i>)	T3	PA HD
<i>oxcarbazepine</i>	T1	PA HD
OXTELLAR XR	T3	PA HD
PEGANONE	T2	HD
PHENYTEK (<i>phenytoin sodium extended</i>)	T3	PA HD
<i>phenytoin</i>	T1	HD
<i>phenytoin</i> (Dilantin)	T1	HD
<i>phenytoin</i> (Dilantin-125)	T1	HD
<i>phenytoin sodium</i>	T1	HD
<i>phenytoin sodium extended</i> (Dilantin)	T1	HD
<i>phenytoin sodium extended</i> (Phenytek)	T1	HD
<i>pregabalin</i> (Lyrica)	T1	HD
PRIMIDONE 125 MG TABLET	T3	PA HD
<i>primidone 250 mg tablet</i> (Mysoline)	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONVULSIVOS (cont.)		
<i>primidone 50 mg tablet</i> (Mysoline)	T1	HD
<i>QUDEXY XR (topiramate er)</i>	T3	PA HD
<i>rufinamide</i> (Banzel)	T1	PA QL (8 tabs/day) HD
<i>SABRIL (vigabatrin)</i>	T3	PA SP HD
<i>SPRITAM</i>	T3	PA HD
<i>TEGRETOL (carbamazepine)</i>	T3	PA HD
<i>TEGRETOL (epitol)</i>	T3	PA HD
<i>TEGRETOL XR (carbamazepine er)</i>	T3	PA HD
<i>tiagabine hcl 12 mg tablet</i> (Gabitril)	T1	QL (8 tabs/day) HD
<i>tiagabine hcl 16 mg tablet</i> (Gabitril)	T1	QL (6 tabs/day) HD
<i>tiagabine hcl 2 mg tablet</i> (Gabitril)	T1	HD
<i>tiagabine hcl 4 mg tablet</i> (Gabitril)	T1	HD
<i>TOPAMAX (topiramate)</i>	T3	PA HD
<i>topiramate</i> (Qudexy Xr)	T1	HD
<i>topiramate</i> (Topamax)	T1	HD
<i>TOPIRAMATE 50 MG SPRINKLE CAP</i>	T3	PA HD
<i>topiramate er 50 mg capsule</i> (Trokendi Xr)	T1	HD
<i>topiramate er 25 mg capsule</i> (Trokendi Xr)	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>topiramate er 100 mg capsule</i> (Trokendi Xr)	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>topiramate er 200 mg capsule</i> (Trokendi Xr)	T1	HD
<i>TROKENDI XR 25 MG, 100 MG CAPSULE (topiramate)</i>	T3	QL (1 cap/day) HD
<i>TROKENDI XR 50 MG, 200 MG CAPSULE (topiramate)</i>	T3	HD
<i>TRILEPTAL (oxcarbazepine)</i>	T3	PA HD
<i>TROKENDI XR 50 MG CAPSULE (topiramate)</i>	T3	PA HD
<i>TROKENDI XR 25 MG CAPSULE (topiramate)</i>	T3	PA QL (1 cap/day) HD
<i>TROKENDI XR 100 MG CAPSULE (topiramate)</i>	T3	PA QL (1 cap/day) HD
<i>TROKENDI XR 200 MG CAPSULE (topiramate)</i>	T3	PA HD
<i>valproic acid</i>	T1	HD
<i>valproic acid (as sodium salt)</i>	T1	HD
<i>vigabatrin</i> (Sabril)	T3	SP HD
<i>VIMPAT 10 MG/ML SOLUTION</i>	T2	PA HD
<i>VIMPAT 100 MG TABLET</i>	T2	PA HD
<i>VIMPAT 150 MG TABLET</i>	T2	PA HD
<i>VIMPAT 200 MG TABLET</i>	T2	PA HD
<i>VIMPAT 200 MG/20 ML VIAL</i>	T3	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONVULSIVOS (cont.)		
VIMPAT 50 MG TABLET	T2	PA HD
XCOPRI 25 MG TABLET	T3	PA HD
XCOPRI 100 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day) HD
XCOPRI 12.5-25 MG TITRATION PK	T3	PA QL (1 pack/28 day) HD
XCOPRI 150 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day) HD
XCOPRI 150-200 MG TITRATION PK	T3	PA QL (1 pack/28 Days) HD
XCOPRI 200 MG TABLET	T3	PA QL (2 tabs/day) HD
XCOPRI 250 MG DAILY DOSE PACK	T3	PA QL (1 pack/28 day) HD
XCOPRI 350 MG DAILY DOSE PACK	T3	PA QL (1 pack/28 day) HD
XCOPRI 50 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day) HD
XCOPRI 50-100 MG TITRATION PAK	T3	PA QL (1 pack/28 day) HD
ZARONTIN (<i>ethosuximide</i>)	T3	PA HD
ZONEGRAN (<i>zonisamide</i>)	T3	PA HD
ZONISADE	T3	PA QL (6 mls/30 days)
<i>zonisamide</i>	T1	HD
<i>zonisamide</i> (Zonegran)	T1	HD

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

ERITROPOYESIS-AGENTES ESTIMULANTES		
ARANESP	T3	PA SP
EPOGEN	T3	PA SP
MIRCERA	T3	PA SP
PROCRIT	T3	PA SP
RETACRIT	T3	PA SP
ESTIMULANTES DE LEUCOCITOS (RECuento DE GLÓBULOS BLANCOS)		
FULPHILA	T3	PA SP
GRANIX	T3	PA SP
LEUKINE	T3	SP
NEULASTA	T3	PA SP
NEULASTA ONPRO	T3	PA SP HD
NEUPOGEN	T3	PA SP
NIVESTYM	T3	SP
NYPOZI	T3	PA SP
NYVEPRIA	T3	PA SP
ROLVEDON	T2	PA SP
RYZNEUTA	T3	PA SP

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

FACTORES ESTIMULANTES DE COLONIAS (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ESTIMULANTES DE LEUCOCITOS (RECuento DE GLÓBULOS BLANCOS) (cont.)		
STIMUFEND	T3	PA SP
UDENYCA	T3	PA SP
ZARXIO	T3	SP HD
ZIEXTENZO	T3	PA SP
AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE TROMBOPOYETINA		
ALVAIZ 18 MG, 54 MG TABLET	T3	PA QL(1 tab/day) SP
ALVAIZ 36 MG, 54 MG TABLET	T3	PA QL(2 tabs/day) SP
DOPTLET	T2	PA SP HD
MULPLETA	T3	PA SP HD
NPLATE	T3	PA SP
PROMACTA	T3	PA SP HD
FACTORES ESTIMULANTES DE COLONIAS (Cáncer)		
ANTAGONISTA DEL RECEPTOR DE QUIMIOCINAS CXCR4		
APHEXDA	T3	PA SP
MOZOBIL	T3	PA SP
XOLREMDI	T3	PA QL(4 caps/day) SP CSL
ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos)		
ANTICONCEPTIVOS, INTRAVAGINALES, SISTÉMICOS		
ANNOVERA	T3	PPACA
etonogestrel/ethinyl estradiol (Nuvaring)	T1	
NUVARING (etonogestrel-ethinyl estradiol)	T3	
ANTICONCEPTIVOS, IMPLANTABLES		
NEXPLANON	T3	SP PPACA
ANTICONCEPTIVOS, INYECTABLES		
DEPO-PROVERA 150 MG/ML SYRINGE (medroxyprogesterone acetate)	T3	PPACA
DEPO-PROVERA 150 MG/ML VIAL (medroxyprogesterone acetate)	T3	
DEPO-SUBQ PROVERA 104	T3	
medroxyprogesterone 150 mg/ml (Depo-provera)	T1	
ANTICONCEPTIVOS, INTRAVAGINALES		
PHEXXI	T3	PA PPACA
ANTICONCEPTIVOS, ORALES		
BALCOLTRA (levonorgest/eth.estradiol/iron)	T3	HD
BEYAZ (rajani)	T3	HD
desog-e.estradiol/e.estradiol (Mircette)	T1	HD PPACA
desogestrel-ethinyl estradiol	T1	HD PPACA

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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>drospir/eth estra/levomefol ca</i> (Beyaz) (Safyral)	T1	HD PPACA
ELLA	T3	HD PPACA
ESTROSTEP FE (<i>tri-legest fe</i>)	T3	HD
<i>ethinyl estradiol/drospirenone</i> (Yasmin 28)	T1	HD PPACA
<i>ethinyl estradiol/drospirenone</i> (Yaz)	T1	HD PPACA
<i>ethynodiol d-ethinyl estradiol</i>	T1	HD PPACA
<i>levonorgestrel/ethin.estradiol</i>	T1	HD PPACA
<i>levonorgest/eth.estradiol/iron</i> (Balcoltra)	T1	HD PPACA
<i>l-norgest/e.estradiol-e.estradiol</i>	T1	HD PPACA
<i>l-norgest/e.estradiol-e.estradiol</i> (Quartette)	T1	HD PPACA
LO LOESTRIN FE	T3	PA HD
LOESTRIN (<i>norethindron-ethinyl estradiol</i>)	T3	HD
LOESTRIN FE (<i>norethindrone-eth estradiol-fe</i>)	T3	HD
LOESTRIN FE (<i>tarina fe 1-20 eq</i>)	T3	HD
MICROGESTIN 24 FE (<i>tarina 24 fe</i>)	T3	HD
MIRCETTE (<i>volnea</i>)	T3	HD
NATAZIA	T3	HD
NEXTSTELLIS	T3	HD
<i>noreth-ethinyl estradiol/iron</i>	T1	HD PPACA
<i>norethind-eth estrad 1-0.02 mg</i> (Loestrin)	T1	HD PPACA
<i>norethindrone</i> (Ortho Micronor)	T1	HD PPACA
<i>norethindrone ac-eth estradiol</i> (Loestrin)	T1	HD PPACA
<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i> (Estrostep Fe)	T1	HD PPACA
<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i> (Loestrin Fe)	T1	HD PPACA
<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i> (Microgestin 24 Fe)	T1	HD PPACA
<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i> (Taytulla)	T1	HD PPACA
<i>norethindrone-ethin. estradiol</i>	T1	HD PPACA
<i>norethin-ee 1.5-0.03 mg (21) tb</i> (Loestrin)	T1	HD PPACA
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	T1	HD PPACA
<i>norgestrel-ethinyl estradiol</i>	T1	HD PPACA
ORTHO MICRONOR (<i>tulana</i>)	T3	HD
QUARTETTE (<i>rivelsa</i>)	T3	HD
SAFYRAL (<i>tydemy</i>)	T3	HD
SLYND	T3	HD
TAYTULLA (<i>norethin-eth estra-ferrous fum</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

ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONCEPTIVOS, ORALES (cont.)		
TYBLUME	T3	HD
YASMIN 28 (zumandimine)	T3	HD
YAZ (vestura)	T3	HD
ANTICONCEPTIVOS TRANSDÉRMICOS		
norelgestromin/ethin.estradiol	T1	HD PPACA
TWIRLA	T3	HD PPACA
DIAPHRAGMS/CERVICAL CAP		
CAYA CONTOURED	T3	PPACA
FEMCAP	T3	PPACA
WIDE SEAL DIAPHRAGM	T3	PPACA
DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)		
KYLEENA	T3	SP PPACA
LILETTA	T3	SP PPACA
MIRENA	T3	SP PPACA
PARAGARD T 380-A	T3	SP PPACA
SKYLA	T3	SP PPACA
PREPARACIONES PARA LA TOS/EL RESFRÍO (Medicamentos para la tos/el resfrío)		
COMB. DE ANTIHIST.-DESCONGEST.-ANTICOLINÉRGICOS DE I.º GENERACIÓN		
RESPA A.R.	T3	
PREPARACIONES PARA LA TOS/EL RESFRÍO (Alergia/rociadores nasales)		
ANTITUSIVOS NO OPIOIDES		
benzonatate 100 mg capsule (Tessalon Perle)	T1	
benzonatate 150 mg capsule	T1	PA
benzonatate 200 mg capsule	T1	
benzonatate perle 100 mg cap (Tessalon Perle)	T1	
TESSALON PERLE (benzonatate)	T3	
ANTITUS. NO OPIOIDES-ANTIHISTAMÍNICOS DE I.º GENERACIÓN-DESCONGESTIVOS		
BROMFED DM (brompheniramine-pseudoephed-dm)	T3	PA
brompheniramine/pseudoephed/dm (Bromfed Dm)	T1	
COMB. DE ANTITUSIVOS NO OPIOIDES-ANTIHISTAMÍNICOS DE I.º GENERACIÓN		
promethazine/dextromethorphan	T1	
ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTIHISTAMÍNICOS DE I.º GENERACIÓN-DESCONGESTIVOS		
hydrocodone/cpm/pseudoephed	T1	PA
promethazine/phenyleph/codeine	T1	PA QL (480ml/22 days)
promethazine/phenyleph/codeine	T1	PA QL (480ml/30 days)

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LA TOS/EL RESFRÍO (Alergia/rociadores nasales) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTIHISTAMÍNICOS DE 1.ª GENERACIÓN		
<i>hydrocodone/chlorphen p-stirex</i>	T1	PA
<i>promethazine-codeine solution</i>	T1	PA QL (480ml/22 days)
<i>promethazine-codeine syrup</i>	T1	PA QL (480ml/30 days)
TUSSICAPS	T2	PA
TUXARIN ER	T3	PA QL (2 tabs/day)
TUZISTRA XR	T3	PA QL (960ml/30 days)
COMBINACIONES DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTICOLINÉRGICOS		
HYCODAN (<i>hydromet</i>)	T3	PA QL (480ml/22 days)
<i>hydrocodone bit/homatrop me-br</i> (Hycodan)	T1	PA QL (480ml/22 days)
<i>hydrocodone-homatropine 5-1.5</i>	T1	PA QL (180 tabs/30 days)
<i>hydrocodone-homatropine soln</i> (Hycodan)	T1	PA QL (480ml/30 days)
HYDROCODONE-HOMATROPINE SYRUP	T1	PA QL (480ml/30 days)
COMBINACIÓN DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-EXPECTORANTES		
HYDROCODONE-GUAIFENESIN	T1	PA QL (960ml/30 days)
OBREDON	T3	PA QL (960ml/30 days)

DIAGNÓSTICO (Diabetes)

DIAGNÓSTICO DEL NIVEL DE AZÚCAR EN SANGRE		
ASSURE 4 TEST STRIPS	T3	
EASY PLUS TEST STRIP	T3	
EASY TALK TEST STRIP	T3	
EASY GLUCOSE TEST STRIP	T3	
EASYMAX TEST STRIP	T3	
EMBRACE EVO TEST STRIPS	T3	
EVENCARE TEST STRIP	T3	
FORA 6CONN-GTEL-TN'G ADV STRIP	T3	
FREESTYLE TEST STRIPS	T2	
GLUCOCARD EXPRESSION/SHINE TEST STRP	T3	
MICRODOT TEST STRIPS	T3	
OPTUMRX TEST STRIP	T3	
PRECISION XTRA TEST STRIPS	T2	
TIRAS REACTIVAS ULTRATRAK		
ADREVIEW	T3	

DIAGNÓSTICO (Varios)

PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO BILIAR		
CHOLETEC	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

DIAGNÓSTICO (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO BILIAR (cont.)		
TC99M MEBROFENIN PREP	T1	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO BILIAR, RADIOPACOS		
<i>indocyanine green</i>	T1	
SINOGRAFIN	T3	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO CARDIOVASCULAR - RADIOACTIVOS		
AMMONIA N-13	T3	
MYOVUE	T3	
TC99M PYROPHOSPHATE PREP	T1	
TC99M SESTAMIBI PREP	T1	
THALLOUS CHLORIDE TL-201	T1	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO CARDIOVASCULAR, AGENTES NO RADIOPACOS		
<i>adenosine 60 mg/20 ml vial</i>	T1	
<i>adenosine 90 mg/30 ml vial</i>	T1	
DEFINITY	T3	
<i>dipyridamole 50 mg/10 ml vial</i>	T1	
LEXISCAN	T3	
OPTISON	T3	
<i>regadenoson</i>	T1	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO CARDIOVASCULAR - RADIOPACOS		
ISOVUE-200	T3	
ISOVUE-250	T3	
ISOVUE-300	T3	
ISOVUE-370	T3	
ISOVUE-M 200	T3	
ISOVUE-M 300	T3	
NEUROLITE	T3	
OMNIPAQUE	T3	
OPTIRAY 240, 300, 320, 350	T3	
ULTRAVIST	T3	
VISIPAQUE	T3	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO CEREBRAL Y DE LA MÉDULA ESPINAL RADIOACTIVOS		
CERETEC	T3	
INDIUM IN-111 DTPA	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

DIAGNÓSTICO (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO CEREBRAL Y DE LA MÉDULA ESPINAL RADIOPACOS		
DOTAREM	T3	
<i>gadoterate meglumine</i> (Dotarem)	T1	
MAGNEVIST	T3	
MULTIHANCE	T3	
MULTIHANCE MULTIPACK	T3	
OMNISCAN	T3	
OMNISCAN PREFILL PLUS	T3	
OPTIMARK	T3	
PROHANCE	T3	
PROHANCE MULTIPACK	T3	
PREPARACIONES DE DIAGNÓSTICO, VARIAS		
ADVANCED DNA MEDICATED COLLECT	T3	
ARIDOL	T3	
DMSA	T3	
DRAXIMAGE DTPA	T3	
<i>ful-glo 1 mg oph strip</i>	T1	
FUL-GLO EYE STRIPS	T3	
GADAVIST	T3	
GLUCAGON HCL	T1	
<i>isosulfan blue</i> (Lymphazurin)	T1	
<i>lidocaine hcl/glycerin</i> (Advanced Dna Medicated Collect)	T1	
LIPIODOL	T3	
<i>lissamine green</i>	T1	
LUMASON	T3	
LYMPHAZURIN	T3	
NETSPOT	T3	
PROVOCHOLINE	T3	
TC99M MEDRONATE PREP	T1	
TC99M SULFUR COLLOID PREP	T1	
RADIOFÁRMACOS DE DIAGNÓSTICO - IMÁGENES DE AMILOIDES/TAU		
AMYVID	T3	
VIZAMYL	T3	PA
RADIOFÁRMACOS DE DIAGNÓSTICO - TRANSPORTADOR DE DOPAMINA (DAT)		
DATSCAN	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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
AGENTES PARA EL DIAGNÓSTICO OCULAR		
AK-FLUOR	T3	
AK-FLUOR (<i>fluorescite</i>)	T3	
<i>fluorescein sodium</i>	T1	
<i>fluorescein sodium</i> (Ak-fluor)	T3	
AGENTES PARA CISTOSCOPIA DE FLUORESCENCIA/IMÁGENES ÓPTICAS		
CYSVIEW	T3	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOPACOS GASTROINTESTINALES		
ENTERO VU	T3	
E-Z DISK	T3	
E-Z-HD	T3	
E-Z-PAQUE	T3	
E-Z-PASTE	T3	
GASTROMARK	T3	
LIQUID E-Z PAQUE	T3	
LIQUID POLIBAR PLUS	T3	
NEULUMEX	T3	
POLIBAR ACB	T3	
READI-CAT 2	T3	
SITZMARKS	T3	
TAGITOL V	T3	
VARIBAR HONEY	T3	
VARIBAR NECTAR	T3	
VARIBAR PUDDING	T3	
VARIBAR THIN HONEY	T3	
VARIBAR THIN LIQUID	T3	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO HEPÁTICO		
EOVIST	T3	
PREPARACIONES CON HISTAMINA		
HISTATROL INTRADERMAL	T3	
HISTATROL PERCUTANEOUS	T3	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO DE LA FUNCIÓN METABÓLICA		
CHIRHOSTIM	T3	
METOPIRONE	T3	
R-GENE 10	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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
AGENTES DE DIAGNÓSTICO CON ANTICUERPOS MONOCLONALES PARA DETECTAR TUMORES		
PROTASCINT	T3	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOACTIVOS, GENERALES		
OCTEOSCAN	T3	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOACTIVOS PARA RADIOMARCADO DE LEUCOCITOS AUTÓLOGOS		
INDIUM IN-111 OXYQUINOLINE	T1	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOACTIVOS PARA RADIOMARCADO DE AMINOÁCIDOS SINTÉTICOS		
AXUMIN	T3	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO DE LA FUNCIÓN METABÓLICA RADIOACTIVOS		
FLUDEOXYGLUCOSE F-18	T3	
ELEMENTOS RADIOFARMACÉUTICOS		
GA 68 DOTATOC	T3	
INDICLOR	T3	
AGENTES DE DIAGNÓSTICO DE FUNCIÓN RENAL		
<i>indigotindisulfonate sodium</i>	T3	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOPACOS URINARIOS		
CONRAY	T3	
CONRAY-30	T3	
CONRAY-43	T3	
CYSTO-CONRAY II	T3	
CYSTOGRAFIN	T3	
CYSTOGRAFIN-DILUTE	T3	
<i>diatrizoate meglumine, sodium</i>	T3	
<i>diatrizoate meglumine, sodium</i> (Gastrografin)	T1	
GASTROGRAFIN (<i>md-gastroview</i>)	T3	
DIURÉTICOS (Diuréticos)		
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ARGININA VASOPRESINA (AVP)		
SAMSCA	T3	PA QL SP
SAMSCA (<i>tolvaptan</i>)	T3	SP
TOLVAPTAN 15 MG TABLET	T3	SP
<i>tolvaptan 30 mg tablet</i> (Samsca)	T3	SP
VAPRISOL-5% DEXTROSE	T3	
INHIBIDORES DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA		
<i>acetazolamide</i>	T1	HD
<i>acetazolamide sodium</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

DIURÉTICOS (Diuréticos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA (cont.)		
<i>methazolamide</i>	T1	HD
DIURÉTICOS DE ASA		
<i>bumetanide</i>	T1	HD
EDECIN (<i>ethacrynic acid</i>)	T3	PA
<i>ethacrynate sodium</i> (Sodium Edecrin)	T1	
FUROSCIX	T3	PA QL(2 kits/30 days)
<i>furosemide</i>	T1	HD
<i>furosemide</i> (Lasix)	T1	HD
FUROSEMIDE-0.9% NACL	T1	
LASIX (<i>furosemide</i>)	T3	PA HD
SODIUM EDECIN (<i>ethacrynate sodium</i>)	T3	
<i>torseamide</i>	T1	HD
DIURÉTICOS OSMÓTICOS		
<i>mannitol</i>	T1	
<i>mannitol</i> (Osmitol)	T1	
OSMITROL 10% IV SOLUTION (<i>mannitol</i>)	T3	
<i>osmitrol 15% iv solution</i>	T3	
<i>osmitrol 20% iv solution</i>	T2	
OSMITROL 10% (50 GM/500 ML) (<i>mannitol</i>)	T3	
AGENTE DE LA ENFERMEDAD RENAL POLIQUÍSTICA, ANTAG. DE LOS RECEPT. DE LA AVP		
JYNARQUE	T3	PA SP
DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO		
ALDACTONE (<i>spironolactone</i>)	T3	PA HD
<i>amiloride hcl</i>	T1	HD
CAROSPIR	T2	PA
DYRENIUM (<i>triamterene</i>)	T3	PA HD
<i>eplerenone</i> (Inspra)	T1	HD
KERENDIA	T2	PA QL(1 tab/day)

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

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	
DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO EN COMBINACIÓN		
INSPRA (<i>eplerenone</i>)	T3	HD
<i>spironolactone</i> (Aldactone)	T1	HD
<i>triamterene</i> (Dyrenium)	T1	HD
ALDACTAZIDE	T3	HD
ALDACTAZIDE (<i>spironolactone-hctz</i>)	T3	HD
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
DYAZIDE (<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>)	T3	HD
<i>spironolact/hydrochlorothiazid</i> (Aldactazide)	T1	HD
<i>triamterene/hydrochlorothiazid</i> (Dyazide)	T1	HD
TIAZIDA Y DIURÉTICOS AFINES		
<i>chlorothiazide sodium</i> (Sodium Diuril)	T1	
<i>chlorthalidone</i>	T1	HD
DIURIL	T2	HD
HEMICLOR	T3	PA QL(1 tabs/day) HD
<i>hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>indapamide</i>	T1	HD
INZIRQO	T3	PA HD
<i>metolazone</i>	T1	HD
SODIUM DIURIL (<i>chlorothiazide sodium</i>)	T2	
THALITONE	T3	PA HD
PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Alergia/rociadores nasales)		
ANTIISTAMÍNICOS NAALES		
<i>azelastine 0.1% (137 mcg) spray</i>	T1	HD
<i>azelastine 0.15% nasal spray</i>	T1	HD
<i>olopatadine 665 mcg nasal spray</i> (Patanase)	T1	HD
PATANASE (<i>olopatadine hcl</i>)	T3	HD
COMB. DE ANTIISTAMÍNICOS NAALES Y ANTIINFLAM. ESTEROIDEOS		
<i>azelastine/fluticasone</i> (Dymista)	T1	HD
DYMISTA (<i>azelastine-fluticasone</i>)	T3	ST HD
RYALTRIS	T3	PA QL (1 gm/30 days)
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS NAALES		
BECONASE AQ	T3	ST HD
<i>flunisolide</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 (Alergia/rociadores nasales) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS NASALES (cont.)		
<i>fluticasone prop 50 mcg spray</i>	T1	HD
<i>mometasone furoate 50 mcg spray</i> (Nasonex)	T1	QL (4 bots/30 days) HD
NASONEX (<i>mometasone furoate</i>)	T3	QL (4 bots/30 days) ST HD
OMNARIS	T3	ST HD
QNASL	T3	ST HD
QNASL CHILDREN	T3	HD
SINUVA	T3	PA SP
XHANCE	T3	ST HD
ZETONNA	T3	ST HD
PREPARACIONES NASALES, VARIAS (CON RECETA)		
<i>ipratropium bromide</i>	T1	HD
PREPARACIONES NASALES, VASOCONSTRICTORES (CON RECETA)		
ADRENALIN CHLORIDE	T3	
<i>epinephrine hcl</i> (Adrenalin Chloride)	T1	
PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Medicamentos para los oídos)		
PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIINFLAMATORIAS		
DERMOTIC (<i>fluocinolone acetonide oil</i>)	T3	
<i>fluocinolone acetonide oil</i> (Dermotic)	T1	
PREPARACIONES ÓTICAS, VARIAS, ANTIINFECCIOSOS		
<i>acetic acid</i>	T1	
<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	T1	
PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Condiciones oculares)		
LÁGRIMAS ARTIFICIALES		
LACRISERT	T3	
MIEBO	T3	PA QL(4 bottles/22 days)
ANTIINFECCIOSOS PARA LOS OJOS (CON RECETA ÚNICAMENTE)		
BETADINE	T2	
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS PARA LOS OJOS		
ACULAR (<i>ketorolac tromethamine</i>)	T3	PA
ACULAR LS (<i>ketorolac tromethamine</i>)	T3	PA
ACUVAIL	T3	
ALREX (<i>loteprednol etabonate</i>)	T3	
<i>bromfenac sodium</i> (Bromsite)	T1	
BROMSITE (<i>bromfenac sodium</i>)	T2	
<i>diclofenac 0.1% eye drops</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 PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Condiciones oculares) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS PARA LOS OJOS (cont.)		
DUREZOL	T3	PA
EYSUVIS	T2	QL (8.3ml/14 days)
FLAREX	T2	
fluorometholone (Fml)	T1	
flurbiprofen sodium	T1	
FML (fluorometholone)	T3	PA
FML FORTE	T3	PA
ILEVRO	T3	
ILUVIEN	T3	SP
INVELTYS	T2	
ketorolac 0.4% ophth solution (Acular Ls)	T1	
ketorolac 0.5% ophth solution (Acular)	T1	
LOTEMAX 0.5% EYE DROPS	T3	PA
LOTEMAX 0.5% EYE OINTMENT	T2	
LOTEMAX SM 0.38% OPTH GEL	T3	PA
loteprednol etabonate (Lotemax)	T1	
loteprednol etabonate (Alrex)	T1	
MAXIDEX	T3	PA
MIEBO	T2	QL (4 bottles/30 days)
NEVANAC	T3	PA
OMNIPRED (prednisolone acetate)	T3	
OZURDEX	T3	SP
PRED FORTE (prednisolone acetate)	T3	PA
PRED MILD	T3	PA
prednisolone acetate (Pred Forte)	T1	
prednisolone sodium phosphate	T1	
PROLENSA	T3	
TRIESENCE	T3	
IRRIGACIÓN OCULAR		
balanced salt irrig soln no.2	T3	
BSS PLUS	T3	
ANESTÉSICOS LOCALES PARA LOS OJOS		
AKTEN	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.)		
ALCAINE (<i>proparacaine hcl</i>)	T3	
ALTAFLUOR BENOX (<i>flurox</i>)	T3	
<i>benoxinate hcl/fluorescein sod</i> (Altafluor Benox)	T1	
<i>benoxinate hcl/fluorescein sod</i> (Altafluor Benox)	T3	
<i>proparacaine hcl</i> (Alcaine)	T1	
<i>proparacaine/fluorescein sod</i>	T1	
<i>proparacaine/fluorescein sod</i>	T3	
<i>tetracaine hcl</i>	T1	
TETRAVISC	T2	
TETRAVISC FORTE	T2	
ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS PARA LOS OJOS		
ALOCRIL	T3	PA
ALOMIDE	T3	PA
<i>cromolyn 4% eye drops</i>	T1	
COMBINACIONES DE MIDRIÁTICOS OCULARES Y AINE		
OMIDRIA	T3	
PREPARACIONES OCULARES, VARIAS (SIN RECETA)		
GELFILM	T3	
VASOCONSTRICTORES PARA LOS OJOS		
<i>phenylephrine hcl</i>	T1	
UPNEEQ	T3	PA
MIÓTICOS Y OTROS REDUCTORES DE LA PRESIÓN INTRAOCULAR		
<i>apraclonidine hcl</i> (Iopidine)	T1	HD
ALPHAGAN P (<i>brimonidine tartrate</i>)	T3	PA HD
AZOPT (<i>brinzolamide</i>)	T3	PA HD
<i>betaxolol hcl</i>	T1	HD
BETIMOL	T3	PA HD
BETOPTIC S	T2	HD
<i>bimatoprost</i>	T1	QL (10 gm/30 days) HD
<i>brimonidine tartrate</i>	T1	HD
<i>brimonidine tartrate</i> (Alphagan P)	T1	HD
<i>brinzolamide</i> (Azopt)	T1	HD
<i>carbachol</i>	T3	HD
<i>carteolol 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

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.)		
COMBIGAN	T3	PA HD
COSOPT (<i>dorzolamide-timolol</i>)	T3	PA HD
COSOPT PF (<i>dorzolamide-timolol</i>)	T3	PA HD
<i>dorzolamide hcl</i> (Trusopt)	T1	HD
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i> (Cosopt)	T1	HD
<i>dorzolamide/timolol/pf</i> (Cosopt Pf)	T1	HD
DURYSTA	T3	PA SP HD
IOPIDINE 1% EYE DROPS	T3	PA HD
ISOPTO CARPINE (<i>pilocarpine hcl</i>)	T3	HD
ISTALOL (<i>timolol maleate</i>)	T3	PA HD
IYUZEH	T3	PA QL(30 vials/30 days) HD
<i>latanoprost</i> (Xalatan)	T1	HD
<i>levobunolol hcl</i>	T1	HD
LUMIGAN	T3	PA HD
MIOCHOL-E	T3	HD
PHOSPHOLINE IODIDE	T2	HD
<i>pilocarpine hcl</i> (Isopto Carpine)	T1	HD
QLOSI	T3	PA
RHOPRESSA	T3	HD
ROCKLATAN	T3	HD
SIMBRINZA	T2	HD
<i>timolol maleate</i> (Istalol)	T1	HD
<i>timolol maleate</i> (Timoptic)	T1	HD
<i>timolol maleate</i> (Timoptic-xe)	T1	HD
<i>timolol maleate/pf</i> (Timoptic Ocudose)	T1	HD
TIMOPTIC (<i>timolol maleate</i>)	T3	PA HD
TIMOPTIC OCUDOSE	T3	PA HD
TIMOPTIC OCUDOSE (<i>timolol maleate</i>)	T3	PA HD
TIMOPTIC-XE (<i>timolol maleate</i>)	T3	PA HD
TRAVATAN Z (<i>travoprost</i>)	T3	PA HD
<i>travoprost</i> (Travatan Z)	T1	HD
TRUSOPT (<i>dorzolamide hcl</i>)	T3	PA HD
VUITY	T3	PA
VYZULTA	T3	PA HD
XALATAN (<i>latanoprost</i>)	T3	PA HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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.)		
XELPROS	T3	PA HD
ZIOPTAN (<i>tafluprost/pf</i>)	T3	PA QL (60 droppers/30 days) HD
MIDRIÁTICOS		
<i>atropine 1% eye drops</i>	T1	HD
<i>atropine 1% eye ointment</i>	T1	HD
ATROPINE SULFATE-0.9% NACL	T1	HD
CYCLOGYL 0.5% EYE DROPS (<i>cyclopentolate hcl</i>)	T2	HD
CYCLOGYL 1% EYE DROPS	T3	HD
CYCLOGYL 1% EYE DROPS (<i>cyclopentolate hcl</i>)	T3	HD
CYCLOGYL 2% EYE DROPS (<i>cyclopentolate hcl</i>)	T3	HD
CYCLOMYDRIL	T2	HD
MIÓTICOS Y OTROS REDUCTORES DE LA PRESIÓN INTRAOCULAR		
<i>cyclopentolate hcl</i> (Cyclogyl)	T1	HD
<i>homatropine hbr</i>	T1	HD
ISOPTO ATROPINE (<i>atropine sulfate</i>)	T3	HD
MYDRIACYL (<i>tropicamide</i>)	T3	HD
PAREMYD	T3	HD
<i>tropicamide</i>	T1	HD
<i>tropicamide</i> (Mydracyl)	T1	HD
TROPICAMIDE-CYCLOPENTOLATE-PE	T3	HD
ANTAGONISTAS DEL FACTOR DE CRECIMIENTO ENDOTELIAL VASC. OFT.		
EYLEA	T3	PA SP
ANTICUERPOS MONOCLONALES RECOMBINANTES ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DEL VEGF-A OFTÁLMICOS		
BEOVU	T3	PA SP
LUCENTIS	T3	PA SP
AGENTES ANTIFIBRÓTICOS OFTÁLMICOS		
MITOSOL	T3	
ANTIINFLAMATORIOS OFTÁLMICOS, TIPO INMUNOMODULADOR		
CEQUA	T2	
RESTASIS	T2	HD
RESTASIS MULTIDOSE	T2	HD
VERKAZIA	T3	PA QL (1 box/month)
VEVYE	T3	PA HD
XIIDRA	T2	HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Productos dentales) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES CON FLÚOR (cont.)		
FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF	T3	
FRAICHE 5000 PREVI	T3	
FRAICHE 5000 SENSITIVE	T3	
PREVIDENT 0.2% RINSE	T3	
PREVIDENT 1.1% GEL (<i>sodium fluoride</i>)	T3	
PREVIDENT 5000	T2	
PREVIDENT 5000 BOOSTER PLUS	T2	
PREVIDENT 5000 ENAMEL PROTECT	T2	
PREVIDENT 5000 ORTHO DEFENSE	T2	
PREVIDENT 5000 PLUS (<i>sodium fluoride 5000 plus</i>)	T3	
PREVIDENT 5000 SENSITIVE	T2	
PREVIDENT DENTAL RINSE	T3	
PREVIDENT KIDS	T2	
<i>sodium fluoride/potassium nit</i> (Prevident 5000 Sensitive)	T1	

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Diabetes)

AGENTES PARA TRATAR LA HIPOGLUCEMIA (HIPERGLUCÉMICOS)		
BAQSIMI	T2	QL (2 units/30 days)
<i>diazoxide</i> (Proglycem)	T1	
GLUCAGEN	T2	QL (2 vials/30 days)
GLUCAGON 1 MG EMERGENCY KIT	T3	QL (2 pens/30 days)
<i>glucagon 1 mg emergency kit</i> (Glucagon Emergency Kit)	T1	QL (2 pens/30 days)
GVOKE HYPOPEN 1-PACK	T2	QL (2 packs/22 days)
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	T2	QL (2 packs/22 days)
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE	T2	QL (2 syringes/30 days)
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE	T2	QL (2 syringes/30 days)
PROGLYCEM (<i>diazoxide</i>)	T3	
ZEGALOGUE	T2	QL (2 units/23 days)

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Varios)

AGENTES GENERADORES/CONTENEDORES DE BICARBONATO		
<i>sodium acetate</i>	T1	
<i>sodium bicarbonate</i>	T1	
<i>sodium bicarbonate in d5w</i>	T1	

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Varios) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
FÁRMACOS USADOS PARA TRATAR LA ACIDOSIS		
THAM	T3	
SOLUCIONES IV: DEXTROSA Y SOLUCIÓN DE LACTATO SÓDICO COMPUESTA		
dextrose 5%-lactated ringers	T1	
SOLUCIONES IV: DEXTROSA-SOLUCIÓN SALINA		
dextrose 10 % and 0.2 % nacl	T1	
dextrose 10 % and 0.45 % nacl	T1	
dextrose 2.5 % and 0.45 % nacl	T1	
dextrose 5 % and 0.3 % nacl	T1	
dextrose 5 % and 0.9 % nacl	T1	
dextrose 5 %-0.2 % sod chlorid	T1	
dextrose 5 %-0.45 % sod chlord	T1	
SOLUCIONES IV: DEXTROSA-AGUA		
dextrose 10 % in water	T1	
dextrose 20 % in water	T1	
dextrose 25 % in water	T1	
dextrose 30 % in water	T1	
dextrose 40 % in water	T1	
dextrose 50 % in water	T1	
dextrose 70 % in water	T1	
GLUCOSE IN AGUA (dextrose in water)	T1	
SUPLEMENTOS DE ÁCIDO NUCLEICO/NUCLEÓTIDOS		
XURIDEN	T3	PA SP
SOLUCIONES Y COMBINACIONES DE AMINOÁCIDOS PARENTERALES		
AA 3%-D10W-CALCIUM-HEPARIN	T3	
AMINOSYN	T3	
AMINOSYN II	T3	
AMINOSYN II WITH ELECTROLYTES	T3	
AMINOSYN M	T3	
AMINOSYN WITH ELECTROLYTES	T3	
AMINOSYN-PF	T3	
AMINOSYN-RF	T3	
CLINIMIX	T3	
CLINIMIX E	T3	
CLINISOL	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Varios) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SOLUCIONES Y COMBINACIONES DE AMINOÁCIDOS PARENTERALES (cont.)		
HEPATAMINE	T3	
KABIVEN	T3	
parenteral amino acid 10% no.4	T3	
parenteral amino acid 10% no.6	T3	
parenteral amino acid 10% no.7	T3	
PERIKABIVEN	T3	
PLENAMINE	T3	
PROCALAMINE	T3	
PROSOL	T3	
TROPHAMINE	T3	

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Nutritivos/alimenticios)

REPOSICIÓN DE CALCIO		
calcium chloride	T1	
CALCIUM GLU 2,000MG/100ML-NACL	T3	
CALCIUM GLUC 1,000MG/50ML-NACL	T1	
calcium gluconate	T1	
calcium gluconate in 0.9% nacl (Calcium Gluconate-0.9% Nacl)	T1	
CALCIUM GLUCONATE-0.9% NACL	T1	
CALCIUM GLUCONATE-0.9% NACL (calcium gluconate-0.9% nacl)	T1	
CALCIUM GLUCONATE-D5W	T1	
REDUCTORES DE ELECTROLITOS		
AURYXIA	T3	QL (12 tabs/day)
calcium acetate	T1	
FOSRENOL 1,000 MG POWDER PACK	T2	PA
FOSRENOL 1,000 MG TABLET CHEW (lanthanum carbonate)	T3	PA
FOSRENOL 500 MG TABLET CHEW (lanthanum carbonate)	T3	PA
FOSRENOL 750 MG POWDER PACKET	T2	PA
FOSRENOL 750 MG TABLET CHEW (lanthanum carbonate)	T3	PA
lanthanum carbonate (Fosrenol)	T1	
LOKELMA	T2	
PHOSLYRA	T3	
RENAGEL (sevelamer hcl)	T3	PA
RENVELA (sevelamer carbonate)	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 (Nutritivos/alimenticios) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
REDUCTORES DE ELECTROLITOS (cont.)		
<i>sevelamer carbonate</i> (Renvela)	T1	
<i>sevelamer hcl</i>	T1	
<i>sevelamer hcl</i> (Renagel)	T1	
<i>sodium polystyrene sulfon/sorb</i>	T1	
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	T1	
<i>sps 15 gm/60 ml suspension</i>	T1	
<i>sps 30 gm/120 ml enema susp</i>	T3	
VELPHORO	T2	
VELTASSA	T2	
XPHOZAH	T3	PA SP
MANTENIMIENTO DE ELECTROLITOS		
<i>electrolyte-48 solution/d5w</i>	T1	
IONOSOL B WITH DEXTROSE 5%	T3	
IONOSOL MB-DEXTROSE 5%	T3	
ISOLYTE P WITH DEXTROSE	T3	
ISOLYTE S	T3	
NORMOSOL-M AND DEXTROSE	T3	
NORMOSOL-R	T3	
NORMOSOL-R AND DEXTROSE	T3	
NORMOSOL-R PH 7.4	T3	
PLASMA-LYTE 148	T3	
PLASMA-LYTE A PH 7.4	T3	
<i>ringer's solution</i>	T1	
<i>ringer's solution, lactated</i>	T1	
TPN ELECTROLYTES	T3	
TPN ELECTROLYTES II	T3	
AGENTES QUE CONTIENEN YODO		
IODOPEN	T3	
<i>potassium iodide/iodine</i>	T1	
SSKI	T1	
REPOSICIÓN DE HIERRO		
HEMOCYTE PLUS (<i>mv-mins no.73/iron fum/folic</i>)	T3	
<i>mv-mins no.73/iron fum/folic</i> (Hemocyte Plus)	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 SALES MAGNÉSICAS		
<i>magnesium chloride</i>	T1	
<i>magnesium sulfate</i>	T1	
<i>magnesium sulfate in water</i>	T1	
MAGNESIUM SULFATE-0.9% NACL	T1	
MAGNESIUM SULFATE-D5W	T1	
MAGNESIUM-LACTATED RINGERS	T1	
REPOSICIÓN DE MINERALES, VARIOS		
ADDAMEL N	T3	
<i>chromic chloride</i>	T1	
<i>cupric chloride</i>	T1	
<i>manganese chloride</i>	T1	
<i>manganese sulfate</i>	T1	
MULTITRACE-4 CONC VIAL	T1	
<i>multitrace-4 vial</i>	T3	
MULTITRACE-5	T1	
PEDITRACE	T3	
SELENIOS ACID	T1	
TRALEMENT	T3	
REPOSICIÓN DE FOSFATO		
GLYCOPHOS	T3	
<i>potassium phos, m-basic-d-basic</i>	T1	
POTASSIUM PHOSPHATE-0.9% NACL	T1	
POTASSIUM PHOSPHATES	T3	
<i>sod phosphate, monobasic-dibas</i>	T1	
SODIUM PHOSPHATE-0.9% NACL	T1	
REPOSICIÓN DE POTASIO		
EFFER-K 10 MEQ TABLET EFF	T3	
EFFER-K 20 MEQ TABLET EFF	T3	
<i>effer-k 25 meq tablet eff</i>	T1	
<i>klor-con 10 meq tablet (K-tab Er)</i>	T1	
<i>klor-con 10 meq tablet (K-tab Er)</i>	T3	
<i>klor-con 8 meq tablet</i>	T1	
<i>klor-con 8 meq tablet</i>	T3	
K-TAB ER (<i>potassium chloride</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

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
REPOSICIÓN DE POTASIO (cont.)		
POKONZA	T3	
<i>potassium acetate</i>	T1	
<i>potassium bicarbonate/cit ac</i>	T1	
POTASSIUM CL ER 15 MEQ TABLET	T3	
<i>potassium chloride</i>	T1	
<i>potassium chloride</i>	T2	
<i>potassium chloride</i>	T3	
<i>potassium chloride (K-tab Er)</i>	T1	
<i>potassium chloride in 0.9%nacl</i>	T1	
<i>potassium chloride in d5w</i>	T1	
<i>potassium chloride in lr-d5</i>	T1	
<i>potassium chloride in water</i>	T1	
<i>potassium chloride/d5-0.2%nacl</i>	T1	
<i>potassium chloride/d5-0.3%nacl</i>	T1	
<i>potassium chloride/d5-0.45nacl</i>	T1	
<i>potassium chloride/d5-0.9%nacl</i>	T1	
<i>potassium chloride-0.45% nacl</i>	T1	
POTASSIUM CHLORIDE-0.9% NACL	T1	
<i>potassium cl/lido/0.9 % nacl (Potassium Cl-lidocaine-ns)</i>	T1	
POTASSIUM CL-LIDOCAINE-NS (<i>potassium cl-lidocaine-ns</i>)	T1	
REPOSICIÓN DE PROTEÍNAS		
AQNEURSA	T3	PA SP
PREPARACIONES CON SODIO/SOLUCIÓN SALINA		
<i>0.9 % sodium chloride</i>	T1	
KENDALL 0.9% NACL WITH CAP	T1	
<i>sodium chloride</i>	T1	
<i>sodium chloride 0.45 %</i>	T1	
<i>sodium chloride 0.9 % (flush)</i>	T1	
<i>sodium chloride 3 %</i>	T1	
<i>sodium chloride 5 %</i>	T1	
SWABFLUSH	T3	
REPOSICIÓN DE ZINC		
<i>zinc chloride</i>	T1	
<i>zinc sulfate 10 mg/10 ml vial</i>	T1	
<i>zinc sulfate 25 mg/5 ml vial</i>	T1	
ZINC SULFATE 30 MG/10 ML VIAL	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Condiciones urinarias)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SOLUCIONES PARA DIÁLISIS		
DELFLEX WITH 1.5% DEXTROSE	T3	
DELFLEX-2.5% DEXTROSE	T3	
DIANEAL PD-2 W-1.5% DEXTROSE	T3	
DIANEAL PD-2 W-2.5% DEXTROSE	T2	
DIANEAL PD-2 W-4.25% DEXTROSE	T3	
DIANEAL WITH 1.5% DEXTROSE	T3	
DIANEAL WITH 2.5% DEXTROSE	T3	
DIANEAL WITH 4.25% DEXTROSE	T3	
EXTRANEAL ICODextrin DIALYSIS	T3	
<i>perit. dialysis no.6-1.5 % dex</i> (Dianeal With 1.5% Dextrose)	T3	
<i>periton.dialysis 7-2.5 % dextr</i> (Dianeal With 2.5% Dextrose)	T3	
<i>periton.dialysis 8-4.25 % dext</i> (Dianeal With 4.25% Dextrose)	T3	
PHOXILLUM	T3	
PRISMASOL	T3	
MODIFICADORES DEL PH URINARIO		
K-PHOS NO.2	T2	HD
K-PHOS ORIGINAL	T2	HD
ORACIT	T3	HD
<i>potassium citrate</i> (Urocit-k)	T1	HD
<i>potassium citrate/citric acid</i>	T1	HD
RENACIDIN	T3	HD
UROCIT-K (<i>potassium citrate er</i>)	T3	HD
UROQID-ACID NO.2	T2	HD
GASTROINTESTINALES (Medicamentos para el colesterol)		
LIPOTRÓPICOS		
<i>icosapent ethyl</i> (Vascepa)	T1	HD
LOVAZA (<i>triklo</i>)	T3	PA HD
<i>omega-3 acid ethyl esters</i> (Lovaza)	T1	HD
VASCEPA	T2	PA HD
GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis)		
INHIBIDORES DE AMONÍACO		
AMMONUL (<i>sodium phenylacet-sod benzoate</i>)	T3	
CARBAGLU (<i>carglumic acid</i>)	T3	SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE AMONÍACO (cont.)		
<i>carglumic acid</i> (Carbaglu)	T1	SP HD
BUPHENYL (<i>sodium phenylbutyrate</i>)	T3	SP HD
<i>lactulose</i>	T1	HD
<i>lactulose 10 gm/15 ml solution</i>	T1	
LITHOSTAT	T2	HD
PHEBURANE	T2	PA QL(8 bottles/30 days) SP HD
RAVICTI	T3	PA SP HD
<i>sodium benzoate/sod phenylacet</i> (Ammonul)	T1	
<i>sodium phenylbutyrate</i> (Buphenyl)	T3	SP
ANTICOLINÉRGICOS, AMONIO CUATERNARIO		
<i>chlordiazepoxide/clidinium br</i> (Librax)	T1	
CUVPOSA	T3	
DARTISLA	T3	PA
GLYCATÉ	T3	
<i>glycopyrrolate</i>	T1	
<i>glycopyrrolate</i> (Glycate)	T1	
<i>glycopyrrolate</i> (Robinul Forte)	T1	
<i>glycopyrrolate</i> (Robinul)	T1	
GLYCOPYRROLATE-AGUA	T1	
LIBRAX (<i>chlordiazepoxide-clidinium</i>)	T3	PA
<i>propantheline bromide</i>	T1	
ROBINUL (<i>glycopyrrolate</i>)	T3	
ROBINUL FORTE (<i>glycopyrrolate</i>)	T3	
ANTICOLINÉRGICOS/ANTIESPASMÓDICOS		
BENTYL	T3	
<i>dicyclomine hcl</i>	T1	
<i>dicyclomine hcl</i> (Bentyl)	T1	
ANTIDIARREICOS - INHIBIDORES DE CANALES DE CLORURO G.I.		
MYTESI	T3	
ANTIDIARREICOS - INHIBIDORES DE LA TRIPTÓFANO HIDROXILASA		
XERMELO	T3	PA SP
ANTIDIARREICOS		
<i>diphenoxylate hcl/atropine</i>	T1	
<i>diphenoxylate hcl/atropine</i> (Lomotil)	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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
ANTIDIARREICOS (cont.)		
LOMOTIL (<i>diphenoxylate-atropine</i>)	T3	PA
<i>loperamide hcl</i>	T1	
MOTOFEN	T3	
<i>opium tincture</i>	T1	PA
<i>paregoric</i>	T1	
ANTIEMÉTICOS - TIPO CANNABINOIDES		
<i>dronabinol</i> (Marinol)	T1	
MARINOL (<i>dronabinol</i>)	T3	PA
SYNDROS	T3	PA
AGENTES ANTIEMÉTICOS/ANTIVÉRTIGO		
AKYNZEO 235-0.25 MG VIAL	T3	
AKYNZEO 235-0.25 MG/20 ML VIAL	T3	
AKYNZEO 300-0.5 MG CAPSULE	T3	QL (4 caps/28 days)
ALOXI (<i>palonosetron hcl</i>)	T3	PA
ANZEMET	T3	PA QL (5 tabs/30 days) SP
<i>aprepitant 125 mg capsule</i>	T1	QL (4 caps/28 days)
<i>aprepitant 125-80-80 mg pack</i> (Emend)	T1	QL (12 caps/28 days)
<i>aprepitant 40 mg capsule</i>	T1	QL (1 cap/28 days)
<i>aprepitant 80 mg capsule</i> (Emend)	T1	QL (8 caps/28 days)
BARHEMSYS	T3	
BONJESTA	T3	
CINVANTI	T3	
COMPAZINE (<i>prochlorperazine maleate</i>)	T3	
COMPAZINE (<i>prochlorperazine</i>)	T3	
DICLEGIS (<i>doxylamine succ-pyridoxine hcl</i>)	T3	PA QL(4 tabs/day)
<i>dimenhydrinate</i>	T1	
<i>doxylamine succinate/vit b6</i> (Diclegis)	T1	QL(4 tabs/day)
EMEND 125 MG POWDER PACKET	T3	QL (12 caps/28 days)
EMEND 150 MG VIAL (<i>fosaprepitant dimeglumine</i>)	T3	
EMEND 80 MG CAPSULE (<i>aprepitant</i>)	T3	QL (8 caps/28 days)
EMEND TRIPACK (<i>aprepitant</i>)	T3	QL (12 caps/28 days)
FOCINVEZ	T3	
<i>fosaprepitant dimeglumine</i> (Emend)	T1	
<i>granisetron hcl</i>	T1	
<i>granisetron hcl/pf</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
AGENTES ANTIEMÉTICOS/ANTIVÉRTIGO (cont.)		
<i>ondansetron hcl</i>	T1	PA
<i>ondansetron hcl</i> (Zofran)	T1	
ONDANSETRON ODT 16 MG TABLET	T3	
<i>ondansetron hcl/pf</i>	T1	
ONDANSETRON HCL-0.9% NACL	T1	
ONDANSETRON HCL-D5W	T1	
<i>palonosetron hcl</i>	T1	
<i>palonosetron hcl</i> (Aloxi) (Posfrea)	T1	
POSFREA (<i>palonosetron hcl</i>)	T3	
<i>prochlorperazine</i> (Compazine)	T1	
<i>prochlorperazine edisylate</i>	T1	
<i>prochlorperazine maleate</i> (Compazine)	T1	
<i>promethazine hcl</i>	T1	
<i>promethazine hcl</i>	T3	
SANCUSO	T3	PA QL (4 patches/30 days)
<i>scopolamine</i> (Transderm-scop)	T1	
SUSTOL	T3	
TIGAN	T3	
TRANSDERM-SCOP (<i>scopolamine</i>)	T3	
<i>trimethobenzamide hcl</i> (Tigan)	T1	PA QL (4 tabs/28 days)
VARUBI	T3	
ZOFRAN 2 MG/ML VIAL (<i>ondansetron hcl</i>)	T3	
ZOFRAN 4 MG TABLET (<i>ondansetron hcl</i>)	T3	PA
ZOFRAN 8 MG TABLET (<i>ondansetron hcl</i>)	T3	PA
PREPARACIONES ANTIULCEROSAS		
CARAFATE (<i>sucralfate</i>)	T3	PA HD
CYTOTEC (<i>misoprostol</i>)	T3	HD
<i>misoprostol</i> (Cytotec)	T1	HD
<i>sucralfate</i> (Carafate)	T1	HD
ANTIULCEROSOS-AGENTES CONTRA LA H. PYLORI		
<i>bismuth/metronid/tetracycline</i> (Pylera)	T1	PA
HELIDAC	T3	
<i>lansoprazole/amoxicilin/clarith</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
ANTIULCEROSOS-AGENTES CONTRA LA H. PYLORI (cont.)		
OMECLAMOX-PAK	T3	PA
PYLERA (bismuth/metronid/tetracycline)	T3	PA
TALICIA	T3	PA
VOQUEZNA DUAL, TRIPLE PAK	T3	PA
ALCALOIDES DE BELLADONA		
atropine 0.4 mg/ml vial	T1	
ATROPINE 0.4 MG/ML VIAL	T3	
atropine 0.5 mg/5 ml abboject	T1	
atropine 1 mg/10 ml abboject	T1	
atropine 1 mg/10 ml syringe	T1	
ATROPINE 1 MG/2.5 ML SYRINGE	T1	
atropine 1 mg/ml vial	T1	
ATROPINE 1 MG/ML VIAL	T3	
ATROPINE 2 MG/5 ML SYRINGE	T3	
ATROPINE SULFATE 0.25 MG/5 ML SYRINGE	T3	
atropine 8 mg/20 ml vial	T1	
DONNATAL	T3	HD
DONNATAL (phenohytro)	T3	HD
hyoscyamine 0.125 mg odt (Nulev)	T1	HD
hyoscyamine 0.125 mg tab sl (Levsin-sl)	T1	HD
hyoscyamine 0.125 mg/5 ml elix	T1	HD
hyoscyamine 0.125 mg/ml drop	T1	HD
hyoscyamine sulf 0.125 mg tab (Levsin)	T1	HD
hyoscyamine sulfate	T1	HD
hyoscyamine sulfate (Levbid)	T1	HD
hyoscyamine sulfate (Levsin)	T1	HD
hyoscyamine sulfate (Levsin-sl)	T1	HD
hyoscyamine sulfate (Nulev)	T1	HD
hyoscyamine sulfate (Nulev)	T3	HD
HYOSCYAMINE SULFATE 0.5 MG/ML	T3	HD
LEVBIID (symax-sr)	T3	HD
LEVSIN	T3	HD
LEVSIN (oscimin)	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
ALCALOIDES DE BELLADONA (cont.)		
LEVSIN-SL (<i>symax-sl</i>)	T3	HD
<i>methscopolamine bromide</i>	T1	HD
NULEV (<i>symax</i>)	T1	HD
<i>phenobarb/hyoscy/atropine/scop</i> (Donnatal)	T1	HD
<i>phenobarb/hyoscy/atropine/scop</i> (Phenobarbital-belladonna)	T1	HD
<i>phenobarbital-belladonna elixir</i> (Donnatal)	T1	HD
<i>phenobarbital-belladonna elixir</i> (Phenobarbital-belladonna)	T1	HD
PHENOBARBITAL-BELLADONNA ELIXR (<i>phenohygro</i>)	T3	HD
SYMAX DUOTAB	T2	HD
SALES BILIARES		
ACTIGALL (<i>ursodiol</i>)	T3	HD
CHENODAL	T3	SP HD
CHOLBAM	T3	PA SP HD
CTEXLI	T3	PA SP
RELTONE	T3	PA HD
URSO (<i>ursodiol</i>)	T3	HD
URSO FORTE (<i>ursodiol</i>)	T3	HD
<i>ursodiol</i> (Actigall)	T1	HD
<i>ursodiol</i> (Urso Forte)	T1	HD
<i>ursodiol</i> (Urso)	T1	HD
COLERÉTICOS		
KINEVAC	T3	
INFLAM. CRÓNICA DIAG. DE COLON, 5-A-SALICILATO, TRAT. RECTAL		
CANASA (<i>mesalamine</i>)	T3	PA
<i>mesalamine 1,000 mg supp</i> (Canasa)	T1	
<i>mesalamine 4 gm/60 ml enema</i> (Sfrowasa)	T1	
<i>mesalamine 4 gm/60 ml kit</i> (Rowasa)	T1	
ROWASA (<i>mesalamine</i>)	T3	PA
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	ST HD
AZULFIDINE (<i>sulfasalazine dr</i>)	T3	PA HD
AZULFIDINE (<i>sulfasalazine</i>)	T3	PA HD
<i>balsalazide disodium</i> (Colazal)	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
TRAT. FARMAC.-INFLAM. CRÓNICA DIAG. DE COLON, 5-AMINOSALICILATO (cont.)		
COLAZAL (<i>balsalazide disodium</i>)	T3	ST HD
DELZICOL (<i>mesalamine dr</i>)	T3	ST HD
DIPENTUM	T3	ST HD
LIALDA (<i>mesalamine</i>)	T3	ST HD
<i>mesalamine</i> (Apriso)	T1	HD
<i>mesalamine</i> (Delzicol)	T1	HD
<i>mesalamine</i> 800 mg dr tablet (Asacol Hd)	T1	HD
<i>mesalamine</i> dr 1.2 gm tablet (Lialda)	T1	HD
PENTASA 250 MG CAPSULE	T3	ST HD
PENTASA 500 MG CAPSULE (<i>mesalamine</i>)	T3	HD
<i>sulfasalazine</i> (Azulfidine)	T1	HD
AGONISTAS DEL RECEPTOR X FARNESOIDE (FXR), ANÁLOGOS DEL ÁCIDO BILIAR		
OCALIVA	T3	PA SP HD
TRASPLANTE DE MICROBIOTA FECAL (TMF)		
VOWST CAPSULE	T3	PA QL (12 caps/8 weeks) SP HD
ENZIMAS GÁSTRICAS		
SUCRAID	T3	PA SP
<i>cimetidine</i>	T1	HD
<i>cimetidine hcl</i>	T1	HD
<i>famotidine</i>	T1	HD
<i>famotidine</i> (Pepcid)	T1	HD
FAMOTIDINE-0.9% NACL	T1	HD
<i>nizatidine</i>	T1	HD
PEPCID (<i>famotidine</i>)	T1	PA HD
<i>ranitidine hcl</i>	T1	HD
<i>ranitidine hcl</i> (Zantac)	T1	HD
ZANTAC (<i>ranitidine hcl</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	
TRULANCE	T2	
INHIBIDOR DEL TRANSPORTADOR DE ÁCIDOS BILIARES ILEALES (IBAT)		
BYLVAY	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

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDOR DEL TRANSPORTADOR DE ÁCIDOS BILIARES ILEALES (cont.)		
LIVMARLI	T3	PA SP HD
ESTIMULANTES DE LA MOTILIDAD INTESTINAL		
GIMOTI	T3	PA SP
metoclopramide hcl	T1	
metoclopramide hcl (Reglan)	T1	
MOTEGRITY	T3	PA
REGLAN (metoclopramide hcl)	T3	
AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE, ANTAGONISTAS DEL 5-HT3		
alosetron hcl (Lotronex)	T3	SP HD
LOTRONEX (alosetron hcl)	T3	PA SP HD
ZELNORM	T3	PA
EMULSIONES GRASAS IV		
CLINOLIPID	T3	
fat emulsions (Nutrilipid)	T3	
INTRALIPID	T3	
NUTRILIPID (intralipid)	T3	
OMEGAVEN	T3	
SMOFLIPID	T3	
LAXANTES Y CATÁRTICOS		
AMITIZA (lubiprostone)	T3	PA
bisac/nac/nahco3/kcl/peg 3350	T1	PPACA
CLENPIQ	T3	PA PPACA
COLYTE WITH FLAVOR PACKETS (peg 3350-electrolyte)	T3	PPACA
COLYTE WITH FLAVOR PACKETS (peg 3350-electrolyte)	T3	PA PPACA
GOLYTELY	T3	PA PPACA
GOLYTELY (peg-3350 and electrolytes)	T3	PA PPACA
KRISTALOSE	T3	
lactulose	T1	
lactulose 10 gm packet (Kristalose)	T1	
lactulose 10 gm/15 ml solution	T1	
lactulose 20 gm/30 ml solution	T1	
lactulose 10 gm/15 ml solution	T1	
lactulose 20 gm/30 ml solution	T1	
lubiprostone	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.)		
LUBIPROSTONE	T3	PA
MOVIPREP (<i>peg3350-sod sul-nacl-kcl-asb-c</i>)	T3	PA PPACA
NULYTELY	T3	PA PPACA
OSMOPREP	T3	PA PPACA
<i>peg3350/sod sul/nacl/kcl/asb/c</i> (Moviprep)	T1	PPACA
<i>peg3350/sod sulf, bicarb, cl/kcl</i> (Colyte With Flavor Packets)	T1	PPACA
<i>peg3350/sod sulf, bicarb, cl/kcl</i> (Golytely)	T1	PPACA
PLENVU	T3	PA PPACA
PREPOPIK	T2	PPACA
<i>sodium chloride/naHCO3/kcl/peg</i>	T1	PPACA
SUFLAVE	T3	PA PPACA
SUPREP	T3	PA PPACA
SUTAB	T3	PA PPACA
PREPARACIONES ANORRECTALES LOCALES CON NITRATO		
<i>nitroglycerin 0.4% ointment</i> (Rectiv)	T1	
RECTIV (<i>nitroglycerin</i>)	T3	
ENZIMAS PANCREÁTICAS		
CREON	T3	PA HD
PANCREAZE	T2	HD
PERTZYE	T3	PA HD
VIOKACE	T3	HD
ZENPEP	T3	HD
BLOQUEADORES DE ÁCIDO COMPETITIVOS DE POTASIO (PCABS)		
VOQUEZNA	T3	PA QL(1 tab/day)
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES		
ACIPHEX (<i>rabeprazole sodium</i>)	T3	QL (30 tabs/30 days) ST HD
ACIPHEX SPRINKLE DR 10 MG CAP	T3	QL (60 caps/30 days) HD
ACIPHEX SPRINKLE DR 5 MG CAP	T3	QL (120 caps/30 days) HD
DEXILANT DR 30 MG CAPSULE (<i>dexlansoprazole</i>)	T3	PA QL(2 caps/day)
DEXILANT DR 60 MG CAPSULE	T3	PA QL(1 cap/day)
<i>dexlansoprazole dr 30 mg cap</i> (Dexilant)	T1	QL(2 caps/day)
<i>dexlansoprazole dr 60 mg cap</i> (Dexilant)	T1	QL(1 cap/day)
<i>esomeprazole dr 10 mg packet</i> (Nexium)	T1	QL (4 packets/day) HD
<i>esomeprazole dr 20 mg packet</i> (Nexium)	T1	QL (2 packs/day) HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (cont.)		
<i>esomeprazole dr 40 mg packet</i> (Nexium)	T1	QL (1 packet/day) HD
<i>esomeprazole mag dr 20 mg cap</i> (Nexium)	T1	QL (20ml/day) HD
<i>esomeprazole mag dr 40 mg cap</i> (Nexium)	T1	QL (30 caps/30 days) HD
<i>esomeprazole sodium</i>	T1	HD
<i>esomeprazole sodium</i> (Nexium I.v.)	T1	HD
ESOMEPRAZOLE STRONTIUM	T3	QL (30 caps/30 days) HD
KONVOMEF	T3	PA QL(20 mls/day) HD
<i>lansoprazole dr 15 mg capsule</i> (Prevacid)	T1	QL (2 caps/day) HD
<i>lansoprazole dr 30 mg capsule</i> (Prevacid)	T1	QL (30 caps/30 days) HD
<i>lansoprazole odt 15 mg tablet</i> (Prevacid)	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>lansoprazole odt 30 mg tablet</i> (Prevacid)	T1	QL (30 tabs/30 days) HD
NEXIUM DR 10 MG PACKET (<i>esomeprazole magnesium</i>)	T3	PA QL (120 packs/30 days) HD
NEXIUM DR 2.5 MG PACKET	T2	QL (480 packs/30 days) HD
NEXIUM DR 20 MG CAPSULE (<i>esomeprazole magnesium</i>)	T3	PA QL (2 caps/day) HD
NEXIUM DR 20 MG PACKET (<i>esomeprazole magnesium</i>)	T3	PA QL (2 packs/day) HD
NEXIUM DR 40 MG CAPSULE (<i>esomeprazole magnesium</i>)	T3	PA QL (30 caps/30 days) HD
NEXIUM DR 40 MG PACKET (<i>esomeprazole magnesium</i>)	T3	PA QL (30 packs/30 days) HD
NEXIUM DR 5 MG PACKET	T2	QL (240 packs/30 days) HD
NEXIUM I.V. (<i>esomeprazole sodium</i>)	T3	
<i>omeppi 20 mg-1, 100 mg capsule</i> (Zegerid)	T3	PA QL (60 caps/30 days) HD
<i>omeppi 40 mg-1, 100 mg capsule</i> (Zegerid)	T3	PA QL (30 caps/30 days) HD
<i>omeprazole dr 10 mg capsule</i>	T1	QL (4 caps/day) HD
<i>omeprazole dr 20 mg capsule</i>	T1	QL (60 caps/30 days) HD
<i>omeprazole dr 40 mg capsule</i>	T1	QL (30 caps/30 days) HD
<i>omeprazole-bicarb 20-1, 100 cap</i> (Zegerid)	T1	PA QL (60 caps/30 days) HD
<i>omeprazole-bicarb 20-1, 680 pkt</i> (Zegerid)	T1	PA QL (60 packs/30 days) HD
<i>omeprazole-bicarb 40-1, 100 cap</i> (Zegerid)	T1	PA QL (30 caps/30 days) HD
<i>omeprazole-bicarb 40-1, 680 pkt</i> (Zegerid)	T1	PA QL (30 packs/30 days) HD
<i>pantoprazole 40 mg suspension</i> (Protonix)	T1	QL (1 dose/day) HD
<i>pantoprazole sod dr 20 mg tab</i> (Protonix)	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>pantoprazole sod dr 40 mg tab</i> (Protonix)	T1	QL (30 tabs/30 days) HD
PANTOPRAZOLE SODIUM-0.9% NACL	T3	HD
<i>pantoprazole sodium 40 mg vial</i> (Protonix Iv)	T1	
PREVACID 15 MG SOLUTAB (<i>lansoprazole</i>)	T3	PA QL (2 tabs/day) HD
PREVACID 30 MG SOLUTAB (<i>lansoprazole</i>)	T3	PA QL (30 tabs/30 days) HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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.)		
PREVACID DR 15 MG CAPSULE (<i>lansoprazole</i>)	T3	QL (60 caps/30 days) ST HD
PREVACID DR 30 MG CAPSULE (<i>lansoprazole</i>)	T3	QL (30 caps/30 days) ST HD
PRILOSEC DR 10 MG SUSPENSION	T3	QL (120 packs/30 days) HD
PRILOSEC DR 2.5 MG SUSPENSION	T3	QL (480 packs/30 days) HD
PROTONIX 40 MG SUSPENSION (<i>pantoprazole sodium</i>)	T3	QL (30 packs/30 days) ST HD
PROTONIX DR 20 MG TABLET (<i>pantoprazole sodium</i>)	T3	QL (60 tabs/30 days) ST HD
PROTONIX DR 40 MG TABLET (<i>pantoprazole sodium</i>)	T3	QL (30 tabs/30 days) ST HD
PROTONIX IV (<i>pantoprazole sodium</i>)	T3	HD
RABEPRAZOLE DR 10 MG SPRNKL CP	T3	QL (2 caps/day) HD
<i>rabeprazole sod dr 20 mg tab</i> (Aciphex)	T1	QL (1 tab/day) HD
ZEGERID 20 MG CAPSULE (<i>omeprazole-sodium bicarbonate</i>)	T3	PA QL (60 caps/30 days) HD
ZEGERID 20 MG PACKET (<i>omeprazole-sodium bicarbonate</i>)	T3	PA QL (60 packs/30 days) HD
ZEGERID 40 MG CAPSULE (<i>omeprazole-sodium bicarbonate</i>)	T3	PA QL (30 caps/30 days) HD
ZEGERID 40 MG PACKET (<i>omeprazole-sodium bicarbonate</i>)	T3	PA QL (30 packs/30 days) HD
PREPARACIONES RECTALES		
ANUSOL-HC 25 MG SUPPOSITORY (<i>hydrocortisone acetate</i>)	T3	PA
<i>hydrocortisone acetate</i>	T1	
SBS - ANÁLOGOS DEL PÉPTIDO SIMILAR AL GLUCAGÓN TIPO 2 (GLP-2)		
GATTEX	T3	PA SP HD
GASTROINTESTINALES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
PREP. PARA LAS HEMORROIDES, ANTIINFLAM. ESTEROIDEOS-ANEST. LOCALES		
ANA-LEX	T1	
ANALPRAM HC	T3	PA
ANALPRAM HC (<i>hydrocortisone-pramoxine</i>)	T3	
<i>hydrocortisone/lidocaine/aloe</i>	T1	
<i>hydrocortisone/pramoxine</i> (Analpram Hc)	T1	
<i>lidocaine/hydrocortisone ac</i>	T1	
LIDOCAINE-HYDROCORTISONE	T1	
PROCORT	T3	
PROCTOFOAM-HC	T2	
FACTOR DE CRECIMIENTO QUERATINOCÍTICO (KGF)		
KEPIVANCE	T3	SP
PREP. RECTALES/DE COLON, GLUCOCORT. (NO HEMORR.)		
<i>budesonide 2 mg rectal foam</i>	T1	QL (2 kits/180 days)

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREP. RECTALES/DE COLON, GLUCOCORT. (NO HEMORR.) (cont.)		
CORTENEMA (<i>hydrocortisone</i>)	T3	PA
CORTIFOAM	T3	
<i>hydrocortisone</i> (Cortenema)	T1	PA QL (4 caps/day) SP
TARPEYO	T3	
UCERIS 2 MG RECTAL FOAM	T3	PA QL (2 kits/180 days)

HORMONAS (Agentes hormonales)

INHIBIDORES DE ESTEROIDES ADRENALES		
ISTURISA	T3	PA QL (2 tabs/day) SP
RECORLEV	T3	PA QL (8 tabs/day) SP
HORMONAS ADRENOCORTICOTRÓPICAS		
ACTHAR	T3	PA SP HD
ACTHREL	T3	SP
CORTROSYN (<i>cosyntropin</i>)	T3	
<i>cosyntropin</i> (Cortrosyn)	T1	
PREP. DE ANDRÓGENOS/ESTRÓGENOS PARA DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA		
INTRAROSA	T3	
AGENTES ANDROGÉNICOS		
ANADROL-50	T2	PA
ANDRODERM	T2	PA QL (1 patch/day)
ANDROGEL 1% (25 MG/2.5 G) PKT (<i>testosterone</i>)	T3	PA QL (150gm/30 days)
ANDROGEL 1% (50 MG/5 G) PKT (<i>testosterone</i>)	T3	PA QL (2 packs/day)
ANDROGEL 1.62% GEL PUMP (<i>testosterone</i>)	T3	PA QL (150gm/30 days)
ANDROGEL 1.62% (1.25G) GEL PCKT (<i>testosterone</i>)	T3	PA QL (2 packs/day)
ANDROGEL 1.62% (2.5G) GEL PCKT (<i>testosterone</i>)	T3	PA QL (150gm/30 days)
AVEED	T3	PA SP
DEPO-TESTOSTERONE (<i>testosterone cypionate</i>)	T3	
JATENZO 158, 198 MG CAPSULE	T3	PA QL (4 caps/day)
JATENZO 237 MG CAPSULE	T3	PA QL (2 caps/day)
KYZATREX	T3	PA QL (60 tabs/30 days)
METHITEST	T1	
<i>methyltestosterone</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

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANDROGÉNICOS (cont.)		
NATESTO	T3	PA QL (3 bots/30 days)
oxandrolone	T1	PA
TESTIM (testosterone)	T3	PA QL (2 tubes/day)
TESTOPEL	T3	PA
testosterone 1% (25mg/2.5g) pk (AndroGel)	T1	PA QL (150gm/30 days)
testosterone 1% (50 mg/5 g) pk (Vogelxo)	T1	PA QL (2 packs/day)
testosterone 1.62% (2.5 g) pkt (AndroGel)	T1	PA QL (150gm/30 days)
testosterone 1.62% gel pump (AndroGel)	T1	PA QL (150gm/30 days)
testosterone 1.62% (1.25 g) pkt (AndroGel)	T1	PA QL (2 packs/day)
testosterone 10 mg gel pump	T1	PA QL (120 gm/30 days)
TESTOSTERONE 12.5 MG/1.25 GRAM	T1	PA QL (150gm/30 days)
testosterone 12.5 mg/1.25 gram (Vogelxo)	T1	PA QL (150gm/30 days)
testosterone 30 mg/1.5 ml pump	T1	PA QL (180ml/30 days)
testosterone 50 mg/5 gram gel (Vogelxo)	T1	PA QL (2 tubes/day)
TESTOSTERONE 50 MG/5 GRAM PKT	T1	PA QL (2 packs/day)
TESTRED (methyltestosterone)	T3	
TLANDO	T3	PA QL (4/day)
UNDECATREX	T3	PA
VOGELXO 12.5 MG/1.25 GRAM PUMP	T3	PA QL (150gm/30 days)
VOGELXO 50 MG/5 GRAM GEL (testosterone)	T3	PA QL (2 tubes/day)
VOGELXO 50 MG/5 GRAM GEL PACKET	T3	PA QL (2 packs/day)
XYOSTED	T3	PA QL (4 injectors/28 days)
HORMONAS ANTIDIURÉTICAS Y VASOCONSTRICTORAS		
DDAVP 0.01% NASAL SPRAY (desmopressin acetate)	T3	PA
DDAVP 0.1 MG TABLET (desmopressin acetate)	T3	PA HD
DDAVP 0.2 MG TABLET (desmopressin acetate)	T3	PA HD
DDAVP 10 MCG/0.1 ML SOLUTION	T3	PA
DDAVP 4 MCG/ML AMPUL (desmopressin acetate)	T3	PA SP
DDAVP 4 MCG/ML VIAL (desmopressin acetate)	T3	PA SP
desmopressin 0.01% solution (Ddavp)	T1	HD
desmopressin 0.01% spray (Ddavp)	T1	HD
desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr (Ddavp)	T1	HD
desmopressin 40 mcg/10 ml vial (Ddavp)	T3	SP
desmopressin ac 4 mcg/ml (Ddavp)	T3	SP
desmopressin acetate 0.1 mg tb (Ddavp)	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

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HORMONAS ANTIDIURÉTICAS Y VASOCONSTRICTORAS (cont.)		
<i>desmopressin acetate 0.2 mg tb</i> (Ddvp)	T1	
NOCURNA	T3	PA
NOCTIVA	T3	PA
STIMATE	T3	SP
<i>vasopressin in 0.9 % nacl</i>	T1	
VASOPRESSIN-0.9% NACL	T3	
VASOPRESSIN-D5W	T1	
VASOSTRICT	T3	
COMBINACIONES DE ESTRÓGENOS Y PROGESTINAS		
BIJUVA	T3	
COMBINACIONES DE ESTRÓGENOS/ANDRÓGENOS		
ESTRATEST F.S. (estrogen, ester/me-testosterone)	T3	PA HD
<i>estrogen, ester/me-testosterone</i> (Estratest F.S.)	T1	HD
AGENTES ESTROGÉNICOS		
ACTIVELLA (<i>mimvey lo</i>)	T3	HD
ACTIVELLA (<i>mimvey</i>)	T3	HD
ALORA	T3	QL (16 patches/28 days) HD
CLIMARA (<i>estradiol (once weekly)</i>)	T3	HD
CLIMARA PRO	T3	HD
COMBIPATCH	T3	HD
DELESTROGEN (<i>estradiol valerate</i>)	T3	PA HD
DEPO-ESTRADIOL	T3	HD
DIVIGEL	T2	HD
ELESTRIN	T3	HD
ESTRACE (<i>estradiol</i>)	T3	HD
<i>estradiol 0.06% 1.25g gel pump</i> (EstroGel)	T1	HD
<i>estradiol</i> (Climara)	T1	HD
<i>estradiol</i> (Vivelle-dot)	T1	QL (8 patches/21 days) HD
<i>estradiol</i> (Vivelle-dot)	T1	QL (16 patches/28 days) HD
<i>estradiol 0.025 mg patch(2/wk)</i> (Minivelle)	T1	QL (16 patches/28 days) HD
<i>estradiol 0.025 mg patch(2/wk)</i> (Vivelle-Dot)	T1	QL (16 patches/28 days) HD
<i>estradiol 0.0375mg patch(2/wk)</i> (Minivelle)	T1	QL (16 patches/28 days) HD
<i>estradiol 0.0375mg patch(2/wk)</i> (Vivelle-Dot)	T1	QL (16 patches/28 days) HD
<i>estradiol 0.05 mg patch (2/wk)</i> (Minivelle)	T1	QL (16 patches/28 days) HD
<i>estradiol 0.05 mg patch (2/wk)</i> (Vivelle-Dot)	T1	QL (16 patches/28 days) HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ESTROGÉNICOS (cont.)		
<i>estradiol 0.075 mg patch(2/wk)</i> (Minivelle)	T1	QL (16 patches/28 days) HD
<i>estradiol 0.075 mg patch(2/wk)</i> (Vivelle-Dot)	T1	QL (16 patches/28 days) HD
<i>estradiol 0.1 mg patch (2/wk)</i> (Minivelle)	T1	QL (16 patches/28 days) HD
<i>estradiol 0.1 mg patch (2/wk)</i> (Vivelle-Dot)	T1	QL (16 patches/28 days) HD
<i>estradiol 0.5 mg tablet</i> (Estrace)	T1	HD
<i>estradiol 1 mg tablet</i> (Estrace)	T1	HD
<i>estradiol 2 mg tablet</i> (Estrace)	T1	HD
<i>estradiol valerate</i> (Delestrogen)	T1	HD
<i>estradiol/norethindrone acet</i> (Activella)	T1	HD
ESTROGEL (<i>estradiol</i>)	T2	HD
EVAMIST	T3	HD
FEMHRT (<i>norethindron-ethinyl estradiol</i>)	T3	HD
MENEST	T3	HD
MENOSTAR	T3	QL (8 patches/28 days) HD
MINIVELLE (<i>lyllana</i>)	T3	QL (16 patches/28 days) HD
<i>norethind-eth estrad 0.5-2.5</i> (Femhrt)	T1	HD
<i>norethindrone ac/eth estradiol</i>	T1	HD
<i>norethindrone ac-eth estradiol</i> (Femhrt)	T1	HD
<i>norethin-eth estrad 1 mg-5 mcg</i>	T1	HD
PREMARIN	T2	HD
PREMPHASE	T2	HD
PREMPRO	T2	HD
VIVELLE-DOT (<i>estradiol</i>)	T3	QL (16 patches/28 days) HD
COMB. DE ESTRÓGENOS-PROGESTINAS CON ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES PARA MINERALOCORTICOIDES		
ANGELIQ	T3	HD
COMB. DE ESTRÓGENOS Y MOD. SELECTIVOS DE RECEPTORES ESTROGÉN. (SERM)		
DUAVEE	T2	
GLUCOCORTICOIDES		
AGAMREE	T3	PA QL(10 mls/day) SP
ALKINDI SPRINKLE	T3	PA
BETA 1	T3	
<i>betamethasone acetate, sod phos</i> (Celestone)	T1	
BSP 0820	T3	
<i>budesonide</i> (Entocort Ec)	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

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
GLUCOCORTICOIDES (cont.)		
<i>budesonide</i> (Uceris)	T1	PA QL (56 tabs/180 days)
CELESTONE (<i>betamethasone sod phos-acetate</i>)	T2	
CORTEF (<i>hydrocortisone</i>)	T3	PA
<i>cortisone acetate</i>	T1	
<i>deflazacort</i>	T1	PA SP HD
DEPO-MEDROL	T3	
<i>dexamethasone</i> (Dxevo)	T1	
<i>dexamethasone 0.5 mg tablet</i>	T1	
<i>dexamethasone 0.5 mg/5 ml elx</i>	T1	
<i>dexamethasone 0.5 mg/5 ml liq</i>	T1	
<i>dexamethasone 0.75 mg tablet</i>	T1	
<i>dexamethasone 1 mg tablet</i>	T1	
<i>dexamethasone 1.5 mg tablet</i>	T1	
<i>dexamethasone 10 day 1.5 mg tb</i>	T1	PA
DEXAMETHASONE 10 MG/ML SYRING	T3	
<i>dexamethasone 10 mg/ml vial</i>	T1	
<i>dexamethasone 100 mg/10 ml vl</i>	T1	
<i>dexamethasone 120 mg/30 ml vl</i>	T1	
<i>dexamethasone 13 day 1.5 mg tb</i>	T1	PA
<i>dexamethasone 2 mg tablet</i>	T1	
<i>dexamethasone 20 mg/5 ml vial</i>	T1	
<i>dexamethasone 4 mg tablet</i>	T1	
<i>dexamethasone 4 mg/ml syringe</i>	T1	
<i>dexamethasone 4 mg/ml vial</i>	T1	
<i>dexamethasone 6 day 1.5 mg tab</i> (Taperdex)	T1	PA
<i>dexamethasone 6 mg tablet</i>	T1	
<i>dexamethasone in 0.9 % sod chl</i>	T1	
DXEVO	T3	
EMFLAZA	T3	PA SP HD
ENTOCORT EC (<i>budesonide ec</i>)	T3	
EOHILIA	T3	PA QL(1800 mls/180 days)
HEMADY	T3	
<i>hydrocortisone</i> (Cortef)	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

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
GLUCOCORTICOIDES (cont.)		
KENALOG-10	T3	PA SP
KENALOG-40 (<i>triamcinolone acetonide</i>)	T3	
KENALOG-80	T3	
KHINDIVI	T3	
LOCORT	T1	
MEDROL 16 MG TABLET (<i>methylprednisolone</i>)	T3	
MEDROL 2 MG TABLET	T2	
MEDROL 32 MG TABLET (<i>methylprednisolone</i>)	T3	
MEDROL 4 MG DOSEPAK (<i>methylprednisolone</i>)	T3	
MEDROL 4 MG TABLET (<i>methylprednisolone</i>)	T3	
MEDROL 8 MG TABLET (<i>methylprednisolone</i>)	T3	PA SP
MEDROLOAN II SUIK	T3	
<i>methylprednisolone</i> (Medrol)	T1	
<i>methylprednisolone acetate</i> (Depo-medrol)	T1	
<i>methylprednisolone sod succ</i>	T1	
<i>methylprednisolone sod succ</i> (Solu-medrol)	T1	
MILLIPRED 10 MG/5 ML SOLUTION (<i>prednisolone sodium phosphate</i>)	T3	
<i>millipred 5 mg tablet</i>	T1	
NGENLA	T2	PA SP
ORAPRED ODT (<i>prednisolone sodium phos odt</i>)	T3	
P-CARE D80G	T1	
P-CARE K80	T1	
POD-CARE 100C	T1	
<i>prednisolone</i>	T1	
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	T1	
<i>prednisolone sodium phosphate</i> (Millipred)	T1	
<i>prednisolone sodium phosphate</i> (Orapred Odt)	T1	
<i>prednisone</i>	T1	PA
PRO-C-DURE 5	T3	
PRO-C-DURE 6	T3	
RAYOS	T3	
READYSHARP BETAMETHASONE	T1	
SOLU-CORTEF	T3	
SOLU-MEDROL	T3	
TAPERDEX	T1	PA

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
GLUCOCORTICOIDES (cont.)		
<i>triamcinolone acetonide</i> (Kenalog-40)	T1	
UCERIS 9 MG ER TABLET (<i>budesonide er</i>)	T3	PA QL (1 tab/day)
ZCORT	T3	PA
ZILRETTA	T3	PA
ZONACORT	T3	
HORMONA LIBERADORA DE HORMONA DEL CRECIMIENTO (GHRH) Y ANÁLOGOS		
EGRIFTA	T3	PA SP HD
EGRIFTA SV	T3	PA SP HD
HORMONAS DEL CRECIMIENTO		
GENOTROPIN	T3	PA SP HD
HUMATROPE	T3	PA SP HD
NGENLA	T2	PA SP
NORDITROPIN FLEXPPO	T3	PA SP HD
NUTROPIN AQ NUSPIN	T3	PA SP HD
OMNITROPE	T3	PA SP HD
SAIZEN	T3	PA SP HD
SAIZEN-SAIZENPREP	T3	PA HD
SEROSTIM	T3	PA SP HD
SKYTROFA	T3	PA SP HD
SOGROYA	T3	PA SP
ZOMACTON	T3	PA SP HD
HORMONAS DE FACTOR DE CRECIMIENTO INSULÍNICO TIPO I (IGF-I)		
INCRELEX	T3	PA SP HD
COMB. DE PROGESTINA Y ANÁLOGOS AGONISTAS DE LA LHRH (GNRH)		
LUPANETA PACK	T3	PA SP HD
ANÁLOGOS AGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), SUPRESORES HIPOFISARIOS		
LUPRON DEPOT	T3	PA SP HD
SYNAREL	T3	PA SP HD
COMB. DE PROGESTINA Y ESTRÓGENOS ANTAGONISTAS DE LA LHRH (GNRH)		
MYFEMBREE	T2	PA QL (24 month therapy)
ORIAHNN	T2	PA QL (2 caps/day)
ANTAGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), AGENTES SUPRESORES HIPOFISARIOS		
CETROTIDE	T3	PA SP
<i>ganirelix acet 250 mcg/0.5 ml</i> (Ganirelix Acetate)	T3	PA SP

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTAGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), AGENTES SUPRESORES HIPOFISARIOS (cont.)		
GANIRELIX ACET 250 MCG/0.5 ML (<i>ganirelix acetate</i>)	T3	PA SP
ORILISSA 150 MG TABLET	T2	PA QL (24 months of treatment/lifetime)
ORILISSA 200 MG TABLET	T2	PA QL (2 tabs/day)
SUP. HIPOF. AGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), PUBERTAD PRECOZ CENTRAL		
FENSOLVI	T3	PA SP
LUPRON DEPOT-PED	T3	PA SP HD
SUPPRELIN LA	T3	PA SP HD
TRIPTODUR	T3	PA SP
MINERALOCORTICOIDES		
<i>fludrocortisone acetate</i>	T1	HD
OXITÓCICOS		
CARBOPROST TROMETHAMINE	T3	
CERVIDIL	T3	
HEMABATE	T3	
<i>methylergonovine maleate</i>	T1	
<i>oxytocin</i> (Pitocin)	T1	
OXYTOCIN-D5-LACTATED RINGERS	T1	
OXYTOCIN-D5W	T1	
OXYTOCIN-LACTATED RINGERS	T1	
PITOCIN (<i>oxytocin</i>)	T3	
PREPIDIL	T3	
PROSTIN E2 VAGINAL SUPPOSITORY	T3	
AGENTES SUPRESORES HIPOFISARIOS		
<i>cabergoline</i>	T1	QL (16 tabs/28 days) HD
CRENESSITY 50 MG CAPSULE	T3	PA QL(2 caps/day) SP
CRENESSITY 100 MG CAPSULE	T3	PA QL SP
CRENESSITY 50 MG/ML SOLUTION	T3	PA QL(8 mls/day) SP
<i>danazol</i>	T1	HD
AGENTES PROGESTACIONALES		
CRINONE 4% GEL	T3	PA HD
DEPO-PROVERA 400 MG/ML VIAL	T2	HD
<i>hydroxyprogesterone caproat/pf</i>	T1	PA
<i>hydroxyprogesterone caproate</i>	T1	PA
<i>medroxyprogesterone 2.5 mg, 5 mg, 10 mg tab</i> (Provera)	T1	HD
<i>norethindrone acetate</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PROGESTACIONALES (cont.)		
<i>progesterone capsule</i> (Prometrium)	T1	HD
<i>progesterone 500 mg/10 ml vial</i>	T3	SP HD
PROMETRIUM (<i>progesterone</i>)	T3	PA HD
PROVERA (<i>medroxyprogesterone acetate</i>)	T3	PA HD
HORMONAS DEL SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA-ALDOSTERONA (RAAS)		
GIAPREZA	T3	SP
AGENTES SOMATOSTÁTICOS		
<i>lanreotide 120 mg/0.5 ml syrng</i>	T1	PA SP HD
LANREOTIDE 120 MG/0.5 ML SYRNG	T3	PA SP HD
MYCAPSSA	T3	PA QL (4 caps/day) SP
<i>octreotide acetate</i>	T3	PA SP HD
<i>octreotide acetate</i> (Sandostatin)	T3	PA SP HD
SANDOSTATIN 0.05 MG/ML AMPUL (<i>octreotide acetate</i>)	T3	PA SP HD
SANDOSTATIN 0.1 MG/ML AMPUL (<i>octreotide acetate</i>)	T3	PA SP HD
SANDOSTATIN 0.5 MG/ML AMPUL (<i>octreotide acetate</i>)	T3	PA SP HD
SANDOSTATIN LAR DEPOT	T3	PA SP
SIGNIFOR	T3	PA SP
SIGNIFOR LAR	T3	PA SP
SOMATULINE DEPOT	T3	PA SP HD
ESTRÓGENOS VAGINALES PARA DISFUNCIÓN SEXUAL		
IMVEXXY 10 MCG MAINTENANCE PAK	T3	QL (16/28 days) HD
IMVEXXY 10 MCG STARTER PACK	T3	QL (36/28 days) HD
IMVEXXY 4 MCG MAINTENANCE PACK	T3	QL (16/28 days) HD
IMVEXXY 4 MCG STARTER PACK	T3	QL (36/28 days) HD
PREPARACIONES DE ESTRÓGENOS VAGINALES		
ESTRACE (<i>estradiol</i>)	T3	HD
<i>estradiol</i> (Vagifem)	T1	QL (36 tabs/28 days) HD
<i>estradiol 0.01% cream</i> (Estrace)	T1	HD
<i>estradiol 10 mcg vaginal insrt</i> (Vagifem)	T1	QL (36 tabs/28 days) HD
ESTRING	T2	QL (2 rings/90 days) HD
FEMRING	T3	HD
PREMARIN	T2	HD
VAGIFEM (<i>yuvaferm</i>)	T3	QL (36 tabs/28 days) HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Infertilidad)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES PARA ESTIMULAR LA FERTILIDAD, SIN FSH		
<i>clomiphene citrate</i>	T1	
HORMONAS FOLICULOESTIMULANTES Y LUTEINIZANTES		
MENOPUR	T3	PA SP
HORMONA FOLICULOESTIMULANTE (FSH)		
FOLLISTIM AQ	T3	PA SP
GONAL-F	T3	PA SP
GONAL-F RFF	T3	PA SP
GONAL-F RFF REDI-JECT	T3	PA SP
GONADOTROPINA CORIÓNICA HUMANA (HCG)		
CHORIONIC GONAD 10,000 UNIT VL	T3	PA SP
CHORIONIC GONAD 12,000 UNIT VL	T3	SP
CHORIONIC GONAD 6,000 UNIT VL	T3	SP
NOVAREL 10,000 UNITS VIAL	T3	PA SP
NOVAREL 5,000 UNIT VIAL	T3	PA SP
OVIDREL	T3	PA SP
PREGNYL	T3	PA SP
AGENTES PARA FACILITAR/MANTENER, HORMONALES		
CRINONE 8% GEL	T2	
ENDOMETRIN	T2	
AGENTES PARA FACILITAR/MANTENER EL EMBARAZO, HORMONALES		
<i>hydroxyprogesterone 1, 250 mg/5 ml</i>	T1	PA
<i>hydroxyprogesterone 250 mg/ml vial</i>	T1	PA
MAKENA	T3	PA
MAKENA (<i>hydroxyprogesterone caproate</i>)	T3	PA SP
HORMONAS (Varias)		
ANÁLOGOS DE LA HORMONA LEPTINA		
MYALEPT	T3	PA SP HD
HORMONAS (Productos para la osteoporosis)		
AGENTES QUE ESTIMULAN LA FORMACIÓN DE HUESO - PÉPTIDOS LIB. DE PTH		
TYMLOS	T3	PA QL (1 pen/30 days) SP HD
INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA		
JESDUVROQ 1 MG, 2 MG, 4 MG TABLET	T3	PA QL(1 tab/day)
JESDUVROQ 6 MG TABLET	T3	PA QL(2 tabs/day)
JESDUVROQ 8 MG TABLET	T3	PA QL(3 tabs/day)

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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 (cont.)		
<i>calcitonin, salmon, synthetic</i>	T1	HD
MIACALCIN	T3	HD
WYOST	T2	PA SP

INMUNOSUPRESORES (Varios)

INMUNOSUPRESOR-INHIBIDOR DE INTERFERÓN GAMMA, ANTICUERPOS MONOCLONALES		
GAMIFANT	T3	PA SP

INMUNOSUPRESORES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)

ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-CD19 (LINFOCITOS B)		
UPLIZNA	T3	PA SP

ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE LA IL-23, ANTICUERPOS MONOCLONALES		
OMVOH 100 MG/ML SYRINGE	T2	PA QL SP HD
OMVOH 300 MG/15 ML VIAL	T2	PA SP HD
OMVOH PEN	T2	PA QL(2 pens/28 days) SP HD

ANTAGONISTAS ALFA DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-4 (IL-4), ANTICUERPOS MONOCLONALES		
DUPIXENT PEN	T3	PA SP HD
DUPIXENT SYRINGE	T3	PA SP HD

INHIBIDORES DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-6 (IL-6)		
ACTEMRA 80 MG/4 ML VIAL	T3	PA SP HD
ACTEMRA 162 MG/0.9 ML SYRINGE	T3	PA QL (4 syringes/28 days) SP HD
ACTEMRA 200 MG/10 ML VIAL	T3	PA SP HD
ACTEMRA 400 MG/20 ML VIAL	T3	PA SP HD
ACTEMRA ACTPEN	T3	PA QL (4 pens/28 days) SP HD
ENSPRYNG	T3	PA SP HD
KEVZARA 150 MG/1.14 ML PEN INJ	T3	PA QL (2 pens/28 days) SP HD
KEVZARA 150 MG/1.14 ML SYRINGE	T3	PA QL (2 syringes/28 days) SP HD
KEVZARA 200 MG/1.14 ML PEN INJ	T3	PA QL (2 pens/28 days) SP HD
KEVZARA 200 MG/1.14 ML SYRINGE	T3	PA QL (2 syringes/28 days) SP HD
TOFIDENCE	T3	PA SP
TYENNE	T3	PA QL(3.6 ml/28 days) SP

INMUNOSUPRESORES (Medicamentos para trasplante)

ANTICUERPOS MONOCLONALES-INHIB. DE LA INTERLEUCINA HUMANA I2/23		
IMULDOSA	T3	PA QL(1 syringe/84 days) SP
OTULFI	T3	PA QL(1 syringe/84 days) SP
PYZCHIVA	T3	PA QL(1 syringe/84 days) SP

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

INMUNOSUPRESORES (Medicamentos para trasplante) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICUERPOS MONOCLONALES-INHIB. DE LA INTERLEUCINA HUMANA I2/23 (cont.)		
SELARSDI	T2	PA QL(1 syringe/84 days) SP
STELARA 130 MG/26 ML VIAL	T3	PA SP HD
STELARA 45 MG/0.5 ML SYRINGE	T3	PA QL (1 syringe/84 days) SP HD
STELARA 45 MG/0.5 ML VIAL	T3	PA QL (1 vial/84 days) SP HD
STELARA 90 MG/ML SYRINGE	T3	PA QL (1 syringe/84 days) SP HD
STEQEYMA	T3	PA QL(1 syringe/84 days) SP
USTEKINUMAB-AEKN SC	T3	PA QL(1 syringe/84 days) SP
USTEKINUMAB SC	T3	PA QL(1 syringe/84 days) SP
USTEKINUMAB-TTWE	T2	PA QL(1 syringe/84 days) SP HD
YESINTEK	T2	PA QL(1 syringe/84 days) SP
AGENTES INMUNOSUPRESORES TÓPICOS		
ELIDEL (<i>pimecrolimus</i>)	T3	
<i>pimecrolimus</i> (Elidel)	T1	
PROTOPIC (<i>tacrolimus</i>)	T3	
<i>tacrolimus 0.03% ointment</i> (Protopic)	T1	
<i>tacrolimus 0.1% ointment</i> (Protopic)	T1	
INMUNOSUPRESORES - ANTICUERPOS MONOCLONALES QUE INHIBEN LA FUNCIÓN DEL LINFOCITO T		
SIMULECT	T2	SP
INMUNOSUPRESORES		
ASTAGRAF XL	T3	SP HD
AZASAN	T3	SP HD
<i>azathioprine</i> (Imuran)	T3	PA SP HD
<i>azathioprine sodium</i>	T1	PA
CELLCEPT 200 MG/ML ORAL SUSP (<i>mycophenolate mofetil</i>)	T3	PA SP HD
CELLCEPT 250 MG CAPSULE (<i>mycophenolate mofetil</i>)	T3	PA SP HD
CELLCEPT 500 MG TABLET (<i>mycophenolate mofetil</i>)	T3	PA SP HD
CELLCEPT 500 MG VIAL (<i>mycophenolate mofetil</i>)	T3	SP
<i>cyclosporine 100 mg capsule</i> (Sandimmune)	T3	SP HD
<i>cyclosporine 25 mg capsule</i> (Sandimmune)	T3	SP HD
<i>cyclosporine 250 mg/5 ml ampul</i> (Sandimmune)	T3	SP
<i>cyclosporine, modified</i>	T3	SP HD
<i>cyclosporine, modified</i> (Neoral)	T3	SP HD
ENVARUS XR	T3	SP HD
<i>everolimus 0.25 mg tablet</i> (Zortress)	T3	SP HD
<i>everolimus 0.5 mg tablet</i> (Zortress)	T3	SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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>everolimus 0.75 mg tablet</i> (Zortress)	T3	SP HD
IMURAN (<i>azathioprine</i>)	T3	SP HD
LUPKYNIS	T3	PA SP QL (6 caps/day)
<i>mycophenolate 200 mg/ml susp</i> (Cellcept)	T3	SP HD
<i>mycophenolate 250 mg capsule</i> (Cellcept)	T3	SP HD
<i>mycophenolate 500 mg tablet</i> (Cellcept)	T3	SP HD
<i>mycophenolate 500 mg vial</i> (Cellcept)	T3	SP
<i>mycophenolate sodium</i> (Myfortic)	T3	SP HD
MYFORTIC (<i>mycophenolic acid</i>)	T3	PA SP HD
MYHIBBIN	T3	PA SP
NEORAL (<i>engraf</i>)	T3	PA SP HD
NULOJIX	T3	SP
PROGRAF 0.2 MG GRANULE PACKET	T3	SP HD
PROGRAF 0.5 MG CAPSULE (<i>tacrolimus</i>)	T3	SP HD
PROGRAF 1 MG CAPSULE (<i>tacrolimus</i>)	T3	SP HD
PROGRAF 1 MG GRANULE PACKET	T3	SP HD
PROGRAF 5 MG CAPSULE (<i>tacrolimus</i>)	T3	SP HD
PROGRAF 5 MG/ML AMPULE	T3	SP
RAPAMUNE (<i>sirolimus</i>)	T3	PA SP HD
SANDIMMUNE 100 MG CAPSULE (<i>cyclosporine</i>)	T3	PA SP HD
SANDIMMUNE 100 MG/ML SOLN	T3	SP HD
SANDIMMUNE 25 MG CAPSULE (<i>cyclosporine</i>)	T3	PA SP HD
SANDIMMUNE 50 MG/ML AMPUL (<i>cyclosporine</i>)	T3	PA SP
<i>sirolimus</i> (Rapamune)	T3	SP HD
<i>tacrolimus capsule (ir)</i> (Prograf)	T3	SP HD
ZORTRESS	T3	SP HD

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes)

DIAGNÓSTICO DEL NIVEL DE AZÚCAR EN SANGRE

BLULINK GLUCOSE TEST STRIP	T3	
CONTOUR PLUS TEST STRIP	T3	
EASY TOUCH BLULINK TEST STRIP	T3	

SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS

2TEK CONTROL SOLUTION	T1	
2TEK GLUCOSE-WRIST MONITOR KIT	T3	
ACCU-CHEK	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)		
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCING DEV	T1	
ACCU-CHEK GUIDE CONTROL SOLN	T1	
ACCU-CHEK SMARTVIEW CONTRL SOL	T1	
ACCU-CHEK SOFTCLIX	T1	
ACCUTREND GLUCOSE CONTROL	T1	
ADJUSTABLE LANCING DEVICE	T1	
ADVANCED LANCING DEVICE	T1	
ADVOCATE CONTROL SOLUTION	T1	
ADVOCATE LANCING DEVICE	T1	
ADVOCATE RAPID-SAFE LANCING DV	T1	
ADVOCATE REDI-CODE+ CTRL SOLN	T1	
AGAMATRIX CONTROL	T1	
ALKALINE BATTERIES	T1	
ALTERNATE SITE LANCING DEVICE	T1	
AQUA LANCE LANCING DEVICE	T1	
ASSURE 4 CONTROL SOLUTION	T1	
ASSURE DOSE	T1	
ASSURE PRISM	T1	
AT HOME A1C	T1	
AUTOJECT 2	T1	
AUTO-LANCET MINI	T1	
AUTOLET IMPRESSION	T1	
AUTOLET LANCING DEVICE	T1	
AUTOLET PLUS	T1	
AUTOPEN	T1	
BLOOD-GLUCOSE CONTROL	T1	
BLULINK DIABETIC TEST BUNDLE	T3	
BREEZE 2	T1	
CAREONE	T1	
CARESENS	T3	
CARETOUCH CONTROL SOLUTION	T1	
CARETOUCH LANCING DEVICE	T1	
CEQR SIMPLICITY	T2	
CEQR SIMPLICITY INSERTER	T2	
CHOSEN LANCING DEVICE	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)		
CLEVER CHOICE CONTROL SOLUTION	T1	
CONTOUR	T1	
CONTOUR METER	T1	
CONTOUR NEXT CONTROL SOLUTION	T1	
CONTOUR SOLUTION	T1	
CONTROL SOLUTION	T1	
COOL CONTROL SOLUTION	T1	
DEXCOM	T3	
DEXCOM G4	T3	
DEXCOM G5	T3	
DEXCOM G5-G4 SENSOR	T3	
DEXCOM G6 RECEIVER	T2	PA QL (1 syringe/365 days)
DEXCOM G6 SENSOR	T2	PA QL (3/30 days)
DEXCOM G6 TRANSMITTER	T2	PA QL (1 syringe/67 days)
DEXCOM G7 SENSOR	T2	PA QL(3 sensors/30 days)
DEXCOM G7 RECEIVER	T2	PA QL(1 unit/365 days)
DIATRUE	T1	
DROPLET GENTEEL LANCING DEVICE	T1	
DROPLET LANCING DEVICE	T1	
EASY MINI EJECT LANCING DEVICE	T1	
EASY PLUS II BLOOD GLUCOSE SYS	T1	
EASY PLUS II CONTROL SOLN HIGH	T1	
EASY PLUS II CONTROL SOLN LOW	T1	
EASY STEP CONTROL SOLUTION	T1	
EASY TALK BLOOD GLUCOSE METER	T1	
EASY TALK CONTROL SOLN LOW	T1	
EASY TALK HIGH CONTROL SOLN	T1	
EASY TALK PLUS II HIGH CONTROL	T1	
EASY TALK PLUS II LOW CTRL SLN	T1	
EASY TOUCH BLULINK CTRL SOLN	T1	
EASY TOUCH BLULINK GLUC SYST	T3	
EASY TOUCH CONTROL SOLUTION	T1	
EASY TOUCH LANCING DEVICE	T1	
EASY TRAK BLOOD GLUCOSE METER	T1	
EASY TRAK CONTROL SOLN	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)		
EASYGLUCO PLUS CONTROL NORMAL	T1	
EASYMAX 15 LEVEL 2 SOLUTION	T1	
ELEMENT COMPACT CONTROL SOLN	T1	
ELEMENT CONTROL SOLUTION	T1	
EMBRACE EVO BLOOD GLUCOSE KIT	T1	
EMBRACE EVO BLOOD GLUCOSE MTR	T1	
EMBRACE EVO LEVEL 1 CTRL SOLN	T1	
EMBRACE GLUC CONTROL SOLN HIGH	T1	
EMBRACE GLUCOSE CONTROL SOLN	T1	
EMBRACE LANCING DEVICE	T1	
EMBRACE PRO	T1	
EMBRACE TALK CONTROL SOLUTION	T1	
EMBRACE WAVE PLUS GLUCOSE MTR	T1	
ENLITE	T1	
ENLITE GLUCOSE SENSOR	T1	
ENLITE SERTER	T1	
EVENCARE G2 BLOOD GLUCOSE SYS	T1	
EVENCARE G2 CONTROL SOLUTION	T1	
EVENCARE G3 BLOOD GLUCOSE SYS	T1	
EVENCARE G3 CONTROL SOLUTION	T1	
EVERSENSE SENSOR-HOLDER	T3	
EVERSENSE SMART TRANSMITTER	T3	
EVOLUTION CONTROL SOLUTION	T1	
EZ-VAC	T1	
FORA CONTROL SOLUTION	T1	
FORA LANCING DEVICE	T1	
FORACARE GDH	T1	
FORA TN'GO ADVANCE MULTIFN MTR	T3	
FORTISCARE	T1	
FREESTYLE CONTROL SOLUTION	T1	
FREESTYLE LIBRE 10 DAY READER	T2	PA QL (1 reader/day)
FREESTYLE LIBRE 10 DAY SENSOR	T2	PA QL (3/30 days)
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER	T2	PA QL (1 reader/day)
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR	T2	PA QL (2/28 days)
FREESTYLE LIBRE 2 READER	T2	PA QL (1 reader/day)

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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.)		
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR	T2	PA QL (2 sensors/21 days)
FREESTYLE LIBRE 3 READER	T2	PA QL(1 unit/720 days)
FREESTYLE LIBRE 3 PLUS SENSOR	T2	PA QL(2 units/28 days)
FREESTYLE NAVIGATOR	T3	
GE100 CONTROL SOLUTION NORMAL	T1	
GE333 BLOOD GLUCOSE TEST STRIP	T3	
GE333 BLOOD GLUCOSE SYSTEM	T3	
GENTEEL VACUUM LANCING DEVICE	T1	
GLUCOCARD 01 CONTROL	T1	
GLUCOCARD EXPRESSION CNTRL SLN	T1	
GLUCOCARD EXPRESSION METER	T1	
GLUCOCARD EXPRESSION METER KIT	T1	
GLUCOCARD SHINE CONTROL SOLN	T1	
GLUCOCARD SHINE METER	T1	
GLUCOCARD SHINE METER KIT	T1	
GLUCOCOM AUTOLINK	T1	
GLUCOCOM CONTROL SOLUTION	T1	
GLUCOSE CONTROL	T1	
GLUCOSE CONTROL SOLUTION	T1	
GOJJI GLUCOSE CONTROL SOLUTION	T1	
GOJJI LANCING DEVICE	T1	
GUARDIAN CONNECT TRANSMITTER	T3	
GUARDIAN LINK 3	T3	
GUARDIAN REAL-TIME	T3	
GUARDIAN RT CHARGER	T1	
GUARDIAN RT STARTER KIT	T3	
GUARDIAN SENSOR 3	T3	
GUARDIAN TEST PLUG	T1	
HUMAPEN LUXURA HD	T3	
INPEN (FOR HUMALOG)	T1	
INPEN (FOR NOVOLOG OR FIASP)	T1	
LITE TOUCH LANCING PEN	T1	
MOBILE LANCETS	T2	
MINILINK REAL-TIME TRANSMITTER	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.)		
MINIMED 630G GUARDIAN START KT	T3	
NOVA MAX GLUCOSE CONTROL SOLN	T3	
NOVOPEN ECHO	T3	
ON CALL EXPRESS CONTROL SOLN	T1	
ON CALL LANCING DEVICE	T1	
ON CALL PLUS CONTROL	T1	
ON CALL PLUS LANCING DEVICE	T1	
ON CALL VIVID CONTROL	T1	
ONETOUCH DELICA PLUS LANC DEV	T1	
ONETOUCH ULTRA CONTROL SOLN	T1	
ONETOUCH VERIO HIGH CNTRL SOLN	T1	
ONETOUCH VERIO MID CNTRL SOLN	T1	
OMNIPOD DASH 5 PACK POD	T2	PA QL (6 boxes/30 days)
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5)	T2	QL
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5)	T2	QL
ONETOUCH ULTRASOFT 2 LANCET	T2	
OPTUMRX BLOOD GLUCOSE METER	T3	
OPTUMRX BLOOD GLUCOSE SYSTEM	T3	
OPTUMRX GLUCOSE CONTROL SOLN	T1	
OVAL TAPE	T1	
PARADIGM REAL-TIME	T2	
PIP GLUCOSE CONTROL SOLUTION	T1	
PRODIGY CONTROL SOLUTION	T1	
PRODIGY LANCING DEVICE	T1	
REFUAH PLUS GLUCOSE CONTROL	T1	
RELIAMED MINI LANCING DEVICE	T1	
REPLACEMENT PEDIATRIC MONITOR	T3	
RIGHTEST CONTROL SOLUTION	T1	
RIGHTEST GD500	T1	
SAFE-CLIP	T1	
SEN-SERTER	T2	
SIL-SERTER	T1	
SMARTDIABETES VANTAGE	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)		
SMARTEST	T1	
SOF-SENSOR	T2	
SOLUS V2 CONTROL SOLUTION	T1	
SOLUS V2 LANCING DEVICE	T1	
SURE COMFORT LANCING PEN	T1	
SUREFLEX	T1	
SURE-PEN	T1	
SURE-TEST EASYPLUS MINI METER	T1	
SURE-TEST EASYPLUS MINI SOLN	T1	
TELCARE CONTROL SOLUTION	T1	
TRUE METRIX	T1	
TRUECONTROL	T1	
TRUEDRAW	T1	
ULTI-LANCE	T1	
ULTRATRAK BLOOD GLUCOSE METER	T1	
ULTRATRAK CONTROL SOL NORMAL	T1	
ULTRATRAK CONTROL SOLUTION	T1	
ULTRATRAK ULTIMATE CNTRL SOLN	T1	
ULTRATRAK ULTIMATE GLUCOSE MTR	T3	
UNISTIK 2	T1	
UNISTIK 2 NORMAL	T1	
UNISTIK 3	T1	
UNISTIK 3 COMFORT	T1	
UNISTIK 3 NEONATAL	T1	
UNISTRIP	T1	
V-GO 20	T2	
V-GO 30	T2	
V-GO 40	T2	
VERASENS CONTROL SOLUTION	T1	
VIVAGUARD INO CONTROL SOLUTION	T1	
VIVAGUARD LANCING DEVICE	T1	
WAVESENSE CONTROL SOLUTION	T1	
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I)		
ADVOCATE SAFETY LANCET	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.)		
BLULINK BG SYSTEM REFILL	T3	
CARESENS LANCET	T1	
CARETOUCH SAFETY LANCETS	T1	
LITE TOUCH LANCETS	T1	
ULTRA-THIN II 28G LANCETS	T1	
AGUJAS/DISPOSITIVOS SIN AGUJA		
1ST TIER UNIFINE PENTIPS	T1	
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS	T1	
ABOUTIME PEN NEEDLE	T1	
ADVOCATE PEN NEEDLE	T1	
ADVOCATE PEN NEEDLES	T1	
AQINJECT PEN NEEDLE	T1	
ASSURE ID PEN NEEDLE	T1	
AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE	T1	
BLUNT NEEDLE	T1	
CAREFINE PEN NEEDLE	T1	
CARETOUCH HYPODERMIC NEEDLE	T1	
CARETOUCH PEN NEEDLE	T1	
CLICKFINE	T1	
COMFORT EZ PEN NEEDLE	T1	
COMFORT EZ PRO SAFETY PEN NDL	T1	
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE	T1	
DROPLET MICRON PEN NEEDLE	T1	
DROPLET PEN NEEDLE	T1	
DROPSAFE PEN NEEDLE	T1	
DROPSAFE SICURA SAFETY NEEDLE	T1	
EASY COMFORT PEN NEEDLES	T1	
EASY GLIDE PEN NEEDLE	T1	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE	T1	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLES	T1	
EASY TOUCH HYPODERMIC NEEDLE	T1	
EASY TOUCH PEN NEEDLE	T1	
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE	T1	
EASYPPOINT NEEDLE	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGUJAS/DISPOSITIVOS SIN AGUJA (cont.)		
ECLIPSE NEEDLE	T1	
EMBRACE PEN NEEDLE	T1	
EXEL HUBER NEEDLE	T1	
EXEL HYPODERMIC NEEDLE	T1	
FILTER ASPIRATOR NEEDLE	T1	
FILTER NEEDLE	T1	
FLOW-EZE	T1	
HEALTHWISE PEN NEEDLE	T1	
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP	T1	
HYPODERMIC NEEDLE	T1	
INCONTROL PEN NEEDLE	T1	
INSULIN PEN NEEDLE	T1	
INSUPEN	T1	
INSUPEN PEN NEEDLE	T1	
INTEGRA NEEDLE	T1	
INTEGRA PRECISIONGLIDE NEEDLE	T1	
LIFESHIELD BLUNT CANNULA	T1	
LITE TOUCH	T1	
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE	T1	
MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE	T1	
MINI PEN NEEDLE	T1	
MINI ULTRA-THIN II	T1	
MONOJECT FILTER NEEDLE	T1	
NANO 2ND GEN PEN NEEDLE	T1	
NEEDLES	T1	
<i>needles, safety huber, disposabl</i>	T1	
NOKOR ADMIX NEEDLE	T1	
NOKOR NEEDLE	T1	
NOVOFINE 32	T1	
NOVOFINE AUTOCOVER	T1	
NOVOFINE PLUS	T1	
NOVOTWIST	T1	
PEN NEEDLE	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGUJAS/DISPOSITIVOS SIN AGUJA (cont.)		
PENTIPS	T1	
PIP PEN NEEDLE	T1	
POLY HUB NEEDLE	T1	
PRECISIONGLIDE	T1	
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE	T1	
PRO COMFORT PEN NEEDLE	T1	
PURE COMFORT PEN NEEDLE	T1	
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE	T1	
RAYA SURE PEN NEEDLE	T1	
REGULAR BEVEL NEEDLES	T1	
SAFETY PEN NEEDLE	T1	
SAFETYGLIDE NEEDLE	T1	
SECURESAFE PEN NEEDLE	T1	
SHORT BEVEL NEEDLES	T1	
SKY SAFETY PEN NEEDLE	T1	
SPECIALTY USE NEEDLES	T1	
SURE COMFORT	T1	
SURE COMFORT PEN NEEDLE	T1	
SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE	T1	
SURE-FINE PEN NEEDLES	T1	
TECHLITE PEN NEEDLE	T1	PA
TERUMO SURGUARD2	T1	
THIN WALL NEEDLES	T1	
TOPCARE CLICKFINE	T1	
TRANSFER NEEDLE	T1	
TRUE COMFORT PEN NEEDLE	T1	
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLE	T1	
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE	T1	
TRUEPLUS PEN NEEDLE	T1	
ULTICARE PEN NEEDLE	T1	
ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE	T1	
ULTIGUARD SAFEPACK-PEN NEEDLE	T1	
ULTILET PEN NEEDLE	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGUJAS/DISPOSITIVOS SIN AGUJA (cont.)		
ULTRA FLO PEN NEEDLE	T1	
ULTRA THIN	T1	
ULTRACARE PEN NEEDLE	T1	
ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE	T1	
ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE	T1	
ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE	T1	
ULTRA-FINE ORIGINAL PEN NEEDLE	T1	
ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE	T1	
ULTRA-THIN II	T1	
UNIFINE PEN NEEDLE	T1	
UNIFINE PENTIPS	T1	
UNIFINE PENTIPS MAXFLOW	T1	
UNIFINE PENTIPS PLUS	T1	
UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW	T1	
UNIFINE SAFECONTROL	T1	
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE	T1	
VERIFINE PEN NEEDLE	T1	
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE	T1	
YALE NEEDLE	T1	
JERINGAS Y ACCESORIOS		
ASSURE ID INSULIN SAFETY	T1	
CARETOUCH INSULIN SYRINGE	T1	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE	T1	
DROPLET INSULIN SYRINGE	T1	
DROPSAFE INSULIN SYRINGE	T1	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE	T1	
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE	T1	
EASY TOUCH	T1	
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN	T1	
EASY TOUCH INSULIN SAFETY	T1	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE	T1	
EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN	T1	
EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN	T1	
EASY TOUCH UNI-SLIP	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
JERINGAS Y ACCESORIOS (cont.)		
EASY-TOUCH INSULIN SYRINGE	T1	
ECLIPSE SYRINGE	T1	
FREESTYLE PRECISION	T1	
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE	T1	
INSULIN SYRINGE	T2	
INSULIN SYRINGE U-500	T1	
LITETOUCH INSULIN SYRINGE	T1	
LUER-LOK SYRINGE	T1	
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG	T1	
MAGELLAN INSULIN SYRINGE	T1	
MINIMED RESERVOIR	T1	
MONOJECT INSULIN SYRINGE	T1	
PARADIGM	T3	
SECURESAFE INSULIN SYRINGE	T2	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE	T1	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE	T1	
syringe and needle, insulin, 1ml	T1	
syringe-needle, insulin, 0.5 ml	T1	
syring-needl, disp, insul, 0.3 ml	T1	
TECHLITE INSULIN SYRINGE	T1	
TERUMO INSULIN SYRINGE	T1	
THINPRO INSULIN SYRINGE	T1	
TOPCARE ULTRA COMFORT	T1	
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE	T1	
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE	T1	
ULTICARE INSULIN SYRINGE	T1	
ULTIGUARD SAFE 1ML 30G 12.7MM	T1	
ULTIGUARD SAFE0.3ML 30G 12.7MM	T1	
ULTIGUARD SAFE0.5ML 30G 12.7MM	T1	
ULTIGUARD SAFEPAK 1ML 31G 8MM	T1	
ULTIGUARD SAFEPK 0.3ML 31G 8MM	T1	
ULTIGUARD SAFEPK 0.5ML 31G 8MM	T1	
ULTILET INSULIN SYRINGE	T1	
ULTRA COMFORT	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
JERINGAS Y ACCESORIOS (cont.)		
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE	T1	
ULTRACARE INSULIN SYRINGE	T1	
ULTRA-THIN II	T1	
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE	T1	
VEO INSULIN SYRINGE	T1	
VERIFINE INSULIN SYRINGE	T1	

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Varios)

EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I)		
1ST TIER UNILET COMFORTOUCH	T1	
2-IN-1 LANCET DEVICE	T1	
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET DRUM	T1	
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO	T1	
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO PLUS	T1	
ACCU-CHEK SOFTCLIX	T1	
ACTI-LANCE	T1	
ADVANCED TRAVEL LANCETS	T1	
ADVOCATE LANCET	T1	
ADVOCATE LANCETS	T1	
ALTERNATE SITE LANCETS	T1	
ASSURE HAEMOLANCE PLUS	T1	
ASSURE LANCE	T1	
ASSURE LANCE PLUS	T1	
BD MICROTAINER LANCETS	T1	
BD ULTRA-FINE	T1	
BD ULTRA-FINE II	T1	
BLOOD LANCETS	T1	
BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS	T1	
BUTTERFLY TOUCH LANCET	T1	
CAREONE	T1	
CARESENS LANCET	T1	
CARETOUCH TWIST LANCET	T1	
CLEVER CHEK LANCETS	T1	
COAGUCHEK	T1	
COLOR LANCETS	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)		
COMFORT EZ	T1	
COMFORT LANCETS	T1	
COMFORT TOUCH PLUS SAFETY LANC	T1	
COMFORT TOUCH ULT THIN LANCET	T1	
DROPLET LANCETS	T1	
EASY COMFORT LANCETS	T1	
EASY TOUCH	T1	
EASY TWIST & CAP LANCETS	T1	
EMBRACE 30G LANCETS	T1	
EMBRACE SAFETY LANCET	T1	
EZ SMART LANCETS	T1	
EZ-LETS	T1	
FIFTY50 SAFETY SEAL LANCETS	T1	
FINE 30 UNIVERSAL LANCETS	T1	
FINGERSTIX	T1	
FORA LANCETS	T1	
FORACARE LANCETS	T1	
FREESTYLE LANCETS	T1	
FREESTYLE UNISTIK 2	T1	
GLUCOCOM	T1	
GLUCOCOM LANCETS	T1	
GOJJI LANCETS	T1	
HEALTHY ACCENTS UNILET LANCET	T1	
INCONTROL SUPER THIN LANCETS	T1	
INCONTROL ULTRA THIN LANCETS	T1	
INJECT EASE LANCETS	T1	
INVACARE LANCETS	T1	
<i>lancets</i>	T1	
LANCETS	T1	
LANCETS THIN	T1	
LANCETS ULTRA THIN	T1	
LITE TOUCH	T1	
MEDISENSE THIN LANCETS	T1	
MEDLANCE PLUS	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)		
MEDLANCE PLUS SPECIAL BLADE	T1	
MICRO THIN LANCET	T1	
MICRO THIN LANCETS	T1	
MICROLET	T1	
MICROTAINER LANCETS	T1	
MOBILE LANCETS	T1	
MONOLET LANCETS	T1	
MONOLET THIN LANCETS	T1	
MYGLUCOHEALTH LANCETS	T1	
NOVA SAFETY LANCETS	T1	
NOVA SUREFLEX	T1	
ON CALL LANCET	T1	
ON CALL PLUS LANCET	T1	
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET	T1	
ONETOUCH DELICA SAFETY LANCET	T1	
ONETOUCH LANCETS	T1	
ONETOUCH SURESOFT	T1	
ONETOUCH ULTRASOFT 2 LANCET	T1	
ON-THE-GO	T1	
PIP LANCET	T1	
PRESSURE ACTIVATED LANCETS	T1	
PRO COMFORT LANCET	T1	
PRO COMFORT LANCETS	T1	
PRO COMFORT SAFETY LANCET	T1	
PRODIGY LANCETS	T1	
PRODIGY TWIST TOP LANCET	T1	
PURE COMFORT LANCETS	T1	
PURE COMFORT SAFETY LANCETS	T1	
PUSH BUTTON SAFETY LANCETS	T1	
READYLANCE SAFETY LANCETS	T1	
RELIAMED	T1	
RELIAMED SAFETY SEAL LANCETS	T1	
RIGHTTEST GL300 LANCETS	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)		
SAFETY LANCETS	T1	
SAFETY SEAL LANCETS	T1	
SAFETY-LET	T1	
SINGLE-LET	T1	
SMART SENSE	T1	
SMART SENSE LANCETS	T1	
SMARTTEST LANCET	T1	
SOFT TOUCH	T1	
SOLUS V2 28G LANCETS	T1	
SOLUS V2 LANCETS	T1	
STERILANCE TL	T1	
STERILE LANCETS	T1	
SUPER THIN LANCETS	T1	
SURE COMFORT LANCETS	T1	
SURE-LANCE	T1	
SURE-TOUCH	T1	
TECHLITE LANCETS	T1	
TELCARE ULTRA THIN 30G LANCETS	T1	
THIN LANCETS	T1	
TOPCARE UNIVERSAL 1 LANCET	T1	
TOPCARE UNIVERSAL 1 THIN LANCET	T1	
TRUE COMFORT LANCET	T1	
TRUE COMFORT SAFETY LANCET	T1	
TRUEPLUS LANCET	T1	
TRUEPLUS LANCETS	T1	
TWIST LANCETS	T1	
TWIST TOP LANCET	T1	
ULTILET BASIC	T1	
ULTILET CLASSIC	T1	
ULTILET LANCETS	T1	
ULTILET SAFETY	T1	
ULTRA THIN LANCET	T1	
ULTRA THIN LANCETS	T1	

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)		
ULTRA-CARE LANCETS	T1	
ULTRALANCE	T1	
ULTRA-THIN II	T1	
ULTRATLC LANCETS	T1	
UNILET COMFORTOUCH	T1	
UNILET EXCELITE	T1	
UNILET EXCELITE II	T1	
UNILET GP LANCET	T1	
UNILET LANCET	T1	
UNILET LANCETS	T1	
UNISTIK 3	T1	
UNISTIK 3 EXTRA	T1	
UNISTIK 3 NORMAL	T1	
UNISTIK COMFORT	T1	
UNISTIK CZT	T1	
UNISTIK EXTRA	T1	
UNISTIK NORMAL	T1	
UNISTIK PRO	T1	
UNISTIK SAFETY	T1	
UNISTIK TOUCH	T1	
UNIVERSAL 1	T1	
VERIFINE SAFETY LANCET MINI	T1	
VERIFINE UNIVERSAL LANCET	T1	
VIVAGUARD LANCET	T1	
IMPLANTES PARA AUMENTO DEL VOLUMEN DE TEJIDO		
BARRIGEL (<i>hyaluronate sodium, stabilized</i>)	T3	PA SP HD
RELAJANTES MUSCULARES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS		
AMRIX ER 15 MG CAPSULE (<i>cyclobenzaprine hcl er</i>)	T3	PA QL (1 cap/day)
AMRIX ER 30 MG CAPSULE (<i>cyclobenzaprine hcl er</i>)	T3	PA
<i>baclofen</i>	T1	HD
BACLOFEN 25 MG/5 ML SUSPENSION	T3	PA HD
BACLOFEN 15 MG TABLET	T1	PA HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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.)		
BACLOFEN 10 MG/5 ML SOLUTION	T3	PA HD
<i>baclofen 10 mg tablet</i>	T1	
<i>baclofen 20 mg tablet</i>	T1	
<i>baclofen 25 mg/5 ml suspension</i> (Fleqsuvy)	T1	PA
<i>baclofen 5 mg tablet</i>	T1	
<i>baclofen</i> (Gablofen)	T1	
<i>carisoprodol</i> (Soma)	T1	
<i>carisoprodol/aspirin</i>	T1	
<i>chlorzoxazone 250 mg tablet</i>	T1	PA
<i>chlorzoxazone 375 mg tablet</i> (Lorzone)	T1	PA
<i>chlorzoxazone 500 mg tablet</i>	T1	
<i>chlorzoxazone 750 mg tablet</i> (Lorzone)	T1	PA
<i>cyclobenzaprine er 15 mg cap</i> (Amrix)	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>cyclobenzaprine er 30 mg cap</i> (Amrix)	T1	PA
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	T1	
<i>cyclobenzaprine hcl</i> (Fexmid)	T1	
DANTRIUM	T3	
DANTRIUM (<i>dantrolene sodium</i>)	T3	
<i>dantrolene sodium</i>	T1	
<i>dantrolene sodium</i> (Dantrium)	T1	
FEXMID (<i>cyclobenzaprine hcl</i>)	T3	
FLEQSUVY (<i>baclofen</i>)	T3	PA HD
GABLOFEN	T3	
GABLOFEN (<i>baclofen</i>)	T3	
LIORESAL INTRATHECAL	T3	
LORZONE (<i>chlorzoxazone</i>)	T3	PA
LYVISPAH	T3	PA
<i>metaxalone</i>	T1	
<i>metaxalone</i> (Skelaxin)	T1	
<i>methocarbamol</i>	T1	
<i>methocarbamol</i> (Robaxin)	T1	
<i>methocarbamol</i> (Robaxin-750)	T1	
NORGESIC FORTE	T3	
<i>orphenadrine citrate</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

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/aspirin/caffeine</i> (Norgesic Forte)	T1	
OZOBAX	T3	PA HD
OZOBAX DS	T3	PA HD
ROBAXIN	T3	
ROBAXIN-750 (<i>methocarbamol</i>)	T3	
RYANODEX	T3	
SKELAXIN (<i>metaxalone</i>)	T3	
SOMA (<i>carisoprodol</i>)	T3	PA
<i>tizanidine hcl</i>	T1	PA
<i>tizanidine hcl</i> (Zanaflex)	T1	PA
ZANAFLEX (<i>tizanidine hcl</i>)	T3	

VITAMINAS PRENATALES (Nutritivas/alimenticias)

PREPARACIONES DE VITAMINAS PRENATALES		
ATABEX EC	T3	
CITRANATAL 90 DHA	T2	
CITRANATAL ASSURE	T2	
CITRANATAL DHA	T2	
CITRANATAL HARMONY	T2	
CITRANATAL RX	T2	
OBSTETRIX EC	T2	
OBTREX DHA	T3	
<i>pnv 22/iron, gluc/folic/dss/dha</i>	T1	
<i>pnv 66/iron/folic/docusate/dha</i>	T1	
<i>pnv 69/iron/folic/docusate/dha</i>	T1	
<i>pnv 80/iron fum/folic/dss/dha</i>	T1	
<i>pnv/ferrous fum/docusate/folic</i>	T1	
<i>pnv/iron, carb/docusat/folic ac</i>	T1	
<i>prenatal 12/iron/folic/dss/om3</i> (Obtrex Dha)	T1	
PRENATAL 19	T1	
<i>prenatal 34/iron/folic/dss/dha</i>	T1	
<i>prenatal vits15/iron/folic/dss</i>	T1	
VITAFOL FE+	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

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar)⁹

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIDEPRESIVOS ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES ALFA 2		
<i>mirtazapine</i>	T1	HD
<i>mirtazapine</i> (Remeron)	T1	HD
QELBREE	T3	PA QL
QELBREE ER	T3	PA QL (2 caps/day) HD
REMERON (<i>mirtazapine</i>)	T3	PA HD
MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS - BENZODIAZEPINAS		
ATIVAN (<i>lorazepam</i>)	T3	PA
<i>chlordiazepoxide hcl</i>	T1	
<i>clorazepate dipotassium</i>	T1	
<i>clorazepate dipotassium</i> (Tranxene T-tab)	T1	
<i>diazepam 10 mg tablet</i> (Valium)	T1	
<i>diazepam 10 mg/2 ml carpuject</i>	T1	
<i>diazepam 10 mg/2 ml syringe</i>	T1	
<i>diazepam 2 mg tablet</i> (Valium)	T1	
<i>diazepam 5 mg tablet</i> (Valium)	T1	
<i>diazepam 5 mg/5 ml solution</i>	T1	
<i>diazepam 5 mg/ml oral conc</i>	T1	
<i>diazepam 50 mg/10 ml vial</i>	T1	
<i>lorazepam</i>	T1	
<i>lorazepam</i> (Ativan)	T1	
LOREEV XR	T3	PA QL (30 tabs/30 days) SP
<i>oxazepam</i>	T1	
TRANXENE T-TAB (<i>clorazepate dipotassium</i>)	T3	PA
VALIUM (<i>diazepam</i>)	T3	PA
XANAX (<i>alprazolam</i>)	T3	PA
XANAX XR (<i>alprazolam xr</i>)	T3	PA
MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS		
<i>buspirone hcl</i>	T1	
<i>meprobamate</i>	T1	
ANTIDEPRESIVOS - ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES NMDA		
SPRAVATO	T3	PA SP
ANTIDEPRESIVOS - DEPRESIÓN POSPARTO (PPD)		
ZURZUVAE 20 MG CAPSULE	T3	PA QL (28 caps/270 days) SP HD
ZURZUVAE 25 MG CAPSULE	T3	PA QL (28 caps/270 day) SP HD
ZURZUVAE 30 MG CAPSULE	T3	PA QL (14 caps/270 day) SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 PARA TRASTORNO BIPOLAR		
EQUETRO	T3	HD
<i>lithium carbonate</i> (Lithobid)	T1	HD
<i>lithium citrate</i>	T1	HD
LITHOBID (<i>lithium carbonate er</i>)	T3	PA HD
MAOI - ANTIDEPRESIVOS NO SELECTIVOS E IRREVERSIBLES		
MARPLAN	T3	QL (12 tabs/day)
NARDIL (<i>phenelzine sulfate</i>)	T3	PA
PARNATE (<i>tranylcypromine sulfate</i>)	T3	PA
<i>phenelzine sulfate</i> (Nardil)	T1	
<i>tranylcypromine sulfate</i> (Parnate)	T1	
ANTIDEPRESIVOS INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA (MAO)		
EMSAM 12 MG/24 HOURS PATCH	T3	QL (1 patch/day)
EMSAM 6 MG/24 HOURS PATCH	T3	QL (2 patches/day)
EMSAM 9 MG/24 HOURS PATCH	T3	QL (1 patch/day)
COMB. DE ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES NMDA Y NDRI		
AUVELITY	T3	PA QL (60 tabs/30days)
INHIB. DE LA RECAPT. DE NOREPINEFRINA Y DOPAMINA (NDRI)		
APLENZIN ER 174 MG TABLET	T3	PA QL (3 tabs/day) HD
APLENZIN ER 348 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day) HD
APLENZIN ER 522 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day) HD
<i>bupropion hcl 100 mg tablet</i>	T1	QL (4 tabs/day) HD
<i>bupropion hcl 75 mg tablet</i>	T1	QL (6 tabs/day) HD
<i>bupropion hcl sr 100 mg tablet</i> (Wellbutrin Sr)	T1	QL (4 tabs/day) HD
<i>bupropion hcl sr 150 mg tablet</i> (Wellbutrin Sr)	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>bupropion hcl sr 200 mg tablet</i> (Wellbutrin Sr)	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>bupropion hcl xl 150 mg tablet</i> (Wellbutrin XL)	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>bupropion hcl xl 300 mg tablet</i> (Wellbutrin XL)	T1	QL (1 tab/day) HD
BUPROPION HCL XL 450 MG TABLET	T1	QL (1 tab/day) HD
FORFIVO XL	T3	QL (1 tab/day) ST HD
WELLBUTRIN SR 100 MG TABLET (<i>bupropion hcl sr</i>)	T3	PA QL (4 tabs/day) HD
WELLBUTRIN SR 150 MG TABLET (<i>bupropion hcl sr</i>)	T3	PA QL (2 tabs/day) HD
WELLBUTRIN SR 200 MG TABLET (<i>bupropion hcl sr</i>)	T3	PA QL (2 tabs/day) HD
WELLBUTRIN XL 150 MG TABLET (<i>bupropion xl</i>)	T3	PA QL (3 tabs/day) HD
WELLBUTRIN XL 300 MG TABLET (<i>bupropion xl</i>)	T3	PA QL (1 tab/day) HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar)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 SP HD
INHIBIDOR SELECTIVO DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (SSRI)		
CELEXA 10 MG TABLET (<i>citalopram hbr</i>)	T3	PA QL (6 tabs/day) HD
CELEXA 20 MG TABLET (<i>citalopram hbr</i>)	T3	PA QL (3 tabs/day) HD
CELEXA 40 MG TABLET (<i>citalopram hbr</i>)	T3	PA QL (1 tab/day) HD
<i>citalopram hbr 10 mg tablet</i> (Celexa)	T1	QL (6 tabs/day) HD
<i>citalopram hbr 10 mg/5 ml soln</i>	T1	QL (30ml/day) HD
<i>citalopram hbr 20 mg tablet</i> (Celexa)	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>citalopram hbr 20 mg/10 ml sol</i>	T1	QL (30ml/day) HD
<i>citalopram hbr 40 mg tablet</i> (Celexa)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>escitalopram 10 mg tablet</i> (Lexapro)	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>escitalopram 20 mg tablet</i> (Lexapro)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>escitalopram 5 mg tablet</i> (Lexapro)	T1	QL (4 tabs/day) HD
<i>escitalopram oxalate 5 mg/5 ml</i>	T1	QL (20ml/day) HD
<i>fluoxetine 20 mg/5 ml solution</i>	T1	QL (20 mls/day) HD
<i>fluoxetine hcl 10 mg capsule</i> (Prozac)	T1	QL (8 caps/day) HD
<i>fluoxetine hcl 10 mg tablet</i> (Sarafem)	T1	HD
<i>fluoxetine hcl 20 mg capsule</i> (Prozac)	T1	QL (4 caps/day) HD
<i>fluoxetine hcl 20 mg tablet</i>	T1	HD
<i>fluoxetine hcl 40 mg capsule</i> (Prozac)	T1	QL (2 caps/day) HD
<i>fluoxetine hcl 60 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>fluvoxamine er 100 mg capsule</i>	T1	QL (3 caps/day) HD
<i>fluvoxamine er 150 mg capsule</i>	T1	QL (2 caps/day) HD
<i>fluvoxamine maleate 100 mg tab</i>	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>fluvoxamine maleate 25 mg tab</i>	T1	QL (12 tabs/day) HD
<i>fluvoxamine maleate 50 mg tab</i>	T1	QL (6 tabs/day) HD
LEXAPRO 10 MG TABLET (<i>escitalopram oxalate</i>)	T3	PA QL (2 tabs/day) HD
LEXAPRO 20 MG TABLET (<i>escitalopram oxalate</i>)	T3	PA QL (1 tab/day) HD
LEXAPRO 5 MG TABLET (<i>escitalopram oxalate</i>)	T3	PA QL (4 tabs/day) HD
<i>paroxetine cr 12.5 mg tablet</i> (Paxil Cr)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>paroxetine cr 25 mg tablet</i> (Paxil Cr)	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>paroxetine cr 37.5 mg tablet</i> (Paxil Cr)	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>paroxetine er 12.5 mg tablet</i> (Paxil Cr)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>paroxetine er 25 mg tablet</i> (Paxil Cr)	T1	QL (3 tabs/day) HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDOR SELECTIVO DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (SSRI) (cont.)		
<i>paroxetine er 37.5 mg tablet</i> (Paxil Cr)	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>paroxetine hcl 10 mg tablet</i> (Paxil)	T1	QL (6 tabs/day) HD
<i>paroxetine hcl 20 mg tablet</i> (Paxil)	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>paroxetine hcl 30 mg tablet</i> (Paxil)	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>paroxetine hcl 40 mg tablet</i> (Paxil)	T1	QL (1 tab/day) HD
PAXIL 10 MG TABLET (<i>paroxetine hcl</i>)	T3	PA QL (6 tabs/day) HD
PAXIL 10 MG/5 ML SUSPENSION	T3	PA QL (30ml/day) HD
PAXIL 20 MG TABLET (<i>paroxetine hcl</i>)	T3	PA QL (3 tabs/day) HD
PAXIL 30 MG TABLET (<i>paroxetine hcl</i>)	T3	PA QL (2 tabs/day) HD
PAXIL 40 MG TABLET (<i>paroxetine hcl</i>)	T3	PA QL (1 tab/day) HD
PAXIL CR 12.5 MG TABLET (<i>paroxetine er</i>)	T3	PA QL (1 tab/day) HD
PAXIL CR 25 MG TABLET (<i>paroxetine er</i>)	T3	PA QL (3 tabs/day) ST HD
PAXIL CR 37.5 MG TABLET (<i>paroxetine er</i>)	T3	PA QL (2 tabs/day) ST HD
PROZAC 10 MG PULVULE (<i>fluoxetine hcl</i>)	T3	PA QL (8 caps/day) HD
PROZAC 20 MG PULVULE (<i>fluoxetine hcl</i>)	T3	PA QL (4 caps/day) HD
PROZAC 40 MG PULVULE (<i>fluoxetine hcl</i>)	T3	PA QL (2 caps/day) HD
SARAFEM (<i>fluoxetine hcl</i>)	T3	ST HD
<i>sertraline 20 mg/ml oral conc</i> (Zoloft)	T1	QL (10ml/day) HD
<i>sertraline hcl 100 mg tablet</i> (Zoloft)	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>sertraline hcl 25 mg tablet</i> (Zoloft)	T1	QL (8 tabs/day) HD
<i>sertraline hcl 50 mg tablet</i> (Zoloft)	T1	QL (4 tabs/day) HD
ZOLOFT 100 MG TABLET (<i>sertraline hcl</i>)	T3	PA QL (2 tabs/day) HD
ZOLOFT 20 MG/ML ORAL CONC (<i>sertraline hcl</i>)	T3	PA QL (10ml/day) HD
ZOLOFT 25 MG TABLET (<i>sertraline hcl</i>)	T3	PA QL (8 tabs/day) HD
ZOLOFT 50 MG TABLET (<i>sertraline hcl</i>)	T3	PA QL (4 tabs/day) HD
INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN/ANTAGONISTAS DE LA SEROTONINA-2 (SARI)		
<i>nefazodone hcl</i>	T1	HD
RALDESY	T3	PA HD
<i>trazodone hcl</i>	T1	HD
INHIB. DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA-NOREPINEFRINA (SNRI)		
CYMBALTA 20 MG CAPSULE (<i>duloxetine hcl</i>)	T3	PA QL (6 caps/day) HD
CYMBALTA 30 MG CAPSULE (<i>duloxetine hcl</i>)	T3	PA QL (4 caps/day) HD
CYMBALTA 60 MG CAPSULE (<i>duloxetine hcl</i>)	T3	PA QL (2 caps/day) HD
DESVENLAFAXINE ER 100 MG TAB	T3	PA QL (4 tabs/day) HD
DESVENLAFAXINE ER 50 MG TAB	T3	PA QL (8 tabs/day) HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIB. DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA-NOREPINEFRINA (SNRI) (cont.)		
<i>desvenlafaxine succnt er 100mg</i> (Pristiq)	T1	QL (4 tabs/day) HD
<i>desvenlafaxine succnt er 25 mg</i> (Pristiq)	T1	QL (16 tabs/day) HD
<i>desvenlafaxine succnt er 50 mg</i> (Pristiq)	T1	QL (1 tab/day) HD
DRIZALMA SPRINKLE DR 20 MG CAP	T3	QL (1 cap/day) ST HD
DRIZALMA SPRINKLE DR 30 MG CAP	T3	QL (1 cap/day) ST HD
DRIZALMA SPRINKLE DR 40 MG CAP	T3	QL (1 cap/day) ST HD
DRIZALMA SPRINKLE DR 60 MG CAP	T3	QL (2 caps/day) ST HD
<i>duloxetine hcl dr 20 mg cap</i> (Cymbalta)	T1	QL (6 caps/day) HD
<i>duloxetine hcl dr 30 mg cap</i> (Cymbalta)	T1	QL (4 caps/day) HD
<i>duloxetine hcl dr 40 mg cap</i>	T1	QL (3 caps/day) HD
<i>duloxetine hcl dr 60 mg cap</i> (Cymbalta)	T1	QL (2 caps/day) HD
EFFEXOR XR 150 MG CAPSULE (<i>venlafaxine hcl er</i>)	T3	PA QL (2 caps/day) HD
EFFEXOR XR 37.5 MG CAPSULE (<i>venlafaxine hcl er</i>)	T3	PA QL (8 caps/day) HD
EFFEXOR XR 75 MG CAPSULE (<i>venlafaxine hcl er</i>)	T3	PA QL (4 caps/day) HD
FETZIMA 20-40 MG TITRATION PAK	T3	QL (28 caps/180 days) ST HD
FETZIMA ER 120 MG CAPSULE	T3	QL (1 cap/day) ST HD
FETZIMA ER 20 MG CAPSULE	T3	QL (6 caps/day) ST HD
FETZIMA ER 40 MG CAPSULE	T3	QL (3 caps/day) ST HD
FETZIMA ER 80 MG CAPSULE	T3	QL (1 cap/day) ST HD
PRISTIQ ER 100 MG TABLET (<i>desvenlafaxine succinate er</i>)	T3	PA QL (4 tabs/day) HD
PRISTIQ ER 25 MG TABLET (<i>desvenlafaxine succinate er</i>)	T3	PA QL (16 tabs/day) HD
PRISTIQ ER 50 MG TABLET (<i>desvenlafaxine succinate er</i>)	T3	PA QL (1 tab/day) HD
<i>venlafaxine hcl 100 mg tablet</i>	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>venlafaxine hcl 25 mg tablet</i>	T1	QL (15 tabs/day) HD
<i>venlafaxine hcl 37.5 mg tablet</i>	T1	QL (10 tabs/day) HD
<i>venlafaxine hcl 50 mg tablet</i>	T1	QL (7 tabs/day) HD
<i>venlafaxine hcl 75 mg tablet</i>	T1	QL (5 tabs/day) HD
<i>venlafaxine hcl er 150 mg cap</i> (Effexor Xr)	T1	QL (2 caps/day) HD
<i>venlafaxine hcl er 150 mg tab</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>venlafaxine hcl er 225 mg tab</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>venlafaxine hcl er 37.5 mg cap</i> (Effexor Xr)	T1	QL (8 caps/day) HD
<i>venlafaxine hcl er 37.5 mg tab</i>	T1	QL (8 tabs/day) HD
<i>venlafaxine hcl er 75 mg cap</i> (Effexor Xr)	T1	QL (4 caps/day) HD
<i>venlafaxine hcl er 75 mg tab</i>	T1	QL (4 tabs/day) HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SSRI Y ANTIDEPRESIVOS AGONISTAS PARCIALES DE 5HT1A		
VIIBRYD 10 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day) HD
VIIBRYD 20 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day) HD
VIIBRYD 40 MG TABLET	T3	PA HD
SSRI, ANTIDEPRESIVOS MODULADORES DE RECEPTORES DE SEROTONINA		
TRINTELLIX 10 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST HD
TRINTELLIX 20 MG TABLET	T3	HD
TRINTELLIX 5 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST HD
COMBINACIONES DE ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS-BENZODIAZEPINAS		
amitriptyline/chlordiazepoxide	T1	HD
COMBINACIONES DE ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS-FENOTIAZINAS		
perphenazine/amitriptyline hcl	T1	HD
ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS, INHIB. NO SELECT. DE LA RECAPTACIÓN REL.		
amitriptyline hcl	T1	HD
amoxapine	T1	HD
ANAFRANIL (clomipramine hcl)	T3	PA HD
clomipramine hcl (Anafranil)	T1	HD
desipramine hcl	T1	HD
desipramine hcl (Norpramin)	T1	HD
doxepin 10 mg capsule	T1	HD
doxepin 10 mg/ml oral conc	T1	HD
doxepin 100 mg capsule	T1	HD
ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS, INHIB. NO SELECT. DE LA RECAPTACIÓN REL.		
PRISTIQ ER 50 MG TABLET (desvenlafaxine succinate er)	T3	PA QL (1 tab/day) HD
venlafaxine hcl 100 mg tablet	T1	QL (3 tabs/day) HD
venlafaxine hcl 25 mg tablet	T1	QL (15 tabs/day) HD
venlafaxine hcl 37.5 mg tablet	T1	QL (10 tabs/day) HD
venlafaxine hcl 50 mg tablet	T1	QL (7 tabs/day) HD
venlafaxine hcl 75 mg tablet	T1	QL (5 tabs/day) HD
imipramine pamoate	T1	HD
maprotiline hcl	T1	HD
NORPRAMIN (desipramine hcl)	T3	PA HD
nortriptyline hcl	T1	HD
nortriptyline hcl (Pamelor)	T1	HD
PAMELOR (nortriptyline hcl)	T3	PA HD

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS, INHIB. NO SELECT. DE LA RECAPTACIÓN REL. (cont.)		
<i>protriptyline hcl</i>	T1	HD
<i>trimipramine maleate</i>	T1	HD

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

ADRENÉRGICOS, AROMÁTICOS, SIN CATECOLAMINAS		
<i>lisdexamfetamine 10 mg capsule</i> (Vyvanse)	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>lisdexamfetamine 20 mg capsule</i> (Vyvanse)	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>lisdexamfetamine 30 mg capsule</i> (Vyvanse)	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>lisdexamfetamine 40 mg capsule</i> (Vyvanse)	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>lisdexamfetamine 50 mg capsule</i> (Vyvanse)	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>lisdexamfetamine 60 mg capsule</i> (Vyvanse)	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>lisdexamfetamine 70 mg capsule</i> (Vyvanse)	T1	PA QL (1 cap/day)
VYVANSE 10 MG CAPSULE (<i>lisdexamfetamine dimesylate</i>)	T3	PA QL (1 cap/day)
VYVANSE 10 MG CHEWABLE TABLET	T3	PA QL (1 tab/day)
VYVANSE 20 MG CAPSULE (<i>lisdexamfetamine dimesylate</i>)	T3	PA QL (1 per day)
VYVANSE 20 MG CHEWABLE TABLET	T3	PA QL (1 tab/day)
VYVANSE 30 MG CAPSULE (<i>lisdexamfetamine dimesylate</i>)	T3	PA QL (1 per day)
VYVANSE 30 MG CHEWABLE TABLET	T3	PA QL (1 tab/day)
VYVANSE 40 MG CAPSULE (<i>lisdexamfetamine dimesylate</i>)	T3	PA QL (1 cap/day)
VYVANSE 40 MG CHEWABLE TABLET	T3	PA QL (1 tab/day)
VYVANSE 50 MG CAPSULE (<i>lisdexamfetamine dimesylate</i>)	T3	PA QL (1 cap/day)
VYVANSE 50 MG CHEWABLE TABLET	T3	PA QL (1 tab/day)
VYVANSE 60 MG CAPSULE (<i>lisdexamfetamine dimesylate</i>)	T3	PA QL (1 cap/day)
VYVANSE 60 MG CHEWABLE TABLET	T3	PA QL (1 tab/day)
VYVANSE 70 MG CAPSULE (<i>lisdexamfetamine dimesylate</i>)	T3	PA QL (1 cap/day)
TRAT. PARA EL ADHD - AGONISTAS SELECTIVOS DE LOS RECEPTORES ALFA 2		
<i>clonidine hcl</i> (Kapvay)	T1	
<i>guanfacine hcl</i> (Intuniv)	T1	HD
INTUNIV (<i>guanfacine hcl er</i>)	T3	PA HD
KAPVAY (<i>clonidine hcl er</i>)	T3	PA
TRAT. PARA EL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (ADHD)/NARCOLEPSIA		
ADHANSIA XR	T3	PA QL (1 cap/day) ST
APTENSIO XR (<i>methylphenidate er</i>)	T3	PA QL (1 cap/day) ST
CONCERTA (<i>methylphenidate er</i>)	T3	PA QL (1 tab/day) 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.)		
COTEMPLA XR-ODT 17.3 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day)
COTEMPLA XR-ODT 25.9 MG TABLET	T3	PA QL (2 tabs/day)
COTEMPLA XR-ODT 8.6 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day)
DAYTRANA 10 MG/9 HR PATCH (<i>methylphenidate</i>)	T3	PA QL (1 patch/day)
DAYTRANA 15 MG/9 HR PATCH (<i>methylphenidate</i>)	T3	PA QL (1 per day)
DAYTRANA 20 MG/9 HOUR PATCH (<i>methylphenidate</i>)	T3	PA QL (1 patch/day)
DAYTRANA 30 MG/9 HOUR PATCH (<i>methylphenidate</i>)	T3	PA QL (1 patch/day)
<i>dexmethylphenidate er 10 mg cp</i> (Focalin Xr)	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dexmethylphenidate er 15 mg cp</i> (Focalin Xr)	T1	PA QL (1 per day)
<i>dexmethylphenidate er 20 mg cp</i> (Focalin Xr)	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dexmethylphenidate er 25 mg cp</i> (Focalin Xr)	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dexmethylphenidate er 30 mg cp</i> (Focalin Xr)	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dexmethylphenidate er 35 mg cp</i> (Focalin Xr)	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dexmethylphenidate er 40 mg cp</i> (Focalin Xr)	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dexmethylphenidate er 5 mg cap</i> (Focalin Xr)	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dexmethylphenidate hcl</i> (Focalin)	T1	PA
FOCALIN (<i>dexmethylphenidate hcl</i>)	T3	PA ST
FOCALIN XR (<i>dexmethylphenidate hcl er</i>)	T3	PA QL (1 cap/day) ST
JORNAY PM	T3	PA QL (1 cap/day) ST
METADATE CD (<i>methylphenidate hcl</i>)	T3	PA QL (1 cap/day)
METHYLIN (<i>methylphenidate hcl</i>)	T3	PA
<i>methylphenidate er 10 mg cap</i> (Aptensio Xr)	T1	PA QL (1 per day)
<i>methylphenidate er 10 mg tab</i>	T1	PA QL (2/day)
<i>methylphenidate er 15 mg cap</i> (Aptensio Xr)	T1	PA QL (1 per day)
<i>methylphenidate er 18 mg tab</i> (Concerta)	T1	PA QL (1 per day)
<i>methylphenidate er 20 mg cap</i> (Aptensio Xr)	T1	PA QL (1 per day)
<i>methylphenidate er 20 mg tab</i>	T1	PA QL (3/day)
<i>methylphenidate er 27 mg tab</i> (Concerta)	T1	PA QL (1 tab/day)
<i>methylphenidate er 30 mg cap</i> (Aptensio Xr)	T1	PA QL (1 per day)
<i>methylphenidate er 36 mg tab</i> (Concerta)	T1	PA QL (1 per day)
<i>methylphenidate er 40 mg cap</i> (Aptensio Xr)	T1	PA QL (1 per day)
<i>methylphenidate er 50 mg cap</i> (Aptensio Xr)	T1	PA QL (1 per day)
<i>methylphenidate er 54 mg tab</i> (Concerta)	T1	PA QL (1 tab/day)
<i>methylphenidate er 60 mg cap</i> (Aptensio Xr)	T1	PA QL (1 per day)
METHYLPHENIDATE ER 72 MG TAB	T1	PA QL (1 tab/day)

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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.)		
<i>methylphenidate hcl</i> (Metadate CD)	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>methylphenidate hcl</i> (Methylin)	T1	PA
<i>methylphenidate hcl</i> (Ritalin La)	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>methylphenidate hcl</i> (Ritalin)	T1	PA
<i>methylphenidate la 10 mg cap</i> (Ritalin La)	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>methylphenidate la 20 mg cap</i> (Ritalin La)	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>methylphenidate la 30 mg cap</i> (Ritalin La)	T1	PA QL (1 per day)
<i>methylphenidate la 40 mg cap</i> (Ritalin La)	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>methylphenidate la 60 mg cap</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
QUILLICHEW ER	T3	PA QL (1 tab/day)
QUILLIVANT XR	T3	PA QL (12ml/day)
RELEXXII	T3	PA QL (1 tab/day)
RITALIN (<i>methylphenidate hcl</i>)	T3	PA ST
RITALIN LA (<i>methylphenidate la</i>)	T3	PA QL (1 cap/day) ST
TRAT. PARA EL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (ADHD), TIPO NRI		
<i>atomoxetine hcl 10 mg capsule</i> (Strattera)	T1	HD
<i>atomoxetine hcl 100 mg capsule</i> (Strattera)	T1	HD
<i>atomoxetine hcl 18 mg capsule</i> (Strattera)	T1	HD
<i>atomoxetine hcl 25 mg capsule</i> (Strattera)	T1	HD
<i>atomoxetine hcl 40 mg capsule</i> (Strattera)	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>atomoxetine hcl 60 mg capsule</i> (Strattera)	T1	HD
<i>atomoxetine hcl 80 mg capsule</i> (Strattera)	T1	HD
STRATTERA 10 MG CAPSULE (<i>atomoxetine hcl</i>)	T3	PA HD
STRATTERA 100 MG CAPSULE (<i>atomoxetine hcl</i>)	T3	PA HD
STRATTERA 18 MG CAPSULE (<i>atomoxetine hcl</i>)	T3	PA HD
STRATTERA 25 MG CAPSULE (<i>atomoxetine hcl</i>)	T3	PA HD
STRATTERA 40 MG CAPSULE (<i>atomoxetine hcl</i>)	T3	PA QL (1 cap/day) HD
STRATTERA 60 MG CAPSULE (<i>atomoxetine hcl</i>)	T3	PA HD
STRATTERA 80 MG CAPSULE (<i>atomoxetine hcl</i>)	T3	PA HD
MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Varios)		
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE DESEO SEXUAL HIPOACTIVO (HSDD)		
ADDYI	T3	QL (1 tab/day)
VYLEESI	T3	PA QL (8 injectors/30 days) SP

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Esquizofrenia/antipsicóticos)⁹

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIPSIC., ANTAG. DE LA DOPAMINA, DIFENILBUTILPIPERIDINAS		
<i>pimozide</i>	T1	
ANTIPSICÓTICOS, ATÍPICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA		
<i>asenapine maleate</i> (Saphris)	T1	
CAPLYTA	T3	QL (1 caps/day) ST
<i>clozapine</i>	T1	
<i>clozapine</i> (Clozapine Odt)	T1	
<i>clozapine</i> (Clozaril)	T1	
<i>clozapine</i> (Fazaclo)	T1	
CLOZAPINE ODT	T1	
CLOZARIL (<i>clozapine</i>)	T3	PA
FANAPT 1 MG TABLET	T3	QL (4 tabs/day) ST
FANAPT 2 MG TABLET	T3	QL (4 tabs/day) ST
FANAPT 4 MG TABLET	T3	QL (4 tabs/day) ST
FANAPT 6 MG TABLET	T3	QL (4 tabs/day) ST
FANAPT 8 MG TABLET	T3	QL (4 tabs/day) ST
FANAPT 10 MG TABLET	T3	QL (4 tabs/day) ST
FANAPT 12 MG TABLET	T3	ST
FANAPT TITRATION PACK	T3	PA QL (4 packs/year) ST
FAZACLO (<i>clozapine odt</i>)	T3	PA
GEODON 20 MG CAPSULE (<i>ziprasidone hcl</i>)	T3	PA
GEODON 20 MG/ML VIAL	T3	
GEODON 40 MG CAPSULE (<i>ziprasidone hcl</i>)	T3	PA
GEODON 60 MG CAPSULE (<i>ziprasidone hcl</i>)	T3	PA
GEODON 80 MG CAPSULE (<i>ziprasidone hcl</i>)	T3	PA
INVEGA ER 1.5 MG TABLET (<i>paliperidone er</i>)	T3	ST
INVEGA ER 3 MG TABLET (<i>paliperidone er</i>)	T3	QL (1 tab/day) ST
INVEGA ER 6 MG TABLET (<i>paliperidone er</i>)	T3	ST
INVEGA ER 9 MG TABLET (<i>paliperidone er</i>)	T3	ST
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75 ML	T3	QL (2 syring/28 days)
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SYRG	T3	QL (1 syringe/28 days)
INVEGA SUSTENNA 234 MG/1.5 ML	T3	QL (1 syringe/28 days)
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25 ML	T3	QL (2 syring/28 days)
INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5 ML	T3	QL (2 syring/28 days)
INVEGA TRINZA	T3	QL (2 injectors/90 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, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA (cont.)		
LATUDA 120 MG TABLET (<i>lurasidone hcl</i>)	T3	PA
LATUDA 20 MG TABLET (<i>lurasidone hcl</i>)	T3	PA
LATUDA 40 MG TABLET (<i>lurasidone hcl</i>)	T3	PA QL (1 tab/day)
LATUDA 40 MG TABLET (<i>lurasidone hcl</i>)	T3	PA QL (1 tab/day)
LATUDA 60 MG TABLET (<i>lurasidone hcl</i>)	T3	PA QL (1 tab/day)
LATUDA 80 MG TABLET (<i>lurasidone hcl</i>)	T3	
<i>lurasidone hcl</i> 80 mg tablet (Latuda)	T1	
<i>lurasidone hcl</i> 60 mg tablet (Latuda)	T1	QL (1 tab/day)
<i>lurasidone hcl</i> 40 mg tablet (Latuda)	T1	QL (1 tab/day)
<i>lurasidone hcl</i> 20 mg tablet (Latuda)	T1	
<i>lurasidone hcl</i> 120 mg tablet (Latuda)	T1	
<i>olanzapine</i> (Zyprexa Zydis)	T1	
<i>olanzapine</i> (Zyprexa)	T1	
<i>paliperidone er</i> 1.5 mg tablet (Invega)	T1	
<i>paliperidone er</i> 3 mg tablet (Invega)	T1	QL (1 tab/day)
<i>paliperidone er</i> 6 mg tablet (Invega)	T1	
<i>paliperidone er</i> 9 mg tablet (Invega)	T1	
PERSERIS	T3	QL (1 kit/28 days)
<i>quetiapine fumarate</i> (Seroquel Xr)	T1	
<i>quetiapine fumarate</i> (Seroquel)	T1	
RISPERDAL (<i>risperidone</i>)	T3	PA
RISPERDAL CONSTA	T3	PA QL (4 vials/28 days)
<i>risperidone</i>	T1	
<i>risperidone</i> (Risperdal)	T1	
<i>risperidone microspheres</i>	T1	QL
SAPHRIS (<i>asenapine maleate</i>)	T3	ST
SECUADO	T3	ST
SEROQUEL (<i>quetiapine fumarate</i>)	T3	ST
SEROQUEL XR (<i>quetiapine fumarate er</i>)	T3	ST
VERSACLOZ	T3	PA
<i>ziprasidone hcl</i> (Geodon)	T1	
<i>ziprasidone mesylate</i> (Geodon)	T1	
ZYPREXA 10 MG TABLET (<i>olanzapine</i>)	T3	PA
ZYPREXA 10 MG VIAL (<i>olanzapine</i>)	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Esquizofrenia/antipsicóticos)⁹ (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIPSICÓTICOS, ATÍPICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA (cont.)		
ZYPREXA 15 MG TABLET (<i>olanzapine</i>)	T3	PA
ZYPREXA 2.5 MG TABLET (<i>olanzapine</i>)	T3	PA
ZYPREXA 20 MG TABLET (<i>olanzapine</i>)	T3	PA
ZYPREXA 5 MG TABLET (<i>olanzapine</i>)	T3	PA
ZYPREXA 7.5 MG TABLET (<i>olanzapine</i>)	T3	PA
ZYPREXA RELPREVV 210 MG VIAL	T3	QL (4 vials/28 days)
ZYPREXA RELPREVV 210 MG VL KIT	T3	QL (4 vials/28 days)
ZYPREXA RELPREVV 300 MG VIAL	T3	QL (4 vials/28 days)
ZYPREXA RELPREVV 300 MG VL KIT	T3	QL (4 vials/28 days)
ZYPREXA RELPREVV 405 MG VIAL	T3	QL (2 vials/28 days)
ZYPREXA RELPREVV 405 MG VL KIT	T3	QL (2 vials/28 days)
ZYPREXA ZYDIS (<i>olanzapine odt</i>)	T3	PA
ANTIPSICÓTICOS-ATÍPICOS, AG. PARCIAL DE D3/D2-5HT MIXTOS		
VRAYLAR 1.5 MG CAPSULE	T3	QL (1 cap/day) ST
VRAYLAR 3 MG CAPSULE	T3	QL (1 cap/day) ST
VRAYLAR 4.5 MG CAPSULE	T3	ST
VRAYLAR 6 MG CAPSULE	T3	ST
ANTIPSICÓTICOS-ATÍPICOS, AG. PARCIAL DE D2/5HT MIXTOS		
ABILIFY 10 MG TABLET (<i>aripiprazole</i>)	T3	ST
ABILIFY 15 MG TABLET (<i>aripiprazole</i>)	T3	ST
ABILIFY 2 MG TABLET (<i>aripiprazole</i>)	T3	ST
ABILIFY 20 MG TABLET (<i>aripiprazole</i>)	T3	ST
ABILIFY 30 MG TABLET (<i>aripiprazole</i>)	T3	ST
ABILIFY 5 MG TABLET (<i>aripiprazole</i>)	T3	QL (1 tab/day) ST
ABILIFY ASIMTUFII	T3	
ABILIFY MAINTENA ER 300 MG SYR	T2	QL (2 injectors/30 days)
ABILIFY MAINTENA ER 300 MG VL	T2	QL (2 injectors/30 days)
ABILIFY MAINTENA ER 400 MG SYR	T2	QL (2 injectors/30 days)
ABILIFY MAINTENA ER 400 MG VL	T2	
ABILIFY MYCITE	T3	PA
<i>aripiprazole</i>	T1	
<i>aripiprazole 1 mg/ml solution</i>	T1	
<i>aripiprazole 10 mg tablet (Abilify)</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS 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 15 mg tablet</i> (Abilify)	T1	
<i>aripiprazole 2 mg tablet</i> (Abilify)	T1	
<i>aripiprazole 20 mg tablet</i> (Abilify)	T1	
<i>aripiprazole 30 mg tablet</i> (Abilify)	T1	
<i>aripiprazole 5 mg tablet</i> (Abilify)	T1	QL (1 tab/day)
ARISTADA ER 1064 MG/3.9 ML SYR	T3	
ARISTADA ER 441 MG/1.6 ML SYRN	T3	QL (2 syring/30 days)
ARISTADA ER 662 MG/2.4 ML SYRN	T3	QL (2 syring/30 days)
ARISTADA ER 882 MG/3.2 ML SYRN	T3	QL (2 syring/30 days)
ARISTADA INITIO	T3	
COBENFY	T3	PA
REXULTI 0.25 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST
REXULTI 0.5 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST
REXULTI 1 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST
REXULTI 2 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST
REXULTI 3 MG TABLET	T3	ST
REXULTI 4 MG TABLET	T3	ST
OPIPZA 2 MG FILM	T3	PA QL(1 film/day)
OPIPZA 5 MG FILM	T3	PA QL(3 films/day)
OPIPZA 10 MG FILM	T3	PA QL(3 films/day)
ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA		
<i>loxapine succinate</i>	T1	
ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, TIOXANTENOS		
<i>thiothixene</i>	T1	
<i>droperidol</i>	T1	
HALDOL (<i>haloperidol lactate</i>)	T3	
HALDOL DECANOATE 100 (<i>haloperidol decanoate 100</i>)	T3	
HALDOL DECANOATE 50 (<i>haloperidol decanoate</i>)	T3	
<i>haloperidol</i>	T1	
<i>haloperidol decanoate</i>	T1	
<i>haloperidol decanoate</i> (Haldol Decanoate 100)	T1	
<i>haloperidol decanoate</i> (Haldol Decanoate 50)	T1	
<i>haloperidol lactate</i>	T1	
<i>haloperidol lactate</i> (Haldol)	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, DIHIDROINDOLONAS		
<i>molindone hcl</i>	T1	
ANTIPSICÓTICOS, FENOTIAZINAS		
<i>chlorpromazine hcl</i>	T1	
ANTIPSICÓTICOS-ATÍPICOS, AG. PARCIAL DE D2/5HT MIXTOS		
<i>fluphenazine decanoate</i>	T1	
<i>fluphenazine hcl</i>	T1	
<i>perphenazine</i>	T1	
<i>thioridazine hcl</i>	T1	
<i>trifluoperazine hcl</i>	T1	
SSRI-ANTIPSIC., ATÍPICOS, ANTAG. DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA		
<i>olanzapine/fluoxetine hcl</i>	T1	
<i>olanzapine/fluoxetine hcl</i> (Symbyax)	T1	
SYMBYAX (<i>olanzapine-fluoxetine hcl</i>)	T3	PA

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Trastornos del sueño/sedantes)

AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA NARCOLEPSIA Y LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO		
<i>armodafinil</i> (Nuvigil)	T1	PA
<i>modafinil</i> (Provigil)	T1	PA
NUVIGIL (<i>armodafinil</i>)	T3	PA
PROVIGIL (<i>modafinil</i>)	T3	PA
SUNOSI	T2	PA QL (1 tab/day)

SEDANTES/HIPNÓTICOS (Trastornos del sueño/sedantes)

AGENTE TIPO SEDANTE ANTINARCOLEPSIA Y ANTICATAPLEXIA		
SODIUM OXYBATE	T3	PA QL(18 mls/day) SP HD
LUMRYZ	T3	PA QL (30 pkts/30 days) SP
XYREM	T3	PA SP HD
XYWAV	T3	PA SP HD
BARBITÚRICOS		
AMYTAL SODIUM	T3	
NEMBUTAL SODIUM (<i>pentobarbital sodium</i>)	T3	PA
<i>pentobarbital sodium</i> (Nembutal Sodium)	T1	PA
<i>phenobarbital sodium</i>	T1	
<i>secobarbital sodium</i>	T3	PA
HIPNÓTICOS, AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA MELATONINA MT1/MT2		
HETLIOZ	T3	PA SP HD
HETLIOZ LQ	T3	PA SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

SEDANTES/HIPNÓTICOS (Trastornos del sueño/sedantes) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HIPNÓTICOS, AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA MELATONINA MT1/MT2 (cont.)		
<i>ramelteon</i> (Rozerem)	T1	QL (1 tab/day)
ROZEREM (<i>ramelteon</i>)	T3	PA QL (1 tab/day)
<i>tasimelteon</i>	T3	PA SP
HIPNÓTICOS SEDANTES - BENZODIAZEPINAS		
ATIVAN (<i>lorazepam</i>)	T3	PA
DORAL	T3	
<i>estazolam</i>	T1	
HALCION (<i>triazolam</i>)	T3	
<i>lorazepam</i>	T1	
<i>lorazepam</i> (Ativan)	T1	
LORAZEPAM-0.9% NACL	T1	
LORAZEPAM-D5W	T1	
QUAZEPAM	T1	
<i>quazepam</i> (Quazepam)	T1	
RESTORIL (<i>temazepam</i>)	T3	PA
<i>temazepam</i> (Restoril)	T1	
<i>triazolam</i>	T1	
<i>triazolam</i> (Halcion)	T1	
HIPNÓTICOS SEDANTES, NO BARBITÚRICOS		
AMBIEN (<i>zolpidem tartrate</i>)	T3	PA
AMBIEN CR 12.5 MG TABLET (<i>zolpidem tartrate er</i>)	T3	PA
AMBIEN CR 6.25 MG TABLET (<i>zolpidem tartrate er</i>)	T3	PA QL (1 tab/day)
BELSOMRA	T3	PA
DAYVIGO	T2	QL (1 tab/day) ST
DEXMEDETOMIDINE HCL	T1	
<i>dexmedetomidine hcl</i> (Precedex)	T1	
<i>dexmedetomidine in 0.9 % nacl</i> (Precedex)	T1	
<i>doxepin hcl 3 mg tablet</i> (Silenor)	T1	QL (1 tab/day)
<i>doxepin hcl 6 mg tablet</i> (Silenor)	T1	
EDLUAR 10 MG SL TABLET	T3	PA
EDLUAR 5 MG SL TABLET	T3	PA QL (1 tab/day)
<i>eszopiclone</i> (Lunesta)	T1	
LUNESTA (<i>eszopiclone</i>)	T3	PA
PRECEDEX	T3	
QUVIVIQ	T3	PA QL (1 tab/day)

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

SEDANTES/HIPNÓTICOS (Trastornos del sueño/sedantes) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HIPNÓTICOS SEDANTES, NO BARBITÚRICOS (cont.)		
SILENOR 3 MG TABLET (<i>doxepin hcl</i>)	T3	PA QL (1 tab/day)
SILENOR 6 MG TABLET (<i>doxepin hcl</i>)	T3	PA
<i>zaleplon</i>	T1	
<i>zolpidem tart er 12.5 mg tab</i> (Ambien Cr)	T1	
<i>zolpidem tart er 6.25 mg tab</i> (Ambien Cr)	T1	QL (1 tab/day)
<i>zolpidem tartrate</i>	T1	
<i>zolpidem tartrate</i> (Ambien)	T1	
ZOLPIMIST	T3	PA

HIPNÓTICOS SEDANTES - BENZODIAZEPINAS

<i>flurazepam hcl</i>	T1	
-----------------------	----	--

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Varias)

IRRIGANTES

<i>acetic acid</i>	T1	
<i>neomycin sulf/polymyxin b sulf</i>	T1	
PHYSIOLYTE	T3	
PHYSIOSOL	T3	
<i>ringer's solution</i>	T1	
<i>ringer's solution, lactated</i>	T1	
<i>sod, pot chlor/mag/sod, pot phos</i>	T3	
<i>sodium chloride irrig solution</i>	T1	
SORBITOL	T1	
SORBITOL-MANNITOL	T1	
<i>water for irrigation, sterile</i>	T1	

AGENTES OXIDANTES

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

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)

AGENTES ANTIPSORIÁSICOS, SISTÉMICOS

<i>acitretin</i>	T1	
<i>acitretin</i> (Soriatane)	T1	
BIMZELX AUTOINJECTOR	T3	PA QL (2 mls/28 days) SP HD
COSENTYX (2 SYRINGES)	T3	PA QL (2 syringes/28 days) SP HD
COSENTYX PEN	T3	PA QL (1 pen/28 days) SP HD
COSENTYX PEN (2 PENS)	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

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIPSORIÁSICOS, SISTÉMICOS (cont.)		
COSENTYX SYRINGE	T3	PA QL (1 syringe/28 days) SP HD
ILUMYA	T3	PA QL (1 syringe/84 days) SP HD
<i>methoxsalen</i> (Oxsoralen-ultra)	T1	
OXSORALEN-ULTRA (<i>methoxsalen</i>)	T3	
SKYRIZI (2 SYRINGES) KIT	T3	PA QL (1 kit/84 days) SP HD
SORIATANE (<i>acitretin</i>)	T3	PA
SOTYKTU	T2	PA QL(1 tab/day) SP HD
SPEVIGO 150 MG/ML SYRINGE	T3	PA QL(2 mls/28 days) SP HD
SPEVIGO 450 MG/7.5 ML VIAL	T3	PA SP HD
TALTZ AUTOINJECTOR	T3	PA QL (1 injector/28 days) SP HD
TALTZ AUTOINJECTOR (2 PACK)	T3	PA QL (1 injector/28 days) SP HD
TALTZ AUTOINJECTOR (3 PACK)	T3	PA QL (1 injector/28 days) SP HD
TALTZ SYRINGE	T3	PA QL (1 syringe/28 days) SP HD
TREMFYA 100 MG/ML INJECTOR	T3	PA QL (1 injector/56 days) SP HD
TREMFYA 100 MG/ML SYRINGE	T3	PA QL (1 syringe/56 days) SP HD
ANTIINFLAMATORIOS TÓPICOS, ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS		
DICLAREAL	T3	HD
<i>diclofenac 1.5% topical soln</i>	T1	PA HD
DICLOFENAC EPOLAMINE	T3	PA QL (2 patches/day) HD
<i>diclofenac sodium 1% gel</i> (Voltaren)	T1	QL (1000gm/30 days) HD
FLECTOR	T2	PA QL (2 patches/day) HD
LICART	T2	PA QL (1 patch/day) HD
PENNSAID	T3	PA HD
VOLTAREN (<i>diclofenac sodium</i>)	T3	PA QL (1000gm/30 days) HD

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas)

AGENTES ANTIACNÉ, SISTÉMICOS		
ABSORICA	T3	
ABSORICA LD	T3	ST
ACCUTANE	T1	
AMNESTEEM	T1	
CABTREO	T3	PA
CLARAVIS	T1	
isotretinoin	T1	
MYORISAN	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIACNÉ, SISTÉMICOS (cont.)		
ZENATANE	T1	
AGENTES ANTIACNÉ, TÓPICOS		
ACANYA (clindamycin phos-benzoyl perox)	T3	
ACZONE 5% GEL (dapsona)	T3	
ACZONE 7.5% GEL PUMP	T2	
adapalene/benzoyl peroxide	T1	
AZELEX	T2	
BENZACLIN (clindamycin-benzoyl peroxide)	T3	PA
clindamyc-bnz perox 1.2-3.75% (Onexton)	T1	PA
clindamycin phos/benzoyl perox	T1	
clindamycin phos/benzoyl perox (Acanya)	T1	
clindamycin phos/benzoyl perox (Benzacilin)	T1	
clindamycin/tretinoin (Veltin)	T1	
clindamycin/tretinoin (Ziana)	T1	
dapsone 5% gel (Aczone)	T1	
DAPSONE 7.5% GEL PUMP	T3	PA
dapsone 7.5% gel pump (Dapsone)	T1	
KLARON (sulfacetamide sodium)	T3	
NEUAC 1.2-5% KIT	T3	
neuac gel	T1	
ONEXTON	T3	
sulfacetamide sodium (Klaron)	T1	
VELTIN	T3	PA
ZIANA (clindamycin phos-tretinoin)	T3	PA
ANTITRANSPIRANTES		
DRYSOL	T3	
ANTIPRURIGINOSOS, TÓPICOS		
doxepin hcl (Zonalon)	T3	PA QL (90gm/30 days)
ZONALON (prudoxin)	T3	PA QL (90gm/30 days)
AGENTES ANTIPSORIÁSICOS		
anthralin	T1	
calcipotriene 0.005% cream (Dovonex)	T1	
CALCIPOTRIENE 0.005% FOAM	T3	PA
calcipotriene 0.005% ointment	T1	
calcipotriene 0.005% solution	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 ANTIPSORIÁSICOS		
<i>calcitriol 3 mcg/g ointment</i> (Vectical)	T1	QL (800gm/30 days)
DOVONEX (<i>calcipotriene</i>)	T3	
DUOBRII	T3	
SORILUX	T3	PA
<i>tazarotene 0.1% cream</i> (Tazorac)	T1	
TAZORAC 0.05% CREAM	T2	
TAZORAC 0.05% GEL	T2	
ZORYVE 0.3% FOAM	T2	PA QL(1 gm/30 days)
TAZORAC 0.1% CREAM (<i>tazarotene</i>)	T3	
TAZORAC 0.1% GEL	T2	
VECTICAL (<i>calcitriol</i>)	T3	QL (800gm/30 days)
AGENTES ANTISEBORREICOS		
OVACE PLUS	T3	
PROMISEB	T2	
<i>selenium sulfide</i>	T1	
<i>sulfacetamide sodium</i>	T1	
TERSI FOAM	T3	
ANTISÉPTICOS, GENERALES		
<i>alcohol antiseptic pads</i>	T1	
ALCOHOL PREP PADS	T1	
ALCOHOL SWAB	T1	
ALCOHOL WIPES	T1	
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD	T1	
CURITY ALCOHOL PREPS	T1	
DROPSAFE PREP PADS	T1	
EASY COMFORT ALCOHOL PAD	T1	
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS	T1	
INCONTROL ALCOHOL PADS	T1	
PRO COMFORT ALCOHOL PADS	T1	
PURE COMFORT ALCOHOL PAD	T1	
SINGLE USE SWAB	T1	
SURE COMFORT ALCOHOL	T1	
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS	T1	
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTISÉPTICOS, GENERALES (cont.)		
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS	T1	
ULTILET ALCOHOL SWAB	T1	
WEBCOL	T1	
ANTISÉPTICOS, VARIOS		
GUAIACOL	T3	
PREPARACIONES PARA ÚLCERAS POR DIABETES, TÓPICAS		
REGRANEX	T3	PA QL (2 tubs/30 days)
EMOLIENTES		
<i>ammonium lactate</i>	T1	
ATOPICLAIR	T3	
BIAFINE (<i>sonafine</i>)	T3	
<i>emollient combination no.10</i> (Biafine)	T1	
<i>emollient combination no.35</i> (Mimyx)	T1	
<i>emollient combination no.44</i>	T1	
<i>emollient combination no.60</i> (Restizan)	T3	
HALUCORT	T3	
MIMYX (<i>prumyx</i>)	T3	
RESTIZAN	T1	
<i>vite ac/grape/hyaluronic acid</i> (Atopclair)	T1	
XCLAIR	T3	
INMUNOMODULADORES		
ALDARA (<i>imiquimod</i>)	T3	PA
<i>imiquimod 3.75% cream</i> (Zyclara)	T1	PA QL (112 PACKETS/67 DAYS)
IMIQUIMOD 3.75% CREAM PUMP	T1	PA
<i>imiquimod 5% cream packet</i> (Aldara)	T1	
ZYCLARA 2.5% CREAM PUMP	T3	PA QL (4 bots/30 days)
ZYCLARA 3.75% CREAM (<i>imiquimod</i>)	T3	PA QL (112 packs/30 days)
ZYCLARA 3.75% CREAM PUMP	T3	PA
RUBEFACIENTES/CONTRAIRRITANTES		
<i>methyl salicylate</i>	T1	
QUTENZA	T3	
QUERATOLÍTICOS		
BENSAL HP	T1	PA
BENZEFOAM	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
QUERATOLÍTICOS (cont.)		
BENZEPRO	T1	PA
<i>benzoyl peroxide</i>	T1	
<i>benzoyl peroxide</i> (Enzoclear)	T1	
<i>benzoyl peroxide</i> (Pacnex)	T1	
CONDYLOX (<i>podofilox</i>)	T3	
ENZOCLEAR	T3	
HYDRO 35	T3	
HYDRO 40 (<i>umecta</i>)	T3	
INOVA	T3	
KERAFOAM	T3	
KERALYT 6% GEL (<i>salicylic acid</i>)	T3	
<i>keralyt 6% shampoo</i>	T1	
KERALYT SCALP	T3	
KERALYT SCALP (<i>salicylic acid</i>)	T3	
PACNEX (<i>benzoyl peroxide</i>)	T3	
PODOCON-25	T1	
<i>podofilox</i>	T1	
PR BENZOYL PEROXIDE	T1	
SALICATE	T3	
<i>salicylic acid</i>	T1	
<i>salicylic acid</i>	T3	
<i>salicylic acid</i> (Keralyt Scalp)	T1	
<i>salicylic acid/ceramide comb 1</i>	T1	
SALIMEZ FORTE	T1	
SALKERA	T3	
SALVAX DUO PLUS	T3	
<i>silver nitrate</i>	T1	
<i>silver nitrate applicator</i>	T1	
URAMAXIN	T3	
URAMAXIN (<i>urea</i>)	T3	
<i>urea</i>	T1	
<i>urea</i> (Hydro 35)	T1	
<i>urea</i> (Hydro 40)	T3	
<i>urea</i> (Uramaxin)	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
QUERATOLÍTICOS (cont.)		
<i>urea</i> (Xurea)	T1	
XUREA	T3	
PROTECTORES		
BIONECT	T3	
PHARMABASE BARRIER	T1	
<i>polydimethylsiloxanes/silicon</i>	T1	
<i>protectives2/ceramide 1, 3, 6-ii</i>	T1	
RADIAPLEXRX	T3	
<i>zinc oxide</i>	T1	
AGENTES PARA LA ROSÁCEA, TÓPICOS		
<i>azelaic acid</i> (Finacea)	T1	
FINACEA	T3	PA
FINACEA (<i>azelaic acid</i>)	T3	PA
<i>ivermectin</i> (Soolantra)	T1	
METROCREAM (<i>rosadan</i>)	T3	PA
METROGEL (<i>metronidazole</i>)	T3	PA
<i>metronidazole</i>	T3	PA
NORITATE	T3	PA
SOOLANTRA (<i>ivermectin</i>)	T3	
ADHESIVOS PARA TEJIDOS/HERIDAS		
ARTISS	T3	
SURGISEAL STYLUS	T3	
SURGISEAL TEARDROP	T3	
SURGISEAL TWIST	T3	
TISSEEL VHSD	T3	
ANTIINFLAM. TÓPICO, INHIB. DE LA FOSFODIESTERASA-4 (PDE4)		
EUCRISA	T2	
AGENTES TÓPICOS, VARIOS		
GORDON'S UREA	T3	
HYFTOR	T3	PA SP
L-MESITRAN SOFT	T3	
MEDIHONEY	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MEDICAMENTOS ANTIPROTOZOARIOS, VARIOS (cont.)		
SAF-CLENS AF	T3	
<i>trichloroacetic acid</i>	T3	
TRICHLOROACETIC ACID	T1	
AGENTES ANTIANDROGÉNICOS TÓPICOS		
WINLEVI	T3	PA
DERIVADOS DE LA PLEUROMUTILINA, ANTIBIÓTICOS TÓPICOS		
ALTABAX	T3	
AGENTES ANTICOLINÉRGICOS TÓPICOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPERHIDROSIS		
QBREXZA	T3	
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS		
ALA-SCALP (<i>scalacort</i>)	T3	ST
<i>alclometasone dipropionate</i>	T1	
<i>amcinonide 0.1% cream, ointment, lotion</i>	T1	PA
ANUSOL-HC 2.5% CREAM (<i>proctozone-hc</i>)	T1	PA
AQUA GLYCOLIC HC	T3	
<i>betamethasone dipropionate</i>	T1	
<i>betamethasone valerate</i>	T1	
<i>betamethasone valerate (Luxiq)</i>	T1	
<i>betamethasone/propylene glyc</i>	T1	
<i>betamethasone/propylene glyc (Diprolene)</i>	T1	
BRYHALI	T3	ST
CAPEX SHAMPOO	T3	ST
<i>clobetasol propionate</i>	T1	
<i>clobetasol propionate (Clobex)</i>	T1	
<i>clobetasol propionate (Olux)</i>	T1	
<i>clobetasol propionate (Temovate)</i>	T1	
<i>clobetasol propionate/emoll</i>	T1	
<i>clobetasol propionate/emoll (Olux-e)</i>	T1	
CLOBEX (<i>clobetasol propionate</i>)	T3	PA
CLOBEX (<i>clodan</i>)	T3	PA
CLOCORTOLONE PIVALATE	T1	
CLODAN 0.05% KIT	T3	ST
<i>clodan 0.05% shampoo (Clobex)</i>	T1	
CLODERM	T3	ST

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS (cont.)		
CORDRAN	T3	PA
CORDRAN (<i>flurandrenolide</i>)	T3	PA
CORDRAN (<i>nolix</i>)	T3	PA
CUTIVATE 0.05% CREAM (<i>fluticasone propionate</i>)	T3	ST
CUTIVATE 0.05% LOTION (<i>fluticasone propionate</i>)	T3	PA
DERMA-SMOOTHIE-FS (<i>fluocinolone acetonide</i>)	T3	ST
DERMATOP (<i>prednicarbate</i>)	T3	ST
<i>desonide</i>	T1	
<i>desonide</i> (Desowen)	T1	
<i>desonide</i> (Tridesilon)	T1	
DESOWEN (<i>desonide</i>)	T3	PA
<i>desoximetasone</i> (Topicort)	T1	
<i>diflorasone diacetate</i>	T1	PA
<i>diflorasone diacetate</i> (Psorcon)	T1	PA
<i>diflorasone diacetate/emoll</i>	T1	PA
DIPROLENE (<i>betamethasone diprop augmented</i>)	T3	ST
<i>fluocinolone acetonide</i>	T1	
<i>fluocinolone acetonide</i> (Derma-smoothe-fs)	T1	
<i>fluocinolone acetonide</i> (Synalar)	T1	
<i>fluocinolone/shower cap</i> (Derma-smoothe-fs)	T1	
<i>fluocinonide</i>	T1	
<i>fluocinonide</i> (Vanos)	T1	
<i>fluocinonide/emollient base</i>	T1	
<i>flurandrenolide</i> (Cordran)	T1	PA
<i>fluticasone prop 0.005% oint</i>	T1	
<i>fluticasone prop 0.05% cream</i> (Cutivate)	T1	
<i>fluticasone prop 0.05% lotion</i> (Cutivate)	T1	
<i>fluticasone propionate</i> (Cutivate)	T1	
<i>halcinonide</i> (Halog)	T1	PA
HALOBETASOL PROPIONATE	T1	
<i>halobetasol prop 0.05% foam</i>	T1	
<i>halobetasol propionate</i> (Ultravate)	T1	
HALOG 0.1% CREAM (<i>halcinonide</i>)	T3	PA
HALOG 0.1% OINTMENT	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

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS (cont.)		
HALOG 0.1% SOLUTION	T3	ST
<i>hydrocort buty 0.1% lipid crm</i> (Locoid Lipocream)	T1	PA
<i>hydrocort buty 0.1% lipo cream</i> (Locoid Lipocream)	T1	PA
<i>hydrocortisone</i>	T1	
<i>hydrocortisone</i> (Ala-scalp)	T1	
<i>hydrocortisone</i> (Anusol-hc)	T1	
<i>hydrocortisone buty 0.1% cream</i>	T1	
<i>hydrocortisone butyr 0.1% lotn</i> (Locoid)	T1	PA
<i>hydrocortisone butyr 0.1% oint</i> (Locoid)	T1	
<i>hydrocortisone butyr 0.1% soln</i>	T1	
<i>hydrocortisone valerate</i>	T1	
IMPEKLO	T3	PA
IMPOYZ	T3	PA
KENALOG (<i>triamcinolone acetonide</i>)	T3	PA
LEXETTE	T3	ST
LOCOID 0.1% LOTION (<i>hydrocortisone butyrate</i>)	T3	PA
LOCOID 0.1% OINTMENT (<i>hydrocortisone butyrate</i>)	T3	
LOCOID LIPOCREAM	T3	PA
LOCOID LIPOCREAM (<i>hydrocortisone butyrate</i>)	T3	PA
LUXIQ (<i>betamethasone valerate</i>)	T3	ST
MOMETACURE	T3	
<i>mometasone furoate 0.1% cream</i>	T1	
<i>mometasone furoate 0.1% oint</i>	T1	
<i>mometasone furoate 0.1% soln</i>	T1	
NUCORT	T3	ST
OLUX (<i>clobetasol propionate</i>)	T3	PA
OLUX-E (<i>tovet emollient</i>)	T3	PA
PANDEL	T3	PA
<i>prednicarbate</i> (Dermatop)	T1	
PSORCON (<i>diflorasone diacetate</i>)	T3	PA
SCALACORT DK	T3	ST
SERNIVO	T3	PA
SYNALAR	T3	ST
SYNALAR (<i>fluocinolone acetonide</i>)	T3	ST

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS (cont.)		
SYNALARTS	T3	ST
TEMOVATE (<i>clobetasol propionate</i>)	T3	ST
TEXACORT	T3	ST
TOPICORT (<i>desoximetasone</i>)	T3	ST
<i>triamcinolone acetonide</i>	T1	PA
<i>triamcinolone acetonide</i> (Kenalog)	T1	
TRIDESILON (<i>desonide</i>)	T3	PA
ULTRAVATE	T3	ST
VANOS (<i>fluocinonide</i>)	T3	PA
VERDESO	T3	PA
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS-ANESTÉSICOS LOCALES		
ANALPRAM HC	T3	
EPIFOAM	T3	
<i>hydrocortisone/pramoxine</i> (Pramosone)	T1	
<i>lidocaine/hydrocortisone ac</i>	T1	
MEZPAROX-HC	T1	
PRAMOSONE 1% LOTION	T2	
PRAMOSONE 1%-1% CREAM	T2	
PRAMOSONE 1%-1% OINTMENT	T2	
PRAMOSONE 2.5%-1% CREAM	T3	
PRAMOSONE 2.5%-1% LOTION	T3	
PRAMOSONE 2.5%-1% OINTMENT	T2	
ANTIPARASITARIOS TÓPICOS		
<i>malathion</i> (Ovide)	T1	
OVIDE (<i>malathion</i>)	T3	
AGENTES TÓPICOS LIBERADORES DE ÓXIDO NÍTRICO		
ZELSUVMI 10.3% GEL	T3	PA
PREPARACIONES ANTIBACTERIANAS TÓPICAS		
<i>dermazene cream</i>	T1	
DERMAZENE CREAM PACKET	T3	
<i>hydrocortisone/iodoquinol</i>	T1	
<i>hydrocortisone/iodoquinol/aloe</i>	T1	
<i>iodine/potassium iodide</i>	T1	
<i>iodine/sodium iodide</i>	T1	
IODOFLEX	T3	

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES ANTIBACTERIANAS TÓPICAS		
IODOSORB	T3	
silver nitrate	T1	
ANÁLOGOS DE VIT. D/ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS		
calcipotriene/betamethasone (Taclonex)	T1	
ENSTILAR	T3	PA
TACLONEX 0.005%-0.064% SUSPENS (calcipotriene-betamethasone dp)	T3	PA
TACLONEX OINTMENT (calcipotriene-betamethasone)	T3	PA
WYNZORA	T3	PA
ENZIMAS TÓPICAS/DE LAS MEMBR. MUCOSAS/SUBCUT.		
AMPHADASE	T3	
SANTYL	T2	QL (60gm/30 days)
VITRASE	T3	
DERIVADOS DE LA VITAMINA A		
adapalene	T1	PA
adapalene (Differin)	T1	PA
adapalene (Plixda)	T1	PA
AKLIEF	T3	
ALTRENO	T3	PA
ATRALIN (tretinoin)	T3	PA
avita 0.025% cream (Retin-a)	T3	PA
AVITA 0.025% GEL	T3	
DIFFERIN	T3	PA
DIFFERIN (adapalene)	T3	PA
PLIXDA	T1	PA
RETIN-A 0.01% GEL (tretinoin)	T3	
RETIN-A 0.025% CREAM (tretinoin)	T3	PA
RETIN-A 0.025% GEL (tretinoin)	T3	
RETIN-A 0.05% CREAM (tretinoin)	T3	PA
RETIN-A 0.1% CREAM (tretinoin)	T3	PA
RETIN-A MICRO (tretinoin microsphere)	T3	PA
RETIN-A MICRO PUMP	T3	PA
RETIN-A MICRO PUMP (tretinoin microsphere)	T3	PA
tretinoin 0.01% gel (Retin-a)	T1	
tretinoin 0.025% cream (Retin-a)	T1	PA

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
DERIVADOS DE LA VITAMINA A (cont.)		
<i>tretinoin 0.025% gel</i> (Retin-a)	T1	
<i>tretinoin 0.05% cream</i> (Retin-a)	T1	PA
<i>tretinoin 0.05% gel</i> (Atralin)	T1	PA
<i>tretinoin 0.1% cream</i> (Retin-a)	T1	PA
<i>tretinoin microspheres</i> (Retin-a Micro Pump)	T1	PA
<i>tretinoin microspheres</i> (Retin-a Micro)	T1	PA
TRETIN-X	T3	PA
AGENTES ANTIACNÉ TÓPICOS, DERIVADOS DE LA VITAMINA A		
ARAZLO	T2	
FABIOR	T3	
TAZAROTENE 0.1% FOAM	T3	
AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR (Productos para dejar de fumar)⁸		
AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR (ESTIM. GANGLIONARES, OTROS)		
NICOTROL	T2	PPACA
NICOTROL NS	T2	PPACA
AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR-AGONISTA PARCIAL DE LOS RECEPT. DE NICOTINA		
CHANTIX	T2	
<i>varenicline 1 mg cont month bx</i>	T1	PPACA
AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR, OTROS		
<i>bupropion hcl sr 150 mg tablet</i>	T1	PPACA
PREPARACIONES PARA LA TIROIDES (Agentes hormonales)		
PREPARACIONES ANTITIROIDEAS		
<i>methimazole</i> (Tapazole)	T1	HD
<i>propylthiouracil</i>	T1	HD
TAPAZOLE (<i>methimazole</i>)	T3	HD
AGENTES DE DIAGNÓSTICO DE FUNCIÓN TIROIDEA		
THYROGEN	T3	SP
HORMONAS TIROIDEAS		
ADTHYZA	T3	PA HD
ARMOUR THYROID	T3	HD
CYTOMEL (<i>liothyronine sodium</i>)	T3	HD
ERMEZA	T3	PA HD
LEVOTHYROXINE 100 MCG CAPSULE	T3	HD
LEVOTHYROXINE 112 MCG CAPSULE	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

PREPARACIONES PARA LA TIROIDES (Agentes hormonales) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HORMONAS TIROIDEAS (cont.)		
LEVOTHYROXINE 125 MCG CAPSULE	T3	HD
LEVOTHYROXINE 13 MCG CAPSULE	T3	HD
LEVOTHYROXINE 137 MCG CAPSULE	T3	HD
LEVOTHYROXINE 150 MCG CAPSULE	T3	HD
LEVOTHYROXINE 175 MCG CAPSULE	T3	HD
LEVOTHYROXINE 200 MCG CAPSULE	T3	HD
LEVOTHYROXINE 25 MCG CAPSULE	T3	HD
LEVOTHYROXINE 50 MCG CAPSULE	T3	HD
LEVOTHYROXINE 75 MCG CAPSULE	T3	HD
LEVOTHYROXINE 88 MCG CAPSULE	T3	HD
<i>levothyroxine sodium</i>	T1	HD
<i>levothyroxine sodium</i> (Synthroid)	T3	HD
<i>liothyronine sodium</i> (Cytomel)	T1	HD
<i>liothyronine sodium</i> (Triostat)	T1	HD
SYNTHROID (<i>unithroid</i>)	T3	HD
THYQUIDITY	T3	PA HD
<i>thyroid, pork</i>	T1	HD
<i>thyroid, pork</i> (Armour Thyroid)	T1	HD
<i>thyroid, pork</i> (Wp Thyroid)	T1	HD
THYROLAR-1	T2	HD
THYROLAR-1/2	T2	HD
THYROLAR-1/4	T2	HD
THYROLAR-2	T2	HD
THYROLAR-3	T2	HD
TIROSINT	T3	HD
TIROSINT-SOL	T3	HD
TRIOSTAT (<i>liothyronine sodium</i>)	T3	
WP THYROID	T1	HD
WP THYROID (<i>nature-throid</i>)	T1	HD
WP THYROID (<i>westhroid</i>)	T1	HD
INHIBIDORES DEL CITOCROMO P450		
TYBOST	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 (Asma/EPOC/condiciones respiratorias)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
FIBROSIS QUÍSTICA-COMB. DE POTENCIADOR DE CFTR Y CORRECTOR		
ALYFTREK 10-50-125 MG TABLET	T3	PA QL(2 tabs/day) SP HD
ALYFTREK 4-20-50 MG TABLET	T3	PA QL(3 tabs/day) SP HD
BRONCHITOL	T3	PA SP
ORKAMBI 100 MG-125 MG TABLET	T3	PA QL (4 tabs/day) SP HD
ORKAMBI 100-125 MG GRANULE PKT	T3	PA QL (2 packs/day) SP HD
ORKAMBI 150-188 MG GRANULE PKT	T3	PA QL (2 packs/day) SP HD
ORKAMBI 200 MG-125 MG TABLET	T3	PA QL (4 tabs/day) SP HD
SYMDEKO	T3	PA QL (2 tabs/day) SP HD
TRIKAFTA 100-50-75 MG/150 MG	T3	PA QL(3 tabs/day) SP HD
TRIKAFTA 100-50-75 MG/75MG PKT	T3	PA QL(3 tabs/day) HD
TRIKAFTA 50-25-37.5 MG/75 MG	T3	PA QL(3 tabs/day) SP HD
TRIKAFTA 80-40-60MG/59.5MG PKT	T3	PA QL(3 tabs/day) HD
FIB. QUÍSTICA-POTENCIADOR DE LA REG. DE LA CONDUCT. TRANSMEMB. (CFTR)		
KALYDECO 150 MG TABLET	T3	PA QL (2 tabs/day) SP HD
KALYDECO 25 MG GRANULES PACKET	T3	PA QL (2 packs/day) SP HD
KALYDECO 5.8 MG GRANULES PACKET	T3	PA QL (2 packs/day) SP HD
KALYDECO 50 MG GRANULES PACKET	T3	PA QL (2 packs/day) SP HD
KALYDECO 75 MG GRANULES PACKET	T3	PA QL (2 packs/day) SP HD
SURFACTANTES PULMONARES		
CUROSURF	T3	
INFASURF	T3	
SURVANTA	T3	
MUCOLÍTICOS		
PULMOZYME	T3	PA SP HD
FIBROSIS PULMONAR - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS		
OFEV	T3	PA SP HD
INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS		
ARALAST NP	T3	PA SP
GLASSIA	T3	PA SP
PROLASTIN C	T3	PA SP HD
JOENJA	T3	PA QL(2 tabs/day) SP
VIJOICE 125mg, 50mg	T3	PA QL (30 tabs/30 days) SP
VIJOICE 250mg dose pack	T3	PA QL (2 tabs/30 days) SP
ZEMAIRA	T3	PA SP
ZOKINVY	T3	PA QL (4 caps/day) SP

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAMATORIOS-ANTIMITÓTICOS		
LODOCO	T3	PA
FACTORES ANTIPORFIRIA		
PANHEMATIN	T3	SP
AGENTES DE MADURACIÓN ERITROIDE		
REBLOZYL	T3	PA SP
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)		
INHIBIDORES DE LA TIROSINA QUINASA DEL BAZO		
TAVALLISE	T2	PA SP
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA BRADIQUININA B2		
FIRAZYR (<i>icatibant acetate</i>)	T3	PA SP
<i>icatibant acetate</i> (Firazyr)	T3	PA SP HD
INHIBIDORES DE LA ESTERASA CI		
BERINERT	T3	PA SP HD
CINRYZE	T3	PA SP HD
HAEGARDA	T3	PA SP HD
RUCONEST	T3	PA SP HD
INHIBIDORES DE CALICREÍNA PLASMÁTICA		
KALBITOR	T3	PA SP HD
ORLADEYO	T3	PA QL (1 caps/day) SP
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Cáncer)		
AGENTES DE RESCATE/ANTÍDOTOS PARA QUIMIOTERAPIA		
<i>amifostine crystalline</i> (Ethyol)	T3	SP
<i>dexrazoxane hcl</i> (Zinecard)	T3	SP
ETHYOL (<i>amifostine</i>)	T3	SP
KHAPZORY	T3	PA
<i>leucovorin calcium</i>	T1	
<i>levoleucovorin calcium</i>	T1	PA
<i>mesna</i> (Mesnex)	T3	SP
MESNEX	T3	SP
MESNEX (<i>mesna</i>)	T3	SP
VISTOGARD	T3	SP
VORAXAZE	T3	PA SP
ZINECARD (<i>dexrazoxane</i>)	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 (Cáncer) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ESCLEROSANTES DE ADMINISTRACIÓN INTRAPLEURAL, COADYUVANTES ANTINEOPLÁSICOS		
SCLEROSOL	T3	
STERILE TALC	T1	
STERITALC	T3	
RADIOFÁRMACOS DE USO TERAPÉUTICO		
LUTATHERA	T3	PA SP
METASTRON	T3	PA
QUADRAMET	T3	PA
strontium-89 chloride (Metastron)	T1	PA
XOFIGO	T3	PA
TRAT. PROTECTOR DEL TEJIDO DE LA EXTRAVASACIÓN DE QUIMIOTERAPIA		
TOTECT	T3	

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Productos dentales)

PREPARACIONES Y AYUDAS DENTALES		
chlorhexidine gluconate (Peridex)	T1	
PERIDEX (periogard)	T1	
triamcinolone acetonide	T1	
INHIBIDORES DE LA COLAGENASA PERIODONTAL		
doxycycline hyclate 20 mg tab	T1	

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Diabetes)

ANTIHIPERGLUCÉM.-INHIB. DEL COTRANSPORT. DE SOD./GLUC. TIPO 2 (SGLT-2)		
INPEFA	T3	PA QL(1 tab/day) HD

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Disfunción eréctil)

MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL (ED)		
CAVERJECT	T3	QL (6 injectors/30 days)
CIALIS 10 MG TABLET (tadalafil)	T3	QL (6 tabs/30 days) ST HD
CIALIS 20 MG TABLET (tadalafil)	T3	QL (6 tabs/30 days) ST HD
CIALIS 5 MG TABLET (tadalafil)	T3	QL (8 tabs/30 days) ST HD
EDEX	T3	QL (6 injectors/30 days)
LEVITRA (vardenafil hcl)	T3	QL (10 tabs/30 days) ST
MUSE	T2	QL (6/30 days)
sildenafil 100 mg tablet (Viagra)	T1	QL (6 tabs/30 days) HD
sildenafil 25 mg tablet (Viagra)	T1	QL (10 tabs/30 days) HD
sildenafil 50 mg tablet (Viagra)	T1	QL (6 tabs/30 days) HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Disfunción eréctil) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL (ED) (cont.)		
STENDRA	T3	QL (8 tabs/30 days) ST
<i>tadalafil 2.5 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>tadalafil 10 mg tablet (Cialis)</i>	T1	QL (8 tabs/30 days) HD
<i>tadalafil 20 mg tablet (Cialis)</i>	T1	QL (8 tabs/30 days) HD
<i>tadalafil 5 mg tablet (Cialis)</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>vardenafil hcl</i>	T1	QL (10 tabs/30 days)
<i>vardenafil hcl (Levitra)</i>	T1	QL (10 tabs/30 days)
VIAGRA (<i>sildenafil citrate</i>)	T3	QL (6 tabs/30 days) ST HD
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones oculares)		
INHIB. DEL RECEPTOR DEL FACTOR DE CRECIMIENTO INSULÍNICO (IGF-R)		
TEPEZZA	T3	PA SP HD
AGENTES VASOOCCLUSIVOS OCULARES FOTOACTIVADOS		
VISUDYNE	T3	SP
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones gastrointestinales/pirosis)		
CALCIMIMÉTICO, POTENCIADOR DEL CALCIO PARATIROIDEO		
<i>cinacalcet hcl (Sensipar)</i>	T3	SP
PARSABIV	T3	PA SP
SENSIPAR (<i>cinacalcet hcl</i>)	T3	PA SP
AGENTES ORALES PARA LA MUCOSITIS/ESTOMATITIS		
ORAMAGICRX	T3	
REZDIFFRA	T3	PA QL (1 tab/day) SP HD
AGENTES ESTIMULANTES DE LA SALIVA		
NUMOISYN	T2	
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Agentes hormonales)		
AGENTES QUE ESTIM. LA FORMACIÓN DE HUESO - HORMONA PARATIROIDEA		
FORTEO	T3	PA QL (3ml/21 days) SP HD
<i>teriparatide 600 mcg/2.4ml pen (Forteo)</i>	T3	PA QL (1 pen/28 days) SP HD
ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE LA HORMONA DE CRECIMIENTO		
SOMAVERT	T3	PA SP HD
AGENTES PARA EL TRAT. DEL HIPERPARATIROID. - TIPO ANÁLOGO DE VITAMINA D		
<i>doxercalciferol</i>	T1	
<i>doxercalciferol (Hectorol)</i>	T1	
HECTOROL	T3	
HECTOROL (<i>doxercalciferol</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

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.)		
<i>paricalcitol 1 mcg capsule (Zemplar)</i>	T3	SP HD
PARICALCITOL 10 MCG/2 ML VIAL	T3	SP
<i>paricalcitol 10 mcg/2 ml vial (Zemplar)</i>	T3	SP
<i>paricalcitol 2 mcg capsule (Zemplar)</i>	T3	SP HD
PARICALCITOL 2 MCG/ML VIAL	T3	SP
<i>paricalcitol 2 mcg/ml vial (Zemplar)</i>	T3	SP
<i>paricalcitol 4 mcg capsule</i>	T3	SP HD
PARICALCITOL 5 MCG/ML VIAL	T3	SP
<i>paricalcitol 5 mcg/ml vial (Zemplar)</i>	T3	SP
RAYALDEE	T3	
ZEMPLAR 1 MCG CAPSULE (<i>paricalcitol</i>)	T3	SP HD
ZEMPLAR 10 MCG/2 ML VIAL (<i>paricalcitol</i>)	T3	SP
ZEMPLAR 2 MCG CAPSULE (<i>paricalcitol</i>)	T3	SP HD
ZEMPLAR 2 MCG/ML VIAL (<i>paricalcitol</i>)	T3	SP
ZEMPLAR 5 MCG/ML VIAL (<i>paricalcitol</i>)	T3	SP

SUP. DE SÍNT. MENOPÁUSICOS-MODULADOR DE RECEPT. ESTROG. SELECT.

OSPHENA	T3	HD
---------	----	----

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios)

ABORTIVOS-ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA PROGESTERONA

MIFEPREX	T3	
<i>mifepristone (Mifeprex)</i>	T1	

ANTÍDOTOS PARA INTOXICACIÓN CON ÁCIDOS Y ÁLCALIS

<i>methylene blue (antidotes)</i>	T1	
PROVAYBLUE	T3	

AGENTES PARA TRATAR LA PARÁLISIS PERIÓDICA - INHIB. DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA

<i>dichlorphenamide (Keveyis)</i>	T1	PA SP
KEVEYIS (<i>dichlorphenamide</i>)	T3	PA SP

INHIBIDORES DE AMONÍACO

CARBAGLU	T3	SP HD
PHEBURANE	T3	PA QL (8 bottles/30days) SP

AGENTES PARA LA AMILOIDOSIS-SUPRESIÓN DE LA TRANSTIRETINA (TTR)

ONPATTRO	T3	PA SP
TEGSEDI	T3	PA SP HD
WAINUA	T3	PA QL(1 auto-inj/28 days) SP

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES ANTIALCOHÓLICAS		
<i>acamprosate calcium</i>	T1	
ANTABUSE (<i>disulfiram</i>)	T3	
<i>disulfiram</i> (Antabuse)	T1	
VIVITROL	T3	SP HD
ANTÍDOTOS, VARIOS		
ACETADOTE (<i>acetylcysteine</i>)	T3	
<i>acetylcysteine</i> (Acetadote)	T1	
CETYLEV	T3	
CYANOKIT	T3	
DIGIFAB	T3	
<i>fomepizole</i>	T1	
SODIUM NITRITE	T1	
TRATAMIENTO ANTIFIBRÓTICO - ANÁLOGOS DE LA PIRIDONA		
<i>pirfenidone 267 mg capsule</i> (Esbriet)	T3	PA SP HD
ANTAGONISTAS DE BENZODIAZEPINAS		
<i>flumazenil</i>	T1	
SOLUCIONES DE SELLADO DE CATÉTERES		
DEFENCATH	T3	
REACTIVACIÓN DE LA COLINESTERASA-ANTÍDOTO ANTAGONISTA MUSCARÍNICO		
DUODOTE	T3	
REACTIVACIÓN DE LA COLINESTERASA, ANTÍDOTOS PARA ORGANOFOSFORADOS		
PRALIDOXIME CHLORIDE	T1	
PROTOPAM CHLORIDE	T3	
INHIBIDORES DEL COMPLEMENTO		
PIASKY	T3	PA SP
VEOPOZ	T3	SP
VOYDEYA	T2	PA QL(1 packet/28 days) SP
ZILBRYSQ	T3	PA QL(1 syringe/day) SP
AGENTES CRIOPRESERVANTES		
<i>dimethyl sulfoxide</i>	T3	
SOLUCIONES DILUYENTES		
<i>diluent for epoprostenol (glyc)</i>	T1	
DILUENT FOR REMODULIN	T3	
<i>diluent for treprostinil (gly)</i> (Diluent For Remodulin)	T1	
ELLIOTTS B	T3	
PH 12 DILUENT FOR FLOLAN	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA PORFIRIA HEPÁTICA AGUDA (AHP)		
GIVLAARI	T3	PA SP HD
MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA TIROSINEMIA HEREDITARIA		
<i>nitisinone</i> (Orfadin)	T3	PA SP HD
NITYR	T3	PA SP
ORFADIN	T3	PA SP
ORFADIN (<i>nitisinone</i>)	T3	PA SP
AGENTES PARA INHALACIÓN GENERALES		
HYPER-SAL	T3	
<i>nebusal</i> 3% vial	T1	
NEBUSAL 6% VIAL	T3	
<i>sodium chloride for inhalation</i>	T1	
<i>sodium chloride for inhalation</i> (Hyper-sal)	T1	
TRATAMIENTO DE TRASTORNO GENÉTICO - TRATAMIENTO POR DEFICIENCIA DE PROTEÍNA SMN		
EVRYSDI	T3	PA SP HD
TRATAMIENTO DE TRASTORNO GENÉTICO - TRATAMIENTO POR DEFICIENCIA DE PROTEÍNA SMN		
AMONDYS-45	T3	PA SP
EVRYSDI	T3	PA SP HD
EXONDYS-51	T3	PA SP
SPINRAZA	T3	PA SP HD
VILTEPSO	T3	PA SP
VYONDYS-53	T3	PA SP
INHIBIDOR DE LA GLUCOSILCERAMIDA SINTASA (GCS)		
CERDELGA	T3	PA SP HD
<i>miglustat</i> (Zavesca)	T3	PA SP HD
OPFOLDA	T3	PA QL(8 caps/30 days) SP HD
ZAVESCA (<i>miglustat</i>)	T3	PA SP HD
AGENTES PARA CÁLCULOS RENALES		
<i>tiopronin</i>	T1	SP
INTOXICACIÓN POR PLOMO, AGENTES PARA TRATAR (TIPO QUELANTES)		
CALCIUM DISODIUM VERSENATE	T1	PA
SUPRESORES DE LOS SÍNTOMAS MENOPÁUSICOS - SSRI		
<i>paroxetine mesylate</i>	T1	QL (1 cap/day) HD
VEOZAH	T3	QL(1 tab/day)
REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, HIPOFOSFATASIA		
STRENSIQ	T3	PA SP

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, ENFERMEDAD DE BATTEN		
BRINEURA	T3	PA SP
REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, ENFERMEDAD DE FABRY		
FABRAZYME	T3	PA SP HD
REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, ENFERMEDAD DE GAUCHER		
CEREZYME	T3	PA SP HD
ELELYSO	T3	PA SP
VPRIV	T3	PA SP HD
REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, DEFICIENCIA DEL COFACTOR DE MOLIBDENO		
NULIBRY	T3	PA SP
REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, ENFERMEDAD DE POMPE		
LUMIZYME	T3	PA SP
POMBILITI	T3	PA SP HD
REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, ALFA-MANOSIDOSIS		
LAMZEDE	T3	PA SP
REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, MUCOPOLISACARIDOSIS		
ALDURAZYME	T3	PA SP HD
ELAPRASE	T3	PA SP
MEPSEVII	T3	PA SP
NAGLAZYME	T3	PA SP
VIMIZIM	T3	PA SP
REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, DEFICIENCIA DE ENZIMA LIPASA ÁCIDA LISOSÓMICA		
KANUMA	T3	PA SP
REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, INMUNODEFICIENCIA COMBINADA SEVERA		
ADAGEN	T3	PA SP
REVCovi	T3	PA SP
AGENTES PARA TRATAR LA INTOXIC. POR METALES		
BAL IN OIL	T3	PA
CHEMET	T3	
CUVRIOR	T3	PA SP
deferasirox (Exjade)	T3	SP HD
deferasirox (Jadenu Sprinkle)	T3	SP HD
deferasirox (Jadenu)	T3	SP HD
deferiprone (Ferriprox)	T3	PA SP HD
deferoxamine mesylate	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA TRATAR LA INTOXIC. POR METALES (cont.)		
<i>deferoxamine mesylate</i> (Desferal Mesylate)	T1	
DESFERAL MESYLATE (<i>deferoxamine mesylate</i>)	T3	
EXJADE (<i>deferasirox</i>)	T3	PA SP HD
FERRIPROX	T3	PA SP
FERRIPROX (2 TIMES A DAY)	T3	PA SP
GALZIN	T3	
JADENU (<i>deferasirox</i>)	T3	PA SP HD
JADENU SPRINKLE (<i>deferasirox</i>)	T3	PA SP HD
NITHIODE	T3	
PENTETATE CALCIUM TRISODIUM	T1	
ZINC TRISODIUM	T1	
RADIOGARDASE	T3	
<i>sodium thiosulf</i> (<i>poison treat</i>)	T1	
SYPRINE (<i>trientine hcl</i>)	T3	PA SP HD
<i>trientine hcl</i> (Syprine)	T3	PA SP HD
TRIENTINE HCL 500 MG CAPSULE	T3	PA SP HD
AGENTES VARIOS		
NEXAVIR	T3	SP
PÉPTIDOS NATRIURÉTICOS		
VOXZOGO	T3	PA SP HD
AGONISTA PARCIAL DE RECEPTORES NICOTÍNICOS, ALFA4-BETA2		
TYRVAYA	T3	QL (2/month) HD
ACTIVADOR DEL FACTOR 2 RELACIONADO CON EL FACTOR NUCLEAR ERITROIDE 2		
SKYCLARYS	T3	PA QL (3 caps/day) SP
BASES PARA POMADAS/CREMAS		
RADIAGEL	T3	
AGENTE PARA OXALOSIS - INHIBIDOR DE OXALATO BASADO EN ARNI		
RIVFLOZA 128 MG/0.8 ML SYRINGE	T3	PA QL (1 syringe/30 days) SP
RIVFLOZA 160 MG/ML SYRINGE	T3	PA QL (1 syringe/30 days) SP
RIVFLOZA 80 MG/0.5 ML VIAL	T3	PA SP
CHAPERÓN FARMACOLÓGICO-ESTAB. DE LA ALFA-GALACTOSIDASA A		
GALAFOLD	T3	PA SP HD
AGENTE PARA TRATAR LA FENILCETONURIA-COFACTOR DE LA FENILALANINA HIDROXILASA		
<i>javygtor 100 mg powder packet</i> (Kuvan)	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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
AGENTE PARA TRATAR LA FENILCETONURIA-COFACTOR DE LA FENILALANINA HIDROXILASA (cont.)		
<i>javygtor 100 mg tablet</i> (Kuvan)	T1	
<i>javygtor 500 mg powder packet</i> (Kuvan)	T1	
KUVAN (<i>sapropterin dihydrochloride</i>)	T3	PA SP HD
<i>sapropterin dihydrochloride</i> (Kuvan)	T3	PA SP HD
ESTABILIZADORES DE PROTEÍNAS		
ATTRUBY	T3	PA QL (4 ml/day) SP HD
VYNDAMAX	T3	PA QL (1 cap/day) SP HD
VYNDAQEL	T3	PA QL (4 caps/day) SP HD
ELEMENTOS RADIOFARMACÉUTICOS		
TECHNELITE TC-99M GENERATOR	T3	
AGONISTAS DEL RECEPTOR DE ÁCIDO RETINOICO (RAR)		
SOHONOS	T3	PA SP
PREPARACIONES CON SODIO/SOLUCIÓN SALINA		
<i>bacteriostatic sodium chloride</i>	T1	
SOLVENTES		
<i>isopropyl alcohol</i>	T3	
MURI-LUBE MINERAL OIL	T3	
ENZIMAS TÓPICAS/DE LAS MEMBR. MUCOSAS/SUBCUT.		
HYLENEX	T3	SP HD
TRATAMIENTO DE LA HIPERFAGIA EN EL SÍNDROME DE PRADER-WILLI		
VYKAT XR	T3	PA SP
AGUA		
<i>water for injection, sterile</i>	T1	
<i>water/me-paraben/propylparaben</i>	T1	

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Esclerosis múltiple)

INHIB. DE ADHESIÓN LEUCOCITARIA, ANTICUERPO MONOCLONAL IGG4K MEDIADO POR ALPHA4		
TYSABRI	T3	PA SP HD

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Nutritivos/alimenticios)

AGENTES PARA DEFICIENCIAS METABÓLICAS		
CARNITOR 1 GM/5 ML VIAL	T3	PA
CARNITOR 100 MG/ML ORAL SOLN (<i>levocarnitine</i>)	T3	PA
CARNITOR 330 MG TABLET (<i>levocarnitine</i>)	T3	PA
CARNITOR SF (<i>levocarnitine sf</i>)	T3	PA
CYSTADANE	T2	SP
<i>levocarnitine</i> (Carnitor Sf)	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Productos para la osteoporosis)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA DEFICIENCIAS METABÓLICAS (cont.)		
<i>levocarnitine</i> (Carnitor)	T1	
<i>levocarnitine (with sugar)</i> (Carnitor)	T1	
AGENTES DE FORMACIÓN ÓSEA - INHIBIDOR DE ESCLEROSTINA, ANTICUERPO MONOCLONAL		
EVENITY	T3	PA QL (2 syringes/month) SP
EVENITY (2 SYRINGES)	T3	PA QL (2 syringes/month) SP
COMBINACIONES DE INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA Y VITAMINA D		
FOSAMAX PLUS D	T3	ST HD
INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA		
ACTONEL (<i>risedronate sodium</i>)	T3	ST HD
<i>alendronate sodium</i>	T1	HD
<i>alendronate sodium</i> (Fosamax)	T1	HD
ATELVIA (<i>risedronate sodium dr</i>)	T3	ST HD
BINOSTO	T3	ST HD
BONIVA 150 MG TABLET (<i>ibandronate sodium</i>)	T3	ST HD
BONIVA 3 MG/3 ML SYRINGE (<i>ibandronate sodium</i>)	T3	SP HD
CONEXXENCE	T3	PA SP
EVISTA (<i>raloxifene hcl</i>)	T3	HD
FOSAMAX (<i>alendronate sodium</i>)	T3	ST HD
<i>ibandronate 3 mg/3 ml syringe</i> (Boniva)	T3	SP HD
<i>ibandronate 3 mg/3 ml vial</i>	T3	SP HD
<i>ibandronate sodium 150 mg tab</i> (Boniva)	T1	HD
JUBBONTI	T3	PA SP
OSENVELT	T3	PA SP
<i>pamidronate disodium</i>	T3	SP HD
PROLIA	T3	PA SP
<i>raloxifene hcl</i> (Evista)	T1	HD PPACA
RECLAST (<i>zoledronic acid</i>)	T3	SP HD
<i>risedronate sodium</i>	T1	HD
<i>risedronate sodium</i> (Actonel)	T1	HD
<i>risedronate sodium</i> (Atelvia)	T1	HD
STOBOCLO	T3	SP HD
XGEVA	T3	PA SP
<i>zoledronic acid</i>	T3	SP HD
<i>zoledronic acid/mannitol-water</i>	T3	SP HD
<i>zoledronic acid/mannitol-water</i> (Reclast)	T3	SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)			
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura	
ANTIINFLAM. ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-I			
ARCALYST	T3	PA SP HD	
ANTIINFLAMATORIOS, BETABLOQUEANTES DE INTERLEUCINA-I			
ILARIS	T3	PA SP HD	
AGENTES PARA LA FIBROMIALGIA, INHIB. DE LA RECAPT. DE SEROTONINA-NOREPINEFRINA			
SAVELLA	T2	HD	
INMUNOMODULADORES, INHIB. ESPECÍF. DE ESTIM. DE LINFOCITOS B (BLYS)			
BENLYSTA 120 MG VIAL	T3	PA SP	
BENLYSTA 200 MG/ML VIAL	T3	PA SP HD	
BENLYSTA 400 MG VIAL	T3	PA SP	
TRATAMIENTO DE CONTRACTURA ARTICULAR, ENZIMA COLAGENASA			
XIAFLEX	T3	PA SP	
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Trastornos convulsivos)			
AGENTES NEUROPÁTICOS			
LYRICA CR	T3	HD	
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones cutáneas)			
INHIBIDORES DE LA INTERLEUCINA-I3 (IL-I3), ANTICUERPOS MONOCLONALES			
ADBRY	T2	PA SP HD	
AGENTES CICATRIZANTES LOCALES			
balsam peru/castor oil (Venelex)	T1	PA SP	
BALSAM PERU-CASTOR OIL	T1		
DERMULCERA	T1		
FILSUEZ	T3		
VENELEX	T3		
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Abuso de sustancias)			
TRATAMIENTO PARA LA ABSTINENCIA DE OPIOIDES, AGONISTAS ADRENÉRGICOS ALFA 2			
lofexidine hcl	T1	QL(192 tabs/30 days)	
LUCEMYRA	T2	QL (168 tabs/14 days)	
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO PARA LA ABSTINENCIA DE OPIOIDES, TIPO OPIOIDES			
BUNAVAIL	T3	SP	
buprenorphine hcl	T1		
buprenorphine hcl/naloxone hcl (Suboxone)	T1		
PROBUPHINE	T3		
SUBLOCADE	T3		
SUBOXONE (buprenorphine-naloxone)	T3		
ZUBSOLV	T2		
T1 – Habitualmente genéricos	PA – Autorización previa	AGE – Requisito de edad	PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T2 – Habitualmente marcas preferidas	QL – Límite a la cantidad	SP – Medicamentos de especialidad	CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos
T3 – Habitualmente marcas no preferidas	ST – Tratamiento escalonado	HD – Puede requerir entrega a domicilio	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Medicamentos para trasplante)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE LA QUINASA RHO		
REZUROCK	T3	PA SP HD
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones urinarias)		
AGENTES PARA LA HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA/MICCIÓN		
<i>alfuzosin hcl</i> (Uroxatral)	T1	HD
AVODART (<i>dutasteride</i>)	T3	PA HD
<i>dutasteride</i> (Avodart)	T1	HD
<i>finasteride</i> (Proscar)	T1	HD
FLOMAX (<i>tamsulosin hcl</i>)	T3	HD
PROSCAR (<i>finasteride</i>)	T3	PA HD
RAPAFLO 4 MG CAPSULE (<i>silodosin</i>)	T3	QL (1 cap/day) HD
RAPAFLO 8 MG CAPSULE (<i>silodosin</i>)	T3	HD
<i>silodosin 4 mg capsule</i> (Rapaflo)	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>silodosin 8 mg capsule</i> (Rapaflo)	T1	HD
<i>tamsulosin hcl</i> (Flomax)	T1	HD
UROXATRAL (<i>alfuzosin hcl er</i>)	T3	HD
VANRAFIA	T2	PA QL(1 tab/day) SP
AGENTE PARA LA HPB-COMB. DE INHIB. DE LA 5-ALFA-REDUCTASA E INHIB. DE LA PDE5		
ENTADFI	T3	PA QL(1 cap/day)
INHIB. DE LA 5-ALFA REDUCTASA-ANTAG. ADRENÉRGICO ALFAI PARA TRATAR LA HPB		
<i>dutasteride/tamsulosin hcl</i>	T1	HD
AGENTES QUE REDUCEN LA CISTINA, CISTINOSIS NEFROPÁTICA		
CYSTAGON	T3	SP
PROCYSBI	T3	PA SP HD
AGENTES PARA LA VEJIGA HIPERACTIVA, RECEP. ADRENÉRGICOS BETA 3		
GEMTESA	T3	QL (1 tab/day) ST HD
<i>mirabegron er 25 mg tablet</i> (Myrbetriq)	T1	QL(1 tab/day) HD
<i>mirabegron er 50 mg tablet</i> (Myrbetriq)	T1	HD
MYRBETRIQ ER 25 MG TABLET (<i>mirabegron</i>)	T3	ST QL(1 tab/day) HD
MYRBETRIQ ER 50 MG TABLET (<i>mirabegron</i>)	T3	ST HD
ANTIESPASMÓDICOS DE LAS VÍAS URINARIAS, ANTAG. SELECTIVO DE M(3)		
<i>darifenacin er 15 mg tablet</i>	T1	HD
<i>darifenacin er 7.5 mg tablet</i> (Enablex)	T1	QL (1 tab/day) HD
ENABLEX (<i>darifenacin er</i>)	T3	QL (1 tab/day) ST HD
<i>solifenacin 10 mg tablet</i> (Vesicare)	T1	HD
<i>solifenacin 5 mg tablet</i> (Vesicare)	T1	QL (1 tab/day) HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones urinarias) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIESPASMÓDICOS DE LAS VÍAS URINARIAS, ANTAG. SELECTIVO DE M(3) (cont.)		
VESICARE 10 MG TABLET (<i>solifenacin succinate</i>)	T3	ST HD
VESICARE 5 MG TABLET (<i>solifenacin succinate</i>)	T3	QL (1 tab/day) ST HD
VESICARE LS	T3	ST HD
AGENTE ANTIESPASMÓDICO/ANTIINCONTINENCIA DE LAS VÍAS URINARIAS		
DETROL (<i>tolterodine tartrate</i>)	T3	ST HD
DETROL LA 2 MG CAPSULE (<i>tolterodine tartrate er</i>)	T3	QL (1 cap/day) ST HD
DETROL LA 4 MG CAPSULE (<i>tolterodine tartrate er</i>)	T3	ST HD
DITROPAN XL (<i>oxybutynin chloride er</i>)	T3	ST HD
<i>flavoxate hcl</i>	T1	HD
GELNIQUE	T3	ST HD
OXYBUTYNIN 2.5 MG TABLET	T3	PA HD
<i>oxybutynin chloride</i>	T1	HD
<i>oxybutynin chloride</i> (Ditropan XL)	T1	HD
OXYTROL	T3	ST HD
<i>tolterodine tart er 2 mg cap</i> (Detrol La)	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>tolterodine tart er 4 mg cap</i> (Detrol La)	T1	HD
<i>tolterodine tartrate</i> (Detrol)	T1	HD
TOVIAZ ER 4 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day) HD
TOVIAZ ER 8 MG TABLET	T2	HD
<i>trospium chloride</i>	T1	HD

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Control del peso)

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

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

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias)

PREPARACIONES CON ÁCIDO FÓLICO

<i>folic acid</i>	T1	
-------------------	----	--

PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS

CITRANATAL MEDLEY	T3	
FOLET ONE	T2	
INFUVITE ADULT	T3	
<i>multivit infusn, adult 1, vit k</i>	T3	
<i>mvn no.53/iron/folic/dss/dha</i>	T1	
OBSTETRIX ONE	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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		
INFUVITE PEDIATRIC	T3	
M.V.I. PEDIATRIC	T3	
VITALIPID N INFANT	T3	
VITLIPID N INFANT	T3	
PREPARACIONES DE VITAMINA A		
AQUASOL A	T3	
PREPARACIONES DE VITAMINA B		
vitamins b1, b2, b3, b5, and b6	T1	HD
PREPARACIONES DE VITAMINA B1		
thiamine hcl	T1	
PREPARACIONES DE VITAMINA B12		
B-12 COMPLIANCE	T1	
cyanocobalamin (vitamin b-12)	T1	PA
hydroxocobalamin	T1	
NASCOBAL	T3	PA
PHYSICIANS EZ USE B-12	T3	
PREPARACIONES DE VITAMINA C		
ASCOR	T3	
ascorbic acid	T1	
PREPARACIONES DE VITAMINA D		
calcitriol 0.25 mcg capsule	T1	
calcitriol 0.5 mcg capsule	T1	
calcitriol 1 mcg/ml ampul	T1	HD
calcitriol 1 mcg/ml vial	T1	HD
calcitriol 1 mcg/ml solution (Rocaltrol)	T1	HD
ergocalciferol (vitamin d2)	T1	HD
ROCAITROL (calcitriol)	T3	
MEPHYTON (phytonadione)	T3	
PHYTONADIONE	T1	
phytonadione (vit k1)	T1	
PREPARACIONES DE VITAMINA K		
phytonadione (vit k1) (Mephyton)	T1	
PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS		
VITLIPID N ADULT	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Exclusiones y limitaciones de la cobertura

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

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

0.9 % sodium chloride	147
1ST TIER	178, 183
2-IN-1 LANCET DEVICE	183
2TEK	171

A

AA 3%-D10W	143
abacavir	85, 86
abacavir/lamivudine/zidovudine	85
abacavir sulfate/lamivudine	85
ABELCET	56
ABILIFY	201
abiraterone	70
ABOUTTIME	178
ABRAXANE	79
ABRILADA	66
ABSORICA	206
acamprosate	224
ACANYA	207
acarbose	60
ACCOLATE	36, 37
ACCU	171, 172, 183
ACCU-CHEK	171, 172
ACCUPRIL	109
ACCURETIC	106
ACCUTANE	206
ACCU-TREND	172
ACD	52
acebutolol	111
ACETADOTE	224
ACETAMIN-CAFF-DIHYDROCODEINE	24
acetamin-codein 300-30 mg/12.5	22
acetaminop-codeine 120-12 mg/5	22
ACETAMINOPHEN	19
acetaminophen 1000mg/100ml v1	19
acetaminophen/caff/dihydrocod	24
acetaminophen-cod	22
acetazolamide	133
acetic	64, 136, 205
acetic acid/oxyquinoline	64
acetylcysteine	37, 224
ACIPHEX	156
acitretin	205, 206
ACTEMRA	169
ACTHAR	159
ACTHIB	96
ACTHREL	159
ACTICLATE	48
ACTIGALL	153

ACTIMMUNE	80
ACTIQ	24
ACTIVASE	99
ACTIVEELLA	161
ACTONEL	229
ACTOPLUS	61
ACTOS	62
ACULAR	136
ACUVAIL	136
acyclovir	88, 89
ACZONE	207
ADACEL	96
ADAGEN	226
ADAKVEO	99
ADALAT	101
ADALIMUMAB	66
adapalene	207, 216
adapalene/benzoyl peroxide	207
ADBRY	230
ADCETRIS	79
ADCIRCA	105
ADDAMEL	146
ADDERALL	92
ADDYI	198
adefovir dipivoxil	90
ADEMPAS	105
adenosine	100, 130
ADHANSIA	196
ADJUSTABLE	172
ADMELOG	62, 63
ADRENALIN	136
ADREVIEW	129
adriamycin	68
ADRIAMYCIN	68
ADTHYZA	217
ADUHELM	118
ADVAIR HFA	36
ADVANCED	131, 172, 183
ADVANCED DNA MEDICATED COLLECT	131
ADVOCATE	172, 177, 178, 183
ADYPHREN	91
ADZENYS	92
ADZYNMA	97
AEMCOLO	47
AFINITOR	73
AFREZZA	63
AGAMATRIX	172
AGAMREE	162
AGGRASTAT	84

Índice de medicamentos

AGRYLIN.....	84	ALPHAGAN.....	138
AIMOVIG.....	15, 20	alprazolam.....	190
AIRDUO DIGHALER.....	36	ALREX.....	136
AIRSUPRA.....	36	ALTABAX.....	212
AJOVY.....	15, 20	ALTAFLUOR.....	138
AKEEGA.....	78	ALTERNATE.....	172, 183
AK-FLUOR.....	132	ALTOPREV.....	114
AKLIEF.....	216	ALTRENO.....	216
AKOVAZ.....	104	ALTUVIIIIO.....	98
AKTEN.....	137	ALUNBRIG.....	75
AKYNZEO.....	150	ALVAIZ.....	126
ALA-SCALP.....	212	ALYFTREK.....	219
albendazole.....	65	amantadine.....	82
ALBENZA.....	65	AMARYL.....	60
albuterol.....	35, 36	AMBIEN.....	204
ALBUTEROL.....	35	AMBISOME.....	56
ALCAINE.....	138	ambrisentan.....	105
alclometasone.....	212	amcinonide.....	212
ALCOHOL.....	118, 208, 209	AMICAR.....	97
ALCOHOL PREP PADS.....	208	AMIDATE.....	27
ALDACTAZIDE.....	135	amifostine.....	220
ALDACTONE.....	134	amikacin sulfate.....	39
ALDARA.....	209	amiloride.....	134, 135
ALDURAZYME.....	226	aminocaproic.....	97
ALECENSA.....	75	aminophylline.....	37
alendronate.....	229	AMINOSYN.....	143
alfentanil.....	23	amiodarone.....	100
ALFENTANIL.....	23	AMIODARONE.....	100
ALFERON.....	80	AMITIZA.....	155
alfuzosin.....	231	amitriptyline.....	195
ALHEMO.....	98	amitriptyline/chlordiazepoxide.....	195
ALIMTA.....	71	AMJEVITA.....	66
ALINIA.....	81	amlodipine.....	101, 102, 108, 109, 113, 114
ALIQOPA.....	75	AMMONIA.....	130
aliskiren.....	113	ammonium.....	209
ALKALINE.....	172	AMMONUL.....	148
ALKERAN.....	69	AMNESTEEM.....	206
ALKINDI.....	162	AMONDYS-45.....	225
allopurinol.....	32	amoxapine.....	195
ALLZITAL.....	19	amoxicillin.....	46, 64
almotriptan.....	20	amoxicillin/potassium clav.....	46
almotriptan malate.....	15	AMPHADASE.....	216
ALOCRIIL.....	138	amphetamine.....	92, 93
ALOGLIPTIN.....	59, 60, 61	AMPHETAMINE.....	92
ALOGLIPTIN-PIOGLITAZONE.....	59	amphotericin.....	56
ALOMIDE.....	138	ampicillin sodium.....	46, 64
ALORA.....	161	ampicillin trihydrate.....	46
alosetron.....	155	AMPYRA.....	120
ALOXI.....	150	AMRIX.....	187

Índice de medicamentos

AMVISC	141	ARCAPTA NEOHALER	35
AMYTAL	203	arformoterol	35
AMYVID	131	ARGATROBAN	54
AMZEEQ	51	ARICEPT	91
ANADROL-50	159	ARIDOL	131
ANAFRANIL	195	ARIKAYCE	39
anagrelide	84	ARIMIDEX	72
ANA-LEX	158	aripiprazole	201, 202
ANALPRAM	158, 215	ARISTADA	202
ANAPROX DS	33	ARIXTRA	52
anastrozole	72	armodafinil	203
ANCOBON	55	ARMOUR THYROID	217
ANDEXXA	99	AROMASIN	72
ANDRODERM	159	ARRANON	71
ANDROGEL	159	arsenic trioxide	79, 80
ANGELIQ	162	ARSENIC TRIOXIDE	79
ANGIOMAX	54	ARTHROTEC	33
ANNOVERA	126	ARTICADENT	27
ANORO ELLIPTA	35	ARTISS	211
ANTABUSE	224	ARYMO ER	24
ANTARA	116	ASACOL	153
anthralin	207	ASCLERA	117
ANTICOAG	52	ASCOR	233
ANUSOL-HC	158, 212	ascorbic	233
ANZEMET	150	asenapine	199, 200
APADAZ	22	ASPARLAS	79
APHEXDA	126	aspirin/dipyridamole	84
APIDRA	63	ASPIRIN-OMEPRAZOLE	84
APLENZIN	191	ASSURE	129, 172, 178, 181, 183, 189
APOKYN	82	ASTAGRAF	170
apraclonidine	138	ASTRINGYN	99
aprepitant	150	ATABEX	189
APRETUDE	87	ATACAND	108, 109
APRISO	153	atazanavir	87
APTENSIO	196	ATELVIA	229
APTOM	121	atenolol	111, 112
APTIVUS	85	AT HOME	172
AQINJECT	178	ATIVAN	190, 204
AQNEURSA	147	atomoxetine	198
AQUA	172, 212	ATOPICLAIR	209
AQUA GLYCOLIC HC	212	atorvastatin	113, 114, 115
AQUASOL	233	atovaquone	65, 66
ARAKODA	65	atovaquone/proguanil hcl	65
ARALAST	219	atracurium	94
ARANESP	125	ATRALIN	216
ARAVA	31	ATRIPLA	87
ARAZLO	217	ATROPEN	112
ARCALYST	230	atropine	140, 149, 150, 152, 153
		ATROPINE	140, 152

Índice de medicamentos

ATROVENT HFA.....	35	bacitracin/polymyxin b sulfate.....	38
ATTRUBY.....	228	baclofen.....	187, 188
AUGMENTIN.....	46	BACLOFEN.....	187, 188
AUGMENTIN ES-600.....	64	bacteriostatic.....	228
AUGTYRO.....	75	BACTRIM.....	39
AURYXIA.....	144	BACTRIM DS.....	39
AUSTEDO.....	118	BAFIERTAM.....	119
AUTOJECT.....	172	balanced salt irrig soln no.2.....	137
AUTO-LANCET.....	172	BALCOLTRA.....	126
AUTOLET.....	172	BAL IN OIL.....	226
AUTOSHIELD.....	178	balsalazide.....	153, 154
AUVELITY.....	191	BALSAM.....	230
AUVI-Q.....	91	balsam peru/castor oil.....	230
AVALIDE.....	108	BALVERSA.....	75
AVANDIA.....	62	BANZEL.....	121
avar.....	51	BAQSIMI.....	142
AVAR.....	51, 52	BARACLUDE.....	90
AVASTIN.....	68	BARHEMSYS.....	150
AVC.....	64	BARRIGEL.....	187
AVEED.....	159	BASAGLAR.....	63
AVELOX.....	47	BAVENCIO.....	80
avita.....	216	BAXDELA.....	47
AVITA.....	216	BCG.....	79
AVITENE.....	99	BD.....	183
AVMAPKI.....	75	BECONASE.....	135
AVODART.....	231	BELBUCA.....	24
AVONEX.....	119	BELEODAQ.....	69
AVSOLA.....	66	BELRAPZO.....	69
AVYCAZ.....	42	BELSOMRA.....	204
AXUMIN.....	133	benazepril.....	106, 107, 109
AYVAKIT.....	75	benazepril/hydrochlorothiazide.....	106
azacitidine.....	71, 72	bendamustine.....	69
AZACTAM.....	41	BENDAMUSTINE.....	69
AZASAN.....	170	BENDEKA.....	69
azathioprine.....	170, 171	BENICAR.....	108, 110
AZEDRA.....	80	BENLYSTA.....	230
azelaic.....	211	benoxinate hcl/fluorescein sod.....	138
azelastine.....	58, 135	BENSAL.....	209
AZELEX.....	207	BENTYL.....	149
AZILECT.....	82	BENZACLIN.....	207
azithromycin.....	44, 45	BENZAMYCIN.....	51
AZOPT.....	138	BENZEOFAM.....	209
AZOR.....	109	BENZEPRO.....	210
aztreonam.....	41	BENZHYDROCODONE-ACETAMINOPHEN.....	22
AZULFIDINE.....	153	BENZNIDAZOLE.....	65
B		benzonatate.....	128
B-12 COMPLIANCE.....	233	benzoyl.....	51, 207, 210
BACIGUENT.....	38	benztropine mesylate.....	82
bacitracin.....	38, 40	BEOVU.....	140

Índice de medicamentos

BEPREVE.....	58	BLUNT.....	178, 179
BERINERT.....	220	BONIVA.....	229
BESIVANCE.....	38	BONJESTA.....	150
BESPONSA.....	74	BOOSTRIX.....	96
BESREMI.....	80	BORTEZOMIB.....	75
BETA.....	162, 231	BORUZU.....	75
BETADINE.....	136	bosentan.....	105
betamethasone.....	56, 162, 163, 212, 213, 214, 216	BOSULIF.....	75
BETAPACE.....	111	BOTOX.....	94
BETASERON.....	119	BRAFTOVI.....	72
betaxolol.....	111, 138	BREEZE.....	172
bethanechol.....	94	BRENZAVVY.....	62
BETHKIS.....	39	BREO ELLIPTA.....	36
BETIMOL.....	138	bretylum.....	100
BETOPTIC.....	138	BREVIBLOC.....	111
BEVESPI AEROSPHERE.....	36	BREVITAL SODIUM.....	27
BEVYXXA.....	52	BREXAFEMME.....	56
bexarotene.....	68	BREZTRI AEROSPHERE.....	36
BEXSERO.....	96	BRILINTA.....	84
BEYAZ.....	126	brimonidine.....	138
BIAFINE.....	209	BRINEURA.....	226
bicalutamide.....	70	brinzolamide.....	138
BICILLIN.....	46	BRIUMVI.....	119
BICNU.....	69	BRIVIACT.....	121
BIDIL.....	113	BROMFED.....	128
BIJUVA.....	161	bromfenac sodium.....	136
BIKTARVY.....	88	bromocriptine.....	82, 83
BILTRICIDE.....	65	brompheniramine/pseudoephed/dm.....	128
bimatoprost.....	138	BROMSITE.....	136
BIMZELX.....	205	BRONCHITOL.....	219
BINOSTO.....	229	BROVANA.....	35
BIONECT.....	211	BRUKINSA.....	76
BIORPHEN.....	104	BRYHALI.....	212
bisac/nacI/nahco3/kcl/peg 3350.....	155	BSP.....	162
bisoprolol.....	111, 112	BSS.....	137
bivalirudin.....	54	budesonide.....	36, 158, 162, 163, 165
BIVALIRUDIN.....	54	BUFFERED LIDOCAINE.....	27
BKEMV.....	98	BULLSEYE.....	183
BLNREP.....	79	bumetanide.....	134
bleomycin.....	68	BUNAVAIL.....	230
BLEPH-10.....	38	BUPAP.....	19
BLEPHAMIDE.....	38	BUPHENYL.....	149
BLINCYTO.....	79	bupivacaine.....	27, 28, 29, 30
BLOOD.....	97, 98, 99, 100, 129, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 183	BUPIVACAINE.....	27, 28
BLOOD-GLUCOSE CONTROL.....	172	BUPRENEX.....	24
BLOXIVERZ.....	91	buprenorphine.....	24, 230
BLU LINK.....	171	bupropion.....	191, 217
BLULINK.....	171, 172, 173, 178	BUPROPION.....	191
BLU LINK GLUCOSE TEST.....	171	buspirone.....	190

Índice de medicamentos

busulfan	69	CAPLYTA	199
BUSULFEX	69	CAPRELSA	76
butalb-acetamin-caff 50-300-40	15, 19	captopril	106, 109
butalb-acetamin-caff 50-325-40	15, 19	captopril-hctz	106
butalb/acetaminophen/caffeine	15, 19	CAPVAXIVE	96
butalb-aspirin-caffe 50-325-40	15, 19	CARAC	81
butalbit/acetamin/caff/codeine	26	CARAFATE	151
butalbital/acetaminophen	15, 19	carbachol	138
butalbital-acetaminophn	19	CARBAGLU	148, 223
butalbital-asa-caffeine cap (Fiorinal)	15, 19	carbamazepine	121, 124
butorphanol tartrate	24	CARBATROL	121
BUTRANS	24	carbidopa	82, 83
BUTTERFLY	183	carbidopa/levodopa	82
BYDUREON	59	carbinoxamine	58
BYETTA	59	CARBOCAINE	28
BYLVAY	154	carboplatin	69
BYSTOLIC	111	CARBOPROST	166
C		CARDENE	101
CABENUVA	84	CARDIOPLEGIA	103
cabergoline	166	cardioplegic	103
CABLIVI	97	CARDIZEM	101
CABOMETYX	76	CARDURA	107
CABTREO	206	CAREFINE	178
CADUET	113, 114	CAREONE	172, 183
CAFCIT	118	CARESENS	172, 178, 183
CAFERGOT	15, 20	CARETOUCH	172, 178, 181, 183, 208
CAFFEINE AND SODIUM BENZOATE	119	carglumic acid	148, 149
caffeine citrate	118, 119	carisoprodol	26, 188, 189
caffeine/sodium benzoate	119	carisoprodol/aspirin	26
CALAN	101	carisoprodol/aspirin/codeine	26
calcipotriene	207, 208, 216	carmustine	69
calcitonin	169	CARNITOR	228
calcitriol	208, 233	CAROSPIR	134
calcium	51, 87, 114, 115, 144, 220, 224	carteolol	138
CALCIUM	19, 101, 144, 225, 227	carvedilol	107
CALDOLOR	33	CASODEX	70
CALQUENCE	76	caspofungin	56
CAMBIA	20	CATAPRES	110
CAMPTOSAR	73, 74	CATHFLO ACTIVASE	99
CAMZYOS	101	CAVERJECT	221
CANASA	153	CAYA CONTOURED	128
CANCIDAS	56	CAYSTON	41
candesartan	108, 109, 110	cefaclor	42
candesartan/hydrochlorothiazid	108	cefadroxil	41
CAPASTAT SULFATE	41	CEFAZOLIN	42
capecitabine	71, 72	cefazolin 3 gm vial	42
CAPEX	212	cefazolin sodium	41, 42
CAPITAL W-CODEINE	22	cefdinir	42

Índice de medicamentos

cefditoren.....	42	chlorzoxazone.....	188
cefepime.....	43	CHOLBAM.....	153
CEFEPIME.....	43	cholestyramine.....	115, 116
cefixime.....	42, 43	CHOLETEC.....	129
CEFOTAN.....	42	choline salicyl/mag salicylate.....	15, 19
cefotaxime.....	42	CHORIONIC.....	168
cefotetan.....	42	CHOSEN.....	172
cefoxitin.....	42	chromic chloride.....	146
cefpodoxime.....	42	CIALIS.....	221
cefprozil.....	42	CIBINQO.....	32
ceftazidime.....	42	ciclodan.....	56
ceftriaxone.....	42, 43	CICLODAN.....	56, 66
CEFTRIAZONE.....	42	ciclopirox.....	56, 57, 66
cefuroxime.....	42	cidofovir.....	88
CELEBREX.....	34	cilostazol.....	84
celecoxib.....	34	CILOXAN.....	38
CELESTONE.....	163	CIMDUO.....	85
CELEXA.....	192	cimetidine.....	154
CELLCEPT.....	170	CIMZIA.....	66
CELLUGEL.....	141	cinacalcet.....	222
CELONTIN.....	121	CINRYZE.....	220
CENTANY.....	51	CINVANTI.....	150
cephalexin.....	42	CIPRO.....	37, 47
CEPROTIN.....	98	CIPRODEX.....	37
CEQUA.....	140	ciprofloxacin.....	37, 47
CEQUR.....	172	ciprofloxacin hcl.....	37
CERDELGA.....	225	CIPROFLOXACIN HCL-FLUOCINOLONE.....	38
CEREBYX.....	121	cisatracurium.....	94
CERETEC.....	130	cisplatin.....	69
CEREZYME.....	226	citalopram.....	192
CERVIDIL.....	166	CITANEST.....	28
cetirizine.....	58	CITRANATAL.....	189
CETROTIDE.....	165	CITRANATAL MEDLEY.....	232
CETYLEV.....	224	CITRATE PHOSPHATE DEXTROSE.....	52
cevimeline.....	95	cladribine.....	71
CHANTIX.....	217	CLAFORAN.....	43
CHEMET.....	226	CLARAVIS.....	206
CHENODAL.....	153	CLARINEX.....	58
CHIRHOSTIM.....	132	CLARINEX-D.....	58
chloramphenicol sod succinate.....	43	clarithromycin.....	44
chlordiazepoxide.....	149, 190, 195	clemastine fumarate.....	58
chlordiazepoxide/clidinium.....	149	CLENPIQ.....	155
chlorhexidine.....	221	cleocin.....	43
chloroprocaine.....	28, 29	CLEOCIN.....	43, 44, 49, 51
chloroquine.....	65	CLEVER.....	173, 183
chlorothiazide.....	135	CLEVIPREX.....	101
chlorpromazine.....	203	CLICKFINE.....	178, 180
chlorpropamide.....	60	CLIMARA.....	161
chlorthalidone.....	112, 135	CLIN.....	44

Índice de medicamentos

clindacin.....	51	COMBIVENT RESPIMAT	36
CLINDACIN.....	51	COMBIVIR.....	85
CLINDAGEL	51	COMBOGESIC.....	33
clindamyc.....	207	COMETRIQ	76
clindamycin.....	43, 44, 49, 51, 207	COMFORT	177, 178, 180, 181, 182, 184, 185, 186, 187, 208, 209
CLINDAMYCIN	44	COMIRANTY	95
CLINDESSE.....	49	COMPAZINE.....	150
CLINIMIX	143	COMPLERA	87
CLINISOL.....	143	COMTAN	82
CLINOLIPID	155	CONCERTA	196
CLINPRO	141	CONDYLOX.....	210
clobazam.....	120	CONEXXENCE.....	56, 229
clobetasol propionate	212, 214, 215	CONJUPRI	101
CLOBEX.....	212	CONRAY	133
CLOCORTOLONE	212	CONSENSI.....	101
clodan	212	CONTOUR.....	171, 173
CLODAN	212	CONTROL	171, 172, 173
CLODERM	212	COOL CONTROL	173
clofarabine	71	COPAXONE.....	119
clomiphene citrate.....	168	COPIKTRA.....	76
clomipramine.....	195	CORDRAN	213
clonazepam.....	120	COREG.....	107
clonidine	19, 110, 111, 196	coremino	48
clopidogrel bisulfate	84	CORGARD	111
clorazepate.....	190	CORIFACT	98
CLOROTEKAL	28	CORLANOR	103
clotrimazole	55, 56	CORLOPAM	111
clozapine.....	199	CORTEF.....	163, 164
CLOZAPINE	199	CORTENEMA.....	159
CLOZARIL.....	199	CORTIFOAM.....	159
COAGADEX	98	cortisone acetate.....	163
COAGUCHEK.....	183	CORTISPORIN.....	37
COARTEM	65	CORTROSYN.....	159
COBENFY	202	CORVERT.....	100
codeine/butalbital/asa/cafein	26	COSENTYX.....	205, 206
codeine sulfate.....	24	COSMEGEN.....	68
COLAZAL	154	COSOPT	139
colchicine.....	32, 34	cosyntropin	159
COLCRYS	32	COTELLIC	73
colesevelam	115, 116	COTEMPLA	197
COLESTID.....	116	COXANTO.....	33
colestipol.....	116	COZAAR.....	110
colistin	47	CRENESSITY.....	166
COLOR.....	183	CREON	156
COLY-MYCIN M PARENTERAL	47	CRESEMBA	55
COLYTE.....	155	CRESTOR.....	114
COMBIGAN.....	139	CRINONE.....	166, 168
COMBIPATCH	161	CRIXIVAN.....	87

Índice de medicamentos

cromolyn	31, 37, 138	dapsone.....	40, 207
crotamiton.....	81	DAPSONE.....	207
CTEXLI	153	DAPTACEL.....	96
CUBICIN.....	51	daptomycin.....	51
cupric chloride	146	DAPTOMYCIN	51
CUPRIMINE.....	31	DARAPRIM	65
CUROSURF.....	219	darifenacin	231
CUTIVATE.....	213	DARTISLA	149
CUVPOSA	149	darunavir.....	85
CUVRIOR.....	226	DARZALEX.....	71
cyanocobalamin	233	dasatinib	76
CYANOKIT.....	224	DATSCAN	131
cyclobenzaprine.....	187, 188	daunorubicin.....	68
CYCLOGYL.....	140	DAURISMO	73
CYCLOMYDRIL.....	140	DAXBIA.....	42
cyclopentolate.....	140	DAXXIFY	94
cyclophosphamide	69, 72, 73	DAYBUE	120
CYCLOPHOSPHAMIDE	69, 72, 73	DAYPRO	33
CYCLOSERINE.....	41	DAYTRANA	197
CYCLOSET	60	DAYVIGO	204
cyclosporine.....	170, 171	DDAVP	160
CYKLOKAPRON.....	97	decitabine	71
CYLTEZO	66, 67	DEFENCATH.....	224
CYMBALTA.....	193	deferasirox.....	226, 227
cyproheptadine.....	58	deferiprone.....	226
CYRAMZA.....	74	deferoxamine.....	226, 227
CYSTADANE.....	228	DEFINITY	130
CYSTADROPS.....	141	DEFITELIO.....	99
CYSTAGON.....	231	deflazacort	163
CYSTARAN.....	141	DELESTROGEN.....	161
CYSTO-CONRAY II.....	133	DELFLEX	148
CYSTOGRAFIN.....	133	DELSTRIGO	87
CYSVIEW	132	DELZICOL.....	154
cytarabine	71	demeclocycline.....	48
CYTOMEL.....	217	DEMSEK.....	110
CYTOTEC	151	DEPAKOTE.....	121
CYTOVENE	88	DEPEN.....	31
D		DEPO-ESTRADIOL	161
dabigatran.....	54	DEPO-MEDROL	163
dacarbazine.....	79	DEPO-PROVERA	126, 166
DACOGEN	71	DEPO-SUBQ PROVERA 104.....	126
dactinomycin	68	DEPO-TESTOSTERONE.....	159
dalfampridine	120	DERMA-SMOOTHIE-FS	213
DALIRESP.....	37	DERMATOP	213
DALVANCE	44	dermazene	215
danazol.....	166	DERMAZENE.....	215
DANTRIUM	188	DERMOTIC	136
dantrolene.....	188	DERMULCERA.....	230
DAPAGLIFLOZIN.....	62	DESCOVY	85

Índice de medicamentos

DESFERAL.....	227	didanosine	86
desflurane	26	DIFFERIN.....	216
desipramine	195	DIFICID	44
desloratadine	58	diflorasone	213, 214
desmopressin.....	160, 161	DIFLUCAN	55
desog-e.estradiol/e.estradiol	126	diflunisal	15, 19
desogestrel-ethinyl estradiol	126	DIGIFAB	224
desonide.....	213, 215	digoxin	103
DESOWEN.....	213	dihydroergotamine	15, 20
desoximetasone.....	213, 215	DILANTIN.....	121
DESOXYN.....	92	DILATRATE-SR.....	104
desvenlafaxine	194, 195	DILAUDID	24
DESVENLAFAXINE	193	diltiazem	101, 102
DETROL.....	232	DILTIAZEM.....	102
dexamethasone	37, 38, 163	diluent.....	224
DEXAMETHASONE	163	DILUENT	224
dexchlorpheniramine	58	dimenhydrinate	150
DEXCOM	173	dimethyl.....	119, 224
DEXEDRINE.....	92	dimethyl fumarate.....	119
DEXILANT	156	DIOVAN.....	108, 110
dexlansoprazole.....	156	DIPENTUM.....	154
dexmedetomidine	204	diphenhydramine	58
DEXMEDETOMIDINE.....	204	diphenoxylate	149, 150
dexmethylphenidate	197	DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS-PED.....	96
dexrazoxane	220	DIPRIVAN.....	27
dextroamphetamine.....	92, 93	DIPROLENE.....	213
D.H.E.45.....	20	dipyridamole.....	84, 130
DHIVY	82	DISALCID	31
DIACOMIT.....	121	DISCOVISC	141
DIANEAL.....	148	disopyramide	100
DIAPHRAGMS/CERVICAL CAP	128	disulfiram.....	224
DIASTAT	120	DITROPAN.....	232
diatrizoate	133	DIURIL.....	135
DIATRUE	173	divalproex.....	121
diazepam	120, 190	DIVIGEL.....	161
diazoxide	142	DMSA	131
DIBENZYLINE.....	93	dobutamine	103
dichlorphenamide	223	DOCEFREZ.....	79
DICLAREAL	206	docetaxel.....	79, 80
DICLEGIS.....	150	DOCIVYX.....	79
diclofenac.....	81, 136, 206	dofetilide	100, 101
DICLOFENAC	206	DOJOLVI	141
diclofenac potassium.....	22	donepezil	91
diclofenac sod dr.....	33	DONNATAL	152
diclofenac sod ec	33	dopamine.....	93
diclofenac sodium.....	33	DOPRAM	118
diclofenac sodium/misoprostol.....	33	DOPTLET	126
dicloxacillin sodium	46	DORAL	204
dicyclomine.....	149	DORYX	48

Índice de medicamentos

dorzolamide.....	139	EASY COMFORT.....	178
DOTAREM.....	131	EASY GLIDE.....	178
DOVATO.....	85	EASYGLUCO.....	174
DOVONEX.....	208	EASY GLUCOSE.....	129
doxapram.....	118	EASYMAX.....	129, 174
doxazosin.....	107	EASY MINI.....	173
doxepin.....	195, 204, 205, 207	EASY PLUS.....	129, 173
doxercalciferol.....	222	EASYPOINT.....	178
DOXIL.....	68	EASY STEP.....	173
doxorubicin.....	68	EASY TALK.....	129, 173
doxycycline.....	48, 221	EASY TOUCH.....	173, 178, 181
DOXYCYCLINE.....	48	EASY TRAK.....	173
doxylamine.....	150	ECLIPSE.....	179
DRAXIMAGE.....	131	EC-NAPROSYN.....	33
DRIZALMA.....	194	econazole.....	57
dronabinol.....	150	ECOZA.....	57
droperidol.....	202	edaravone.....	118
DROPLET.....	173, 178, 181, 184	EDARBI.....	110
DROPSAFE.....	178, 180, 181	EDARBYCLOR.....	108
drosipir/eth estra/levomefol ca.....	127	EDECIN.....	134
DROXIA.....	99	EDEX.....	221
droxidopa.....	93	EDLUAR.....	204
DRYSOL.....	207	EDURANT.....	86
DUAVEE.....	162	E.E.S. 200.....	44
DUETACT.....	61	efavirenz.....	86, 87, 88
DUEXIS.....	33	effer.....	146
DULERA.....	36	EFFER.....	146
duloxetine.....	193, 194	EFFEXOR.....	194
DUOBRII.....	208	EFFIENT.....	84
DUODOTE.....	224	EFUDEX.....	81
DUOPA.....	82	EGRIFTA.....	165
DUOVISC.....	141	ELAPRASE.....	226
DUPIXENT.....	169	electrolyte.....	145, 155
DURACLON.....	19	ELELYSO.....	226
DURAGESIC.....	24	ELEMENT.....	174
DUREZOL.....	137	ELEPSIA.....	122
DUROLANE.....	31	ELESTRIN.....	161
DURYSTA.....	139	eletriptan.....	20, 21
dutasteride.....	231	eletriptan hydrobromide.....	15
dutasteride/tamsulosin hcl.....	231	ELIDEL.....	170
DUTOPROL.....	112	ELIGARD.....	75
DXEVO.....	163	ELIMITE.....	81
DYANAVAL.....	93	ELIQUIS.....	52
DYAZIDE.....	135	ELITEK.....	32
DYMISTA.....	135	ELLA.....	127
DYRENIUM.....	134	ELLECE.....	68
DYSPORT.....	94	ELLIOTTS.....	224
E		ELMIRON.....	26
EASY.....	129, 171, 173, 178, 181, 182, 184, 208	ELYXYB.....	20

Índice de medicamentos

EMBRACE	129, 174, 179, 184	EPIPEN.....	91
EMCYT.....	81	epirubicin	68
EMEND	150	EPIVIR.....	86, 90
EMFLAZA	163	epiprostamol	134, 135
EMGALITY	15, 20, 120	EPOGEN	125
emollient.....	209, 213, 214	epoprostenol	105, 106, 224
Empaveli	98	EPRONTIA.....	122
EMPLICITI	72	eprosartan.....	110
EMROSI.....	48	eptifibatide.....	84
EMSAM	191	EPTIFIBATIDE	84
emtricitabine.....	87	EPYSQLI	98
emtricitabine.....	85, 86	EPZICOM.....	85
emtricitabine-tenofv	85	EQUETRO	191
EMTRIVA.....	86	ERAXIS.....	56
EMVERM	65	ERBITUX.....	74
ENABLEX	231	ergocalciferol.....	233
enalapril	106, 107, 109	ergoloid	113
enalaprilat	109	ERGOMAR.....	20
enalapril/hydrochlorothiazide.....	106, 107	ergotamine	20
ENBREL.....	67	ergotamine tartrate/cafeine.....	15
ENDO-AVITENE.....	99	eribulin.....	73
ENDOMETRIN	168	ERIVEDGE	73
ENGERIX-B	97	ERLEADA	70
ENHERTU	79	erlotinib.....	76, 77
ENLITE	174	ERMEZA.....	217
enoxaparin	52, 53, 54	ERTACZO	57
ENSACOVE	76	ertapenem sodium	41
ENSPRYNG.....	169	ERVEBO	97
ENSTILAR.....	216	ERWINAZE.....	79
entacapone	82, 83	ERYPED.....	44
ENTADFI.....	231	ERY-TAB.....	44
entecavir.....	90	ERYTHROCIN	44
ENTERO.....	132	erythromycin.....	38, 44, 45, 51
ENTOCORT	163	escitalopram	192
ENTRESTO.....	108	ESGIC.....	15, 19
ENVARUSUS.....	170	esmolol	111
ENZOCLEAR.....	210	ESMOLOL.....	111
EOVIST	132	esomeprazole.....	156, 157
EPANED	109	ESOMEPRAZOLE.....	157
EPCLUSA.....	89	estazolam.....	204
ephedrine.....	104	ESTRACE.....	161, 167
EPHEDRINE.....	104	estradiol	126, 127, 128, 161, 162, 167
EPIDIOLEX	121	ESTRATEST.....	161
EPIFOAM	215	ESTRING.....	167
epinastine	58	estrogen, ester/me-testosterone	161
epinephrine.....	27, 28, 29, 30, 91, 93, 94, 136	ESTROSTEP	127
EPINEPHRINE.....	28, 29, 30, 91, 94	eszopiclone	204
EPINEPHRINESNAP-EMS.....	91	ethacrynate.....	134
EPINEPHRINESNAP-V.....	91	ethacrynic	134

Índice de medicamentos

ethambutol	40	ezetimibe/simvastatin	113
ETHAMOLIN	117	EZ-LETS	184
ethinyl estradiol/drospirenone	127	EZ SMART	184
ethosuximide	122, 125	EZ-VAC	174
ethynodiol d-ethinyl estradiol	127	F	
ETHYOL	220	FABHALTA	98
etodolac	33, 34	FABIOR	217
etomidate	27	FABRAZYME	226
etonogestrel/ethinyl estradiol	126	FACTIVE	47
ETOPOPHOS	80	famciclovir	88
etoposide	80	famotidine	154
EUCRISA	211	FAMOTIDINE	154
EUFLEXA	31	FANAPT	199
EURAX	81	FARESTON	80
EVAMIST	162	FARXIGA	59
EVEKEO	93	FARYDAK	69
EVENCARE	129, 174	FASLODEX	80
EVENITY	229	fat emulsions	155
everolimus	73, 170, 171	FAZACLO	199
EVERSENSE	174	febuxostat	32
EVICEL	99	felbamate	122
EVISTA	229	FELBATOL	122
EVKEEZA	114	FELDENE	33
EVOCLIN	51	felodipine	102
EVOLUTION	174	FEMARA	72, 74, 77
EVOMELA	69, 73	FEMCAP	128
EVOTAZ	87	FEMHRT	162
EVOXAC	95	FEMRING	167
EVRYSDI	225	fenofibrate	116, 117
EVZIO	54	FENOFIBRATE	116
EXEL	179	fenofibric	116, 117
EXELDERM	57	FENOGLIDE	116
EXELON	91	FENOPROFEN	33
exemestane	72	fenopropfen calcium	33
EXFORGE	108, 109	FENSOLVI	166
EXJADE	227	fentanyl	23, 24, 25
EXKIVITY	76	FENTANYL	23, 24, 25
EXODERM	57	FENTORA	25
EXONDYS-51	225	FERRIPROX	227
EXPAREL	28	FETROJA	43
EXSERVAN	118	FETZIMA	194
EXTENCILLINE	46	FEXMID	188
EXTINA	57	FIASP	63, 175
EXTRANEAL	148	FIBRICOR	116
EYLEA	140	FIBRYGA	98
EYSUVIS	137	FIFTY50	184
E-Z	132	FILSPARI	117
EZALLOR	115	FILSUVEZ	230
ezetimibe	113, 116, 117	FILTER	179

Índice de medicamentos

FINACEA	211	fluticasone propion/salmeterol	36
finasteride	231	fluticasone-salmeterol	36
FINE	180, 181, 183, 184	FLUTICASONE-SALMETEROL	36
FINGERSTIX	184	fluvastatin	115
FINTEPLA	122	fluvoxamine	192
FIORICET	15, 19, 26	FML	137
FIORINAL	15, 19	FOCALIN	197
Fiorinal With Codeine #3	26	FOCINVEZ	150
FIORINAL WITH CODEINE #3	26	FOLET	232
FIRAZYR	220	folic acid	232
FIRDAPSE	120	FOLLISTIM	168
FIRMAGON	75	FOLOTYN	71
FIRVANQ	50	fomepizole	224
FLAGYL	40	fondaparinux	52, 53
FLAREX	137	FORA	129, 174, 184
flavoxate	232	FORACARE	174, 184
flecainide	100	FORFIVO	191
FLECTOR	206	FORTAMET	60
FLEQSUVY	188	FORTAZ	43
FLOLAN	106, 224	FORTEO	222
FLOLIPID	115	FORTISCARE	174
FLOMAX	231	FOSAMAX	229
FLOVENT	36	fosamprenavir	87
FLOW-EZE	179	fosaprepitant	150
floxuridine	71	foscarnet	88
fluconazole	55	FOSCAVIR	88
flucytosine	55	fosfomycin tromethamine	40
fludarabine	71	fosinopril	107, 109
FLUDEOXYGLUCOSE	133	fosinopril/hydrochlorothiazide	107
fludrocortisone	166	fosphenytoin	121, 122
FLUMADINE	88	FOSRENOL	144
flumazenil	224	Fotivda	76
flunisolide	135	FRAGMIN	53
fluocinolone	136, 213, 214	FRAICHE	142
fluocinonide	213, 215	FREESTYLE	129, 174, 175, 182, 184, 248
fluorescein	132, 138	frovatriptan	20
fluoride	141, 142	FRUZAQLA	76
FLUORIDEX	141, 142	ful-glo	131
fluorometholone	137	FUL-GLO	131
FLUOROPLEX	81	FULPHILA	125
fluorouracil	71, 81	fulvestrant	80
FLUOROURACIL	81	FULVICIN	55
fluoxetine	192, 193, 203	FURADANTIN	45
fluphenazine	203	FUROSCIX	134
flurandrenolide	213	furosemide	134
flurbiprofen	33, 137	FUROSEMIDE	134
flutamide	70	FUZEON	85
fluticasone	36, 135, 136, 213	FYCOMPA	122
FLUTICASONE	36		

Índice de medicamentos

G

GA 68 DOTATOC.....	133
gabapentin.....	122, 123
GABARONE.....	122
GABLOFEN.....	188
GADAVIST.....	131
gadoterate meglumine.....	131
GALAFOLD.....	227
galantamine.....	91, 92
GALZIN.....	227
GAMIFANT.....	169
ganciclovir.....	88
GANCICLOVIR.....	88
ganirelix.....	165, 166
GANIRELIX.....	166
GARDASIL.....	97
GASTROCROM.....	31
GASTROGRAFIN.....	133
GASTROMARK.....	132
gatifloxacin.....	38
GATTEX.....	158
GAVRETO.....	76
GAZYVA.....	68
GE100.....	175
GE333.....	175
gelatin sponge, absorb/porcine.....	99
GELFILM.....	138
GELFOAM.....	99
GELNIQUE.....	232
GEL-ONE.....	31
GELSYN-3.....	31
gemcitabine.....	71
gemfibrozil.....	116
GEMTESA.....	231
GENOTROPIN.....	165
gentamicin.....	39, 51
GENTAMICIN.....	39
gentamicin sulfate.....	38
GENTEEL.....	173, 175
GENVISC 850.....	31
GENVOYA.....	88
GEODON.....	199
GIAPREZA.....	167
GILOTRIF.....	76
GIMOTI.....	155
GIVLAARI.....	225
GLASSIA.....	219
glatiramer.....	119
glatiramer acetate.....	119
glatopa.....	119

GLEEVEC.....	76
GLEOSTINE.....	70
GLIADEL.....	70
glimepiride.....	60, 61
GLIMEPIRIDE.....	60
glipizide.....	61, 62
GLOPERBA.....	32
GLUCAGEN.....	142
glucagon.....	142
GLUCAGON.....	131, 142
GLUCOCARD.....	129, 175
GLUCOCOM.....	175, 184
GLUCOPHAGE.....	60
GLUCOSE.....	129, 143, 171, 172, 173, 174, 175
GLUCOTROL.....	61
GLUMETZA.....	60
glyburide.....	61, 62
GLYATE.....	149
glycine urologic solution.....	66
GLYCOPHOS.....	146
glycopyrrolate.....	149
GLYCOPYRROLATE.....	149
GLYNASE.....	61
GLYSET.....	60
GLYXAMBI.....	61
GOCOVRI.....	82
GOJJI.....	175, 184
GOLYTELY.....	155
GOMEKLI.....	73
GONAL-F.....	168
GONITRO.....	104
GORDON'S UREA.....	211
GRALISE.....	120
granisetron.....	150
GRANIX.....	125
GRASTEK.....	95
griseofulvin.....	56
griseofulvin ultramicrosize.....	56
GRIS-PEG.....	56
GUAIACOL.....	209
guanfacine.....	111, 196
guanidine.....	95
GUARDIAN.....	175, 176
GVOKE.....	142
GYNAZOLE.....	55

H

HADLIMA.....	67
HAEGARDA.....	220
HALAVEN.....	73

Índice de medicamentos

halcinonide	213	hydrocodone bit/homatrop me-br	129
HALCION	204	hydrocodone/chlorphen p-stirex	129
HALDOL	202	hydrocodone/cpm/pseudoephed	128
halobetasol	213	HYDROCODONE-GUAIFENESIN	129
HALOBETASOL	213	hydrocodone-homatropine	129
HALOG	213, 214	HYDROCODONE-HOMATROPINE	129
haloperidol	202	hydrocodone/ibuprofen	23
HALUCORT	209	hydrocort	214
HARVONI	89	hydrocortisone	136, 158, 159, 163, 214, 215
HEALON	141	hydrocortisone/acetic acid	136
HEALON5	141	hydrogen peroxide	205
HEALTHWISE	179, 182	hydromorphone	24
HEALTHY	179, 184	HYDROMORPHONE	25
HECTOROL	222	hydromorphone hcl	25
HELIDAC	151	hydroxocobalamin	233
HEMABATE	166	hydroxychloroquine	65
HEMADY	163	hydroxyprogesterone	168
HEMANGEOL	111	hydroxyprogesterone	166, 168
HEMICLOR	135	hydroxyurea	70
HEMLIBRA	98	hydroxyzine	58
HEMOCYTE	145	HYFTOR	211
heparin	53	HYLENEX	228
HEPARIN	53, 54	HYMOVIS	31
HEPATAMINE	144	HYMPAVZI	98
HEPLISAV	97	hyoscyamine	152
HERCEPTIN	74	HYOSCYAMINE	152
HERZUMA	74	HYPERRHO	95
HETLIOZ	203	HYPER-SAL	225
HIBERIX	96	HYPODERMIC	178, 179
HIPREX	40	hypromellose	141
HISTATROL	132	HYRIMOZ	67
homatropine	129, 140	HYSINGLA ER	25
HORIZANT	118	HYZAAR	108
HULIO	67	I	
HUMALOG	63, 175	ibandronate	229
HUMAPEN	175	IBRANCE	76
HUMATROPE	165	IBTROZI	76
HUMIRA	67	IBUDONE	23
HUMULIN	63	ibuprofen	23, 34, 112, 113
HYALGAN	31	ibuprofen/oxycodone hcl	23
HYCAMTIN	74	ibutilide	100
HYCODAN	129	icatibant	220
hydralazine	111	ICLUSIG	76
HYDREA	70	icosapent	148
HYDRO	210	IDACIO	67
hydrochlorothiazide	106, 107, 108, 111, 112, 135	IDAMYCIN	68
hydrocodone/acetaminophen	22, 23	idarubicin	68
HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN	23	IDHIFA	78
hydrocodone bitartrate	25, 26	IFEX	70

Índice de medicamentos

ifosfamide	70	INSPIRA	135
ILARIS	230	INSULIN	59, 60, 61, 62, 63, 165, 179, 181, 182, 183, 222
ILEVRO	137	INSULIN ASPART	63
ILUMYA	206	INSULIN LISPRO	63
ILUVIEN	137	INSULIN SYRINGE	182
imatinib	76	INSUPEN	179
IMBRUVICA	76	INTEGRA	179
IMDELLTRA	79	INTEGRILIN	84
IMFINZI	80	INTELENCE	86
imipenem/cilastatin sodium	41	INTRALIPID	155
imipramine	195	INTRAROSA	159
imiquimod	209	INTUNIV	196
IMIQUIMOD	209	INVACARE	184
IMITREX	20	INVANZ	41
IMJUDO	80	INVEGA	199
IMKELDI	76	INVELTYS	137
IMPAVIDO	65	INVOKAMET	62
IMPEKLO	214	INVOKANA	59
IMPOYZ	214	INZIRQO	135
IMULDOSA	169	iodine/potassium iodide	215
IMURAN	171	iodine/sodium iodide	215
IMVEXXY	167	IODOFLEX	215
INBRIJA	82	IODOPEN	145
INCONTROL	179, 184, 208	IODOSORB	216
INCRELEX	165	IONOSOL	145
INCRUSE ELLIPTA	35	IOPIDINE	139
indapamide	135	IPOL	96
INDERAL	111, 112	ipratropium	136
INDICLOR	133	ipratropium/albuterol sulfate	36
indigotindisulfonate	133	ipratropium bromide	35
INDIUM	130, 133	irbesartan	108, 109, 110
INDOCIN	22	irbesartan/hydrochlorothiazide	108
indocyanine green	130	IRESSA	76
indomethacin	34, 112	irinotecan	73, 74
INFANRIX	97	ISENTRESS	87
INFASURF	219	isoflurane	26
INFLECTRA	67	ISOLYTE	145
INFUGEM	71	isomethept/dichlphn/acetaminop	20
INFUVITE	232, 233	isomethepten/caf/acetaminophen	20
INFUVITE PEDIATRIC	233	isoniazid	40
INGREZZA	118	isopropyl	228
INJECT EASE LANCETS	184	isoproterenol	94
INLYTA	76	ISOPTO	139, 140
INNOPRAN	112	ISORDIL	104
INOVA	210	isosorbide	104, 113
INPEFA	221	isosulfan	131
INPEN	175	isotretinoin	206
INQOVI	71	ISOVUE	130
INREBIC	76		

Índice de medicamentos

isoxsuprine	113
isradipine.....	102
ISTALOL	139
ISTODAX	69
ISTURISA	159
ISUPREL.....	94
ITOVEBI.....	76
itraconazole.....	55, 56
ivabradine	103
ivermectin	65, 82, 211
IWILFIN.....	76
IXCHIQ	97
IXEMPRA	72
IYUZEH	139

J

JADENU	227
JAKAFI	73
JALYN	231
JANSSEN.....	95
JANUMET	61
JANUVIA.....	60
JARDIANCE.....	59
JATENZO	159
javygtor	227, 228
JENTADUETO	61
JESDUVROQ.....	168
JEVTANA.....	80
JOENJA	219
JORNAY.....	197
JOURNAVX.....	19
JUBBONTI	229
JUBLIA	57
JULUCA.....	84
JUXTAPID.....	114
JYNARQUE.....	134
JYNNEOS	97

K

KABIVEN.....	144
KADCYLA.....	79
KADIAN	25
KALBITOR	220
KALETRA	87
KALYDECO	219
KANJINTI	74
KANUMA	226
KAPSPARGO	112
KAPVAY	196
KARBINAL.....	58
KATERZIA.....	102

KAZANO	61
KCENTRA	98
KEFLEX.....	42
KENALOG.....	164, 214
KENDALL	147
KEPIVANCE	158
KEPPRA	122
KERAFOAM.....	210
keralyt.....	210
KERALYT	210
KERENDIA.....	134
KERYDIN	57
KESIMPTA.....	119
KETALAR.....	27
ketamine	27
KETAMINE.....	27
ketoconazole	55, 57
ketoprofen.....	34
ketorolac.....	22, 136, 137
KETOROLAC	22
KEVEYIS.....	223
KEVZARA.....	169
KEYTRUDA.....	78
KHAPZORY.....	220
KHINDIVI	164
KINERET	31
KINEVAC	153
KINRIX	97
KIRSTY	63
KISQALI.....	74, 76, 77
KISQALI FEMARA	76, 77
KISQALI FEMARA CO-PACK.....	74
KISUNLA	118
KITABIS.....	39
KLARON.....	207
KLISYRI	81
KLONOPIN.....	120
klor-con.....	146
Kloxxado.....	54
KOMBIGLYZE	61
KONVOMEPI	157
KORLYM.....	62
KOSELUGO	73
K-PHOS.....	148
KRAZATI.....	73
KRINTAFEL.....	65
KRISTALOSE.....	155
KRYSTEXXA	32
K-TAB.....	146

Índice de medicamentos

KUVAN.....	228	LEVVID.....	152
KYLEENA.....	128	LEVEMIR.....	64
KYNAMRO.....	114	levetiracetam.....	122, 123
KYNMOBI.....	82	LEVITRA.....	221
KYPROLIS.....	77	levobunolol.....	139
KYZATREX.....	159	levocarnitine.....	228, 229
L		levofloxacin.....	38, 47
labetalol.....	107	levoleucovorin.....	220
LABETALOL.....	107	levonorgest.....	126, 127
LACRISERT.....	136	levonorgestrel/ethin.estradiol.....	127
lactulose.....	149, 155	LEVOPHED.....	94
LAMICTAL.....	122, 123	levothyroxine.....	218
lamivudine.....	85, 86, 90	LEVSIN.....	152, 153
lamivudine/zidovudine.....	85	LEVULAN.....	81
lamotrigine.....	122, 123	LEXAPRO.....	192
LAMPIT.....	66	LEXETTE.....	214
LAMZEDE.....	226	LEXISCAN.....	130
lancets.....	184	LEXIVA.....	87
LANCETS.....	175, 178, 183, 184, 185, 186, 187	LIALDA.....	154
LANOXIN.....	103	LIBERVANT.....	120
LANREOTIDE.....	167	LIBRAX.....	149
lansoprazole.....	151, 157, 158	LIBTAYO.....	78
lansoprazole/amoxiciln/clarith.....	151	LICART.....	206
lanthanum.....	144	lidocaine.....	28, 30, 100, 131, 147, 158, 215
LANTUS.....	63	LIDOCAINE.....	27, 28, 147, 158
lapatinib.....	77, 78	lidocaine 5% ointment.....	30
LASIX.....	134	lidocaine hcl.....	30
LASTACAF.....	59	LIDOCAN.....	28
latanoprost.....	139	LIFESHIELD.....	179
LATUDA.....	200	LIKMEZ.....	40
LAZANDA.....	25	LILETTA.....	128
LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR.....	89	LINCOCIN.....	44
leflunomide.....	31	lincomycin.....	44
LEMTRADA.....	119	linezolid.....	45, 46
lenalidomide.....	75	LINZESS.....	154
LENTOCILIN.....	46	LIORESAL.....	188
LENVIMA.....	77	liothyronine.....	217, 218
LEQEMBI.....	117	LIPIODOL.....	131
LEQSELVI.....	32	LIPITOR.....	115
LESCOL.....	115	LIPOFEN.....	116
L.E.T.....	30	LIQREV.....	105
LETAIRIS.....	105	LIQUID E-Z PAQUE.....	132
letrozole.....	72	LIQUID POLIBAR PLUS.....	132
leucovorin.....	220	lisdexamphetamine.....	196
LEUKERAN.....	70	lisinopril.....	107, 109
LEUKINE.....	125	lisinopril/hydrochlorothiazide.....	107
leuprolide.....	75	lissamine.....	131
LEUPROLIDE DEPOT.....	75	LITE TOUCH.....	175, 178, 179, 184
levalbuterol hcl.....	35	LITETOUCH.....	182

Índice de medicamentos

LITFULO	32	LUMIGAN.....	139
lithium.....	191	LUMIZYME.....	226
LITHOBID.....	191	LUMOXITI.....	78
LITHOSTAT.....	149	LUMRYZ.....	203
LIVALO.....	115	LUNESTA.....	204
Livmarli.....	155	LUNSUMIO.....	79
LIVTENCITY.....	88	LUPANETA.....	165
L-MESITRAN.....	211	LUPKYNIS.....	171
l-norgest/e.estradiol-e.estrad.....	127	LUPRON.....	75, 165, 166
LOCOID.....	214	lurasidone.....	200
LOCORT.....	164	LUTATHERA.....	221
LODINE.....	34	LUXIQ.....	214
LODOCO.....	220	LUZU.....	57
LODOSYN.....	83	LYMPHAZURIN.....	131
LOESTRIN.....	127	LYNPARZA.....	77
lofexidine.....	230	LYRICA.....	123, 230
LOKELMA.....	144	LYSODREN.....	80
LO LOESTRIN FE.....	127	LYSTEDA.....	98
LOMOTIL.....	150	LYTGOBI.....	77
LONSURF.....	71	LYUMJEV.....	64
loperamide.....	150	LYVISPAH.....	188
LOPID.....	116	M	
lopinavir/ritonavir.....	87	MACROBID.....	45
LOPRESSOR.....	112	MACRODANTIN.....	45
LOPROX.....	57	mafenide.....	52
LOQTORZI.....	78	MAGELLAN.....	182
lorazepam.....	190, 204	magnesium.....	145, 146, 157
LORAZEPAM.....	204	MAGNESIUM.....	145, 146
LORBRENA.....	77	MAGNEVIST.....	131
LOREEV.....	190	MAKENA.....	168
LORTAB.....	23	MALARONE.....	65
LORZONE.....	188	malathion.....	215
losartan.....	108, 110	manganese chloride.....	146
losartan/hydrochlorothiazide.....	108	manganese sulfate.....	146
LOTEMAX.....	137	mannitol.....	134, 229
LOTENSIN.....	107, 109	maprotiline.....	195
loteprednol.....	137	MARCAINE.....	28, 29
LOTRONEX.....	155	MARGENZA.....	74
lovastatin.....	115	MARINOL.....	150
LOVAZA.....	148	MARPLAN.....	191
LOVENOX.....	54	MARQIBO.....	74
loxapine.....	202	MATULANE.....	80
lubiprostone.....	155	MAVENCLAD.....	119
LUBIPROSTONE.....	156	MAVYRET.....	90
LUCEMYRA.....	230	MAXALT.....	20
LUCENTIS.....	140	MAXICOMFORT.....	179
LUER-LOK.....	182	MAXIDEX.....	137
LULICONAZOLE.....	57	MAXIPIME.....	43
LUMASON.....	131	MAYZENT.....	119

Índice de medicamentos

meclofenamate sodium.....	34	METHOHEXITAL-STERILE WATER.....	27
MEDIHONEY.....	211	methotrexate.....	72
MEDISENSE.....	184	methoxsalen.....	206
MEDLANCE.....	184, 185	methscopolamine.....	153
MEDROL.....	163, 164	methyl.....	209
MEDROLOAN.....	164	methyldopa.....	111
medroxyprogesterone.....	126, 166, 167	methyldopate.....	111
mefenamic acid.....	22	methylene.....	223
mefloquine.....	65	methylegonovine.....	166
megestrol acetate.....	81, 232	METHYLIN.....	197
MEKINIST.....	73	methylphenidate.....	196, 197, 198
MEKTOVI.....	73	METHYLPHENIDATE.....	197
meloxicam.....	34	methylprednisolone.....	164
melphalan.....	69, 70	methyltestosterone.....	159, 160
memantine.....	117	metoclopramide.....	155
MEMBRANEBLUE.....	141	metolazone.....	135
MENACTRA.....	96	METOPIRONE.....	132
MENEST.....	162	metoprolol.....	112
MENOPUR.....	168	METROCREAM.....	211
MENOSTAR.....	162	METROGEL.....	49, 211
MENQUADFI.....	96	metronidazole.....	40, 49, 211
MENVEO.....	96	metronidazole/sodium chloride.....	40
meperidine hcl.....	25	metyrosine.....	110
MEPHYTON.....	233	mexiletine.....	100
mepivacaine.....	29	MEZPAROX-HC.....	215
meprobamate.....	190	MIACALCIN.....	169
MEPRON.....	66	micafungin.....	56
MEPSEVII.....	226	MICAFUNGIN.....	56
mercaptopurine.....	72	MICARDIS.....	108, 110
MERILOG.....	64	miconazole.....	55
meropenem.....	41	MICONAZOLE-ZINC OXIDE-PETROLTM.....	57
MEROPENEM.....	41	MICRHOGAM.....	95
mesalamine.....	153, 154	MICRO.....	181, 185, 216
mesna.....	220	MICRODOT.....	129
MESNEX.....	220	MICROGESTIN.....	127
MESTINON.....	91	MICROLET.....	185
METADATE.....	197	MICROTAINER.....	183, 185
METASTRON.....	221	midazolam.....	27
metaxalone.....	188, 189	midodrine.....	93
metformin.....	60, 61, 62	MIEBO.....	136, 137
METFORMIN.....	60, 61, 62	MIFEPREX.....	223
methadone hcl.....	25	mifepristone.....	62, 223
methamphetamine.....	93	miglitol.....	60
methazolamide.....	134	miglustat.....	225
methenamine hippurate.....	40	MIGRANAL.....	20
methenamine mandelate.....	40	millipred.....	164
methimazole.....	217	MILLIPRED.....	164
METHITEST.....	159	milrinone.....	104
methocarbamol.....	188, 189	MIMYX.....	209

Índice de medicamentos

MINI.....	67, 172, 173, 176, 177, 179, 181, 183, 187	MOVIPREP	156
MINILINK	175	MOXATAG.....	46
MINIMED.....	176, 182	MOXEZA	38
MINIPRESS	107	moxifloxacin.....	47
MINITRAN	104	MOXIFLOXACIN	47
MINIVELLE.....	162	moxifloxacin hcl.....	38
MINOCIN	48	MOZOBIL	126
minocycline.....	48, 49	MS CONTIN.....	25
MINOCYCLINE	48	MULPLETA.....	126
MINOLIRA.....	49	MULTAQ.....	100
minoxidil.....	111	MULTIHANCE.....	131
MIOCHOL-E.....	139	multitrace.....	146
mirabegron	231	MULTITRACE.....	146
MIRAPEX	82	multivit infusn, adult 1, vit k	232
MIRCERA	125	mupirocin.....	51
MIRCETTE	127	MURI-LUBE MINERAL OIL.....	228
MIRENA	128	MUSE.....	221
mirtazapine.....	190	MUTAMYCIN.....	68
misoprostol	33, 151	MVASI.....	68
MITIGARE	32	M.V.I. PEDIATRIC.....	233
MITIGO	25	mv-mins no.73	145
mitomycin.....	68	mvn no.53/iron/folic/dss/dha	232
MITOSOL.....	140	MYALEPT	168
mitoxantrone	80	MYAMBUTOL.....	40
MIVACRON	94	MYCAMINE.....	56
M-M-R II VACCINE.....	97	MYCAPSSA	167
MOBIC	34	mycophenolate	170, 171
MOBILE LANCETS.....	175, 185	MYDAYIS	93
modafinil.....	203	MYDRIACYL.....	140
MODERNA	95	Myfembree.....	165
moexipril.....	109	MYFORTIC	171
molindone.....	203	MYGLUCOHEALTH	185
MOLNUPIRAVIR.....	90	MYHIBBIN	171
MOMETACURE.....	214	MYLERAN.....	70
mometasone.....	136, 214	MYLOTARG	74
MONJUVI.....	72	MYOBLOC	94
MONODOX.....	49	MYORISAN	206
MONOJECT	179, 182	MYOVIEW.....	130
MONOLET	185	MYRBETRIQ	231
MONOVISC	32	MYSOLINE	123
MONSEL'S.....	99	MYTESI.....	149
montelukast sodium.....	37	N	
MONUROL	40	nabumetone	34
MORPHABOND ER.....	25	nadolol.....	111, 112
morphine sulfate.....	25	nafcillin.....	46, 64
MOTEGRITY	155	naftifine.....	57
MOTOFEN	150	NAFTIN	57
MOTPOLY.....	123	NAGLAZYME	226
MOVANTIK.....	54	nalbuphine.....	25

Índice de medicamentos

NALFON.....	34	NEUPOGEN.....	125
NALOCET.....	23	NEUPRO.....	83
naloxone.....	25, 54, 55, 230	NEUROLITE.....	130
NALOXONE.....	55	NEURONTIN.....	123
naltrexone.....	55	NEVANAC.....	137
NAMENDA.....	117	nevirapine.....	86
NAMZARIC.....	117	NEXAVAR.....	77
NANO.....	179, 181	NEXAVIR.....	227
NAPROSYN.....	33, 34	NEXIUM.....	157
naproxen.....	21, 33, 34	NEXLETOL.....	114
naratriptan.....	20	NEXLIZET.....	114
NARCAN.....	55	NEXPLANON.....	126
NARDIL.....	191	NEXTERONE.....	100
NAROPIN.....	29	Nextstellis.....	127
NASCOBAL.....	233	NGENLA.....	164, 165
NASONEX.....	136	niacin.....	116
NATACYN.....	55	NIACOR.....	116
NATAZIA.....	127	NIASPAN.....	116
nateglinide.....	61	NICARDIPIN.....	102
NATESTO.....	160	nicardipine.....	101, 102
NATROBA.....	81	NICARDIPINE.....	102
NAVELBINE.....	74	NICOTROL.....	217
NAYZILAM.....	120	nifedipine.....	101, 102
NEBUPENT.....	66	NILANDRON.....	70
nebusal.....	225	nilutamide.....	70
NEBUSAL.....	225	NIMBEX.....	94
needles.....	179	nimodipine.....	102
NEEDLES.....	178, 179, 180, 181	NINLARO.....	77
nefazodone.....	193	NIPENT.....	72
NEMBUTAL.....	203	nisoldipine.....	102
neomycin.....	37, 38, 39, 205	nitazoxanide.....	81
neomycin/bacit/p-myx/hydrocort.....	38	NITHIODE.....	227
neomycin/polymyxin b/dexametha.....	38	nitisinone.....	225
neomycin/polymyxin b/hydrocort.....	38	NITRO-DUR.....	104
neomycin/polymyxn b/gramicidin.....	39	nitrofurantoin.....	45
neomycin sulf/bacitracin/poly.....	38	nitroglycerin.....	104, 156
NEOPROFEN.....	113	NITROLINGUAL.....	104
NEORAL.....	171	NITROMIST.....	104
neostigmine.....	91	nitroprusside.....	110
NEOSTIGMINE.....	91	NITROSTAT.....	104
NEO-SYNALAR.....	51	NITYR.....	225
NERLYNX.....	77	NIVESTYM.....	125
NESACAINE.....	29	nizatidine.....	154
NESINA.....	60	NOC DURNA.....	161
NETSPOT.....	131	NOCTIVA.....	161
neuac.....	207	NOKOR.....	179
NEUAC.....	207	NORCO.....	23
NEULASTA.....	125	NORDITROPIN.....	165
NEULUMEX.....	132	norelgestromin/ethin.estradiol.....	128

Índice de medicamentos

norepinephrine	94	NYPOZI	125
NOREPINEPHRINE	94	nystatin	56, 57
noreth-ethinyl	127	NYVEPRIA	125
norethind-eth	127, 162	O	
norethindrone	127, 162, 166	OBREDON	129
norethin-ee	127	OBSTETRIX	189, 232
norethin-eth estrad 1 mg-5 mcg	162	OBTEX	189
NORGESIC	188	OCALIVA	154
norgestimate-ethinyl estradiol	127	OCREVUS	119
norgestrel-ethinyl estradiol	127	OCTEOSCAN	133
NORITATE	211	octreotide	167
NORLIQVA	102	OCUFLOX	39
NORMOSOL	145	ODACTRA	95
NORPACE	100	ODEFSEY	87
NORPRAMIN	195	ODOMZO	73
NORTHERA	93	OFEV	219
nortriptyline	195	OFIRMEV	19
NORVASC	102	ofloxacin	37, 39, 47
NORVIR	87	OGIVRI	74
NOURIANZ	83	OGSIVEO	76
NOVA	176, 185	OJEMDA	72
NOVAREL	168	OJJAARA	76
NOVAVAX	95	olanzapine	200, 201, 203
NOVOFINE	179	olmesartan	108, 109, 110
NOVOLOG	64, 175	olmesartan/amlodipin/hcthiazid	108
NOVOPEN	176	olmesartan-hctz	108
NOVOTWIST	179	olopatadine	59, 135
NOXAFIL	55	OLUMIANT	33
NPLATE	126	OLUX	214
NUBEQA	70	OMECLAMOX-PAK	152
NUCALA	37	omega-3 acid ethyl esters	148
NUCORT	214	OMEGAVEN	155
NUCYNTA	25	omepi	157
NUCYNTA ER	25	omeprazole	157, 158
NUEDEXTA	118	OMIDRIA	138
NULEV	153	OMISIRGE	100
NULIBRY	226	OMNARIS	136
NULOJIX	171	OMNIPAQUE	130
NULYTELY	156	OMNIPOD	176
NUMOISYN	222	OMNIPRED	137
NUPLAZID	192	OMNISCAN	131
NURTEC	21	OMNITROPE	165
NUTRILIPID	155	OMVOH	169
NUTROPIN	165	ONAPGO	83
NUVARING	126	ON CALL	176, 185
NUVESSA	49	ONCASPAR	80
NUVIGIL	203	ondansetron	151
NUZYRA	49	ONDANSETRON	151
NYMALIZE	102	ONETOUCH	176, 185

Índice de medicamentos

ONEXTON.....	207	OTREXUP	31
ONFI.....	120	OTULFI	169
ONGENTYS	83	OVACE.....	208
ONGLYZA.....	60	OVAL TAPE.....	176
ONIVYDE	74	OVIDE	215
ONPATTRO	223	VIDREL	168
ON-THE-GO.....	185	oxacillin	46
ONTRUZANT	75	oxaliplatin	70
ONUREG	72	oxandrolone	160
ONZETRA.....	21	oxaprozin.....	33, 34
OPDIVO.....	78	OXAPROZIN	34
OPIPZA	202	OXAYDO.....	25
opium.....	25, 150	oxazepam.....	190
opium/belladonna alkaloids	25	OBRYTA	99
OPSUMIT	105	oxcarbazepine	123, 124
OPSYNVI.....	106	OXERVATE.....	141
OPTIMARK.....	131	oxiconazole	57
OPTIRAY	130	OXISTAT	57
OPTISON.....	130	OXSORALEN-ULTRA	206
OPTUMRX.....	129, 176	OTELLAR.....	123
OPVEE.....	55	oxybutynin	232
ORABLOC	29	oxycodone.....	25
ORACEA.....	49	oxycodone hcl	23, 25
ORACIT	148	oxycodone hcl/acetaminophen	23
ORALAIR.....	95	OXYCODONE HCL ER	25
ORAMAGICRX.....	222	oxymorphone hcl.....	25
ORAPRED.....	164	oxytocin.....	166
ORBACTIV	44	OXYTOCIN.....	166
ORENCIA.....	32	OXYTROL	232
ORENITRAM	106	OZEMPIC	59
ORFADIN.....	225	OZOBAX.....	189
ORGOVYX	75	OZURDEX	137
ORIAHNN.....	165	P	
ORILISSA.....	166	pacerone.....	100
ORKAMBI.....	219	paclitaxel	80
ORLADEYO.....	220	PACNEX.....	210
orphenadrine	188, 189	PADCEV	79
ORTHO MICRONOR.....	127	PAIN EASE MEDIUM STREAM SPRAY.....	30
ORTHOVISC.....	32	PALFORZIA	95
oseltamivir	88, 89	paliperidone.....	199, 200
OSENI.....	59	palonosetron.....	150, 151
OSENVLT	229	PALYNZIQ.....	95
osmitrol	134	PAMELOR.....	195
OSMITROL	134	pamidronate disodium	229
OSMOLEX.....	83	PANCREAZE	156
OSMOPREP	156	pancuronium	94
OSPHENA	223	PANDEL.....	214
OTEZLA.....	31	PANHEMATIN	220
OTOVEL.....	38	PANRETIN	81

Índice de medicamentos

pantoprazole.....	157, 158	PERIDEX.....	221
PANTOPRAZOLE.....	157	PERIKABIVEN.....	144
papaverine.....	113	perindopril.....	109
PARADIGM.....	176, 182	perit.....	148
PARAGARD.....	128	periton.dialysis.....	148
paregoric.....	150	PERJETA.....	75
PAREMYD.....	140	permethrin.....	81, 82
parenteral.....	144	perphenazine.....	195, 203
paricalcitol.....	223	perphenazine/amitriptyline hcl.....	195
PARICALCITOL.....	223	PERSERIS.....	200
PARLODEL.....	83	PERTZYE.....	156
PARNATE.....	191	PFIZER.....	95
paromomycin.....	65	PH 12 DILUENT FOR FLOLAN.....	224
paroxetine.....	192, 193, 225	PHARMABASE.....	211
PARSABIV.....	222	PHEBURANE.....	149, 223
PASER.....	41	phenazopyridine hcl.....	31
PATADAY.....	59	phenelzine.....	191
PATANASE.....	135	PHENERGAN.....	58
PATANOL.....	59	phenobarb/hyoscy/atropine/scop.....	153
PAXIL.....	193	phenobarbital.....	153, 203
PAZEO.....	59	phenobarbital-belladonna elixr.....	153
pazopanib.....	77	PHENOBARBITAL-BELLADONNA ELIXR.....	153
P-CARE.....	164	phenoxybenzamine.....	93
PCE.....	45	phentolamine.....	93
PEDIARIX.....	97	phenylephrine.....	57, 104, 105, 138
PEDITRACE.....	146	PHENYLEPHRINE.....	105
PEDVAXHIB.....	97	phenylephrine hcl/prometh hcl.....	57
peg3350/sod sulf, bicarb, cl/kcl.....	156	PHENYTEK.....	123
peg3350/sod sul/nacl/kcl/asb/c.....	156	phenytoin.....	121, 123
PEGANONE.....	123	PHESGO.....	75
PEGASYS.....	90	PHEXXI.....	126
PEGINTRON.....	90	PHOSLYRA.....	144
PEMAZYRE.....	77	PHOSPHOLINE.....	139
PEMRYDI.....	72	PHOTOFRIN.....	80
PENBRAYA.....	96	PHOXILLUM.....	148
penicillamine.....	31	PHYSICIANS EZ USE B-12.....	233
penicillin.....	46	PHYSIOLYTE.....	205
PENICILLIN.....	46	PHYSIOSOL.....	205
PENNSAID.....	206	physostigmine.....	91
PENTACEL.....	97	phytonadione.....	233
PENTAM.....	66	PHYTONADIONE.....	233
pentamidine isethionate.....	66	PIASKY.....	224
pentazocine hcl/naloxone hcl.....	25	PICATO.....	81
PENTETATE.....	227	PIFELTRO.....	86
pentobarbital.....	203	pilocarpine.....	95, 139
pentoxifylline.....	99	pimecrolimus.....	170
PEPAXTO.....	70	pimozide.....	199
PEPCID.....	154	pindolol.....	112
PERCOCET.....	23	pioglitazone.....	61, 62

Índice de medicamentos

pioglitazone hcl/glimepiride.....	61	praziquantel.....	65
pioglitazone hcl/metformin hcl.....	61	prazosin.....	93, 107
PIP.....	176, 180, 185	PR BENZOYL PEROXIDE.....	210
piperacillin sodium/tazobactam.....	46	PRECEDEX.....	204
PIPERACILLIN-TAZOBACTAM.....	46	PRECISION.....	129, 182
PIP GLUCOSE.....	176	PRECISIONGLIDE.....	179, 180
PIQRAY.....	77	PRECOSE.....	60
pirfenidone.....	224	PRED.....	137
piroxicam.....	33, 34	PRED FORTE.....	137
pitavastatin.....	115	PRED MILD.....	137
PITOCIN.....	166	prednicarbate.....	213, 214
PLAQUENIL.....	65	prednisolone.....	38, 137, 164
PLASMA.....	145	prednisone.....	164
PLAVIX.....	84	pregabalin.....	123
PLEGISOL.....	103	PREGNYL.....	168
PLEGRIDY.....	119	PREMARIN.....	162, 167
PLENAMINE.....	144	PREMPHASE.....	162
PLENVU.....	156	PREMPRO.....	162
PLIXDA.....	216	prenatal.....	189
PNEUMOVAX.....	96	PRENATAL.....	189
pnv.....	189	prenatal 12/iron/folic/dss/om3 (Obtrex Dha).....	189
POD-CARE.....	164	PREPIDIL.....	166
PODOCON.....	210	PREPOPIK.....	156
podofilox.....	210	PRESSURE.....	138, 139, 140, 185
POKONZA.....	147	PRESTALIA.....	106
POLIBAR.....	132	PRETOMANID.....	41
POLIVY.....	79	PREVACID.....	157, 158
POLOCAINE.....	29	PREVENT.....	180
polydimethylsiloxanes/silicon.....	211	PREVIDENT.....	142
POLY HUB.....	180	PREVNAR.....	96
polymyxin.....	37, 38, 39, 47, 205	PREVYMIS.....	89
POMALYST.....	75	PREZCOBIX.....	85
POMBILITI.....	226	PREZISTA.....	85
Ponvory.....	119	PRIALT.....	19
PORTRAZZA.....	75	PRIFTIN.....	41
posaconazole.....	55, 56	PRILOSEC.....	158
POSFREA.....	151	PRIMAXIN.....	41
potassium.....	22, 46, 110, 142, 145, 146, 147, 148, 215	primidone.....	123
POTASSIUM.....	103, 134, 135, 146, 147, 156	PRIMLEV.....	23
POTELIGEO.....	79	PRIMSOL.....	40
PRADAXA.....	54	PRINIVIL.....	109
PRALIDOXIME.....	224	PRISMASOL.....	148
PRALUENT.....	114	PRISTIQ.....	194, 195
pramipexole.....	82, 83	PRO.....	161, 164, 174, 178, 180, 183, 185, 187, 208, 209
PRAMOSONE.....	215	probenecid.....	34
prasugrel.....	84	probenecid/colchicine.....	34
PRAVACHOL.....	115	PROBUPHINE.....	230
pravastatin.....	115	procainamide.....	100
PRAXBIND.....	99	PROCALAMINE.....	144

Índice de medicamentos

PROCARDIA.....	102	PURE.....	180, 185, 208
PRO-C-DURE 5.....	164	PURIXAN.....	72
PRO-C-DURE 6.....	164	PUSH.....	185
prochlorperazine.....	150, 151	pyrazinamide.....	41
PROCORT.....	158	PYRIDIUM.....	31
PROCRT.....	125	pyridostigmine.....	91, 92
PROCTOFOAM-HC.....	158	PYRIDOSTIGMINE.....	92
PROCYSBI.....	231	pyridoxine.....	150
PRODIGY.....	176, 185	pyrimethamine.....	65
progesterone.....	167	PYZCHIVA.....	169
PROGLYCEM.....	142	Q	
PROGRAF.....	171	QALSODY.....	118
PROHANCE.....	131	QBRELIS.....	109
PROLASTIN.....	219	QBREXZA.....	212
PROLENSA.....	137	QDOLO.....	25
PROLEUKIN.....	80	QELBREE.....	190
PROLIA.....	229	QFITLIA.....	98
PROMACTA.....	126	QINLOCK.....	77
promethazine.....	58, 128, 129, 151	QLOSI.....	139
PROMETRIUM.....	167	QMIIZ ODT.....	34
PROMISEB.....	208	QNASL.....	136
propafenone.....	101	QTERN.....	61
propantheline bromide.....	149	QUADRACEL.....	97
proparacaine/fluorescein sod.....	138	QUADRAMET.....	221
proparacaine hcl.....	138	QUALAQUIN.....	65
propofol.....	27	QUARTETTE.....	127
PROPOFOL.....	27	quazepam.....	204
propranolol.....	111, 112	QUAZEPAM.....	204
propylthiouracil.....	217	QUDEXY.....	124
PROQUAD.....	97	QUELICIN.....	94
PROSCAR.....	231	QUESTRAN.....	116
PROSOL.....	144	quetiapine.....	200
PROSTASCINT.....	133	QUILLICHEW.....	198
PROSTIN.....	166	QUILLIVANT.....	198
protamine.....	98	quinapril.....	106, 107, 109
protectives2/ceramide 1, 3, 6-ii.....	211	quinapril/hydrochlorothiazide.....	107
PROTONIX.....	158	quinidine.....	101
PROTOPAM.....	224	quinine sulfate.....	65
PROTOPIC.....	170	QULIPTA.....	21
protriptyline.....	196	QUTENZA.....	209
PROVAYBLUE.....	223	QUVIVIQ.....	204
PROVERA.....	126, 166, 167	QUZYTIR.....	58
PROVIGIL.....	203	QVAR.....	36
PROVISC.....	141	R	
PROVOCHOLINE.....	131	rabeprazole.....	156, 158
PROZAC.....	193	RABEPRAZOLE.....	158
PSORCON.....	214	RADIAGEL.....	227
PULMICORT.....	36	RADIAPLEXRX.....	211
PULMOZYME.....	219	RADICAVA.....	118

Índice de medicamentos

RADICAVA ORS	118	RENFLXIS	67
RADIOGARDASE	227	REVELA	144
RAGWITEK	95	repaglinide	61, 62
raloxifene	229	REPATHA	114
ramelteon	204	REPLACEMENT PEDIATRIC MONITOR	176
ramipril	109	RESPA	128
RANEXA	100	RESTASIS	140
ranitidine	154	RESTIZAN	209
ranolazine	100	RESTORIL	204
RAPAFLO	231	RETACRIT	125
RAPAMUNE	171	RETAVASE	99
RAPIVAB	89	RETEVMO	77
RAPLIXA	99	RETIN-A	216
rasagiline	82, 83	RETROVIR	86
RASUVO	31	REVATIO	105
RAVICTI	149	REVCovi	226
RAYA	180	REVLIMID	75
RAYALDEE	223	REVUFORJ	77
RAYOS	164	REXTOVY	55
RAZADYNE	92	REXULTI	202
READI-CAT 2	132	REYATAZ	87
READYLANCE	185	REYVOW	21
READYSHARP BETAMETHASONE	164	REZDIFFRA	222
REBIF	119	REZIPRES	105
REBLOZYL	220	REZLIDHIA	79
RECARBRIO	41	REZUROCK	231
RECLAST	229	REZVOGLAR	59
RECOMBIVAX	97	R-GENE 10	132
RECORLEV	159	RHOGAM	95
RECOTHROM	99	RHOPHYLAC	95
RECTIV	156	RHOPRESSA	139
REFUAH	176	RIABNI	68
REGLAN	155	RIASTAP	98
REGRANEX	209	ribasphere	90
REGULAR	180	ribavirin	90
RELAGARD	64	RIDAURA	32
RELENZA	89	rifabutin	41
RELEXII	198	RIFADIN	41
RELIAMED	176, 185	RIFAMATE	41
RELISTOR	54	rifampin	41
RELPAK	21	RIFATER	41
RELTONE	153	RIGHTEST	176, 185
RELYVRIO	118	RILUTEK	118
REMERON	190	riluzole	118
REMICADE	67	rimantadine	88, 89
remifentanyl	24	RIMSO-50	26
REMODULIN	106, 224	ringer's solution	145, 205
RENACIDIN	148	RINVOQ	33
RENAGEL	144	RIOMET	60

Índice de medicamentos

risedronate sodium.....	229	sacubitril.....	108
RISPERDAL.....	200	SAF-CLENS AF.....	212
risperidone.....	200	SAFE-CLIP.....	176
RITALIN.....	198	SAFETY.....	177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187
ritonavir.....	87	SAFYRAL.....	127
RITUXAN.....	68	SAIZEN.....	165
rivastigmine.....	91, 92	SALAGEN.....	95
RIVFLOZA.....	227	SALICATE.....	210
rizatriptan benzoate.....	21	salicylic acid.....	210
ROBAXIN.....	189	SALIMEZ.....	210
ROBINUL.....	149	SALKERA.....	210
ROCALtrol.....	233	salsalate.....	31
ROCKLATAN.....	139	SALVAX.....	210
rocuronium.....	94	SAMSCA.....	133
roflumilast.....	37	SANCUSO.....	151
ROLVEDON.....	125	SANDIMMUNE.....	171
ROMIDEPSIN.....	69	SANDOSTATIN.....	167
ROMVIMZA.....	77	SANTYL.....	216
ropinirole.....	83	SAPHRIS.....	200
ropivacaine.....	29	sapropterin.....	228
ROPIVACAINE.....	29	SARAFEM.....	193
ROSANIL.....	52	SARCLISA.....	71
rosuvastatin.....	114, 115	SAVAYSA.....	52
Roszet.....	113	SAVELLA.....	230
ROTARIX.....	96	SCALACORT.....	214
ROTATEQ.....	96	SCSEMBLIX.....	77
ROWASA.....	153	SCLEROSOL.....	221
ROXICODONE.....	25	scopolamine.....	151
ROXYBOND.....	25	secobarbital.....	203
ROZEREM.....	204	SECUADO.....	200
ROZLYTREK.....	77	SECURESAFE.....	180, 182
RUBRACA.....	77	SEGLENTIS.....	23
RUCONEST.....	220	SEGLUROMET.....	62
rufinamide.....	121, 124	SELARSDI.....	170
RUKOBIA.....	85	selegiline.....	83
RUXIENCE.....	68	SELENIUS.....	146
RUZURGI.....	120	selenium.....	208
RYALTRIS.....	135	SELZENTRY.....	85
RYANODEX.....	189	SEMGLEE.....	64
RYBELSUS.....	59	SEN-SERTER.....	176
RYCLORA.....	58	SENSIPAR.....	222
RYDAPT.....	77	SENSORC.....	29, 30
RYTARY.....	83	sensorcaine.....	29, 30
RYTELO.....	77	SENSORCAINE.....	30
RYTHMOL.....	101	SENSORCN-MPF.....	30
RYVENT.....	58	SEREVENT DISKUS.....	35
RYZNEUTA.....	125	SERNIVO.....	214
S		SEROQUEL.....	200
SABRIL.....	124	SEROSTIM.....	165

Índice de medicamentos

sertraline.....	193	SODIUM HYALURONATE.....	32
sevelamer.....	144, 145	SODIUM OXYBATE.....	203
sevoflurane.....	26, 27	sodium tetradecyl sulfate.....	117
SEYSARA.....	49	sodium thiosulf.....	227
SFROWASA.....	153	sod phosphate, monobasic-dibas.....	146
SHINGRIX.....	97	sod, pot chlor/mag/sod, pot phos.....	205
SHORT BEVEL.....	180	SOFOSBUVIR-VELPATASVIR.....	89
SIGNIFOR.....	167	SOF-SENSOR.....	177
SIKLOS.....	99	SOFT TOUCH.....	186
sildenafil.....	105, 221, 222	SOGROYA.....	165
SILENOR.....	205	SOHONOS.....	228
silodosin.....	231	solifenacin.....	231, 232
SIL-SERTER.....	176	SOLQUA.....	59
SILVADENE.....	52	SOLIRIS.....	98
silver nitrate.....	210, 216	SOLODYN.....	49
silver sulfadiazine.....	52	SOLOSEC.....	39
SIMBRINZA.....	139	SOLOXIDE.....	49
SIMLANDI.....	67	SOLTAMOX.....	81
SIMPONI.....	67	SOLU-CORTEF.....	164
SIMULECT.....	170	SOLU-MEDROL.....	164
simvastatin.....	113, 115	SOLUS.....	177, 186
SIMVASTATIN.....	115	SOMA.....	189
SINEMET.....	83	SOMATULINE.....	167
SINGLE.....	44, 186, 208	SOMAVERT.....	222
SINGULAIR.....	37	SOOLANTRA.....	211
SINOGRAFIN.....	130	SORBITOL.....	205
SINUVA.....	136	SORIATANE.....	206
sirolimus.....	171	SORILUX.....	208
SIRTURO.....	41	sotalol.....	111, 112
SITAGLIPTIN.....	60, 61, 62	SOTALOL.....	112
SITAVIG.....	89	SOTRADECOL.....	117
SITZMARKS.....	132	SOTYKU.....	206
SIVEXTRO.....	45	SOTYLIZE.....	112
SKELAXIN.....	189	SOVALDI.....	89
SKLICE.....	82	SPECIALTY.....	180
SKYCLARYS.....	227	SPEVIGO.....	206
SKYLA.....	128	SPIKEVAX.....	95
SKYRIZI.....	206	spinosad.....	81, 82
SKYTROFA.....	165	SPINRAZA.....	225
SLYND.....	127	SPIRIVA RESPIMAT.....	35
SMART.....	174, 184, 186	spironolact/hydrochlorothiazid.....	135
SMARTDIABETES.....	176	spironolactone.....	134, 135
SMARTEST.....	177, 186	SPORANOX.....	56
SMOFLIPID.....	155	SPRAVATO.....	190
sodium chloride/nahco3/kcl/peg.....	156	SPRITAM.....	124
SODIUM CITRATE.....	52	SPRIX.....	22
SODIUM DIURIL.....	135	SPRYCEL.....	77
SODIUM EDECRIN.....	134	sps.....	145
sodium fluoride/potassium nit.....	142	SSKI.....	145

Índice de medicamentos

STALEVO.....	83	SUPRANE.....	27
STARLIX.....	61	SUPRAX.....	43
stavudine.....	86	SUPREP.....	156
STEGLATRO.....	60	SURE.....	177, 180, 182, 186, 208
STEGLUJAN.....	61	SURE COMFORT.....	177, 180, 182
STELARA.....	170	SUREFLEX.....	177
STENDRA.....	222	SURE-JECT.....	182
STEQEYMA.....	170	SURE-PEN.....	177
STERILANCE.....	186	SURE-TEST.....	177
STERILE.....	27, 42, 91, 186, 221	SURGIFOAM.....	99
STERITALC.....	221	SURGISEAL.....	211
STIMATE.....	161	SURVANTA.....	219
STIMUFEND.....	126	SUSTIVA.....	86
STIOLTO RESPIMAT.....	36	SUSTOL.....	151
STIVARGA.....	77	SUTAB.....	156
STOBOCLO.....	229	SUTENT.....	77
STRATTERA.....	198	SWABFLUSH.....	147
STRENSIQ.....	225	SYFOVRE.....	141
STREPTOMYCIN SULFATE.....	39	SYLVANT.....	78
STRIBILD.....	88	SYMAX.....	153
STRIVERDI.....	35	SYMBICORT.....	36
STROMECTOL.....	65	SYMBRAVO.....	21
strontium-89 chloride.....	221	SYMBYAX.....	203
SUBLOCADE.....	230	SYMDEKO.....	219
SUBOXONE.....	230	SYMFI.....	87, 88
SUBSYS.....	25	SYMJEPI.....	91
succinylcholine.....	94	SYMLINPEN.....	60
SUCCINYLCHOLINE.....	94	SYMPAZAN.....	120
SUCRAID.....	154	SYMPROIC.....	54
sucralfate.....	151	SYMTUZA.....	85
sufentanil.....	24	SYNAGIS.....	88
SUFLAVE.....	156	SYNALAR.....	51, 214, 215
SULAR.....	102	SYNAREL.....	165
SULCONAZOLE.....	57	SYNDROS.....	150
sulfacetamide.....	38, 52, 207, 208	SYNERA.....	30
sulfact sod/sulur/avob/otn/oct.....	52	SYNERCID.....	48
sulfadiazine.....	39, 52	SYNJARDY.....	62
sulfamethoxazole.....	39	SYNOJOYNT.....	32
sulfamethoxazole/trimethoprim.....	39	SYNTHROID.....	218
SULFAMYLON.....	52	SYNVISC.....	32
sulfasalazine.....	153, 154	SYPRINE.....	227
sulindac.....	34	SYRINGE AVITENE.....	99
sumatriptan.....	20, 21	T	
SUMAVEL.....	21	TABLOID.....	72
SUNLENCA.....	84	TABRECTA.....	77
SUNOSI.....	203	TACHOSIL.....	99
SUPARTZ FX.....	32	TACLONEX.....	216
SUPER.....	184, 186	tacrolimus.....	170, 171
SUPPRELIN.....	166	tadalafil.....	105, 221, 222

Índice de medicamentos

TADLIQ.....	105	TEMOVATE.....	215
TAFINLAR.....	72	temozolomide.....	70
TAGITOL.....	132	temsirolimus.....	73
TAGRISSO.....	77	TENIVAC.....	97
TAKHZYRO.....	95	tenofovir.....	85, 86
TALICIA.....	152	TENORETIC.....	112
TALTZ.....	206	TENORMIN.....	112
TALZENNA.....	77	TEPADINA.....	70
TAMIFLU.....	89	TEPEZZA.....	222
tamoxifen.....	81	TEPMETKO.....	78
tamsulosin.....	231	terazosin.....	107
TAPAZOLE.....	217	terbinafine.....	56
TAPERDEX.....	164	terconazole.....	55
TARCEVA.....	77	teriflunomide.....	119
TARGADOX.....	49	teriparatide.....	222
TARGRETIN.....	68, 81	TERSI.....	208
TARKA.....	106	TERUMO.....	180, 182
TARPEYO.....	159	TESSALON.....	128
TASIGNA.....	78	TESTIM.....	160
tasimelteon.....	204	TESTOPEL.....	160
TASMAR.....	83	testosterone.....	159, 160, 161
tavaborole.....	57	TESTOSTERONE.....	159, 160
TAVALISSE.....	220	TESTRED.....	160
TAVNEOS.....	98	tetrabenazine.....	118
TAXOTERE.....	80	tetracaine.....	30, 138
TAYTULLA.....	127	tetracycline.....	49, 151, 152
tazarotene.....	208	TETRAVISC.....	138
TAZAROTENE.....	217	TEVIMBRA.....	78
TAZORAC.....	208	TEXACORT.....	215
TAZVERIK.....	73	TEZRULY.....	93
TC99M.....	130, 131	THALITONE.....	135
TC99M MEBROFENIN PREP.....	130	THALLOUS.....	130
TDVAX.....	97	THALOMID.....	40
TECENTRIQ.....	80	THAM.....	143
TECFIDERA.....	119	THEO-24.....	37
TECHLITE.....	180, 182, 186	theophylline.....	37
TECHNELITE.....	228	thiamine.....	233
TEFLARO.....	43	THIN.....	132, 178, 179, 180, 181, 183, 184, 185, 186, 187
TEGRETOL.....	124	THINPRO.....	182
TEGSEDI.....	223	thioridazine.....	203
TEKTURN.....	113	thiotepa.....	70
TELCARE.....	177, 186	thiothixene.....	202
telmisartan.....	108, 109, 110	THROMBI-GEL.....	99
telmisartan-amlodipine.....	109	THROMBIN-JMI.....	99
telmisartan-hctz.....	108	THROMBI-PAD.....	99
temazepam.....	204	THYQUIDITY.....	218
TEMIXYS.....	85	THYROGEN.....	217
TEMODAR.....	70	thyroid.....	218
		THYROLAR.....	218

Índice de medicamentos

tiagabine.....	124	TOTECT.....	221
TIAZAC.....	102	TOUJEO.....	64
TIBSOVO.....	79	TOVIAZ.....	232
ticlopidine.....	84	TPN.....	145
TIGAN.....	151	TRACLEER.....	105
tigecycline.....	43	TRADJENTA.....	60
TIGLUTIK.....	118	TRALEMENT.....	146
TIKOSYN.....	101	TRAMADOL.....	26
timolol.....	112, 139	tramadol er.....	25, 26
TIMOPTIC.....	139	tramadol hcl.....	23, 26
TINDAMAX.....	64	TRAMADOL HCL.....	26
tinidazole.....	64, 65	tramadol hcl/acetaminophen.....	23
tiopronin.....	225	trandolapril.....	106, 109
tirofiban.....	84	trandolapril/verapamil hcl.....	106
TIROSINT.....	218	tranexamic.....	97, 98
TISSEEL.....	211	TRANEXAMIC.....	98
TIVICAY.....	87	TRANSDERM-SCOP.....	151
tizanidine.....	189	TRANSFER.....	87, 180
TLANDO.....	160	TRANXENE.....	190
TNKASE.....	99	tranylcypromine.....	191
TOBI.....	39	TRAVATAN.....	139
TOBRADEX.....	38	travoprost.....	139
TOBRADEX EYE DROPS.....	38	TRAZIMERA.....	75
tobramycin.....	38, 39, 40	trazodone.....	193
TOBRAMYCIN.....	39	TREANDA.....	70
tobramycin/dexamethasone.....	38	TRECTOR.....	41
TOBREX.....	39	TRELEGY ELLIPTA.....	36
TOFIDENCE.....	169	TRELSTAR.....	75
TOLAK.....	81	TREMFYA.....	206
tolbutamide.....	61	treprostinil.....	106, 224
tolcapone.....	83	TRESIBA.....	64
TOLECTIN.....	34	tretinoin.....	80, 207, 216, 217
tolmetin sodium.....	34	TRETIN-X.....	217
TOLSURA.....	56	TRETTEN.....	98
tolterodine.....	232	TREXALL.....	72
tolvaptan.....	133	TREXIMET.....	21
TOLVAPTAN.....	133	TREZIX.....	24
TOPAMAX.....	124	triamcinolone.....	164, 165, 214, 215, 221
TOPCARE.....	180, 182, 186	triamterene.....	134, 135
TOPICORT.....	215	triazolam.....	204
topiramate.....	124	TRIBENZOR.....	108
TOPIRAMATE.....	124	trichloroacetic.....	212
topotecan.....	74	TRICHLOROACETIC.....	212
TOPROL.....	112	TRICITRASOL.....	52
toremifene.....	80, 81	TRICOR.....	117
TORISEL.....	73	TRIDESILON.....	215
torseamide.....	134	trientine.....	227
TOSYMRA.....	21	TRIESENCE.....	137
TOTALVISC.....	141	trifluoperazine.....	203

Índice de medicamentos

trifluridine	88	TYENNE	169
TRIGLIDE	117	TYGACIL	43
trihexyphenidyl	82	TYKERB	78
TRIJARDY	62	TYMLOS	168
TRIKAFTA	219	TYRVAYA	227
TRILEPTAL	124	TYSABRI	228
TRILIPIX	117	TYVASO	106
TRILURON	32	U	
trimethobenzamide	151	UBRELVY	21
trimethoprim	39, 40	UCERIS	159, 165
TRIMO-SAN	64	UDENYCA	126
TRINTELLIX	195	UKONIQ	78
TRIOSTAT	218	ULESFIA	82
TRIPTODUR	166	ULORIC	32
TRISENOX	80	ULTANE	27
TRIUMEQ	85	ULTICARE	180, 182
TRIVISC	32	ULTIGUARD	180, 182
TRIZIVIR	85	ULTI-LANCE	177
TRODELVY	79	ULTILET	180, 182, 186, 209
TROGARZO	84	ULTIVA	24
TROKENDI	124	ULTOMIRIS	98
TROPHAMINE	144	ULTRA	35, 95, 176, 178, 179, 181, 182, 183, 184, 186, 187, 206
tropicamide	140	ULTRACARE	181, 183
TROPICAMIDE	140	ULTRACET	23
tropium	232	ULTRA COMFORT	182
TRUDHESA	21	ULTRA-FINE	181
TRUE	177, 180, 182, 186, 208, 209	ULTRA FLO	181, 183
TRUE COMFORT	180, 182	ULTRAFOAM	99
TRUECONTROL	177	ULTRALANCE	187
TRUEDRAW	177	ULTRAM	26
TRUEPLUS	180, 182, 186	ULTRA-THIN	178, 179, 181, 183, 187
TRULANCE	154	ULTRATLC	187
TRULICITY	59	ULTRATRAK	129, 177
TRUMENBA	96	ULTRAVATE	215
TRUQAP	77	ULTRAVIST	130
TRUSOPT	139	UMECLIDINIUM	36
TRUVADA	85	UNASYN	46
TRUXIMA	68	UNDECATREX	160
TRYNGOLZA	114	UNIFINE	178, 179, 181
TUKYSA	78	UNILET	183, 184, 187
TURALIO	78	UNISTIK	177, 184, 187
TUSSICAPS	129	UNISTRIP	177
TUXARIN	129	UNITUXIN	79
TUZISTRA	129	UNIVERSAL	184, 187
TWINRIX	97	UPLIZNA	169
TWIRLA	128	UPNEEQ	138
TWIST	183, 184, 185, 186, 211	UPTRAVI	106
TYBLUME	128	URAMAXIN	210
TYBOST	218	urea	52, 66, 210, 211

Índice de medicamentos

UROCIT-K.....	148	VEGZELMA.....	68
UROQID.....	148	VELCADE.....	78
UROXATRAL.....	231	VELETRI.....	106
URSO.....	153	VELPHORO.....	145
ursodiol.....	153	VELSIPITY.....	120
USTEKINUMAB.....	170, 269	VELTASSA.....	145
UTA.....	40	VELTIN.....	207
UVADEX.....	80	VEMLIDY.....	90
V		VENCLEXTA.....	78
VABOMERE.....	41	VENELEX.....	230
VAGIFEM.....	167	venlafaxine.....	194, 195
valacyclovir.....	89	VENTAVIS.....	106
VALCHLOR.....	81	VEOPOZ.....	224
VALCYTE.....	89	VEOZAH.....	225
valganciclovir.....	89	verapamil.....	101, 103, 106
VALIUM.....	190	VERASENS.....	177
valproic.....	124	VERDESO.....	215
valrubicin.....	68	VEREGEN.....	90
valsartan.....	108, 109, 110	VERELAN.....	103
VALSARTAN.....	110	VERIFINE.....	181, 183, 187
valsartan/hydrochlorothiazide.....	108	VERKAZIA.....	140
VALSTAR.....	68	VERQUVO.....	105
VALTOCO.....	120	VERSACLOZ.....	200
VALTrex.....	89	VERZENIO.....	78
VANATOL.....	19	VESICARE.....	232
VANOCOCIN.....	50	VEVYE.....	140
vancomycin.....	50	VFEND.....	56
VANCOMYCIN.....	50	V-GO.....	177
VANFLYTA.....	78	VIAGRA.....	222
VANISHPOINT.....	183	VIBATIV.....	44
VANOS.....	215	VIBERZI.....	154
VANRAFIA.....	231	VIBRAMYCIN.....	49
VAPRISOL.....	133	VICTOZA.....	59
varденаfil.....	221, 222	VIDAZA.....	72
varenicline.....	217	VIDEX.....	86
VARIBAR.....	132	vigabatrin.....	124
VARIVAX.....	97	VIGAMOX.....	39
VARUBI.....	151	VIIBRYD.....	195
VASCEPA.....	148	VIJOICE.....	219
VASERETIC.....	107	VILTEPSO.....	225
vasopressin.....	161	VIMIZIM.....	226
VASOPRESSIN.....	161	VIMPAT.....	124, 125
VASOSTRICT.....	161	vinblastine.....	74
VASOTEC.....	109	vincristine.....	74
VAXELIS.....	97	vinorelbine.....	74
VAZCULEP.....	105	VIOKACE.....	156
VECAMYL.....	110	VIRACEPT.....	87
VECTIBIX.....	75	VIRAMUNE.....	86
VECTICAL.....	208	VIREAD.....	86

Índice de medicamentos

VISCO-3.....	32
VISCOAT.....	141
VISIONBLUE.....	141
VISIPAQUE.....	130
VISTARIL.....	58
VISTOGARD.....	220
VISUDYNE.....	222
VITAFOL.....	189
VITALIPID.....	233
vitamins b1, b2, b3, b5, and b6.....	233
vite ac/grape/hyaluronic acid.....	209
VITLIPID.....	233
VITRAKVI.....	78
VITRASE.....	216
VIVAGUARD.....	177, 187
VIVELLE-DOT.....	162
VIVITROL.....	224
VIVJOA.....	56
VIZAMYL.....	131
VIZIMPRO.....	78
VOGELXO.....	160
VOLTAREN.....	206
VOQUEZNA.....	152, 156
VOQUEZNA TRIPLE PAK.....	152
VORAXAZE.....	220
voriconazole.....	56
VOSEVI.....	89
VOTRIENT.....	78
VOXZOGO.....	227
VOYDEYA.....	224
VPRIV.....	226
VRAYLAR.....	201
VTOL.....	19
VUITY.....	139
VUMERITY.....	120
VUSION.....	57
VYALEV.....	83
VYEPTI.....	21
VYKAT.....	228
VYLEESI.....	198
VYLOY.....	79
VYNDAMAX.....	228
VYNDAQEL.....	228
VYONDYS.....	225
VYTORIN.....	113
VYVANSE.....	196
VYXEOS.....	71
VYZULTA.....	139

W

WAINUA.....	223
warfarin.....	52
water.....	143, 146, 147, 205, 228, 229
WAVESENSE.....	177
WELCHOL.....	116
WELLBUTRIN.....	191
WIDE SEAL DIAPHRAGM.....	128
WINLEVI.....	212
WINREVAIR.....	105
WINRHO.....	95
WP THYROID.....	218
WYNZORA.....	216
WYOST.....	169

X

XACIATO.....	50
XADAGO.....	83
XALATAN.....	139
XALKORI.....	78
XANAX.....	190
XARELTO.....	52
XATMEP.....	72
XCLAIR.....	209
XCOPRI.....	125
XDEMVY.....	81
XELJANZ.....	33
XELODA.....	72
XELPROS.....	140
XELSTRYM.....	93
XENAZINE.....	118
XENLETA.....	47
XEPI.....	51
XERAVA.....	49
XERMELO.....	149
XGEVA.....	229
XHANCE.....	136
XIAFLEX.....	230
XIFAXAN.....	48
XIGDUO.....	62
XIIDRA.....	140
XIMINO.....	49
XOFIGO.....	221
XOFLUZA.....	89
XOLAIR.....	37
XOLEGEL.....	57
XOLREMDI.....	126
XOPENEX.....	35
XOSPATA.....	78
XPHOZAH.....	145
XPOVIO.....	80

Índice de medicamentos

XROMI	99	ZEPOSIA.....	120
XTAMPZA ER	26	ZEPZELCA.....	70
XTANDI.....	70	ZERBAXA	43
XULTOPHY	59	ZERVIAE	59
XUREA	211	ZESTORETIC	107
XURIDEN.....	143	ZESTRIL.....	109
XYLOCAINE.....	30, 101	ZETIA	117
XYOSTED	160	ZETONNA.....	136
XYREM.....	203	ZEVALIN.....	79
XYWAV	203	ZIAC	112
Y		ZIAGEN	86
YALE	181	ZIANA.....	207
YASMIN	128	zidovudine	85, 86
YAZ	128	ZIEXTENZO.....	126
YERVOY	80	ZIIHERA	79
YESINTEK.....	170	ZILBRYSQ.....	224
YONDELIS	70	zileuton	35
YONSA	70	ZILRETTA	165
YOSPRALA.....	84	ZILXI	51
YUFLYMA.....	67	ZIMHI.....	55
YUSIMRY	67	ZINACEF.....	42
YUTREPIA.....	106	zinc	147, 211
Z		ZINC.....	57, 147, 227
zafirlukast.....	37	ZINECARD	220
zaleplon.....	205	ZINGO	30
ZALTRAP	74	ZIOPTAN	140
ZANAFLEX	189	ziprasidone.....	199, 200
ZANOSAR	68	ZIPSOR.....	22
ZANTAC	154	ZIRABEV	69
ZARONTIN	125	ZIRGAN	88
ZARXIO	126	ZITHROMAX	45
ZAVAPRET.....	21	ZITUVIO	60
ZAVESCA	225	ZOCOR.....	115
ZCORT	165	ZOFRAN	151
Zegalogue	142	ZOHYDRO ER	26
ZEGERID.....	158	ZOKINVY.....	219
ZEJULA	78	ZOLADEX	75
ZELAPAR.....	83	zoledronic acid.....	229
ZELBORAF	72	zoledronic acid/mannitol-water	229
ZELNORM.....	155	ZOLINZA	69
ZELSUVMI	215	zolmitriptan	21, 22
ZEMAIRA	219	ZOLMITRIPTAN.....	21
ZEMBRACE	21	ZOLOFT	193
ZEMDRI.....	40	zolpidem	204, 205
ZEMPLAR.....	223	ZOLPIMIST.....	205
ZENATANE	207	ZOMACTON.....	165
ZENPEP	156	ZOMIG	22
ZENZEDI.....	93	ZONACORT.....	165
ZEPATIER.....	90	ZONALON.....	207

Índice de medicamentos

ZONEGRAN	125
ZONISADE	125
zonisamide	125
ZONTIVITY	84
ZORTRESS	171
ZORYVE	208
ZOSTAVAX	97
ZOSYN	46, 47
ZOVIRAX	89
ZTLIDO	30
ZUBSOLV	230
ZUNVEYL	92
ZURZUVAE	190
ZYCLARA	209
ZYDELIG	78
ZYKADIA	78
ZYLET	38
ZYLOPRIM	32
ZYNYZ	72
ZYPITAMAG	115
ZYPREXA	200, 201
ZYTIGA	70
ZYVOX	45, 46

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

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



1. Se aplican los términos de la aplicación/tienda en línea y los cargos de las compañías de telefonía celular/uso de datos. Los clientes menores de 13 años no podrán registrarse en myCigna.com (así como tampoco sus padres o tutores).
2. 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.

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

Los productos y servicios de Cigna Healthcare se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de The Cigna Group.

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 ayudarle.

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 1-800-244-6224 (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 1-800-244-6224 (TTY: Marque 711) o hable con su proveedor.

Chinese – 注意: 如果您讲中文, 我们提供免费的语言援助服务。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 1-800-244-6224 (TTY: 拨打 711) 或与您的服务提供者联系。

Vietnamese – XIN LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Viet, 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 1-800-244-6224 (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. 1-800-244-6224 (TTY: 711 로 전화) 로 전화하시거나 제공자에게 문의하십시오.

Tagalog – PAUNAWA: Kung ikaw ay nagsasalita ng Tagalog, ang mga libreng serbisyo ng tulong sa wika ay magagamit para sa iyo. Ang mga angkop na pantulong na kagamitan at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format ay magagamit din ng libre. Tumawag sa 1-800-244-6224 (TTY: Tumawag sa 711) o makipag-usap sa iyong 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 1-800-244-6224 (TTY: Наберите 711) или обратитесь к вашему провайдеру.

Arabic - تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر أيضًا مساعدات قابلة للوصول إليها، وذلك مجانًا. اتصل بالرقم 1-800-244-6224 (TTY: اطلب 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك (اطلب 711).

French Creole – ATANSYON: Si ou pale Kreyòl Ayisyen, sèvis asistans lang gratis yo disponib pou ou. Ekipman ak sèvis adisyonèl ki apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm ki aksesib yo disponib tou gratis. Rele 1-800-244-6224 (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 1-800-244-6224 (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 1-800-244-6224 (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 1-800-244-6224 (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。1-800-244-6224 (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 1-800-244-6224 (TTY: comporre il 711) o parla con il tuo fornitore.

German – Achtung: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Geeignete Hilfsmittel und Dienste, um Informationen in barrierefreien Formaten bereitzustellen, sind ebenfalls kostenlos verfügbar. Rufen Sie 1-800-244-6224 an (TTY: Wählen Sie 711) oder sprechen Sie mit Ihrem Anbieter.

Persian (Farsi) - همچنین، وسایل و خدمات کمکی مناسب برای در دسترس است. خدمات رایگان کمک زبان برای شما صحبت می‌کنند، توجه: اگر به فارسی تماس بگیرید یا با (شماره 711 را بگیرید: TTY) ارائه اطلاعات در قالبهای قابل دسترس به صورت رایگان در دسترس هستند. با شماره 1-800-244-6224 ارائه‌دهنده خود صحبت کنید