



Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) 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/druglist**

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

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

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



¿Qué encontrará adentro?	Página
Información sobre esta Lista de medicamentos	3
• Preguntas frecuentes	3
• Palabras que quizás necesite conocer	10
• Acerca de esta Lista de medicamentos	12
• Cómo leer esta Lista de medicamentos	12
• Cómo encontrar su medicamento	15
Lista de medicamentos con receta	18
Exclusiones y limitaciones de la cobertura	182
Índice de medicamentos	183

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

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

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

¿Tiene preguntas?

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

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

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

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes

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

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

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

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

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

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

R. 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.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

P. ¿Qué tipos de medicamentos generalmente necesitan aprobación?

R. Medicamentos que:

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

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

R. Medicamentos que:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

su medicamento, no podemos limitar ni excluir la cobertura para ese medicamento si su médico se lo sigue recetando para tratar su condición (siempre y cuando el medicamento se recete adecuadamente y sea seguro y eficaz para tratar su condición).

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

R. Si su médico considera que su medicamento es necesario para su tratamiento y que una alternativa no es adecuada para usted, su médico podrá pedirnos que evaluemos la posibilidad de aprobar la cobertura de su medicamento. Pídale al personal del consultorio de su médico que se 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.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

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

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

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

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

R. Cuando su farmacéutico trate de despacharle la receta, verá que el medicamento necesita nuestra aprobación para tener cobertura. Como usted no obtuvo la aprobación de antemano, su plan no cubrirá el costo. En ese caso, pídale a su médico que se 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 nutricional prenatal (cuando una persona embarazada no recibe una cantidad suficiente

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

de los nutrientes que necesita) y derrame cerebral. Estos medicamentos mejoran sus probabilidades de mantenerse saludable y vivir más tiempo.

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

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

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

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

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

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

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

los mismos resultados clínicos y beneficios de tratamiento. No hay diferencias clínicas en cuanto a su seguridad ni a cómo actúan. Además, suelen costar menos.⁴

P. ¿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).

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

- Maneje y haga el seguimiento de sus medicamentos en línea.

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

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

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

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

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

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

Es posible que también pueda usar Accredo para despachar su receta; ellos tienen acceso a la mayoría de los medicamentos de especialidad.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 (Standard) 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 (Standard) de 3 niveles de Cigna Healthcare.*

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

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

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

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

Nombre del medicamento con receta es el nombre del medicamento.

Los medicamentos están enumerados en orden **alfabético (de la A a la Z)** dentro de cada columna (según el inglés).

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

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

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Cómo encontrar su medicamento

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

Condición	Página	Condición	Página
Analgésicos (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	19-23	Agentes inhibidores del factor de necrosis tumoral antiinflamatorios (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	53, 54
Analgésicos (condiciones urinarias)	24	Antineoplásicos (cáncer)	55-61
Anestésicos (varios)	24	Antineoplásicos (condiciones cutáneas)	61, 62
Anestésicos (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	24	Medicamentos contra la obesidad (control del peso)	62
Anestésicos (condiciones urinarias)	24	Antiparasitarios (infecciones)	63
Antialérgicos (alergia y rociadores nasales)	24, 25	Medicamentos antiparkinsonianos (enfermedad de Parkinson)	63-65
Antiartríticos (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	25-27	Medicamentos antiplaquetarios (diluyentes de la sangre/anticoagulantes)	65
Antiasmáticos (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	27-30	Antivíricos (SIDA/VIH)	66-69
Antibióticos (alergia/rociadores nasales)	30	Antivíricos (condiciones oculares)	68
Antibióticos (medicamentos para los oídos)	30, 31	Antivíricos (infecciones)	69-71
Antibióticos (condiciones oculares)	31, 32	Antivíricos (condiciones cutáneas)	71, 72
Antibióticos (infecciones)	32-39	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (alergia/rociadores nasales)	72
Antibióticos (condiciones cutáneas)	39, 40	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (enfermedad de Alzheimer)	72, 73
Anticoagulantes (diluyentes de la sangre/ anticoagulantes)	40-42	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (trastorno de déficit de atención e hiperactividad)	73, 74
Antídotos (condiciones gastrointestinales/ pirosis)	42	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	74
Antídotos (abuso de sustancias)	42	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (condiciones urinarias)	74
Antimicóticos (condiciones oculares)	42	Productos biológicos (alergia/rociadores nasales)	74
Antimicóticos (productos femeninos)	42	Productos biológicos (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	75
Antimicóticos (infecciones)	42, 43	Productos biológicos (varios)	75
Antimicóticos (condiciones cutáneas)	43, 44	Productos biológicos (vacunas)	75-77
Antihistamínicos y descongestivos combinados (alergia/rociadores nasales)	45	Sangre (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)	77, 78
Antihistamínicos (alergia/rociadores nasales)	45	Sangre (diluyentes de la sangre/ anticoagulantes)	78
Antihistamínicos (condiciones oculares)	45, 46		
Antihiper glucémicos (diabetes)	46-51		
Antiinfecciosos (productos femeninos)	51		
Antiinfecciosos (infecciones)	51		
Antiinfecciosos/Varios (productos femeninos)	51		
Antiinfecciosos/Varios (infecciones)	51-53		
Antiinfecciosos/Varios (condiciones cutáneas)	53		

Información sobre esta Lista de medicamentos

Cómo encontrar su medicamento (cont.)

Condición	Página	Condición	Página
Medicamentos para enfermedades cardíacas (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	78-81	Elect./calóricos/H2O (productos dentales)	III
Cardiovasculares (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	81, 82	Elect./calóricos/H2O (diabetes)	II2
Cardiovasculares (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	82-88	Elect./calóricos/H2O (varios)	II2
Cardiovasculares (medicamentos para el colesterol)	88-92	Elect./calóricos/H2O (nutritivos/alimenticios)	II2, II3
CARDIOVASCULARES (Varios)	92	Elect./calóricos/H2O (condiciones urinarias)	II3, II4
Medicamentos para el sistema nervioso central (enfermedad de Alzheimer)	92, 93	Gastrointestinales (medicamentos para el colesterol)	II4
Medicamentos para el sistema nervioso central (varios)	93	Gastrointestinales (condiciones gastrointestinales/pirosis)	II4-122
Medicamentos para el sistema nervioso central (esclerosis múltiple)	93, 94	Gastrointestinales (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	122
Medicamentos para el sistema nervioso central (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	94	FACTORES DE CRECIMIENTO HEMATOPOYÉTICOS (Varios)	122
Medicamentos para el sistema nervioso central (trastornos convulsivos)	95-99	Hormonas (agentes hormonales)	122-129
Medicamentos para el sistema nervioso central (trastornos del sueño/sedantes)	99	Hormonas (infertilidad)	129, 130
Factores estimulantes de colonias (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)	99, 100	Hormonas (varias)	130
Anticonceptivos (productos anticonceptivos)	100-102	Hormonas (productos para la osteoporosis)	130
Preparaciones para la tos/el resfrío (alergia/rociadores nasales)	102	Inmunosupresores (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	130, 131
Preparaciones para la tos/el resfrío (medicamentos para la tos/el resfrío)	102, 103	Inmunosupresores (condiciones cutáneas)	131
Antagonista del receptor de quimiocinas CXCR4	103	Inmunosupresores (medicamentos para trasplante)	131, 132
Diagnóstico (diabetes)	103	Dispositivos y suministros médicos varios, no farmacológicos (diabetes)	132-141
Diagnóstico (varios)	103, 104	Dispositivos y suministros médicos varios, no farmacológicos (varios)	141, 142
Diuréticos (diuréticos)	104-106	Relajantes musculares (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	142-144
Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (alergia/rociadores nasales)	106	Vitaminas prenatales (nutritivas/alimenticias)	144
Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (medicamentos para los oídos)	107	Medicamentos psicoterapéuticos (ansiedad/depresión/trastorno bipolar)	144-150
Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (condiciones oculares)	107-III	Medicamentos psicoterapéuticos (trastorno de déficit de atención e hiperactividad)	150-153
Elect./calóricos/H2O (medicamentos para el colesterol)	III	Medicamentos psicoterapéuticos (varios)	154
		Medicamentos psicoterapéuticos (esquizofrenia/antipsicóticos)	154-157
		Medicamentos psicoterapéuticos (trastornos del sueño/sedantes)	157, 158
		Preparaciones cutáneas (varias)	158, 159

Información sobre esta Lista de medicamentos

Cómo encontrar su medicamento (cont.)

Condición	Página	Condición	Página
Preparaciones cutáneas (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	159, 160	Productos farmacológicos no clasificados (agentes hormonales)	173
Preparaciones cutáneas (condiciones cutáneas)	160-169	Productos farmacológicos no clasificados (varios)	173-176
Agentes para dejar de fumar (productos para dejar de fumar)	169	Productos farmacológicos no clasificados (nutritivos/alimenticios)	176
Preparaciones para la tiroides (agentes hormonales)	170	Productos farmacológicos no clasificados (productos para la osteoporosis)	176
Productos farmacológicos no clasificados (SIDA/VIH)	171	Productos farmacológicos no clasificados (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	177
Productos farmacológicos no clasificados (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	171	Productos farmacológicos no clasificados (trastornos convulsivos)	177
Productos farmacológicos no clasificados (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)	171, 172	Productos farmacológicos no clasificados (condiciones cutáneas)	177
Productos farmacológicos no clasificados (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	172	Productos farmacológicos no clasificados (abuso de sustancias)	177
Productos farmacológicos no clasificados (cáncer)	172	Productos farmacológicos no clasificados (medicamentos para trasplante)	177
Productos farmacológicos no clasificados (productos dentales)	172	Productos farmacológicos no clasificados (condiciones urinarias)	177-179
Productos farmacológicos no clasificados (disfunción eréctil)	172	Productos farmacológicos no clasificados (control del peso)	179
Productos farmacológicos no clasificados (condiciones gastrointestinales/pirosis)	173	Vitaminas (nutritivas/alimenticias)	179, 180

Lista de medicamentos con receta

ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS Y BARBITÚRICOS		
<i>butalbital/acetaminophen</i>	T1	
ANALGÉSICOS, COMB. DE SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
<i>butalb-aspirin-caffe 50-325-40</i>	T1	QL (6 tabs/day)
<i>butalbital-asa-cafeine cap (Fiorinal)</i>	T1	QL (6 caps/day)
<i>FIORINAL (butalbital-aspirin-cafeine)</i>	T3	QL (6 caps/day)
ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
<i>butalb/acetaminophen/cafeine</i>	T3	
<i>butalb-acetamin-caff 50-300-40 (Fioricet)</i>	T1	QL (6 caps/day)
<i>butalb-acetamin-caff 50-325-40</i>	T1	QL (6 tabs/day)
ESGIC (butalbital-acetaminophen-caffe)	T3	PA QL (6 tabs/day)
ESGIC CAPSULE (zebutal)	T3	PA QL (6 caps/day)
FIORICET (phrenilin forte)	T3	PA QL (6 caps/day)
ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS, SALICILATOS		
choline salicyl/mag salicylate	T1	HD
diflunisal	T1	HD
PREPARACIONES ANTIMIGRAÑOSAS		
AIMOVIG AUTOINJECTOR	T2	PA
AJOVY AUTOINJECTOR	T2	PA
AJOVY SYRINGE	T2	PA
almotriptan malate	T1	QL (12 tabs/30 days)
CAFERGOT (ergotamine-cafeine)	T3	QL (40 tabs/28 days)
<i>dihydroergotamine 1 mg/ml amp</i>	T1	QL (10 amps/30 days)
<i>eletriptan hydrobromide</i>	T1	QL (6 tabs/30 days)
EMGALITY PEN	T2	PA
EMGALITY SYRINGE	T2	PA
<i>ergotamine tartrate/cafeine</i>	T1	
<i>ergotamine tartrate/cafeine (Cafergot)</i>	T1	QL (40 tabs/28 days)
<i>frovatriptan succinate</i>	T1	QL (18 tabs/30 days)
<i>isomethept/dichlphn/acetaminop</i>	T1	
<i>isomethepten/caf/acetaminophen</i>	T1	
<i>naratriptan hcl</i>	T1	QL (9 tabs/30 days)
NURTEC ODT	T2	PA QL (16 tabs/30 days)
RELPAX (<i>eletriptan hydrobromide</i>)	T3	PA QL (6 tabs/30 days)
<i>rizatriptan benzoate</i>	T1	QL (12 tabs/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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES ANTIMIGRAÑOSAS (cont.)		
<i>rizatriptan benzoate</i> (Maxalt Mlt)	T1	QL (12 tabs/30 days)
<i>rizatriptan benzoate</i> (Maxalt)	T1	QL (12 tabs/30 days)
<i>sumatriptan</i>	T1	QL (2 boxes/30 days)
<i>sumatriptan 4 mg/0.5 ml cart</i>	T1	QL (4ml/30 days)
<i>sumatriptan 4 mg/0.5 ml inject</i>	T1	QL (4ml/30 days)
<i>sumatriptan 6 mg/0.5 ml cart</i>	T1	QL (4ml/30 days)
<i>sumatriptan 6 mg/0.5 ml inject</i>	T1	QL (4ml/30 days)
<i>sumatriptan 6 mg/0.5 ml syrng</i>	T1	QL (4ml/30 days)
<i>sumatriptan 6 mg/0.5 ml vial</i>	T1	QL (5ml/30 days)
<i>sumatriptan succ 100 mg tablet</i>	T1	QL (18 tabs/28 days)
<i>sumatriptan succ 25 mg tablet</i>	T1	QL (18 tabs/28 days)
<i>sumatriptan succ 50 mg tablet</i>	T1	QL (9 tabs/30 days)
<i>sumatriptan succ/naproxen sod</i>	T1	QL (18 tabs/30 days)
SYMBRAVO	T3	PA QL
TRUDHESA	T3	PA QL (8 mls/30 days)
UBRELVY	T2	PA QL (0.67 tabs/day)
ZAVZPRET	T2	PA QL(6 units/30 days)
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA		
<i>diclofenac potassium</i>	T1	HD
INDOCIN (<i>indomethacin</i>)	T3	PA HD
<i>ketoprofen</i>	T1	PA HD
<i>ketorolac 10 mg tablet</i>	T1	QL (20 tabs/25 days)
<i>ketorolac 15 mg/ml syringe</i>	T1	QL (40 ml/30 days)
<i>ketorolac 15 mg/ml vial</i>	T1	QL (40 ml/30 days)
<i>ketorolac 30 mg/ml carpject</i>	T1	
<i>ketorolac 30 mg/ml isecure syr</i>	T1	QL (20ml/30 days)
<i>ketorolac 30 mg/ml syringe</i>	T1	QL (20ml/30 days)
<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 carpject</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
TOLECTIN 600 (<i>tolmetin sodium</i>)	T3	PA 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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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, NO OPIOIDES		
JOURNAVX	T2	QL (30 tabs/90 days)
ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANALGÉSICOS NO SALICILATOS		
acetamin-codein 300-30 mg/12.5	T1	
acetaminop-codeine 120-12 mg/5	T1	
acetaminophen-cod #2 tablet	T1	PA
acetaminophen-cod #3 tablet	T1	PA
acetaminophen-cod #4 tablet	T1	PA
APADAZ	T3	
BENZHYDROCODONE-ACETAMINOPHEN	T1	
hydrocodone/acetaminophen	T1	PA
hydrocodone/acetaminophen (Hydrocodone-acetaminophen)	T1	PA
hydrocodone/acetaminophen (Norco)	T1	PA
HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN	T1	PA
LORTAB	T1	PA
NALOCET	T1	PA
NORCO (lorcet hd)	T3	PA
NORCO (lorcet plus)	T3	PA
NORCO (lorcet)	T3	PA
oxycodone hcl/acetaminophen (Nalocet)	T1	PA
oxycodone hcl/acetaminophen (Percocet)	T1	PA
oxycodone hcl/acetaminophen (Primlev)	T1	PA
PERCOCET (oxycodone-acetaminophen)	T3	PA
PRIMLEV	T1	PA
tramadol hcl/acetaminophen (Ultracet)	T1	
ULTRACET (tramadol hcl-acetaminophen)	T3	
COMBINACIÓN DE ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS		
hydrocodone/ibuprofen	T1	PA
hydrocodone/ibuprofen (Ibudone)	T1	PA
IBUDONE	T1	PA
ibuprofen/oxycodone hcl	T1	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

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
COMB. DE ANALGÉSICOS OPIOIDES, NO SALICILATOS Y XANTINAS (cont.)		
TREZIX	T3	PA
ANALGÉSICOS OPIOIDES		
ACTIQ (<i>fentanyl citrate</i>)	T3	PA
ARYMO ER	T3	PA
BELBUCA	T2	QL (2 films/day)
<i>buprenorphine</i> (Butrans)	T1	QL (4 patches/28 days)
<i>butorphanol tartrate</i>	T1	PA QL (6 bots/30 days)
BUTRANS (<i>buprenorphine</i>)	T3	QL (4 patches/28 days)
<i>codeine sulfate</i>	T1	PA
DILAUDID 2 MG TABLET (<i>hydromorphone hcl</i>)	T3	PA
DILAUDID 4 MG TABLET (<i>hydromorphone hcl</i>)	T3	PA
DILAUDID 5 MG/5 ML ORAL LIQUID (<i>hydromorphone hcl</i>)	T3	PA
DILAUDID 8 MG TABLET (<i>hydromorphone hcl</i>)	T3	PA
DURAGESIC (<i>fentanyl</i>)	T3	PA
<i>fentanyl</i>	T1	PA
<i>fentanyl</i> (Duragesic)	T1	PA
FENTANYL CITRATE	T1	PA
<i>fentanyl citrate</i> (Actiq)	T1	PA
FENTORA	T3	PA
<i>hydrocodone bitartrate</i> (Hysingla Er)	T1	PA
<i>hydrocodone bitartrate</i> (Zohydro Er)	T1	PA
<i>hydromorphone hcl</i>	T1	PA
<i>hydromorphone hcl</i> (Dilaudid)	T1	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
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
NUCYNTA	T2	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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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.)		
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
ROXYBOND	T3	PA
<i>tramadol er 100 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
<i>tramadol er 200 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
<i>tramadol er 300 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
tramadol hcl (Ultram)	T1	QL (8 tabs/day)
TRAMADOL HCL 25 MG TABLET	T3	PA QL(>= 18 yo 4 tabs/day)
TRAMADOL HCL 75 MG TABLET	T3	QL(< 18 yo 5 tabs/day)
<i>tramadol hcl 100 mg tablet</i>	T1	QL (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>butalbit/acetamin/caff/codeine</i>	T1	PA
<i>butalbit/acetamin/caff/codeine</i> (Fioricet With Codeine)	T1	PA
FIORICET WITH CODEINE (<i>butalb-acetaminoph-caff-codeine</i>)	T3	PA
RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS, ANALGÉSICOS SALICILATOS, OPIOIDES		
<i>carisoprodol/aspirin/codeine</i>	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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANALGÉSICOS (Condiciones urinarias)			
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura	
AGENTES ANALGÉSICOS DE LAS VÍAS URINARIAS			
ELMIRON	T2		
RIMSO-50	T2		
ANESTÉSICOS (Varios)			
ANESTÉSICOS GENERALES, PARA INHALACIÓN			
desflurane (Suprane)	T1		
isoflurane	T1		
isoflurane	T3		
sevoflurane (Ultane)	T1		
SUPRANE	T3		
ULTANE (sevoflurane)	T3		
ANESTÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)			
ANESTÉSICOS LOCALES TÓPICOS			
HURRICAIN (benzocaine)	T3	QL (145gm/30 days)	
L.E.T. (LIDO-EPINEPH-TETRA)	T3		
lidocaine 5% ointment	T1		
lidocaine 5% patch (Lidocan II)	T1		
lidocaine 5% patch (Lidoderm)	T1		
lidocaine hcl	T1		
lidocaine hcl	T3		
lidocaine/prilocaine	T1		
lidocaine (Lidocan II)	T1		PA
LIDOCAN II (lidocaine)	T3		PA
LIDODERM (lidocaine)	T3		
PAIN EASE MEDIUM STREAM SPRAY	T3		
SYNERA	T3		PA
ZTLIDO	T2		
ANESTÉSICOS (Condiciones urinarias)			
AGENTES ANESTÉSICOS/ANALGÉSICOS DE LAS VÍAS URINARIAS (COLORANTES AZODERIVADOS)			
phenazopyridine hcl (Pyridium)	T1	PA	
PYRIDIUM (phenazopyridine hcl)	T3		
ANTIALÉRGICOS (Alergia/rociadores nasales)			
ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS			
cromolyn 100 mg/5 ml oral conc (Gastrocrom)	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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIALÉRGICOS (Alergia/rociadores nasales) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS		
GASTROCROM (<i>cromolyn sodium</i>)	T3	PA
ANTIARTRÍTICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS, SALICILATOS		
DISALCID (<i>salsalate</i>)	T3	HD
<i>salsalate</i> (Disalcid)	T1	HD
AGENTES ANTIARTRÍTICOS Y QUELANTES		
DEPEN (<i>penicillamine</i>)	T3	PA SP
penicillamine (Depen)	T1	PA SP
AGENTES ANTIARTRÍTICOS, ANTAGONISTAS DE LOS FOLATOS		
OTREXUP	T2	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		
ARAVA (<i>leflunomide</i>)	T3	HD
<i>leflunomide</i> (Arava)	T1	HD
ANTIINFLAMATORIOS, INHIB. DE LA FOSFODIESTERASA-4 (PDE4)		
OTEZLA 28 DAY STARTER PACK	T2	PA QL (1 pack/180 days) SP HD
OTEZLA 30 MG TABLET	T2	PA QL (2 tabs/day) SP HD
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 0.6 mg capsule</i> (Mitigare)	T1	HD
<i>colchicine 0.6 mg tablet</i> (Colcrys)	T1	HD
COLCRYS (<i>colchicine</i>)	T3	HD
MITIGARE (<i>colchicine</i>)	T2	HD
SALES DE ORO		
AURANOFIN	T3	PA
RIDAURA	T2	
TRAT. DE LA HIPERURICEMIA - INHIBIDORES DE LA XANTINA OXIDASA		
<i>allopurinol</i> (Zyloprim)	T1	HD
<i>febuxostat 40 mg tablet</i> (Uloric)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>febuxostat 80 mg tablet</i> (Uloric)	T1	HD
ULORIC 40 MG TABLET (<i>febuxostat</i>)	T3	QL (1 tab/day) HD
ULORIC 80 MG TABLET (<i>febuxostat</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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
TRAT. DE LA HIPERURICEMIA - INHIBIDORES DE LA XANTINA OXIDASA (cont.)		
ZYLOPRIM (<i>allopurinol</i>)	T3	HD
INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK)		
CIBINQO	T2	PA QL (30 tabs/30 days) SP
LEQSELI	T3	PA QL(2 tabs/day) SP HD
LITFULO	T3	PA QL(1 cap/day) SP HD
OLUMIANT	T3	PA QL (1 tab/day) SP HD
RINVOQ	T2	PA QL (1 tab/day) SP
RINVOQ LQ	T2	PA QL(12 mls/day) SP HD
XELJANZ 1 MG/ML SOLUTION	T2	PA QL (480ML/22 Days) SP HD
XELJANZ 10 MG TABLET	T2	PA QL (2 tabs/day) SP HD
XELJANZ 5 MG TABLET	T2	PA QL (2 tabs/day) SP HD
XELJANZ XR	T2	PA QL (1 tab/day) SP HD
COMB. DE ANALGÉSICOS NO ESTEROIDEOS Y ANALGÉSICOS NO SALICILATOS		
COMBOGESIC	T3	PA
ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (INHIB. NO ESPECÍFICOS DE LA COX) Y ANÁLOGOS DE LA PROSTAGLANDINA		
ARTHROTEC 50 (<i>diclofenac sodium-misoprostol</i>)	T3	ST HD
ARTHROTEC 75 (<i>diclofenac sodium-misoprostol</i>)	T3	ST HD
COXANTO	T3	PA HD
<i>diclofenac sodium-misoprostol</i> (Arthrotec 50)	T1	HD
<i>diclofenac sodium-misoprostol</i> (Arthrotec 75)	T1	HD
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA		
ANAPROX DS (<i>naproxen sodium ds</i>)	T3	ST HD
DAYPRO (<i>oxaprozin</i>)	T3	ST HD
<i>diclofenac sod dr 25 mg tab</i>	T1	HD
<i>diclofenac sod dr 50 mg tab</i>	T1	HD
<i>diclofenac sod dr 75 mg tab</i>	T1	HD
<i>diclofenac sod ec 25 mg tab</i>	T1	HD
<i>diclofenac sod ec 50 mg tab</i>	T1	HD
<i>diclofenac sod ec 75 mg tab</i>	T1	HD
<i>diclofenac sodium</i>	T1	HD
EC-NAPROSYN (<i>naproxen</i>)	T3	ST HD
<i>etodolac</i>	T1	HD
<i>etodolac</i> (Lodine)	T1	HD
FELDENE (<i>piroxicam</i>)	T3	ST HD
<i>fenopropfen calcium</i> (Nalfon)	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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIASMÁTICOS (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.)		
FENOPRON	T3	PA HD
<i>flurbiprofen</i>	T1	HD
<i>ibuprofen</i>	T1	HD
<i>indomethacin</i>	T1	HD
<i>ketoprofen 25 mg. 75 mg capsule</i>	T1	HD
LODINE (<i>etodolac</i>)	T3	ST HD
<i>meclofenamate sodium</i>	T1	HD
<i>meloxicam</i> (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</i> (Daypro)	T1	HD
OXAPROZIN 300 MG CAPSULE	T3	PA HD
<i>piroxicam</i> (Feldene)	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>	T1	HD
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, INHIBIDOR SELECTIVO DE LA CICLOOXIGENASA-2 (COX-2)		
CELEBREX 100 MG CAPSULE (<i>celecoxib</i>)	T3	PA QL (2 caps/day) ST HD
CELEBREX 200 MG CAPSULE (<i>celecoxib</i>)	T3	PA QL (2 caps/day) ST HD
CELEBREX 400 MG CAPSULE (<i>celecoxib</i>)	T3	PA QL (1 cap/day) ST HD
CELEBREX 50 MG CAPSULE (<i>celecoxib</i>)	T3	PA 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

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE LA 5-LIPOXIGENASA		
<i>zileuton</i>	T1	HD
ANTICOLINÉRGICOS, DE INHALACIÓN ORAL, ACCIÓN PROLONGADA		
INCRUSE ELLIPTA	T2	HD
LONHALA MAGNAIR REFILL	T3	PA HD
LONHALA MAGNAIR STARTER	T3	PA HD
SPIRIVA HANDIHALER	T3	PA QL(1 inhaler/30 days) HD
SPIRIVA RESPIMAT	T2	PA HD
ANTICOLINÉRGICOS, DE INHALACIÓN ORAL, ACCIÓN RÁPIDA		
ATROVENT HFA	T2	HD
<i>ipratropium bromide</i>	T1	HD
AGENTES ADRENÉRGICOS BETA		
<i>albuterol sulf 2 mg/5 ml syrup</i>	T1	HD
<i>albuterol 8 mg/20 ml syrup cup</i>	T1	HD
<i>albuterol sulfate 2 mg tab</i>	T1	HD
<i>albuterol sulfate 4 mg tab</i>	T1	HD
<i>albuterol sulfate er 4 mg tab</i>	T1	HD
<i>albuterol sulfate er 8 mg tab</i>	T1	HD
<i>metaproterenol sulfate</i>	T1	HD
<i>terbutaline sulfate</i>	T1	HD
AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS, ACCIÓN RÁPIDA		
<i>albuterol 100 mg/20 ml soln</i>	T1	
<i>albuterol 15 mg/3 ml solution</i>	T1	
<i>albuterol 75 mg/15 ml soln</i>	T1	
<i>albuterol 2.5 mg/0.5 ml sol</i>	T1	
<i>albuterol 5 mg/ml solution</i>	T1	
<i>albuterol sul 0.63 mg/3 ml sol</i>	T1	
<i>albuterol sul 1.25 mg/3 ml sol</i>	T1	
<i>albuterol sul 2.5 mg/3 ml soln</i>	T1	
<i>albuterol hfa 90 mcg inhaler (Albuterol Sulfate Hfa)</i>	T1	QL (18gm/30 days)
ALBUTEROL SULFATE HFA	T1	QL (18gm/30 days)
<i>levalbuterol hcl (Xopenex Concentrate)</i>	T1	
<i>levalbuterol hcl (Xopenex)</i>	T1	
XOPENEX (<i>levalbuterol hcl</i>)	T3	
XOPENEX CONCENTRATE (<i>levalbuterol concentrate</i>)	T3	
AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS, ACCIÓN ULTRA PROLONGADA		
ARCAPTA NEOHALER	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

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
AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS, ACCIÓN ULTRA PROLONGADA (cont.)		
STRIVERDI RESPIMAT	T2	QL(1 inhaler/30 days) HD
AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS POR VÍA ORAL, ACCIÓN PROLONGADA		
<i>arformoterol tartrate (Brovana)</i>	T1	QL(4 mls/day) HD
BROVANA (<i>arformoterol tartrate</i>)	T3	PA QL(4 mls/day) HD
AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS POR VÍA ORAL, ACCIÓN PROLONGADA		
SEREVENT DISKUS	T3	ST QL(1 blister/30 days) HD
COMBO DE ADRENÉRGICOS BETA Y ANTICOLINÉRGICOS, INHALADOS		
ANORO ELLIPTA	T2	HD
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		
AIRSUPRA	T2	PA QL(2 inhalers/28 days) HD
ADVAIR HFA	T2	HD
AIRDUO DIGIHALER	T3	ST HD
BREO ELLIPTA	T2	QL(1 inhaler/30 days) HD
<i>budesonide/formoterol fumarate (Symbicort)</i>	T1	QL HD
DULERA	T2	HD
<i>fluticasone propion/salmeterol (Advair Diskus)</i>	T1	HD
FLUTICASONE-SALMETEROL	T1	PA QL(1 inhaler/30 days) HD
SYMBICORT	T2	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 (Pulmicort)</i>	T1	HD
FLOVENT DISKUS	T3	PA QL(1 inhaler/30 days) HD
FLOVENT HFA	T3	PA QL(1 inhaler/30 days) HD
FLUTICASONE FUROATE	T3	ST HD
FLUTICASONE PROP DISKUS	T3	PA QL(1 inhaler/30 days) HD
FLUTICASONE PROP 250 MCG DISK	T3	PA QL(4 inhalers/30 days) HD
PULMICORT (<i>budesonide</i>)	T3	PA QL(2 mls/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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
GLUCOCORTICOIDES, PARA INHALACIÓN ORAL (cont.)		
PULMICORT FLEXHALER	T2	PA HD
QVAR REDIHALER	T2	HD
ANTAGONISTAS ALFA DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-5 (IL-5), ANTICUERPOS MONOCLONALES		
FASENRA PEN	T2	PA SP HD
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LEUCOTRIENOS		
ACCOLATE (<i>zafirlukast</i>)	T3	HD
<i>montelukast sodium</i> (Singulair)	T1	HD
SINGULAIR (<i>montelukast sodium</i>)	T3	PA 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	T2	PA SP HD
ANTICUERPOS MONOCLONALES - ANTAGONISTAS DE LA INTERLEUCINA-5		
NUCALA	T2	PA SP HD
MUCOLÍTICOS		
<i>acetylcysteine</i>	T1	
INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA-4 (PDE4)		
DALIRESP 250 MCG TABLET	T3	QL (28 tabs/180 days) HD
DALIRESP 500 MCG TABLET	T3	QL (2 tabs/day) HD
<i>roflumilast 250 mcg tablet</i> (Daliresp)	T1	QL (28 tabs/180 days) HD
<i>roflumilast 500 mcg tablet</i> (Daliresp)	T1	QL (2 tabs/day) HD
XANTINAS		
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	

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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		
CIPRO HC	T3	PA
CIPRODEX (ciprofloxacin-dexamethasone)	T3	PA
COMBINACIONES DE ANTIBIÓTICOS PARA LOS OJOS Y GLUCOCORTICOIDES		
ciprofloxacin hcl/dexameth	T1	PA
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	
TOBRADEX EYE OINTMENT	T2	
TOBRADEX ST	T2	
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	PA
BACIGUENT (bacitracin)	T3	
bacitracin (Baciguent)	T1	
bacitracin/polymyxin b sulfate	T1	
BESIVANCE	T2	
CILOXAN	T3	
erythromycin base	T1	
gatifloxacin	T1	
gentamicin sulfate	T1	
levofloxacin	T1	
MOXEZA (moxifloxacin)	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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Condiciones oculares) (cont.)

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

ARIKAYCE	T3	PA SP
BETHKIS (<i>tobramycin</i>)	T3	PA QL (8ml/day) SP HD
<i>gentamicin sulfate</i>	T1	
<i>gentamicin sulfate/pf</i>	T1	
KITABIS PAK	T3	PA QL (10ml/day) SP HD
<i>neomycin sulfate</i>	T1	
TOBI (<i>tobramycin</i>)	T3	PA QL (10ml/day) SP HD
TOBI PODHALER	T2	PA QL (8 caps/day) SP HD
<i>tobramycin 1, 200 mg/30 ml vial</i>	T1	
<i>tobramycin 1.2 gm vial</i>	T1	PA
<i>tobramycin 1.2 gram/30 ml vial</i>	T1	
<i>tobramycin 20 mg/2 ml vial</i>	T1	
<i>tobramycin 300 mg/4 ml ampule</i> (Bethkis)	T1	PA QL (8 ml/day) SP HD
<i>tobramycin 300 mg/5 ml ampule</i> (Tobi)	T1	PA QL (10ml/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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS AMINOGLUCÓSIDOS (cont.)		
<i>tobramycin 40 mg/ml vial</i>	T1	
<i>tobramycin 80 mg/2 ml vial</i>	T1	
TOBRAMYCIN PAK 300 MG/5 ML	T3	PA QL (10ml/day) SP HD
AGENTES ANTIBACTERIANOS-ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS		
FLAGYL (<i>metronidazole</i>)	T3	
LIKMEZ	T3	PA
<i>metronidazole</i> (Flagyl)	T1	
METRONIDAZOLE 125 MG TABLET	T3	PA
ANTIBIÓTICOS, ANTIBACTERIANOS, VARIOS		
<i>fosfomycin tromethamine</i> (Monurol)	T1	
<i>methenamine hippurate</i>	T1	
<i>methenamine mandelate</i>	T1	
MONUROL (<i>fosfomycin tromethamine</i>)	T3	
PRIMSOL	T2	
<i>trimethoprim</i>	T1	
UTA	T3	
ANTILEPROSOS		
<i>dapsone tablet</i>	T1	
THALOMID	T2	PA SP HD
AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS		
<i>ethambutol hcl</i>	T1	HD
<i>ethambutol hcl</i> (Myambutol)	T1	HD
<i>isoniazid</i>	T1	HD
MYAMBUTOL (<i>ethambutol hcl</i>)	T3	HD
MYCOBUTIN (<i>rifabutin</i>)	T3	PA 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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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
<i>pyrazinamide</i>	T1	HD
<i>rifabutin</i> (Mycobutin)	T1	HD
TRECTOR	T2	HD
ANTIBIÓTICOS ANTITUBERCULOSOS		
CYCLOSERINE	T1	
PRETOMANID	T3	PA QL (1 tab/day)
PRIFTIN	T3	
RIFAMATE	T2	
<i>rifampin</i>	T1	
RIFATER	T2	
SIRTURO	T3	SP
BETALACTAMASAS		
CAYSTON	T3	PA QL (3ml/day) SP HD
ANTIBIÓTICOS CARBAPENÉMICOS		
INVANZ (<i>ertapenem</i>)	T3	
<i>ertapenem sodium</i>		
<i>imipenem/cilastatin sodium</i>		
<i>imipenem/cilastatin sodium</i> (Primaxin)		
<i>meropenem iv 1 gm vial</i>		
<i>meropenem iv 500 mg vial</i>		
MEROPENEM-0.9% NACL		
PRIMAXIN (<i>imipenem/cilastatin sodium</i>)		
RECARBRIO		
VABOMERE	T3	
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 1.ª GENERACIÓN		
<i>cefadroxil</i>	T1	
<i>cephalexin</i>	T1	
<i>cephalexin</i> (Keflex)	T1	
DAXBIA	T3	
KEFLEX (<i>cephalexin</i>)	T3	
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 2.ª GENERACIÓN		
<i>cefactor</i>	T1	
<i>cefprozil</i>	T1	
<i>cefuroxime axetil</i>	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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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>cefdinir</i>	T1	
<i>cefixime</i> (Suprax)	T1	
<i>cefepodoxime proxetil</i>	T1	
<i>ceftriaxone sodium</i>	T1	
SPECTRACEF (<i>cefditoren pivoxil</i>)	T3	
SUPRAX (<i>cefixime</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	
<i>clindamycin hcl</i> (Cleocin Hcl)	T1	
<i>clindamycin palmitate hcl</i> (Cleocin Pediatric)	T1	
ANTIBIÓTICOS MACRÓLIDOS		
<i>azithromycin 1 gm pwd packet</i> (Zithromax)	T1	
<i>azithromycin susp</i> (Zithromax)	T1	
<i>azithromycin 250 mg tablet</i> (Zithromax)	T1	
<i>azithromycin 500 mg tablet</i> (Zithromax Tri-pak)	T1	
<i>azithromycin 600 mg tablet</i>	T1	
<i>clarithromycin</i>	T1	
DIFICID 200 MG TABLET	T3	QL (28 tabs/28 days)
DIFICID 40 MG/ML SUSPENSION	T3	QL (5ML/Day)
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
<i>ery-tab dr 250 mg tablet</i>	T3	
<i>ery-tab dr 333 mg tablet</i>	T2	
ERY-TAB DR 500 MG TABLET (<i>erythromycin</i>)	T3	
<i>erythromycin base</i>	T1	
<i>erythromycin base</i> (Ery-tab)	T1	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	T1	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> (Eryped 200)	T1	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> (Eryped 400)	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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS MACRÓLIDOS (cont.)		
<i>erythromycin 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	
ZITHROMAX 500 MG TABLET (<i>azithromycin</i>)	T3	
ZITHROMAX TRI-PAK (<i>azithromycin</i>)	T3	
AGENTES ANTIBACTERIANOS DERIVADOS DE NITROFURANOS		
FURADANTIN (<i>nitrofurantoin</i>)	T3	
MACROBID (<i>nitrofurantoin mono-macro</i>)	T3	
<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>	T1	
<i>nitrofurantoin mcr 25 mg cap</i> (Macrofantin)	T1	
<i>nitrofurantoin mcr 50 mg cap</i>	T1	
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst</i> (Macrobid)	T1	
ANTIBIÓTICOS OXAZOLIDINONAS		
<i>linezolid</i> (Zyvox)	T1	PA
SIVEXTRO	T3	PA
ZYVOX (<i>linezolid</i>)	T3	PA
ANTIBIÓTICOS DE PENICILINA		
<i>amoxicillin</i>	T1	
<i>amoxicillin/potassium clav</i>	T1	
<i>amoxicillin/potassium clav</i> (Augmentin Xr)	T1	
<i>amoxicillin/potassium clav</i> (Augmentin)	T1	
<i>ampicillin trihydrate</i>	T1	
AUGMENTIN 125-31.25 MG/5 ML	T2	PA
AUGMENTIN 250-62.5 MG/5 ML (<i>amoxicillin-clavulanate potass</i>)	T3	PA
AUGMENTIN XR (<i>amoxicillin-clavulanate pot er</i>)	T3	PA
<i>dicloxacillin sodium</i>	T1	
MOXATAG	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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
DERIVADOS DE LA PLEUROMUTILINA		
XENLETA	T3	PA QL (10 tabs/30 days)
ANTIBIÓTICOS DE QUINOLONAS		
AVELOX (<i>moxifloxacin hcl</i>)	T3	
BAXDELA	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	
<i>ciprofloxacin</i> (Cipro)	T1	
<i>ciprofloxacin hcl</i>	T1	
<i>ciprofloxacin hcl</i> (Cipro)	T1	
<i>ciprofloxacin/ciprofloxa hcl</i>	T1	
FACTIVE	T3	
<i>levofloxacin</i>	T1	
<i>moxifloxacin hcl</i> (Avelox)	T1	
<i>ofloxacin</i>	T1	
RIFAMICINAS Y ANTIBIÓTICOS DERIVADOS AFINES		
AEMCOLO	T3	QL (12 tabs/3 days)
XIFAXAN 200 MG TABLET	T2	
XIFAXAN 550 MG TABLET	T2	QL (126 tabs/year)
ANTIBIÓTICOS DE TETRACICLINA		
ACTICLATE (<i>doxycycline hyclate</i>)	T3	ST
<i>coremino er 135 mg tablet</i>	T1	
<i>coremino er 45 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
<i>coremino er 90 mg tablet</i>	T1	
<i>demeclocycline hcl</i>	T1	
DORYX	T3	PA
DORYX (<i>doxycycline hyclate</i>)	T3	PA
DORYX MPC	T3	PA
<i>doxycycline 50 mg tablet</i> (Targadox)	T1	PA
<i>doxycycline hyc dr 100 mg tab</i>	T1	PA
<i>doxycycline hyc dr 150 mg tab</i>	T1	PA
<i>doxycycline hyc dr 200 mg tab</i> (Doryx)	T1	PA
<i>doxycycline hyc dr 50 mg tab</i>	T1	PA
<i>doxycycline hyc dr 75 mg tab</i>	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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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.)		
DOXYCYCLINE HYC DR 80 MG TAB	T3	PA
<i>doxycycline hyclate 100 mg cap (</i>	T1	
<i>doxycycline hyclate 100 mg tab</i>	T1	
<i>doxycycline hyclate 150 mg tab (Acticlate)</i>	T1	
<i>doxycycline hyclate 50 mg cap</i>	T1	
<i>doxycycline hyclate 75 mg tab (Acticlate)</i>	T1	
<i>doxycycline monohydrate (Oracea)</i>	T1	
<i>doxycycline monohydrate (Vibramycin)</i>	T1	
EMROSI	T3	PA
MINOCIN (<i>minocycline hcl</i>)	T3	PA
MINOCYCLINE ER	T3	ST
<i>minocycline er 105 mg tablet (Solodyn)</i>	T1	
<i>minocycline er 115 mg tablet (Solodyn)</i>	T1	
<i>minocycline er 135 mg tablet</i>	T1	
<i>minocycline er 45 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
<i>minocycline er 55 mg tablet</i>	T1	
<i>minocycline er 65 mg tablet (Solodyn)</i>	T1	
<i>minocycline er 80 mg tablet (Solodyn)</i>	T1	
<i>minocycline er 90 mg tablet</i>	T1	
<i>minocycline hcl (Minocin)</i>	T1	
MINOLIRA ER	T3	ST
NUZYRA	T3	PA QL (30 tablets/28 days) SP
ORACEA	T3	PA
SEYSARA	T3	PA
SOLODYN (<i>minocycline hcl er</i>)	T3	PA
SOLOXIDE	T1	PA
TARGADOX	T3	PA
<i>tetracycline 250 mg capsule, 500 mg capsule</i>	T1	
<i>tetracycline 250 mg tablet, 500 mg tablet</i>	T1	PA
VIBRAMYCIN 100 MG CAPSULE (<i>morgidox</i>)	T3	PA
VIBRAMYCIN 50 MG/5 ML SYRUP	T2	
XIMINO	T3	ST

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS VAGINALES		
CLEOCIN (<i>clindamycin phosphate</i>)	T3	PA
<i>clindamycin phosphate</i> (Cleocin)	T1	
CLINDESSE	T3	
METROGEL-VAGINAL (<i>vandazole</i>)	T3	PA
NUVESSA	T3	PA
ANTIBIÓTICOS DE VANCOMICINA Y DERIVADOS		
FIRVANQ	T3	PA
FIRVANQ (<i>vancomycin hcl</i>)	T3	PA
VANOCIN HCL (<i>vancomycin hcl</i>)	T3	PA
<i>vancomycin hcl</i> (Firvanq)	T1	
ANTIBIÓTICOS (Condiciones cutáneas)		
ANTIBIÓTICOS TÓPICOS Y ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS		
CORTISPORIN	T3	
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	PA
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/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	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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Condiciones cutáneas) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS TÓPICOS (cont.)		
XEPI	T3	
ZILXI	T3	PA
SULFONAMIDAS TÓPICAS		
AVAR 9.5-5% CLEANSING PADS	T3	
<i>avar cleanser</i> (Rosanil)	T1	
AVAR LS	T3	PA
AVAR-E	T3	PA
<i>mafenide acetate</i>	T1	
ROSANIL (<i>sodium sulfacetamide-sulfur</i>)	T1	
SILVADENE (<i>ssd</i>)	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	T2	
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% SOL	T3	
CITRATE PHOSPHATE DEXTROSE	T1	
INHIBIDORES DIRECTOS DEL FACTOR XA		
BEVYXXA	T3	QL (42 caps/42 days)
ELIQUIS	T2	
<i>rivaroxaban</i>	T1	
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	

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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		
ARIXTRA (<i>fondaparinux sodium</i>)	T3	QL (1 syringe/day) SP
<i>enoxaparin 100 mg/ml syringe</i> (Lovenox)	T1	QL (2 syringes/day) SP
<i>enoxaparin 120 mg/0.8 ml syr</i> (Lovenox)	T1	QL (2 syringes/day) SP
<i>enoxaparin 150 mg/ml syringe</i> (Lovenox)	T1	QL (2 syringes/day) SP
<i>enoxaparin 30 mg/0.3 ml syr</i> (Lovenox)	T1	QL (2 syringes/day) SP
<i>enoxaparin 300 mg/3 ml vial</i> (Lovenox)	T1	QL (1 vial/day) SP
<i>enoxaparin 40 mg/0.4 ml syr</i> (Lovenox)	T1	QL (2 syringes/day) SP
<i>enoxaparin 60 mg/0.6 ml syr</i> (Lovenox)	T1	QL (2 syringes/day) SP
<i>enoxaparin 80 mg/0.8 ml syr</i> (Lovenox)	T1	QL (2 syringes/day) SP
<i>fondaparinux sodium</i> (Arixtra)	T1	QL (1 syringe/day) SP
FRAGMIN	T2	QL (2ml/day) SP
<i>heparin 10,000 unit/10 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 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 2,000 unit/ml vl</i>	T1	
<i>heparin sod 5,000 unit/0.5 ml</i>	T1	
HEPARIN SOD 5,000 UNIT/0.5 ML	T1	
<i>heparin sod 5,000 unit/0.5 ml</i> (Heparin Sodium)	T1	
<i>heparin sod 5,000 unit/ml syrg</i>	T3	
<i>heparin sod 5,000 unit/ml vial</i>	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

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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
INHIBIDORES DE LA TROMBINA, SELECTIVOS, DIRECTOS Y REVERSIBLES		
<i>dabigatran etexilate mesylate</i> (Pradaxa)	T1	HD
PRADAXA (<i>dabigatran etexilate mesylate</i>)	T3	PA HD

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 carpuject</i>	T1	
<i>naloxone 0.4 mg/ml vial</i>	T1	
NALOXONE 2 MG AUTO-INJECTOR	T3	QL (0.8ml/day)
<i>naloxone 2 mg/2 ml syringe</i>	T1	
<i>naloxone 4 mg/10 ml vial</i>	T1	
<i>naltrexone hcl</i>	T1	QL (180 tabs/30 days)
REXTOVY	T3	PA SP
OPVEE	T3	QL
NARCAN	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	

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIMICÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIMICÓTICOS (cont.)		
CRESEMBA	T3	PA
DIFLUCAN (<i>fluconazole</i>)	T3	PA
<i>fluconazole</i> (Diflucan)	T1	
<i>flucytosine</i> (Ancobon)	T1	
FULVICIN P-G 165 MG TABLET		
<i>itraconazole</i> (Sporanox)	T1	
<i>ketoconazole</i>	T1	
NOXAFIL 40 MG/ML SUSPENSION	T3	PA
NOXAFIL DR 100 MG TABLET (<i>posaconazole</i>)	T3	PA
ORAVIG	T3	
<i>posaconazole</i> (Noxafil)	T1	
SPORANOX (<i>itraconazole</i>)	T3	PA
<i>terbinafine hcl</i>	T1	
TOLSURA	T3	
VFEND (<i>voriconazole</i>)	T3	PA
VIVJOA	T3	PA SP
<i>voriconazole</i> (Vfend)	T1	PA
ANTIBIÓTICOS ANTIMICÓTICOS		
BREXAFEMME	T3	PA
FULVICIN P-G 165 MG TABLET	T3	PA QL (4 tabs/day)
<i>griseofulvin ultramicrosize</i> (Gris-peg)	T1	QL (4 tabs/day)
<i>griseofulvin, microsize</i>	T1	
GRIS-PEG (<i>griseofulvin ultramicrosize</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	
CICLODAN 8% KIT	T3	
<i>ciclodan 8% solution</i>	T1	
<i>ciclopirox</i> (Loprox)	T1	
<i>ciclopirox olamine</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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIMICÓTICOS (Condiciones cutáneas) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIMICÓTICOS TÓPICOS (cont.)		
<i>ciclopirox/urea/camph/men/euc</i> (Ciclodan)	T1	
DIFMETIOXRIME	T3	
<i>econazole nitrate</i>	T1	
ECOZA	T3	
ERTACZO	T3	PA
EXELDERM	T3	PA
EXODERM	T1	
EXTINA (<i>ketodan</i>)	T3	PA
FLUCONAZ-IBU-ITRACONAZ-TERBINA	T3	
HEXIOUNYL	T3	
JUBLIA	T3	PA
KERYDIN	T3	PA
KERYDIN (<i>tavaborole</i>)	T3	PA
<i>ketoconazole</i>	T1	
<i>ketoconazole</i> (Extina)	T1	
<i>ketoconazole/skin cleanser 28</i>	T1	
LOPROX 0.77% CREAM (<i>ciclopirox</i>)	T3	PA
LOPROX 0.77% SUSPENSION KIT	T3	
LOPROX 0.77% TOPICAL SUSP (<i>ciclopirox</i>)	T3	
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	PA
OXISTAT 1% CREAM (<i>oxiconazole nitrate</i>)	T3	PA
OXISTAT 1% LOTION	T2	PA
RIMI	T3	
SULCONAZOLE NITRATE	T3	PA
<i>tavaborole</i> (Kerydin)	T1	PA
VUSION	T3	PA
XOLEGEL	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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIISTAMÍNICOS (Condiciones oculares) (cont.)

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

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
ZITUVIO	T3	PA QL(1 tab/day) HD

ANTIIPERGLUCÉMICOS, MIMÉTICOS DE INCRETINA (AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-I)

BYDUREON	T2	QL (4 vials/28 days) ST HD
BYDUREON BCISE	T2	QL (4 pens/28 days) ST
BYDUREON PEN	T2	QL (4 pens/28 days) ST HD
BYETTA	T3	QL (1 pen/30 days) ST
<i>exenatide</i>	T1	PA QL(3 mls/30 days)
LIRAGLUTIDE	T3	PA QL(3 pens/30 days)
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 QL
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-I

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	QL (1 tab/day) ST HD
INPEFA 200 MG TABLET	T3	PA QL(1 tab/day) HD
INPEFA 400 MG TABLET	T3	PA QL(1 tab/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

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
ANTIHIPERGLUCÉM.-INHIB. DEL COTRANSPORT. DE SOD./GLUC. TIPO 2 (SGLT-2) (cont.)		
INVOKANA	T3	PA QL (1 tab/day) ST HD
JARDIANCE	T2	QL (1 tab/day) ST HD
STEGLATRO	T3	PA QL (1 tab/day) ST HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE DOPAMINA		
CYCLOSET	T3	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE LA ALFA-GLUCOSIDASA		
acarbose (Precose)	T1	HD
GLYSET (miglitol)	T3	HD
miglitol (Glyset)	T1	HD
PRECOSE (acarbose)	T3	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO ANÁLOGOS DE AMILINA		
SYMLINPEN 120	T2	HD
SYMLINPEN 60	T2	
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO BIGUANIDAS		
FORTAMET (metformin er osmotic)	T3	PA HD
GLUCOPHAGE XR (metformin hcl er)	T3	HD
GLUMETZA (metformin er gastric)	T3	PA
metformin hcl (Fortamet)	T1	PA HD
metformin hcl (Glucophage Xr)	T1	HD
metformin hcl (Glumetza)	T1	PA HD
METFORMIN HCL 750 MG TABLET	T3	PA HD
RIOMET (metformin hcl)	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
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO ESTIMULANTES DE LIBERACIÓN DE INSULINA		
AMARYL (glimepiride)	T3	HD
chlorpropamide	T1	HD
glimepiride (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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO ESTIMULANTES DE LIBERACIÓN DE INSULINA (cont.)		
GLIPIZIDE	T3	HD
<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
<i>glyburide, micronized</i> (Glynase)	T1	HD
GLYNASE (<i>glyburide micronized</i>)	T3	HD
<i>nateglinide</i> (Starlix)	T1	HD
<i>repaglinide</i>	T1	HD
STARLIX (<i>nateglinide</i>)	T3	HD
<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

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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.)		
KOMBIGLYZE XR 5-500 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day) HD
SITAGLIPTIN-METFORMIN	T3	PA QL(2 tabs/day) HD
SITAGLIPTIN-METFORMIN ER 50-500 MG, 100-1,000 MG	T3	PA QL(1 tab/day) HD
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	T3	PA SP
mifepristone 300 mg tablet (Korlym)	T1	PA SP
ANTIHIPLERGLUCÉMICOS-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	T3	PA QL (2 tabs/day) ST HD
INVOKAMET XR	T3	PA QL (2 tabs/day) ST HD
SEGLUROMET	T3	PA 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		
BRENZAVVY	T3	PA QL(1 tabs/day) HD
DAPAGLIFLOZIN	T3	PA QL(1 tab/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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INSULINAS		
ADMELOG	T3	PA QL (1.5ml/day) HD
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	PA QL (1.5ML/DAY) HD
APIDRA SOLOSTAR	T3	PA QL (1.5ML/DAY) HD
BASAGLAR KWIKPEN U-100	T2	QL (1.5ml/day) HD
FIASP	T3	PA QL (1.5ml/day) HD
FIASP FLEXTOUCH	T3	PA QL (1.5ml/day) HD
FIASP PENFILL	T3	PA QL (1.5ml/day) HD
HUMALOG	T3	PA 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 (1ML/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(1.5 mls/day) HD
INSULIN GLARGINE-YFGN U100 PEN	T3	PA QL(1.5 mls/day) HD
INSULIN GLARGINE-YFGN U100 VL	T3	PA QL(1.5 mls/day) HD
INSULIN LISPRO	T2	PA QL (1.5ml/day) HD
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN	T2	QL (1.5ml/day) HD
INSULIN LISPRO KWIKPEN U-100	T2	QL (1.5ml/day) HD
INSULIN LISPRO PROTAMINE MIX	T2	QL (2ml/day) HD
KIRSTY	T3	PA 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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INSULINAS (cont.)		
LANTUS	T3	PA QL (1.5ml/day) HD
LANTUS SOLOSTAR	T3	PA QL (1.5ml/day) HD
LEVEMIR	T3	PA QL (1.5ml/day) HD
LEVEMIR FLEXTOUCH	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
MERIOLOG	T3	PA QL (1.5ml/day) HD
NOVOLOG (FLEXPEN)	T3	PA QL (1.5ml/day) HD
NOVOLOG MIX 70-30	T2	PA QL (2ml/day) HD
NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN	T2	PA QL (2ml/day) HD
SEMGLEE (YFGN)	T3	PA QL (1.5 ml/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
TRIJARDY XR	T2	QL (1 tab/day) ST HD

ANTIINFECCIOSOS (Productos femeninos)

SULFONAMIDAS VAGINALES

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

ANTIINFECCIOSOS (Infecciones)

ANTIBIÓTICOS DE PENICILINA

<i>amoxicillin</i>	T1	
--------------------	----	--

ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Productos femeninos)

ANTISÉPTICOS VAGINALES

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

ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Infecciones)

ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS DE 2.ª GENERACIÓN-ANTIBACTERIANOS

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Infecciones) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
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	
STROMECTOL (<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 QL (30 tabs/365 days)
PRIMAQUINE	T1	
SOVUNA	T3	PA
<i>primaquine phosphate</i> (Primaquine)	T1	
<i>pyrimethamine 25 mg tablet</i> (Daraprim)	T1	PA
<i>pyrimethamine 25 mg tablet</i> (Daraprim)	T1	PA SP
QUALAQUIN (<i>quinine sulfate</i>)	T3	PA
<i>quinine sulfate</i> (Qualaquin)	T1	
MEDICAMENTOS ANTIPROTOZOARIOS, VARIOS		
<i>atovaquone</i> (Mepron)	T1	
BENZNIDAZOLE	T3	
IMPAVIDO	T3	PA
LAMPIT	T3	
MEPRON	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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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		
MEPRON (<i>atovaquone</i>)	T3	PA
NEBUPENT (<i>pentamidine isethionate</i>)	T3	
<i>pentamidine isethionate</i> (Nebupent)	T1	
AGENTES ANTIBACTERIANOS, VARIOS		
<i>glycine urologic solution</i>	T3	
ANTISÉPTICOS, GENERALES		
ALCOHOL SWABSTICK	T3	
AGENTES SECADORES ANTISÉPTICOS TÓPICOS		
<i>formaldehyde</i>	T1	
ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Condiciones cutáneas)		
AGENTES ANTIANDROGÉNICOS TÓPICOS		
WINLEVI	T3	PA
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) PEN	T3	PA QL(2 pens/28 days) SP HD
ADALIMUMAB-AATY(CF) AUTOINJECT	T3	PA QL SP
ADALIMUMAB-ADAZ	T3	PA QL (2 pens/ 28 days) SP
ADALIMUMAB-ADB(CF)	T2	PA QL(2 pens/syringes/28 days) SP HD
ADALIMUMAB-ADB(CF) PEN CROHNS	T2	PA QL(1 starter kit/365 days) SP HD
ADALIMUMAB-FKJP (CF) PEN	T3	PA QL (2 doses/ 28 days) SP
ADALIMUMAB-RYVK(CF) AUTOINJECT	T2	PA QL(2 auto-injs/28 days) SP HD
AMJEVITA SLP	T3	PA QL (2 syringes/28 days) SP HD
AVSOLA	T2	PA SP
CIMZIA 200 MG VIAL KIT	T2	PA QL (1 kit/28 days) SP HD
CIMZIA 2X200 MG/ML SYRINGE KIT	T2	PA QL (1 kit/28 days) SP HD
CIMZIA 2X200 MG/ML (X3) START KIT	T2	PA QL (1 kit/year) SP HD
CYLTEZO(CF)	T2	PA QL (2 doses/ 28 days) SP
CYLTEZO (CF) PEN	T2	PA QL(2 kit/28 days) SP
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS	T2	PA QL(1 starter kit/365 days) 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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

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

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSTICOS (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)	T1	PA SP HD
TARGRETIN 75 MG CAPSULE (<i>bexarotene</i>)	T3	PA SP HD
ANTINEOPLÁSTICOS, INHIBIDORES DE LA HISTONA DEACETILASA (HDAC)		
FARYDAK	T3	PA SP HD
ZOLINZA	T2	PA SP HD
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS - ALQUILANTES		
ALKERAN (<i>melphalan</i>)	T3	SP
<i>cyclophosphamide</i> 25 mg capsule	T1	SP HD
<i>cyclophosphamide</i> 50 mg capsule	T1	SP HD
CYCLOPHOSPHAMIDE 50 MG TABLET	T3	PA SP HD
GLEOSTINE	T2	
HYDREA (<i>hydroxyurea</i>)	T3	
<i>hydroxyurea</i> (Hydrea)	T1	
LEUKERAN	T2	
MYLERAN	T2	
GLEOSTINE	T2	
HYDREA (<i>hydroxyurea</i>)	T3	
<i>hydroxyurea</i> (Hydrea)	T1	
LEUKERAN	T2	
<i>melphalan</i> (Alkeran)	T1	SP
MYLERAN	T2	
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS - ANTIANDROGÉNICOS		
<i>abiraterone acetate</i> (Zytiga)	T1	PA CSL
CASODEX (<i>bicalutamide</i>)	T3	
ERLEADA	T2	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	T2	PA SP HD
XTANDI	T2	PA SP HD
YONSA	T3	PA SP HD
ZYTIGA (<i>abiraterone acetate</i>)	T3	PA SP HD
ANTINEOPLÁSTICOS - ANTIMETABOLITOS		
<i>capecitabine</i> (Xeloda)	T1	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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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.)		
INQOVI	T3	PA SP HD
JYLAMVO	T3	CSL
LONSURF	T3	PA SP HD
mercaptopurine 20 mg/ml suspen (Purixan)	T1	SP CSL
mercaptopurine 50 mg tablet	T1	CSL
methotrexate sodium	T1	
methotrexate sodium/pf	T1	
ONUREG	T3	PA QL (14 Tabs/28 Days) SP
PURIXAN	T3	SP
TABLOID	T3	
TREXALL	T2	
XATMEP	T3	
XELODA (capecitabine)	T3	PA SP HD
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA AROMATASA		
anastrozole (Arimidex)	T1	HD PPACA
ARIMIDEX (anastrozole)	T3	HD
AROMASIN (exemestane)	T3	HD
exemestane (Aromasin)	T1	HD PPACA
FEMARA (letrozole)	T3	PA HD CSL
letrozole (Femara)	T1	HD
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA BRAF		
BRAFTOVI	T3	PA SP HD
OJEMDA	T3	PA QL(1 packet/28 days) SP CSL
OJEMDA 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 CAPSULES	T3	PA QL(4 caps/day) SP HD CSL
ZELBORAF	T3	PA SP HD
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA VÍA DE HEDGEHOG		
DAURISMO	T3	PA SP HD
ERIVEDGE	T2	PA SP HD
ODOMZO	T3	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	T3	PA SP QL (4 tabs per 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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA MEK1 Y MEK2		
COTELLIC	T3	PA SP HD
GOMEKLI	T3	PA SP HD
KOSELUGO 10 MG CAPSULE	T3	PA QL (10 capsules/day) SP
KOSELUGO 25 MG CAPSULE	T3	PA QL (4 caps/day) SP
MEKINIST 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
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA MTOR		
AFINITOR (<i>everolimus</i>)	T3	PA SP HD
AFINITOR DISPERZ	T3	PA SP
<i>everolimus (Afinitor)</i>	T1	PA QL(1 tab/day) SP HD CSL
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA PROTEÍNA METILTRANSFERASA		
TAZVERIK	T3	PA SP
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA TOPOISOMERASA I		
HYCAMTIN	T3	PA SP HD
ANTINEOPLÁSTICOS COMB. - INHIBIDORES DE LA QUINASA Y LA AROMATASA		
KISQALI 200 MG	T2	PA QL (21 per 28 days) SP HD
KISQALI 400 MG	T2	PA QL (42 per 28 days) SP HD
KISQALI 800 MG	T2	PA QL (63 per 28 days) SP HD
KISQALI FEMARA CO-PACK	T2	PA QL (1 pack per 28 days) SP CSL
ANTINEOPLÁSTICOS - ANTICUERPOS MONOCLONALES BLOQUEADORES DE LOS RECEPTORES DEL EGF		
PHESGO	T3	PA SP HD
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS INMUNOMODULADORES		
lenalidomide	T1	PA QL(1 TAB/DAY) SP HD CSL
POMALYST	T2	PA QL(21 caps/28 days) SP HD CSL
REVLIMID	T2	PA QL(1 TAB/DAY) SP HD CSL
<i>pazopanib hcl (Votrient)</i>	T1	PA QL(4 tabs/day) SP HD CSL
AGONISTAS DE LHRH (GNRH) ANTINEOPLÁSTICOS, SUPR. HIPOFISARIOS		
<i>leuprolide acetate</i>	T1	PA SP HD
LEUPROLIDE DEPOT	T3	PA SP
LUPRON DEPOT	T2	PA SP HD
ZOLADEX	T2	PA SP HD
ANTAGONISTAS DE LHRH (GNRH) ANTINEOPLÁSTICOS, SUPR. HIPOFISARIOS		
FIRMAGON	T3	PA SP HD
ORGOVYX	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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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		
ALECENSA	T2	PA QL(8 TABS/DAY) SP HD CSL
ALUNBRIG	T3	PA SP HD
AUGTYRO	T3	PA QL(2 caps/day) SP HD CSL
AVMAPKI-FAKZYNJA	T3	PA SP CSL
AYVAKIT	T3	PA QL (1 tab/day) SP
BALVERSA	T3	PA SP
BOSULIF	T3	PA QL (3 caps/day) SP HD CSL
CABOMETYX	T3	PA SP HD
CALQUENCE	T3	PA SP
CAPRELSA	T3	PA SP
COMETRIQ	T3	PA SP HD
COPIKTRA	T3	PA SP
DANZITEN	T2	PA SP CSL
<i>dasatinib 20 mg tablet (Sprycel)</i>	T1	PA QL(3 tabs/day) SP HD CSL
<i>dasatinib 70 mg tablet (Sprycel)</i>	T1	PA QL(2 tabs/day) SP HD CSL
<i>dasatinib 50 mg, 80 mg, 100 mg, 140 mg tablet (Sprycel)</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>	T1	PA SP HD CSL
EXKIVITY	T3	PA SP HD
FOTIVDA	T3	PA QL (30 caps/30 days) SP HD
FRUZAQLA 1 MG CAPSULE	T2	PA QL(84 caps/28 days) SP CSL
FRUZAQLA 5 MG CAPSULE	T2	PA QL(21 caps/28 days) SP CSL
GAVRETO	T3	PA QL (4 Tabs/Day) SP HD
GILOTRIF	T3	PA SP HD
GLEEVEC (<i>imatinib mesylate</i>)	T3	PA SP HD
IBRANCE	T3	PA QL (21 caps/28 days) SP HD
IBTROZI	T3	PA SP HD
ICLUSIG	T3	PA SP
IWILFIN	T3	PA QL(8 tabs/day) SP CSL
<i>imatinib mesylate (Gleevec)</i>	T1	PA SP HD
IMKELDI	T2	PA SP CSL
INLYTA	T3	PA SP HD
INREBIC	T3	PA SP HD
IRESSA	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.)		
ITOVEBI	T3	PA SP HD CSL
KISQALI 200 MG DAILY DOSE	T2	PA QL (21 per 28 days) SP HD
KISQALI 400 MG DAILY DOSE	T2	PA QL (42 per 28 days) SP HD
KISQALI 600 MG DAILY DOSE	T2	PA QL (63 per 28 days) SP HD
<i>lapatinib ditosylate</i> (Tykerb)	T1	PA SP HD
LENVIMA	T2	PA SP HD
LORBRENA	T3	PA SP HD
LYNPARZA	T2	PA SP HD
LYTGOBI 12 MG DAILY DOSE PACK	T3	PA QL(3 tabs/day) SP CSL
LYTGOBI 16 MG DAILY DOSE PACK	T3	PA QL(4 tabs/day) SP CSL
LYTGOBI 20 MG DAILY DOSE PACK	T3	PA QL(5 tabs/day) SP CSL
NERLYNX	T3	PA SP HD
NEXAVAR	T3	PA SP HD
<i>nilotinib</i>	T3	PA SP HD
NILOTINIB TARTRATE	T3	PA SP HD
NINLARO	T3	PA QL(3 caps/28 days) SP HD CSL
OGSIVEO	T3	PA QL(6 tabs/day) SP CSL
OJJAARA	T3	PA QL(1 tab/day) SP CSL
<i>pazopanib 200 mg tablet</i> (Votrient)	T1	PA QL SP HD CSL
PEMAZYRE	T3	PA QL (14 tabs/21 days) SP
PIQRAY	T2	PA SP HD
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	T2	PA SP
RYDAPT	T3	PA SP HD
SCEMBLIX	T2	PA QL (2 tablets/day) SP HD
SPRYCEL (<i>dasatinib</i>)	T2	PA QL SP HD
STIVARGA	T3	PA QL(84 tabs/28 days) SP HD CSL
SUTENT	T2	PA SP HD
TABRECTA	T3	PA QL (4 tabs/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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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.)		
TAGRISSO	T3	PA SP HD
TALZENNA	T3	PA QL(1 cap/day) SP HD CSL
TARCEVA (<i>erlotinib hcl</i>)	T3	PA SP HD
TASIGNA	T3	PA QL(4 caps/day) SP HD CSL
TEPMETKO	T3	PA QL (2 tabs/day) SP
TRUQAP	T3	PA QL(64 tabs/28 days) SP CSL
TUKYSA	T3	PA SP
TURALIO 125 MG, 200 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
VERZENIO	T2	PA QL (120mg/day) SP HD
VITRAKVI	T3	PA SP HD
VIZIMPRO	T3	PA SP HD
VOTRIENT (<i>pazopanib hcl</i>)	T3	PA SP HD
XALKORI 150 MG PELLET	T3	PA QL(4 pellets/day) SP HD CSL
XALKORI 20 MG PELLET	T3	PA QL(4 pellets/day) SP HD CSL
XALKORI 200 MG CAPSULE	T3	PA QL(4 caps/day) SP HD CSL
XALKORI 250 MG CAPSULE	T3	PA QL(4 caps/day) SP HD CSL
XALKORI 50 MG PELLET	T3	PA QL(4 pellets/day) SP HD CSL
XOSPATA	T3	PA SP
ZEJULA	T2	PA SP
ZYDELIG	T2	PA SP HD
ZYKADIA	T3	PA SP HD
ANTINEOPLÁSICOS, ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-MUERTE PROGRAMADA-I (PD-I)		
OPDIVO	T3	PA SP HD
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-INHIBIDORES DE LA ISOCITRATO DESHIDROGENASA		
IDHIFA	T3	PA SP HD
REZLIDHIA	T3	PA QL(2 caps/day) SP CSL
TIBSOVO	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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
FÁRMACOS INMUNOCONJUGADOS ANTINEOPLÁSICOS		
ENHERTU	T3	PA SP HD
VYLOY	T3	
ANTINEOPLÁSICOS, VARIOS		
<i>etoposide</i>	T1	SP HD
LYSODREN	T2	
MATULANE	T2	SP
<i>tretinoin 10 mg capsule</i>	T1	PA
ANTINEOPLÁSICOS-INHIB. SELECT. DE LA EXP. NUCLEAR (SINE)		
XPOVIO	T3	PA SP
ANTICUERPO MONOCLONAL AL RECEPTOR ANTÍGENO DEL LINFOCITO T CITOTÓXICO (CTLA-4)		
YERVOY	T3	PA SP HD
INMUNOMODULADORES		
ACTIMMUNE	T2	PA SP HD
BESREMI	T3	PA QL (2 syringes/28 days) SP
MODULADORES SELECTIVOS DE RECEPTORES ESTROGÉNICOS (SERM)		
FARESTON (<i>toremifene citrate</i>)	T3	QL (2 tabs/day) HD
SOLTAMOX	T3	HD
<i>toremifene citrate</i> (Fareston)	T1	QL (2 tabs/day) HD
ANTINEOPLÁSICOS ESTEROIDES		
EMCYT	T2	SP HD
<i>megestrol acetate</i>	T1	
ANTINEOPLÁSICOS (Condiciones cutáneas)		
ANTINEOPLÁSICOS TÓPICOS FOTOACT., LESIONES PREMALIGNAS		
LEVULAN	T3	SP
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS TÓPICOS PARA LESIONES PREMALIGNAS		
CARAC	T3	PA
<i>diclofenac sodium 3% gel</i>	T1	PA
EFUDEX (<i>fluorouracil</i>)	T3	
FLUOROPLEX	T2	
<i>fluorouracil</i>	T1	
<i>fluorouracil</i> (Efudex)	T1	
KLISYRI	T3	PA QL (5 packs/30 Days)
PANRETIN	T3	SP HD
PICATO	T2	
TARGRETIN 1% GEL	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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Condiciones cutáneas)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS TÓPICOS PARA LESIONES PREMALIGNAS		
TARGRETIN 1% GEL (<i>bexarotene</i>)	T3	PA SP HD
TOLAK	T3	
VALCHLOR	T3	SP HD
MEDICAMENTOS CONTRA LA OBESIDAD (Control del peso)		
ANOREXÍGENOS CONTRA LA OBESIDAD		
ADIPEX-P (<i>phentermine hcl</i>)	T3	PA
<i>benzphetamine hcl</i>	T1	
<i>benzphetamine hcl</i> (Regimex)	T1	
<i>diethylpropion hcl</i>	T1	
LOMAIRA	T3	PA
<i>phendimetrazine tartrate</i>	T1	
<i>phentermine hcl</i>	T1	
<i>phentermine hcl</i> (Adipex-p)	T1	
QSYMIA	T3	PA
REGIMEX (<i>benzphetamine hcl</i>)	T3	
VYKAT XR	T3	SP
COMBINACIÓN DE MIMÉTICOS DE INCRETINA CONTRA LA OBESIDAD		
ZEPBOUND 7.5 MG/0.5 ML PEN	T2	PA QL(2 mls/30 days)
ZEPBOUND 10 MG/0.5 ML PEN	T2	PA QL(2 mls/30 days)
ZEPBOUND 12.5 MG/0.5 ML PEN	T2	PA QL(2 mls/30 days)
ZEPBOUND 15 MG/0.5 ML PEN	T2	PA QL(2 mls/30 days)
AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA MELANOCORTINA 4 CONTRA LA OBESIDAD		
IMCIVREE	T3	PA QL (9 ml/22 days) SP
AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DEL PÉPTIDO SIMILAR AL GLUCAGÓN TIPO I CONTRA LA OBESIDAD		
SAXENDA	T2	PA
WEGOVY	T2	PA QL (1 BOX/MONTH)
AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA SEROTONINA 2C CONTRA LA OBESIDAD		
BELVIQ	T3	PA
BELVIQ XR	T3	PA
ANTAG. OPIOIDES-INHIB. DE LA RECAPT. DE NOREPINEFRINA Y DOPAMINA CONTRA LA OBESIDAD		
CONTRAVE	T3	PA
AGENTES QUE REDUCEN LA ABSORCIÓN DE GRASAS		
XENICAL	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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIPARASITARIOS (Infecciones)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIPARASITARIOS		
ALINIA 100 MG/5 ML SUSPENSION	T3	
ALINIA 500 MG TABLET (<i>nitazoxanide</i>)	T3	PA
<i>nitazoxanide</i> (Alinia)	T1	
ANTIPARASITARIOS OFTÁLMICOS (DE LOS OJOS)		
XDEMZY	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	PA
<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	PA QL (1 tab/day) HD
AZILECT 1 MG TABLET (<i>rasagiline mesylate</i>)	T3	PA HD
<i>carbidopa/levodopa</i> (Sinemet)	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i> (Stalevo)	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i> (Stalevo 75)	T1	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

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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.)		
MIRAPEX ER 4.5 MG TABLET (<i>pramipexole er</i>)	T3	HD
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 129 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) HD
OSMOLEX ER 193 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) HD
OSMOLEX ER 258 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) HD
OSMOLEX ER 322 MG DAILY DOSE	T3	QL (2 tabs/day) HD
<i>pramipexole di-hcl</i>	T1	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>	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>pramipexole er 4.5 mg tablet</i>	T1	HD
<i>rasagiline mesylate 0.5 mg tab (Azilect)</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>rasagiline mesylate 1 mg tab (Azilect)</i>	T1	HD
<i>ropinirole hcl</i>	T1	HD
RYTARY	T3	HD
<i>selegiline hcl</i>	T1	HD
SINEMET (<i>carbidopa-levodopa</i>)	T3	HD
STALEVO 100 (<i>carbidopa-levodopa-entacapone</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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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.)		
STALEVO 75 (<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>)	T3	HD
TASMAR (<i>tolcapone</i>)	T3	HD
<i>tolcapone</i> (Tasmar)	T1	HD
XADAGO	T3	ST HD
VYALEV	T3	PA SP HD
ZELAPAR	T3	PA HD
INHIBIDORES DE LA DESCARBOXILASA		
<i>carbidopa</i> (Lodosyn)	T1	
LODOSYN (<i>carbidopa</i>)	T3	PA

MEDICAMENTOS ANTIPLAQUETARIOS (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)

INHIBIDORES DE LA AGRUPACIÓN PLAQUETARIA		
<i>aspirin/dipyridamole</i>	T1	HD
ASPIRIN-OMEPRazole	T3	PA HD
BRILINTA	T3	HD
<i>cilostazol</i>	T1	HD
<i>clopidogrel bisulfate</i>	T1	HD
<i>clopidogrel bisulfate</i> (Plavix)	T1	HD
<i>dipyridamole</i>	T1	HD
EFFIENT (<i>prasugrel hcl</i>)	T3	HD
PLAVIX (<i>clopidogrel</i>)	T3	PA HD
<i>prasugrel hcl</i> (Effient)	T1	HD
<i>ticagrelor</i>	T1	HD
<i>ticlopidine hcl</i>	T1	HD
YOSPRALA	T3	PA HD
ZONTIVITY	T3	HD
AGENTES REDUCTORES DE PLAQUETAS		
AGRYLIN (<i>anagrelide hcl</i>)	T3	
<i>anagrelide hcl</i>	T1	
<i>anagrelide hcl</i> (Agrylin)	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

ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIRRETROVIRALES-INHIBIDORES DE LA CÁPSIDE		
SUNLENCA 300 MG TABLET	T3	PA QL(5 tabs/180 days) SP
SUNLENCA 4- 300 MG TABLET	T3	PA QL(5 tabs/180 days) SP
SUNLENCA 463.5 MG/1.5 ML VIAL	T3	PA SP
SUNLENCA 5- 300 MG TABLET	T3	PA QL(5 tabs/180 days) SP
ANTIRRETROVIRALES-COMB. DE INHIBIDORES DE LA INTEGRASA Y NNRTI		
CABENUVA	T3	PA SP
JULUCA	T2	SP
ANTIRRETROVIRALES-COMB. DE INHIBIDORES DE LA INTEGRASA Y NRTI		
DOVATO	T2	SP
ANTIRRETROVIRALES-COMB. DE NRTI E INHIBIDORES DE LA INTEGRASA		
TRIUMEQ	T2	QL(1 tablet/day) SP
TRIUMEQ PD	T2	QL(1 tablet/day) SP
ANTIRRETROVIRALES-NUCLEÓSIDOS, NUCLEÓTIDOS, INHIB. DE LA PROTEASA		
SYMTOZA	T2	SP
ANTIVÍRICOS - ESPEC. PARA VIH, INHIB. DE LA PROTEASA NO PEPTÍDICOS		
APTIVUS	T2	PA SP
<i>darunavir ethanolate</i> (Prezista)	T1	SP
PREZCOBIX	T3	PA SP
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION	T2	SP
PREZISTA 150 MG TABLET	T2	SP
PREZISTA 600 MG TABLET (<i>darunavir</i>)	T3	PA SP
PREZISTA 75 MG TABLET	T2	SP
PREZISTA 800 MG TABLET (<i>darunavir</i>)	T3	PA SP
ANTIVÍRICOS - ESPEC. PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS-NUCLEÓTIDOS		
CIMDUO	T3	PA SP
DESCOVY	T2	SP PPACA
<i>emtricitabine-tenofv 100-150mg</i> (Truvada)	T1	SP
<i>emtricitabine-tenofv 133-200mg</i> (Truvada)	T1	SP
<i>emtricitabine-tenofv 167-250mg</i> (Truvada)	T1	SP
<i>emtricitabine-tenofv 200-300mg</i> (Truvada)	T1	SP PPACA
TEMIXYS	T3	PA SP
TRUVADA (<i>emtricitabine-tenofovir disop</i>)	T3	PA SP
ANTIVÍRICOS - ESPEC. PARA VIH, COMB. ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS, RTI		
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i> (Epzicom)	T1	PA SP
<i>abacavir/lamivudine/zidovudine</i>	T1	PA SP
COMBIVIR (<i>lamivudine-zidovudine</i>)	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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIVÍRICOS - ESPEC. PARA VIH, COMB. ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS, RTI (cont.)		
EPZICOM (<i>abacavir-lamivudine</i>)	T3	PA SP
<i>lamivudine/zidovudine</i> (Combivir)	T1	SP
TRIZIVIR (<i>abacavir-lamivudine-zidovudine</i>)	T3	PA SP
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, ANTAG. DEL CO-RECEPTOR CCR5		
AGRYLIN (<i>anagrelide hcl</i>)	T3	
SELZENTRY 150 MG TABLET (<i>maraviroc</i>)	T3	PA SP
SELZENTRY 20 MG/ML ORAL SOLN	T2	PA SP
SELZENTRY 25 MG TABLET	T2	PA SP
SELZENTRY 300 MG TABLET (<i>maraviroc</i>)	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)
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA FUSIÓN		
FUZEON	T2	PA SP
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, NO NUCLEÓSIDOS, RTI		
EDURANT	T3	PA SP
INTELENCE	T3	PA SP
<i>nevirapine</i>	T1	PA SP
<i>nevirapine</i> (Viramune Xr)	T1	PA SP
<i>nevirapine</i> (Viramune)	T1	PA SP
PIFELTRO	T3	PA SP
VIRAMUNE (<i>nevirapine</i>)	T3	PA SP
VIRAMUNE XR (<i>nevirapine er</i>)	T3	PA SP
<i>abacavir sulfate</i> (Ziagen)	T1	PA SP
<i>didanosine</i> (Videx Ec)	T1	PA SP
<i>emtricitabine</i> (Emtriva)	T1	PA SP
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	T2	PA SP
EMTRIVA 200 MG CAPSULE (<i>emtricitabine</i>)	T3	PA SP
EPIVIR (<i>lamivudine</i>)	T3	SP
<i>lamivudine 10 mg/ml oral soln</i> (EpiVir)	T1	SP
<i>lamivudine 150 mg tablet</i> (EpiVir)	T1	SP
<i>lamivudine 300 mg tablet</i> (EpiVir)	T1	PA SP
RETROVIR (<i>zidovudine</i>)	T3	PA SP
<i>stavudine</i>	T1	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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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 (cont.)		
VIDEX EC	T3	PA SP
VIDEX EC (<i>didanosine</i>)	T3	PA SP
ZIAGEN (<i>abacavir</i>)	T3	PA SP
<i>zidovudine</i>	T1	SP
<i>zidovudine</i> (Retrovir)	T1	SP
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> (Viread)	T1	PA SP
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, NO NUCLEÓSIDOS, RTI		
VIREAD 150 MG TABLET	T2	PA SP
VIREAD 200 MG TABLET	T2	PA SP
VIREAD 250 MG TABLET	T2	PA SP
VIREAD 300 MG TABLET (<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>)	T3	PA SP
VIREAD POWDER	T2	PA SP
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, COMB. DE INHIBIDORES DE LA PROTEASA		
<i>fosamprenavir</i>	T1	PA SP
KALETRA 100-25 MG TABLET	T3	PA SP
KALETRA 200-50 MG TABLET	T3	PA SP
KALETRA 80 MG-20 MG/ML SOLN (<i>lopinavir-ritonavir</i>)	T3	PA SP
<i>lopinavir/ritonavir</i> (Kaletra)	T1	
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA PROTEASA		
<i>atazanavir sulfate</i> (Reyataz)	T1	PA SP
CRIXIVAN	T2	PA SP
EVOTAZ	T3	PA SP
<i>fosamprenavir calcium</i> (Lexiva)	T1	PA SP
LEXIVA 50 MG/ML SUSPENSION	T2	PA SP
LEXIVA 700 MG TABLET (<i>fosamprenavir calcium</i>)	T3	PA SP
NORVIR 100 MG POWDER PACKET	T2	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	T2	PA SP
<i>ritonavir</i> (Norvir)	T1	SP
VIRACEPT	T2	PA SP
ANTIVÍRICOS - INHIBIDORES DE LA TRANSFERENCIA DE CADENA DE LA INTEGRASA DEL VIH-I		
APRETUDE	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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIVÍRICOS - INHIBIDORES DE LA TRANSFERENCIA DE CADENA DE LA INTEGRASA DEL VIH-I (cont.)		
ISENTRESS	T2	SP
ISENTRESS HD	T2	PA SP
TIVICAY	T2	SP
TIVICAY PD	T2	SP
ANTIRRETROV., COMB. DE NUCLEÓSIDOS, NUCLEÓTIDOS Y RTI NO NUCLEÓSIDOS		
COMPLERA (<i>emtricitabine/rilpivirine/tenofovir DF</i>)	T3	PA SP
DELSTRIGO	T3	PA SP
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir DF</i> (Complera)	T1	PA SP
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i> (Symfi Lo)	T1	SP
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i> (Symfi)	T1	SP
ODEFSEY	T3	PA SP
SYMFI (<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate</i>)	T3	PA SP
SYMFI LO (<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate</i>)	T3	PA SP
ANTIRRETROV.-NUCLEÓSIDOS, RTI NUCLEÓTIDOS, INHIBIDORES DE LA INTEGRASA		
BIKTARVY	T2	SP
GENVOYA	T2	SP
STRIBILD	T3	PA SP
ANTIVÍRICOS (Condiciones oculares)		
ANTIVÍRICOS PARA LOS OJOS		
<i>trifluridine</i>	T1	
ZIRGAN	T3	
ANTIVÍRICOS (Infecciones)		
ANTIVÍRICOS, GENERALES		
<i>acyclovir 200 mg capsule</i>	T1	
<i>acyclovir 200 mg/5 ml susp</i> (Zovirax)	T1	
<i>acyclovir 400 mg tablet</i>	T1	
<i>acyclovir 800 mg tablet</i>	T1	
<i>acyclovir 800 mg/20ml susp cup</i>	T1	
<i>famciclovir</i>	T1	
FLUMADINE (<i>rimantadine HCl</i>)	T3	
LIVTENCITY	T3	PA QL (4 tabs/day) SP
<i>oseltamivir 6 mg/ml suspension</i> (Tamiflu)	T1	QL (180ml/30 days)
<i>oseltamivir phosphate 30 mg capsule</i> (Tamiflu)	T1	QL (20/30 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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (Infecciones) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIVÍRICOS, GENERALES (cont.)		
<i>oseltamivir phos 45 mg capsule</i> (Tamiflu)	T1	QL (10/30 days)
<i>oseltamivir phos 75 mg capsule</i> (Tamiflu)	T1	QL (10 caps/30 days)
PREVYMIS	T3	SP HD
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 - COMBO DE INHIB. DE NS5A, NS3/4A, NS5B NUCLEÓTIDOS		
VOSEVI	T2	PA SP HD
VIRUS DE LA HEP. C, INH. DE LA POLIMERASA NS5B ANÁLOGA DE NUCLEÓTIDOS		
SOVALDI 200 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day) SP HD
SOVALDI 400 MG TABLET	T3	PA SP HD
SOVALDI 150 MG, 200 MG PELLET PACKET	T3	PA QL (1 tab/day) SP HD
VIRUS DE LA HEP. C - COMBO DE INHIB. DE LA POLIMERASA NS5B Y NS5A		
EPCLUSA 200 MG-50 MG TABLET	T2	PA QL (1 tab/Day) SP HD
EPCLUSA 400 MG-100 MG TABLET	T2	PA SP HD
HARVONI 33.75-150 MG PELLET PK	T2	PA QL (1 tab/day) SP HD
HARVONI 45-200 MG PELLET PACKET	T2	PA QL (1 tab/day) SP HD
HARVONI 45-200 MG TABLET	T2	PA QL (1 tab/day) SP HD
HARVONI 90-400 MG TABLET	T2	PA SP HD
LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR	T3	PA QL(1 tab/day) SP HD
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR	T3	PA QL(1 tab/day) SP HD
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS B		
<i>adefovir dipivoxil</i>	T1	SP HD
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION	T2	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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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 (cont.)		
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)	T1	QL (1 tab/day) SP HD
<i>entecavir 1 mg tablet</i> (Baraclude)	T1	SP HD
EPIVIR HBV 100 MG TABLET (<i>lamivudine hbv</i>)	T3	SP
EPIVIR HBV 25 MG/5 ML SOLN	T2	SP
HEPSERA (<i>adefovir dipivoxil</i>)	T3	SP HD
<i>lamivudine</i> (Epiriv Hbv)	T1	SP
VEMLIDY	T2	SP HD
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C		
PEGASYS	T2	PA SP HD
PEGINTRON	T2	PA SP HD
<i>ribasphere 200 mg capsule</i>	T1	SP HD
<i>ribasphere 200 mg tablet</i>	T1	SP HD
<i>ribasphere 400 mg tablet</i>	T1	SP
<i>ribasphere 600 mg tablet</i>	T1	SP
<i>ribasphere ribapak 200-400 mg</i>	T1	SP HD
<i>ribasphere ribapak 400-400 mg</i>	T1	SP HD
<i>ribasphere ribapak 600-400 mg</i>	T1	SP HD
<i>ribasphere ribapak 600-400 mg</i>	T1	SP HD
<i>ribasphere ribapak 600-600 mg</i>	T1	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
VIRUS DE LA HEPATITIS C - COMB. DE INHIB. DE NS5A Y NS3/4A		
ZEPATIER	T2	PA QL(1 tab/day) SP HD
INHIBIDOR DE LA PROTEASA PRINCIPAL (MPRO)		
LAGEVRIO (EUA)	T2	QL(1 pack/120 days)
INHIBIDOR DE LA ARN POLIMERASA		
MOLNUPIRAVIR	T3	QL (1 pkg/120 days)
ANTIVÍRICOS (Condiciones cutáneas)		
ANTIVÍRICOS TÓPICOS Y ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS		
XERESE	T3	PA QL (5gm/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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (Condiciones cutáneas) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIVÍRICOS TÓPICOS		
<i>acyclovir 5% cream</i> (Zovirax)	T1	PA QL (5gm/30 days)
<i>acyclovir 5% ointment</i> (Zovirax)	T1	PA QL (15gm/30 days)
DENAVIR	T3	QL (10 gm/30 days)
ZOVIRAX 5% CREAM (<i>acyclovir</i>)	T3	PA QL (10 gm/30 days)
ZOVIRAX 5% OINTMENT (<i>acyclovir</i>)	T3	PA QL (15gm/30 days)

AGENTES TÓPICOS PARA EL TRATAMIENTO DE VERRUGAS GENITALES-VPH

VEREGEN	T3	PA
---------	----	----

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

AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANAFILAXIA

AUVI-Q	T3	PA QL (2 packs/30 days)
EPINEPHRINE	T1	QL (2 packs/30 days)
<i>epinephrine</i> (AUVI-Q)	T3	PA QL (2 packs/30 days)
<i>epinephrine</i> (Epipen 2-pak)	T1	QL (2 packs/30 days)
<i>epinephrine</i> (Epipen Jr 2-pak)	T1	QL (2 packs/30 days)
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
<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 er</i>)	T3	PA HD
MESTINON (<i>pyridostigmine bromide</i>)	T3	HD
<i>pyridostigmine 60 mg/5 ml soln</i> (Mestinon)	T1	HD
PYRIDOSTIGMINE BR 30 MG TABLET	T3	PA QL (20 tabs/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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA (cont.)		
<i>pyridostigmine br 60 mg tablet</i> (Mestinon)	T1	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 (<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	T3	PA QL(5 TABS/DAY)
DEXEDRINE SPANSULE (<i>dextroamphetamine sulfate er</i>)	T3	PA QL (1 cap/day)
<i>dextroamp-amphet er 10 mg cap</i> (Adderall Xr)	T1	PA QL (1 per day)
<i>dextroamp-amphet er 15 mg cap</i> (Adderall Xr)	T1	PA QL (1 per day)
<i>dextroamp-amphet er 20 mg cap</i> (Adderall Xr)	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dextroamp-amphet er 25 mg cap</i> (Adderall Xr)	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dextroamp-amphet er 30 mg cap</i> (Adderall Xr)	T1	PA QL (1 per day)
<i>dextroamp-amphet er 5 mg cap</i> (Adderall Xr)	T1	PA QL (1 per 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 caps/day)
<i>dextroamphetamine er 5 mg cap</i> (Dexedrine)	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dextroamph-amphet er 12.5mg cp</i> (Mydayis)	T1	PA QL
<i>dextroamph-amphet er 25 mg cap</i> (Mydayis)	T1	PA QL
<i>dextroamph-amphet er 37.5mg cp</i> (Mydayis)	T1	PA QL
<i>dextroamphetamine sulfate</i>	T1	PA
<i>dextroamphetamine sulfate</i>	T3	PA ST

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

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

AGENTES VASOCONSTRICTORES ADRENÉRGICOS		
<i>droxidopa</i> (Northera)	T1	SP HD
<i>midodrine hcl</i>	T1	
NORTHERA (<i>droxidopa</i>)	T3	PA SP HD
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA		
DIBENZYLIN (<i>phenoxybenzamine hcl</i>)	T3	HD
<i>phenoxybenzamine hcl</i> (Dibenzylin)	T1	HD
TEZRULY	T3	PA HD

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Condiciones urinarias)

AGENTES PARASIMPATICOMIMÉTICOS		
<i>bethanechol chloride</i>	T1	HD
<i>cevimeline hcl</i> (Evoxac)	T1	HD
EVOXAC (<i>cevimeline hcl</i>)	T3	PA 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)

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE CALICREÍNA PLASMÁTICA		
TAKHZYRO	T3	PA SP HD
PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Varios)		
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA FENILCETONURIA - FENILALANINA AMONIO LIASA		
PALYNZIQ	T3	PA SP HD
PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas)		
VACUNAS CONTRA EL COVID-19		
COMIRNATY	T2	PPACA
JANSSEN COVID-19 VACCINE (EUA)	T2	PPACA
NOVAVAX COVID	T2	PPACA
MODERNA COVID-19 VACCINE (EUA)	T2	PPACA
PFIZER COVID-19 VACCINE (EUA)	T2	PPACA
SPIKEVAX	T2	PPACA
VACUNAS CONTRA VIRUS ENTÉRICOS		
IPOLE	T2	PPACA
ROTARIX	T3	PPACA
ROTATEQ	T3	PPACA
VACUNAS CONTRA COCOS GRAMNEGATIVOS		
BEXSERO	T2	PPACA
MENACTRA	T2	
MENQUADFI	T2	PPACA
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP	T2	PPACA
PENBRAYA	T2	PPACA
TRUMENBA	T2	PPACA
VACUNAS CONTRA COCOS GRAMPOSITIVOS		
CAPVAXIVE	T2	PPACA
PNEUMOVAX 23	T2	PPACA
PREVNAR	T2	PPACA
VACUNAS CONTRA EL VIRUS DE LA INFLUENZA		
AFLURIA TRIVALENT	T2	PPACA
FLUAD TRIVALENT	T2	PPACA
FLUARIX TRIVALENT	T2	PPACA
FLUBLOK TRIVALENT	T2	PPACA
FLUCELVAX TRIVALENT	T2	PPACA
FLULAVAL TRIVALENT	T2	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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
VACUNAS CONTRA EL VIRUS DE LA INFLUENZA (cont.)		
FLUMIST TRIVALENT	T3	PPACA
FLUZONE HIGH-DOSE TRIV	T2	PPACA
FLUZONE TRIVALENT	T2	PPACA
VACUNAS/TOXOIDES CONTRA BACILOS TOXIGÉNICOS		
BCG VACCINE (TICE STRAIN)	T2	SP
PREPARACIONES, COMBINACIONES DE VACUNAS/TOXOIDES		
ACTHIB	T2	PPACA
ADACEL TDAP	T2	PPACA
BOOSTRIX TDAP	T2	PPACA
DAPTACEL DTAP	T2	PPACA
DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS-PED	T2	PPACA
HIBERIX	T2	PPACA
INFANRIX DTAP	T2	PPACA
KINRIX	T2	PPACA
M-M-R II VACCINE	T2	PPACA
PEDVAXHIB	T2	PPACA
PENTACEL	T2	PPACA
PROQUAD	T2	PPACA
QUADRACEL DTAP-IPV	T2	PPACA
TDVAX	T2	PPACA
TENIVAC	T2	PPACA
VAXELIS	T2	PPACA
VACUNAS ANTIVIRALES/DE CÉLULAS TUMORÍGENAS		
ABRYVO	T3	PPACA
ENGERIX-B ADULT	T2	PPACA
ENGERIX-B PEDIATRIC-ADOLESCENT	T2	PPACA
ERVEBO (NATIONAL STOCKPILE)	T3	PPACA
GARDASIL 9	T2	PPACA
HEPLISAV-B	T2	PPACA
IXCHIQ	T3	PPACA
JYNNEOS	T3	PPACA
MRESVIA	T3	PPACA
PEDIARIX	T2	PPACA
RECOMBIVAX HB	T2	PPACA
SHINGRIX	T2	QL (2 dosis/lifetime) 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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
VACUNAS ANTIVIRALES/DE CÉLULAS TUMORÍGENAS (cont.)		
TWINRIX	T2	PPACA
VARIVAX VACCINE	T2	PPACA
ZOSTAVAX	T2	PPACA
SANGRE (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)		
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA TROMBÓTICA		
<i>aminocaproic acid</i> (Amicar)	T1	SP HD
CABLIVI	T3	PA SP
LYSTEDA (<i>tranexamic acid</i>)	T3	SP
<i>tranexamic acid</i> (Lysteda)	T1	SP
AGENTES ANTIFIBRINOLÍTICOS		
AMICAR (<i>aminocaproic acid</i>)	T3	SP HD
FACTORES ANTIHEMOFÍLICOS		
ALTUVIIIO	T3	PA SP HD
INHIBIDORES DEL COMPLEMENTO (C3)		
EMPAVELI	T2	PA SP
FABHALTA	T2	PA QL(2 caps/day) SP
VOYDEYA	T2	PA QL(1 packet/28 days) SP
INHIBIDORES DEL COMPLEMENTO (C5)		
TAVNEOS	T3	PA QL (6 caps/day)SP HD
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
QFITLIA	T3	PA SP
AGENTES PARA LA ANEMIA DREPANOCÍTICA		
DROXIA	T2	
XROMI	T3	PA
SIKLOS	T3	PA
HEMOSTÁTICOS TÓPICOS		
ASTRINGYN	T3	
AVITENE	T3	
ENDO-AVITENE	T3	
EVICEL	T3	
<i>gelatin sponge, absorb/porcine</i> (Gelfoam)	T1	
GELFOAM (<i>surgifoam</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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HEMOSTÁTICOS TÓPICOS (cont.)		
GELFOAM COMPRESSED	T3	
MONSEL's	T3	
RAPLIXA	T3	
RECOTHROM	T3	
SURGIFOAM	T1	
SYRINGE AVITENE	T3	
THROMBI-GEL	T3	
THROMBIN-JMI	T3	
THROMBI-PAD	T3	
ULTRAFOAM	T3	

SANGRE (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)

AGENTES HEMORREOLÓGICOS		
<i>pentoxifylline</i>	T1	HD

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

AGENTES ANTIANGINOSOS Y ANTIISQUÉMICOS, NO HEMODINÁMICOS		
RANEXA (<i>ranolazine er</i>)	T3	PA QL (4 tabs/day) HD
<i>ranolazine</i> (Ranexa)	T1	QL (4 tabs/day) HD

ANTIARRÍTMICOS		
<i>amiodarone hcl</i>	T1	HD
<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>mexiletine hcl</i>	T1	HD
MULTAQ	T2	PA HD
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>propafenone hcl</i>	T1	HD
<i>propafenone hcl</i> (Rythmol Sr)	T1	HD
<i>quinidine gluconate</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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIARRÍTMICOS (cont.)		
<i>quinidine sulfate</i>	T1	HD
RHYTHMOL 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
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
CARDIZEM (<i>diltiazem hcl</i>)	T3	PA HD
CARDIZEM CD (<i>diltiazem 24hr er (cd)</i>)	T3	PA HD
CARDIZEM LA 120 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) HD
CARDIZEM LA 180 MG TABLET (<i>matzim la</i>)	T3	HD
CARDIZEM LA 240 MG TABLET (<i>matzim la</i>)	T3	HD
CARDIZEM LA 300 MG TABLET (<i>matzim la</i>)	T3	HD
CARDIZEM LA 360 MG TABLET (<i>matzim la</i>)	T3	HD
CARDIZEM LA 420 MG TABLET (<i>matzim la</i>)	T3	HD
CONJUPRI	T3	PA HD
<i>diltiazem hcl</i>	T1	HD
<i>diltiazem hcl</i> (Cardizem Cd)	T1	HD
<i>diltiazem hcl</i> (Cardizem La)	T1	HD
<i>diltiazem hcl</i> (Cardizem)	T1	HD
<i>diltiazem hcl</i> (Tiazac)	T1	HD
<i>felodipine</i>	T1	HD
<i>isradipine</i>	T1	HD
KATERZIA	T3	PA QL (10ml/day) HD
<i>nicardipine hcl</i>	T1	HD
<i>nifedipine</i>	T1	HD
<i>nifedipine</i> (Adalat Cc)	T1	HD
<i>nifedipine</i> (Procardia XI)	T1	HD
<i>nifedipine</i> (Procardia)	T1	HD
<i>nimodipine</i>	T1	HD
<i>nisoldipine er 17 mg tablet</i> (Sular)	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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO (cont.)		
<i>nisoldipine 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	PA
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
<i>verapamil hcl</i>	T1	HD
<i>verapamil hcl</i> (Calan Sr)	T1	HD
<i>verapamil hcl</i> (Verelan Pm)	T1	HD
CAMZYOS	T3	PA QL (30caps/30days) SP
<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
GLUCÓSIDOS DIGITÁLICOS		
<i>digoxin</i>	T1	HD
<i>digoxin</i> (Lanoxin)	T1	HD
LANOXIN	T3	PA HD
LANOXIN (<i>digoxin</i>)	T3	PA HD
REDUCTORES DE LA FRECUENCIA CARDÍACA, INHIB. SELECTIVOS DE LA CORRIENTE I (F) DEL SA		
CORLANOR	T2	PA HD
<i>ivabradine hcl</i> (Corlanor)	T1	PA HD
ESTIMULADOR DE LA GUANILATO CICLASA SOLUBLE (SGC)		
VERQUVO	T2	PA QL (1 tab/day)
VASODILADORES, CORONARIOS		
DILATRATE-SR	T3	HD
GONITRO	T3	HD
ISORDIL (<i>isosorbide dinitrate</i>)	T3	PA 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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
VASODILADORES, CORONARIOS (cont.)		
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 Titradoso)	T1	HD
<i>isosorbide mononitrate</i>	T1	HD
MINITRAN	T1	HD
NITRO-DUR 0.1 MG/HR PATCH	T3	HD
NITRO-DUR 0.2 MG/HR PATCH	T3	HD
NITRO-DUR 0.3 MG/HR PATCH	T2	HD
NITRO-DUR 0.4 MG/HR PATCH	T3	HD
NITRO-DUR 0.6 MG/HR PATCH	T3	HD
NITRO-DUR 0.8 MG/HR PATCH	T2	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 tablet sl</i> (Nitrostat)	T1	HD
<i>nitroglycerin 400 mcg spray</i> (Nitrolingual)	T1	HD
NITROLINGUAL (<i>nitroglycerin</i>)	T3	HD
NITROMIST (<i>nitroglycerin</i>)	T3	HD
NITROSTAT (<i>nitroglycerin</i>)	T3	HD
COMBINACIÓN DE VASODILADORES		
BIDIL (<i>isosorbide dinit/hydralazine</i>)	T3	QL(6 tabs/day) HD
<i>isosorbide-hydralazine</i> (Bidil)	T1	QL(6 Tabs/day) HD
CARDIOVASCULARES (Asma/EPOC/condiciones respiratorias)		
ANTIHIP. PULM., INHIB. SEL. DE LA FOSFODIESTERASA T5 DE C-GMP		
ADCIRCA (<i>tadalafil</i>)	T3	PA SP HD
ANTIHIP. PULM., ESTIMULADOR DE LA GUANILATO CICLASA SOLUBLE		
ADEMPAS	T2	PA SP HD
REVATIO (<i>sildenafil citrate</i>)	T3	PA SP HD
<i>sildenafil 10 mg/ml oral susp</i> (Revatio)	T1	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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIP. PULM., ESTIMULADOR DE LA GUANILATO CICLASA SOLUBLE (cont.)		
<i>sildenafil 20 mg tablet</i> (Revatio)	T1	PA SP HD
<i>tadalafil</i> (Adcirca)	T1	PA SP HD
<i>tadalafil 20 mg tablet</i> (Adcirca)	T1	PA SP HD
TADLIQ	T3	PA SP HD
ANTIHIP. PULMONAR, ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES DE ENDOTELINA		
<i>ambrisentan</i> (Letairis)	T1	PA SP HD
<i>bosentan</i> (Tracleer)	T1	PA SP HD
LETAIRIS (<i>ambrisentan</i>)	T3	PA SP HD
OPSUMIT	T2	PA SP HD
TRACLEER 125 MG TABLET (<i>bosentan</i>)	T3	PA SP HD
TRACLEER 32 MG TABLET FOR SUSP	T2	PA SP HD
TRACLEER 62.5 MG TABLET (<i>bosentan</i>)	T3	PA SP HD
AGENTE ANTIHIPERTENSIVO PULMONAR, ACTRIIA-FC		
TYVASO DPI	T2	PA SP HD
WINREVAIR	T3	PA SP HD
ANTIHIPERTENSIVOS PULMONARES, TIPO PROSTACICLINAS		
ORENITRAM ER	T3	PA SP HD
TYVASO	T3	PA SP HD
TYVASO REFILL and STARTER KIT	T3	PA SP HD
UPTRAVI	T2	PA SP HD
VENTAVIS	T3	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		
<i>amlodipine besylate/benazepril</i>	T1	HD
<i>amlodipine besylate/benazepril</i> (Lotrel)	T1	HD
LOTREL (<i>amlodipine besylate-benazepril</i>)	T3	HD
PRESTALIA 14 MG-10 MG TABLET	T3	HD
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

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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		
ACCURETIC (quinapril-hydrochlorothiazide)	T3	ST HD
benazepril/hydrochlorothiazide	T1	HD
benazepril/hydrochlorothiazide (Lotensin Hct)	T1	HD
captopril-hctz 25-15 mg tablet	T1	QL (3 tabs/day) HD
captopril-hctz 25-25 mg tablet	T1	QL (2 tabs/day) HD
captopril-hctz 50-15 mg tablet	T1	QL (3 tabs/day) HD
captopril-hctz 50-25 mg tablet	T1	QL (2 tabs/day) HD
enalapril/hydrochlorothiazide	T1	HD
enalapril/hydrochlorothiazide (Vaseretic)	T1	HD
fosinopril/hydrochlorothiazide	T1	HD
lisinopril/hydrochlorothiazide (Zestoretic)	T1	HD
LOTENSIN HCT (benazepril-hydrochlorothiazide)	T3	ST HD
quinapril/hydrochlorothiazide (Accuretic)	T1	HD
VASERETIC (enalapril-hydrochlorothiazide)	T3	ST HD
ZESTORETIC (lisinopril-hydrochlorothiazide)	T3	ST HD
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA/BETA		
carvedilol (Coreg)	T1	HD
carvedilol er 10 mg capsule (Coreg Cr)	T1	QL (1 cap/day) HD
carvedilol er 20 mg capsule (Coreg Cr)	T1	QL (1 cap/day) HD
carvedilol er 40 mg capsule (Coreg Cr)	T1	QL (1 cap/day) HD
carvedilol er 80 mg capsule (Coreg Cr)	T1	HD
COREG (carvedilol)	T3	ST HD
COREG CR 10 MG CAPSULE (carvedilol er)	T3	QL (1 cap/day) ST HD
COREG CR 20 MG CAPSULE (carvedilol er)	T3	QL (1 cap/day) ST HD
COREG CR 40 MG CAPSULE (carvedilol er)	T3	QL (1 cap/day) ST HD
COREG CR 80 MG CAPSULE (carvedilol er)	T3	ST HD
labetalol hcl	T1	HD
CARDURA (doxazosin mesylate)	T3	HD
CARDURA XL	T3	HD
doxazosin mesylate (Cardura)	T1	HD
MINIPRESS (prazosin hcl)	T3	HD
prazosin hcl (Minipress)	T1	HD
terazosin hcl	T1	HD
ANTAG. DE RECEPT. DE ANGIOTENSINA-BLOQ. DE LOS CANALES DE CALCIO-TIAZIDAS		
amlodipine/valsartan/hcthiadiz (Exforge Hct)	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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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		
EXFORGE (amlodipine besylate/valsartan)	T3	PA HD
EXFORGE HCT (amlodipine-valsartan-hctz)	T3	PA HD
olmesartan/amlodipin/hcthiazid (Tribenzor)	T1	HD
TRIBENZOR (olmesartan-amlodipine-hctz)	T3	HD
COMB. INHIBIDOR DEL RECEPT. DE ANGIOTENSINA-DE LA NEPRILISINA (ARNI)		
ENTRESTO	T2	HD
COMB. DE ANTAG. DE RECEPT. DE ANGIOTENSINA-DIURÉTICOS TIAZÍDICOS		
ARBLI	T3	PA HD
ATACAND HCT (candesartan-hydrochlorothiazid)	T3	ST HD
AVALIDE (irbesartan-hydrochlorothiazide)	T3	ST HD
BENICAR HCT 20-12.5 MG TABLET (olmesartan-hydrochlorothiazide)	T3	PA QL (1 tab/day) ST HD
BENICAR HCT 40-12.5 MG TABLET (olmesartan-hydrochlorothiazide)	T3	PA HD
BENICAR HCT 40-25 MG TABLET (olmesartan-hydrochlorothiazide)	T3	PA HD
candesartan/hydrochlorothiazid (Atacand Hct)	T1	HD
DIOVAN HCT (valsartan-hydrochlorothiazide)	T3	PA HD
EDARBYCLOR	T3	PA HD
HYZAAR (losartan-hydrochlorothiazide)	T3	ST HD
irbesartan/hydrochlorothiazide (Avalide)	T1	HD
losartan/hydrochlorothiazide (Hyzaar)	T1	HD
MICARDIS HCT 40-12.5 MG TABLET (telmisartan-hydrochlorothiazid)	T3	QL (1 tab/day) ST HD
MICARDIS HCT 80-12.5 MG TABLET (telmisartan-hydrochlorothiazid)	T3	ST HD
MICARDIS HCT 80-25 MG TABLET (telmisartan-hydrochlorothiazid)	T3	ST HD
olmesartan-hctz 20-12.5 mg tab (Benicar Hct)	T1	QL (1 tab/day) HD
olmesartan-hctz 40-12.5 mg tab (Benicar Hct)	T1	HD
olmesartan-hctz 40-25 mg tab (Benicar Hct)	T1	HD
telmisartan-hctz 40-12.5 mg tb (Micardis Hct)	T1	QL (1 tab/day) HD
telmisartan-hctz 80-12.5 mg tb (Micardis Hct)	T1	HD
telmisartan-hctz 80-25 mg tab (Micardis Hct)	T1	HD
valsartan/hydrochlorothiazide (Diovan Hct)	T1	HD
BLOQ. DE RECEPTORES DE ANGIOTENSINA-BLOQ. DE LOS CANALES DE CALCIO		
amlodipine besylate/valsartan (Exforge)	T1	HD
amlodipine-olmesartan 10-20 mg (Azor)	T1	HD
amlodipine-olmesartan 10-40 mg (Azor)	T1	HD
amlodipine-olmesartan 5-20 mg (Azor)	T1	QL (1 tab/day) HD
amlodipine-olmesartan 5-40 mg (Azor)	T1	HD
AZOR 10-20 MG TABLET (amlodipine-olmesartan)	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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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.)		
AZOR 10-40 MG TABLET (<i>amlodipine-olmesartan</i>)	T3	HD
AZOR 5-20 MG TABLET (<i>amlodipine-olmesartan</i>)	T3	QL (1 tab/day) HD
AZOR 5-40 MG TABLET (<i>amlodipine-olmesartan</i>)	T3	HD
EXFORGE (<i>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		
ACCUPRIL (<i>quinapril hcl</i>)	T3	ST HD
ALTACE (<i>ramipril</i>)	T3	PA HD
<i>benazepril hcl</i>	T1	HD
<i>benazepril hcl</i> (Lotensin)	T1	HD
<i>captopril</i>	T1	HD
<i>enalapril maleate</i> (Vasotec)	T1	HD
EPANED	T3	PA HD
<i>fosinopril sodium</i>	T1	HD
<i>lisinopril</i> (Zestril)	T1	HD
LOTENSIN (<i>benazepril hcl</i>)	T3	ST HD
<i>moexipril hcl</i>	T1	HD
<i>perindopril erbumine</i>	T1	HD
PRINIVIL (<i>lisinopril</i>)	T3	ST HD
QBRELIS	T3	PA HD
<i>quinapril hcl</i> (Accupril)	T1	HD
<i>ramipril</i> (Altace)	T1	HD
<i>trandolapril</i>	T1	HD
VASOTEC (<i>enalapril maleate</i>)	T3	ST HD
ZESTRIL (<i>lisinopril</i>)	T3	ST HD
ATACAND (<i>candesartan cilexetil</i>)	T3	ST HD
AVAPRO (<i>irbesartan</i>)	T3	PA HD
BENICAR 5 MG TABLET (<i>olmesartan medoxomil</i>)	T3	PA HD
BENICAR 20 MG TABLET (<i>olmesartan medoxomil</i>)	T3	PA QL (1 tab/day) HD
BENICAR 40 MG TABLET (<i>olmesartan medoxomil</i>)	T3	PA HD
<i>candesartan cilexetil</i> (Atacand)	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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERTENSIVOS, INHIBIDORES DE LA ECA (cont.)		
COZAAR (<i>losartan potassium</i>)	T3	PA HD
DIOVAN (<i>valsartan</i>)	T3	ST HD
EDARBI 40 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day) HD
EDARBI 80 MG TABLET	T3	PA 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</i> 20 mg tab (Benicar)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>olmesartan medoxomil</i> 40 mg tab (Benicar)	T1	HD
<i>olmesartan medoxomil</i> 5 mg tab (Benicar)	T1	HD
<i>telmisartan</i> 20 mg tablet (Micardis)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>telmisartan</i> 40 mg tablet (Micardis)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>telmisartan</i> 80 mg tablet (Micardis)	T1	HD
<i>valsartan</i> (Diovan)	T1	HD
ANTIHIPERTENSIVOS, BLOQUEADORES GANGLIONARES		
VECAMYL	T1	
ANTIHIPERTENSIVOS, VARIOS		
DEMSEY (<i>metyrosine</i>)	T3	HD
<i>metyrosine</i> (Demser)	T1	HD
ANTIHIPERTENSIVOS, SIMPATOLÍTICOS		
CATAPRES-TTS 1 (<i>clonidine</i>)	T3	HD
CATAPRES-TTS 2 (<i>clonidine</i>)	T3	HD
CATAPRES-TTS 3 (<i>clonidine</i>)	T3	HD
<i>clonidine</i> (Catapres-tts 1)	T1	HD
<i>clonidine</i> (Catapres-tts 2)	T1	HD
<i>clonidine</i> (Catapres-tts 3)	T1	HD
<i>guanfacine hcl</i>	T1	HD
<i>methyl dopa</i>	T1	HD
<i>methyl dopa/hydrochlorothiazide</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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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, VASODILATADORES		
<i>hydralazine hcl</i>	T1	HD
<i>minoxidil</i>	T1	HD
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS BETA		
<i>acebutolol hcl</i>	T1	HD
<i>atenolol</i> (Tenormin)	T1	HD
BETAPACE (<i>sotalol af</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
BISOPROLOL FUMARATE 2.5 MG TAB	T3	PA QL (1 tab/day) 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	T3	PA QL (1 tab/day) HD
HEMANGEOL	T3	PA HD
INDERAL LA (<i>propranolol hcl er</i>)	T3	PA HD
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
<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

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
BETABLOQUEANTES Y TIAZIDAS, DIURÉTICOS TIAZÍDICOS		
<i>atenolol/chlorthalidone</i> (Tenoretic 100)	T1	HD
<i>atenolol/chlorthalidone</i> (Tenoretic 50)	T1	HD
<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
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
TEKTURN 150 MG TABLET (<i>aliskiren hemifumarate</i>)	T3	PA QL(1 tab/day) HD
TEKTURN 300 MG TABLET (<i>aliskiren hemifumarate</i>)	T3	PA HD
COMB. DE INHIBIDORES DIRECTOS DE LA RENINA Y DIURÉTICOS TIAZÍDICOS		
TEKTURN HCT	T2	HD
COMBINACIÓN DE VASODILADORES		
BIDIL	T3	PA QL (6 tabs/day)
VASODILADORES, PERIFÉRICOS		
<i>ergoloid mesylates</i>	T1	
<i>isoxsuprine hcl</i>	T1	
CARDIOVASCULARES (Medicamentos para el colesterol)		
ANTIHIPERLIP. - INHIB. DE HMG-COA REDUCT.-INHIB. DE AB. DE COLEST.		
<i>ezetimibe/atorvastatin calcium</i>	T1	PA HD
<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

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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
ANTIHIPERLIP. - INHIB. DE HMG-COA REDUCT.-BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO (cont.)		
amlodipine-atorvast 2.5-20 mg	T1	QL (1 tab/day) HD
amlodipine-atorvast 2.5-40 mg	T1	QL (1 tab/day) HD
amlodipine-atorvast 5-10 mg (Caduet)	T1	HD
amlodipine-atorvast 5-20 mg (Caduet)	T1	QL (1 tab/day) HD
amlodipine-atorvast 5-40 mg (Caduet)	T1	QL (1 tab/day) HD
amlodipine-atorvast 5-80 mg (Caduet)	T1	HD
CADUET 10 MG-10 MG TABLET (amlodipine-atorvastatin)	T3	HD
CADUET 10 MG-20 MG TABLET (amlodipine-atorvastatin)	T3	HD
CADUET 10 MG-40 MG TABLET (amlodipine-atorvastatin)	T3	HD
CADUET 10 MG-80 MG TABLET (amlodipine-atorvastatin)	T3	HD
CADUET 5 MG-10 MG TABLET (amlodipine-atorvastatin)	T3	HD
CADUET 5 MG-20 MG TABLET (amlodipine-atorvastatin)	T3	QL (1 tab/day) HD
CADUET 5 MG-40 MG TABLET (amlodipine-atorvastatin)	T3	QL (1 tab/day) HD
CADUET 5 MG-80 MG TABLET (amlodipine-atorvastatin)	T3	HD
LIVALO	T3	PA QL
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 QL 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
atorvastatin 10 mg tablet (Lipitor)	T1	HD PPACA
atorvastatin 20 mg tablet (Lipitor)	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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para el colesterol) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS-INHIB. DE LA HMG-COA REDUCTASA (Estatinas) (cont.)		
<i>atorvastatin 40 mg tablet</i> (Lipitor)	T1	HD
<i>atorvastatin 80 mg tablet</i> (Lipitor)	T1	HD
CRESTOR 10 MG TABLET (<i>rosuvastatin calcium</i>)	T3	PA QL (1 tab/day) HD
CRESTOR 20 MG TABLET (<i>rosuvastatin calcium</i>)	T3	PA QL (1 tab/day) HD
CRESTOR 40 MG TABLET (<i>rosuvastatin calcium</i>)	T3	PA HD
CRESTOR 5 MG TABLET (<i>rosuvastatin calcium</i>)	T3	PA QL (1 tab/day) HD
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 XL)	T1	HD PPACA
LESCOL XL (<i>fluvastatin er</i>)	T3	PA HD
LIPITOR (<i>atorvastatin calcium</i>)	T3	PA HD
LIVALO 1 MG TABLET (<i>pitavastatin calcium</i>)	T2	QL (1 tab/day) ST HD
LIVALO 2 MG TABLET (<i>pitavastatin calcium</i>)	T2	QL (1 tab/day) ST HD
LIVALO 4 MG TABLET (<i>pitavastatin calcium</i>)	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 HD PPACA
<i>pitavastatin 1 mg tablet</i> (Livalo)	T1	QL(1 tab/day) HD PPACA
<i>pitavastatin 2 mg tablet</i> (Livalo)	T1	QL(1 tab/day) HD PPACA
<i>pitavastatin 4 mg tablet</i> (Livalo)	T1	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

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para el colesterol) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS-INHIB. DE LA HMG-COA REDUCTASA (Estatinas) (cont.)		
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
<i>simvastatin 80 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
ZOCOR	T3	PA HD
ZYPITAMAG	T3	ST HD
SECUESTRADORES DE SALES BILIARES		
<i>cholestyramine (with sugar)</i> (Questran)	T1	HD
<i>cholestyramine</i> (Questran Light)	T1	HD
<i>colesevelam hcl</i> (Welchol)	T1	HD
COLESTID 1 GM TABLET (<i>colestipol hcl</i>)	T3	HD
COLESTID GRANULES	T3	HD
COLESTID GRANULES (<i>colestipol hcl</i>)	T3	HD
COLESTID GRANULES PACKET (<i>colestipol hcl</i>)	T3	HD
<i>colestipol hcl</i> (Colestid)	T1	HD
QUESTRAN (<i>cholestyramine</i>)	T3	HD
QUESTRAN LIGHT (<i>cholestyramine</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

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para el colesterol) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
LIPOTRÓPICOS (cont.)		
<i>fenofibrate 54 mg tablet</i>	T1	HD
<i>fenofibrate 67 mg capsule</i>	T1	HD
<i>fenofibric acid</i>	T1	HD
FENOGLIDE (<i>fenofibrate</i>)	T3	PA HD
FIBRICOR (<i>fenofibric acid</i>)	T3	ST HD
<i>gemfibrozil (Lopid)</i>	T1	HD
LIPOFEN	T3	ST HD
LOPID (<i>gemfibrozil</i>)	T3	HD
<i>niacin (Niacor)</i>	T1	PA HD
<i>niacin (Niaspan)</i>	T1	HD
NIACOR	T3	PA HD
NIASPAN (<i>niacin er</i>)	T3	HD
TRICOR (<i>fenofibrate</i>)	T3	ST HD
TRIGLIDE	T3	ST HD
TRILIPIX (<i>fenofibric acid</i>)	T3	ST HD
ZETIA (<i>ezetimibe</i>)	T3	PA HD

CARDIOVASCULARES (VARIOS)

ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ENDOTELINA-ANGIOTENSINA

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

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Enfermedad de Alzheimer)

TRATAMIENTO DEL ALZHEIMER, ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES NMDA

<i>memantine hcl (Namenda)</i>	T1	HD
<i>memantine hcl er 14 mg capsule (Namenda Xr)</i>	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>memantine hcl er 21 mg capsule (Namenda Xr)</i>	T1	HD
<i>memantine hcl er 28 mg capsule (Namenda Xr)</i>	T1	HD
<i>memantine hcl er 7 mg capsule (Namenda Xr)</i>	T1	QL (1 cap/day) HD
NAMENDA	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
NAMZARIC 14 MG-10 MG CAPSULE	T3	QL (2 caps/day) HD
NAMZARIC 21 MG-10 MG CAPSULE (<i>memantine hcl/donepezil hcl</i>)	T3	QL (2 caps/day) HD
NAMZARIC 28 MG-10 MG CAPSULE	T3	QL (2 caps/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

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 (Enfermedad de Alzheimer) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
TRATAMIENTO DEL ALZHEIMER, ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES NMDA (cont.)		
NAMZARIC 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

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Varios)

AGENTES PARA LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA		
RADICAVA ORS	T3	PA QL (50ml/28days) SP
RELYVRIO	T3	PA QL (2 packs/day) SP HD
RILUTEK (<i>riluzole</i>)	T3	PA SP HD
<i>riluzole</i> (Rilutek)	T1	SP HD
TIGLUTIK	T3	PA SP

MEDICAMENTOS PARA TRATAR TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO		
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 (50 tabs/30 days) SP HD
AUSTEDO XR 48 MG TABLET	T3	PA QL 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 tab/day) SP
INGREZZA INITIATION PK (TARDIV)	T3	PA QL (28 caps/year) SP
<i>tetrabenazine</i> (Xenazine)	T1	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		
<i>caffeine citrate</i>	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	T2	PA SP HD
AVONEX PEN	T2	PA SP HD
BAFIERTAM	T2	PA SP HD
BETASERON	T2	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

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 (Esclerosis múltiple) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA TRATAR LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE (cont.)		
COPAXONE (<i>glatopa</i>)	T3	PA SP HD
<i>dimethyl fumarate</i> (Tecfidera)	T1	HD
EXTAVIA	T3	PA SP
GILENYA	T3	PA SP HD
<i>glatiramer acetate</i> (Copaxone)	T1	PA SP HD
<i>glatopa</i>	T1	HD
KESIMPTA PEN	T2	PA SP HD
MAVENCLAD	T3	PA SP HD
MAYZENT	T2	PA SP HD
PLEGRIDY	T2	PA SP HD
PLEGRIDY PEN	T2	PA SP HD
PONVORY	T2	PA SP HD
REBIF	T2	PA SP HD
REBIF REBIDOSE	T2	PA SP HD
TASCENSO ODT 0.25 MG TABLET	T3	PA QL (1 TAB/DAY) SP
TECFIDERA (<i>dimethyl fumarate</i>)	T3	PA SP HD
<i>teriflunomide</i> (Aubagio)	T1	SP HD
VUMERITY	T2	PA SP HD
AGENTES PARA EL TRAT. DE TRAST. DE LA TRANSMISIÓN NEUROMUSC., BLOQ. DE LOS CAN. DE POT.		
AMPYRA (<i>dalfampridine er</i>)	T3	PA SP HD
<i>dalfampridine</i> (Ampyra)	T1	PA SP HD
FIRDAPSE	T3	PA QL (8 tabs/day) SP
RUZURGI	T3	PA SP
MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
INHIBIDORES DEL PÉPTIDO RELACIONADO CON EL GEN DE LA CALCITONINA (CGRP)		
EMGALITY SYRINGE	T2	PA
ANÁLOGOS DE GLIPROMATO (GPE)		
DAYBUE	T3	PA QL (120ml/day) SP
AGENTES PARA LA NEURALGIA POSTHERPÉTICA		
<i>gabapentin</i> (Gralise)	T1	PA
GRALISE	T3	PA
GRALISE ER (<i>gabapentin</i>)	T3	PA
MODULADOR DE LOS RECEPTORES DE ESFINGOSINA I-FOSFATO (SIP)		
VELSIPITY	T3	PA QL(30 tabs/30 days) SP HD
ZEPOSIA	T2	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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos convulsivos)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONVULSIVOS - TIPO BENZODIAZEPINAS		
<i>clobazam</i> (Onfi)	T1	HD
<i>clonazepam</i>	T1	HD
<i>clonazepam</i> (Klonopin)	T1	HD
DIASTAT (<i>diazepam</i>)	T3	PA HD
<i>diazepam</i> 10 mg rectal gel syst	T1	HD
<i>diazepam</i> 2.5 mg rectal gel sys (Diastat)	T1	HD
<i>diazepam</i> 20 mg rectal gel syst	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
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	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
CARBAMAZEPINE 200 MG TAB CHEW	T3	HD
CARBATROL (<i>carbamazepine er</i>)	T3	PA HD
CELONTIN	T2	HD
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

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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.)		
DIACOMIT	T3	PA SP HD
DILANTIN 100 MG CAPSULE (<i>phenytoin sodium extended</i>)	T3	PA HD
DILANTIN 30 MG CAPSULE	T2	PA HD
DILANTIN 50 MG INFATAB (<i>phenytoin</i>)	T3	PA HD
DILANTIN-125 (<i>phenytoin</i>)	T3	PA HD
<i>divalproex sodium</i> (Depakote Er)	T1	HD
<i>divalproex sodium</i> (Depakote Sprinkle)	T1	HD
<i>divalproex sodium</i> (Depakote)	T1	HD
ELEPSIA XR	T3	PA
EPRONTIA	T3	PA
<i>ethosuximide</i> (Zarontin)	T1	HD
<i>eslicarbazepine</i> 200 mg, 400 mg tablet	T1	PA QL HD
<i>eslicarbazepine</i> 600 mg, 800 mg tablet	T1	PA HD
<i>felbamate</i> (Felbatol)	T1	HD
FELBATOL (<i>felbamate</i>)	T3	PA HD
FINTEPLA	T3	PA SP HD
FYCOMPA 0.5 MG/ML ORAL SUSP	T3	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
<i>gabapentin</i> (Gralise)	T1	
<i>gabapentin</i> (Neurontin)	T1	HD
GABARONE	T3	PA HD
GABITRIL 2 MG TABLET (<i>tiagabine hcl</i>)	T3	PA HD
GABITRIL 4 MG TABLET (<i>tiagabine hcl</i>)	T3	PA HD
GRALISE (<i>gabapentin</i>)	T3	PA
KEPPRA (<i>levetiracetam</i>)	T3	PA HD
KEPPRA (<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

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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 (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
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
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> (Trileptal)	T1	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

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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>phenytoin</i> (Dilantin)	T1	HD
<i>phenytoin</i> (Dilantin-125)	T1	HD
<i>phenytoin sodium extended</i> (Dilantin)	T1	HD
<i>phenytoin sodium extended</i> (Phenytek)	T1	HD
<i>pregabalin</i> (Lyrica)	T1	HD
<i>primidone</i> (Mysoline)	T1	HD
QUDEXY XR (<i>topiramate er</i>)	T3	PA HD
<i>rufinamide</i> (Banzel)	T1	PA QL (8 tablets/day) HD
SABRIL (<i>vigabatrin</i>)	T3	PA SP HD
SABRIL (<i>vigadrone</i>)	T3	PA SP HD
SPRITAM	T3	PA HD
TEGRETOL (<i>carbamazepine</i>)	T3	PA HD
TEGRETOL (<i>epitol</i>)	T3	PA HD
TEGRETOL XR (<i>carbamazepine er</i>)	T3	PA HD
tiagabine hcl 12 mg tablet (Gabitril)	T1	QL (8 tabs/day) HD
tiagabine hcl 16 mg tablet (Gabitril)	T1	QL (6 tabs/day) HD
tiagabine hcl 2 mg tablet (Gabitril)	T1	HD
tiagabine hcl 4 mg tablet (Gabitril)	T1	HD
TOPAMAX (<i>topiramate</i>)	T3	PA HD
TOPIRAMATE 50 MG SPRINKLE CAP	T3	PA HD
topiramate (Qudexy Xr)	T1	HD
topiramate (Topamax)	T1	HD
topiramate er (Trokendi Xr)	T1	QL(1 CAP/DAY) HD
TRILEPTAL (<i>oxcarbazepine</i>)	T3	PA HD
TROKENDI XR 100 MG CAPSULE (<i>topiramate</i>)	T3	PA QL(1 CAP/DAY) HD
TROKENDI XR 25 MG CAPSULE (<i>topiramate</i>)	T3	PA QL(1 CAP/DAY) HD
TROKENDI XR 50 MG CAPSULE (<i>topiramate</i>)	T3	PA QL(1 CAP/DAY) HD
valproic acid	T1	HD
valproic acid (as sodium salt)	T1	HD
vigabatrin (Sabril)	T1	SP HD
VIMPAT	T2	PA HD
XCOPRI 25 MG TABLET	T3	PA HD
XCOPRI 100 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day) HD
XCOPRI 12.5-25 MG TITRATION PK	T3	PA QL (1/28 Days) HD
XCOPRI 150 MG TABLET	T3	PA QL (1/Day) HD

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONVULSIVOS (cont.)		
XCOPRI 150-200 MG TITRATION PK	T3	PA QL (1/28 Days) HD
XCOPRI 200 MG TABLET	T3	PA QL (2/Day) HD
XCOPRI 250 MG DAILY DOSE PACK	T3	PA QL (1/28 Days) HD
XCOPRI 350 MG DAILY DOSE PACK	T3	PA QL (1/28 Days) HD
XCOPRI 50 MG TABLET	T3	PA QL (1/Day) HD
XCOPRI 50-100 MG TITRATION PAK	T3	PA QL (1/28 Days) HD
ZARONTIN (ethosuximide)	T3	PA HD
ZONEGRAN (zonisamide)	T3	PA HD
zonisamide	T1	HD
zonisamide (Zonegran)	T1	HD
ZONISADE	T3	PA QL (6 bottles/30 days)

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

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

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

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

ERITROPOYESIS-AGENTES ESTIMULANTES

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

ESTIMULANTES DE LEUCOCITOS (RECUENTO DE GLÓBULOS BLANCOS)

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

FACTORES ESTIMULANTES DE COLONIAS (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ESTIMULANTES DE LEUCOCITOS (RECuento DE GLÓBULOS BLANCOS) (cont.)		
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
PROMACTA	T3	PA SP HD
ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos)		
ANTICONCEPTIVOS, INTRAVAGINALES, SISTÉMICOS		
ANNOVERA	T3	PPACA
etonogestrel/ethinyl estradiol (Nuvaring)	T1	PPACA
NUVARING (etonogestrel-ethinyl estradiol)	T3	PPACA
ANTICONCEPTIVOS, IMPLANTABLES		
NEXPLANON	T2	SP PPACA
ANTICONCEPTIVOS, INYECTABLES		
DEPO-PROVERA 150 MG/ML SYRINGE (medroxyprogesterone acetate)	T3	PPACA
DEPO-PROVERA 150 MG/ML VIAL (medroxyprogesterone acetate)	T3	PPACA
DEPO-SUBQ PROVERA 104	T2	PPACA
medroxyprogesterone 150 mg/ml (Depo-provera)	T1	PPACA
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
drospir/eth estra/levomefol ca (Beyaz)	T1	HD PPACA
drospir/eth estra/levomefol ca (Safyral)	T1	HD PPACA
ELLA	T3	HD PPACA
ESTROSTEP FE (tri-legest fe)	T3	HD
ethinyl estradiol/drospirenone (Yasmin 28)	T1	HD PPACA
ethinyl estradiol/drospirenone (Yaz)	T1	HD PPACA
ethynodiol d-ethinyl estradiol	T1	HD PPACA
FEMLYV	T3	PA HD PPACA
levonorgestrel/ethin.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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONCEPTIVOS, ORALES (cont.)		
<i>levonorgest/eth.estradiol/iron</i> (Balcoltra)	T1	HD PPACA
<i>l-norgest/e.estradiol-e.estradiol</i> (Loseasonique)	T1	HD PPACA
<i>l-norgest/e.estradiol-e.estradiol</i> (Quartette)	T1	HD PPACA
LO LOESTRIN FE	T2	PA HD
LOESTRIN (<i>norethindron-ethinyl estradiol</i>)	T3	HD PPACA
LOESTRIN FE (<i>norethindrone-eth estradiol-fe</i>)	T3	HD PPACA
LOSEASONIQUE (<i>lojaimiess</i>)	T3	HD
MICROGESTIN 24 FE (<i>tarina 24 fe</i>)	T3	HD
MIRCETTE (<i>volnea</i>)	T3	HD
NATAZIA	T3	HD PPACA
NEXTSTELLIS	T3	HD PPACA
<i>noreth-ethinyl estradiol/iron</i>	T1	HD PPACA
<i>norethind-eth estradiol 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 PPACA
SLYND	T3	HD PPACA
TAYTULLA (<i>norethin-eth estra-ferrous fum</i>)	T3	HD PPACA
TYBLUME	T3	HD PPACA
YASMIN 28 (<i>zumandimine</i>)	T3	HD PPACA
YAZ (<i>vestura</i>)	T3	HD PPACA
<i>norelgestromin/ethin.estradiol</i>	T1	HD PPACA
TWIRLA	T3	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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
DIAFRAGMAS/CAPUCHONES CERVICALES		
CAYA CONTOURED	T2	PPACA
FEMCAP	T2	PPACA
WIDE SEAL DIAPHRAGM	T3	PPACA
DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)		
KYLEENA	T3	SP PPACA
LILETTA	T3	SP PPACA
MIRENA	T3	SP PPACA
MIUDELLA	T3	SP PPACA
PARAGARD T 380-A	T3	SP PPACA
SKYLA	T3	SP PPACA

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

COMB. DE ANTIHIST.-DESCONGEST.-ANTICOLINÉRGICOS DE I.ª GENERACIÓN

RESPA A.R.	T3	
------------	----	--

PREPARACIONES PARA LA TOS/EL RESFRÍO (Medicamentos para la tos/el resfrío)

ANTITUSIVOS NO OPIOIDES

<i>benzonatate 100 mg capsule</i> (Tessalon Perle)	T1	
<i>benzonatate 150 mg capsule</i>	T1	PA
<i>benzonatate 200 mg capsule</i>	T1	

ANTITUS. NO OPIOIDES-ANTIHISTAMÍNICOS DE I.ª GENERACIÓN-DESCONGESTIVOS

<i>benzonatate perle 100 mg cap</i> (Tessalon Perle)	T1	
TESSALON PERLE (<i>benzonatate</i>)	T3	

ANTITUS. NO OPIOIDES-ANTIHISTAMÍNICOS DE I.ª GENERACIÓN-DESCONGESTIVOS

BROMFED DM (<i>brompheniramine-pseudoephed-dm</i>)	T3	PA
<i>brompheniramine/pseudoephed/dm</i> (Bromfed Dm)	T1	

COMB. DE ANTITUSIVOS NO OPIOIDES-ANTIHISTAMÍNICOS DE I.ª GENERACIÓN

<i>promethazine/dextromethorphan</i>	T1	
<i>hydrocodone/cpm/pseudoephed</i>	T1	PA
<i>promethazine/phenyleph/codeine</i>	T1	PA QL (480ml/22 days)
<i>promethazine/phenyleph/codeine</i>	T1	PA QL (480ml/30 days)

ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTIHISTAMÍNICOS DE I.ª GENERACIÓN

<i>hydrocodone/chlorphen p-stirex</i>	T1	PA
<i>promethazine-codeine solution</i>	T1	PA QL (480ML/22 Days)

ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTIHISTAMÍNICOS DE I.ª GENERACIÓN

<i>promethazine-codeine syrup</i>	T1	PA QL (480ml/30 days)
TUSSICAPS	T2	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

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTIISTAMÍNICOS DE 1.ª GENERACIÓN		
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)
COMBINACIÓN DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-EXPECTORANTES		
HYDROCODONE-GUAIFENESIN	T1	PA QL (960ml/30 days)
OBREDON	T3	PA QL (960ml/30 days)
ANTAGONISTA DEL RECEPTOR DE QUIMIOCINAS CXCR4		
ESTIMULANTES DE LEUCOCITOS (RECuento DE GLÓBULOS BLANCOS) (cont.)		
XOLREMDI	T3	PA QL (4 caps/day) SP CSL
DIAGNÓSTICO (Diabetes)		
DIAGNÓSTICO DEL NIVEL DE AZÚCAR EN SANGRE		
AGAMATRIX JAZZ TEST STRIP	T3	
AGAMATRIX PRESTO	T3	
BLULINK GLUCOSE TEST STRIP	T3	
CONTOUR PLUS TEST STRIP	T3	
FORA 6CONN-GTEL-TN'G ADV STRIP	T3	
FREESTYLE TEST STRIPS	T2	
GE333 BLOOD GLUCOSE TEST STRIP	T3	
ONETOUCH ULTRA TEST STRIP	T2	PA
ONETOUCH VERIO TEST STRIP	T2	PA
PRECISION XTRA TEST STRIPS	T2	
DIAGNÓSTICO (Varios)		
PREPARACIONES DE DIAGNÓSTICO, VARIAS		
ADVANCED DNA MEDICATED COLLECT	T3	
ARIDOL	T3	
GLUCAGEN DIAGNOSTIC 1 MG VIAL	T2	
<i>lidocaine hcl/glycerin</i> (Advanced Dna Medicated Collect)	T1	
PROVOCHOLINE	T3	
TC99M SULFUR COLLOID PREP	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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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		
<i>fluorescein sodium</i>	T1	
<i>ful-glo 1 mg oph strip</i>	T1	
FUL-GLO EYE STRIPS	T3	
<i>lissamine green</i>	T1	
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	T3	
VARIBAR HONEY	T3	
VARIBAR NECTAR	T3	
VARIBAR PUDDING	T3	
VARIBAR THIN LIQUID	T3	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO DE LA FUNCIÓN METABÓLICA		
METOPIRONE	T2	
ELEMENTOS RADIOFARMACÉUTICOS		
INDICLOR	T3	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOPACOS URINARIOS		
CYSTO-CONRAY II	T3	
CYSTOGRAFIN	T3	
CYSTOGRAFIN-DILUTE	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 (<i>tolvaptan</i>)	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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

DIURÉTICOS (Diuréticos) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ARGININA VASOPRESINA (AVP) (cont.)		
TOLVAPTAN 15 MG TABLET	T3	SP
<i>tolvaptan 30 mg tablet (Samsca)</i>	T1	SP
INHIBIDORES DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA		
<i>acetazolamide</i>	T1	HD
<i>methazolamide</i>	T1	HD
DIURÉTICOS DE ASA (cont.)		
<i>bumetanide</i>	T1	HD
EDECRIN (<i>ethacrynic acid</i>)	T3	PA
<i>ethacrynic acid</i> (Edecrin)	T1	PA
FUROSCIX	T3	PA QL(2 kits/30 days)
<i>furosemide</i>	T1	HD
<i>furosemide</i> (Lasix)	T1	HD
LASIX (<i>furosemide</i>)	T3	PA HD
<i>torsemide</i>	T1	HD
AGENTE DE LA ENFERMEDAD RENAL POLIQUÍSTICA, ANTAG. DE LOS RECEP. DE LA AVP		
JYNARQUE (<i>tolvaptan</i>)	T3	SP
DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO		
ALDACTONE (<i>spironolactone</i>)	T3	PA HD
<i>amiloride hcl</i>	T1	HD
CAROSPIR (<i>spironolactone</i>)	T2	PA
DYRENIUM (<i>triamterene</i>)	T3	PA HD
DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO EN COMBINACIÓN		
ALDACTAZIDE	T3	HD
ALDACTAZIDE (<i>spironolactone-hctz</i>)	T3	HD
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
DYAZIDE (<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>)	T3	HD
MAXZIDE (<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>)	T3	HD
MAXZIDE-25 MG (<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>)	T3	HD
<i>spironolact/hydrochlorothiazid</i>	T1	HD
<i>spironolactone</i>	T1	HD
<i>spironolact/hydrochlorothiazid</i> (Aldactazide)	T1	HD
<i>triamterene/hydrochlorothiazid</i> (Dyazide)	T1	HD
<i>triamterene/hydrochlorothiazid</i> (Maxzide)	T1	HD
<i>triamterene/hydrochlorothiazid</i> (Maxzide-25 Mg)	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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

DIURÉTICOS (Diuréticos) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
TIAZIDA Y DIURÉTICOS AFINES		
<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
<i>metolazone</i>	T1	HD
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) HD

ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS NAALES		
<i>flunisolide</i>	T1	HD
<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
XHANCE	T3	ST HD
ZETONNA	T3	ST HD

PREPARACIONES NAALES, VARIAS (CON RECETA)		
<i>ipratropium bromide</i>	T1	HD

PREPARACIONES NAALES, VASOCONSTRICTORES (CON RECETA)		
ADRENALIN CHLORIDE	T3	
<i>epinephrine hcl</i> (Adrenalin Chloride)	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

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 (Medicamentos para los oídos)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
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	T2	QL(4 bottles/30 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	PA
ALREX (<i>loteprednol etabonate</i>)	T3	PA
<i>bromfenac sodium</i>	T1	
<i>bromfenac sodium</i> (Bromsite)	T1	
BROMSITE (<i>bromfenac sodium</i>)	T2	PA
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	T1	
<i>diclofenac 0.1% eye drops</i>	T1	
DUREZOL	T3	PA
EYSUVIS	T2	QL (8.3ML/14 DAYS)
FLAREX	T2	
<i>fluorometholone</i> (Fml)	T1	
<i>flurbiprofen sodium</i>	T1	
FML (<i>fluorometholone</i>)	T3	PA
FML FORTE	T3	PA
ILEVRO	T3	
INVELTYS	T2	PA
<i>ketorolac 0.4% ophth solution</i> (Acular Ls)	T1	
<i>ketorolac 0.5% ophth solution</i> (Acular)	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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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.)		
LOTEMAX 0.5% EYE DROPS	T3	ST
LOTEMAX OINTMENT (<i>loteprednol etabonate</i>)	T3	ST
LOTEMAX SM	T3	PA
<i>loteprednol etabonate</i>	T1	
MAXIDEX	T3	PA
NEVANAC	T3	PA
OMNIPRED (<i>prednisolone acetate</i>)	T3	
PRED FORTE (<i>prednisolone acetate</i>)	T3	PA
PRED MILD	T3	PA
<i>prednisolone acetate</i> (Pred Forte)	T1	
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	T1	
PROLENSA	T3	
ANESTÉSICOS LOCALES PARA LOS OJOS		
AKTEN	T3	
ALCAINE (<i>proparacaine hcl</i>)	T3	
ALTAFLUOR BENOX (<i>fluorox</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>	T2	
<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	
PREPARACIONES OCULARES, VARIAS (SIN RECETA)		
GELFILM	T3	
VASOCONSTRICTORES PARA LOS OJOS		
<i>phenylephrine hcl</i>	T1	
UPNEEQ	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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MIÓTICOS Y OTROS REDUCTORES DE LA PRESIÓN INTRAOCULAR		
ALPHAGAN P (<i>brimonidine tartrate</i>)	T3	HD
<i>apraclonidine hcl</i> (Iopidine)	T1	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 (10ml/30 days) HD
<i>brimonidine tartrate</i>	T1	HD
<i>brimonidine tartrate</i> (Alphagan P)	T1	HD
<i>brinzolamide</i> (Azopt)	T1	HD
<i>carteolol hcl</i>	T1	HD
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
IOPIDINE (<i>apraclonidine hcl</i>)	T3	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
PHOSPHOLINE IODIDE	T2	HD
<i>pilocarpine hcl</i> (Isopto Carpine)	T1	HD
RHOPRESSA	T3	HD
ROCKLATAN	T3	HD
QLOSI	T3	PA
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

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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.)		
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	HD
VIZZ 1.44% EYE DROP	T3	PA HD
VUITY	T3	PA
VYZULTA	T3	PA HD
XALATAN (<i>latanoprost</i>)	T3	PA HD
XELPROS	T3	PA HD
ZIOPTAN	T3	PA QL (2 boxes/30 days) HD
MIDRIÁTICOS		
<i>atropine sulfate</i>	T1	HD
<i>atropine 1% eye drops</i>	T1	HD
CYCLOGYL 0.5% EYE DROPS (<i>cyclopentolate hcl</i>)	T3	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>)	T2	HD
CYCLOMYDRIL	T2	HD
<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> (Mydriacyl)	T1	HD
TROPICAMIDE-CYCLOPENTOLATE-PE	T3	HD
AGENTES ANTIFIBRÓTICOS OFTÁLMICOS		
MITOSOL	T3	
ANTIINFLAMATORIOS OFTÁLMICOS, TIPO INMUNOMODULADOR		
CEQUA	T3	
RESTASIS	T2	HD
RESTASIS MULTIDOSE	T2	HD
VERKAZIA	T3	PA QL (1 box/month)

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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
ANTIINFLAMATORIOS OFTÁLMICOS, TIPO INMUNOMODULADOR (cont.)		
VEVYE	T3	PA HD
XIIDRA	T2	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 NERVI OFTÁLMICO HUMANO (HNGF)		
OXERVATE	T3	PA SP HD
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	
FRAICHE 5000	T3	
fluoride (sodium) (Prevident 5000 Ortho Defense)	T1	
fluoride (sodium) (Prevident 5000 Plus)	T1	
fluoride (sodium) (Prevident 5000)	T1	
fluoride (sodium) (Prevident)	T1	
FLUORIDEX	T1	
FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF	T3	
PREVIDENT 0.2% RINSE	T2	PA
PREVIDENT 1.1% GEL (sodium fluoride)	T3	PA
PREVIDENT 5000	T3	PA
PREVIDENT 5000 BOOSTER PLUS	T3	PA
PREVIDENT 5000 ENAMEL PROTECT	T3	
PREVIDENT 5000 ORTHO DEFENSE	T3	
PREVIDENT 5000 PLUS (sodium fluoride 5000 plus)	T3	
PREVIDENT 5000 SENSITIVE	T3	
PREVIDENT KIDS	T3	
PREVIDENT DENTAL RINSE	T2	PA
sodium fluoride/potassium nit (Prevident 5000 Sensitive)	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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Diabetes)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA TRATAR LA HIPOGLUCEMIA (HIPERGLUCÉMICOS)		
BAQSIMI	T2	QL (2 units/30 days)
<i>diazoxide</i> (Proglycem)	T1	
GLUCAGEN	T2	QL (2 vials/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)

SUPLEMENTOS DE ÁCIDO NUCLEICO/NUCLEÓTIDOS

XURIDEN	T3	PA SP
---------	----	-------

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Nutritivos/alimenticios)

REDUCTORES DE ELECTROLITOS

AURYXIA	T3	QL (12 tabs/day)
<i>calcium acetate</i>	T1	
FERRIC CITRATE	T3	PA QL(12 tabs/day)
FOSRENOL 1,000 MG POWDER PACK	T2	PA
FOSRENOL 1,000 MG TABLET CHEW (<i>lanthanum carbonate</i>)	T3	
FOSRENOL 500 MG TABLET CHEW (<i>lanthanum carbonate</i>)	T3	
FOSRENOL 750 MG POWDER PACKET	T2	
FOSRENOL 750 MG TABLET CHEW (<i>lanthanum carbonate</i>)	T3	
<i>lanthanum carbonate</i> (Fosrenol)	T1	
LOKELMA	T2	
PHOSLYRA	T3	
RENAGEL (<i>sevelamer hcl</i>)	T3	PA
REVELA (<i>sevelamer carbonate</i>)	T3	PA
<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	

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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>sps 30 gm/120 ml enema susp</i>	T3	
XPHOZAH	T3	PA SP
VELPHORO	T2	
VELTASSA	T2	
AGENTES QUE CONTIENEN YODO		
<i>potassium iodide/iodine</i>	T1	
SSKI	T1	
REPOSICIÓN DE HIERRO		
CITRANATAL BLOOM	T3	
HEMOCYTE PLUS (mv-mins no.73/iron fum/folic)	T1	
mv-mins no.73/iron fum/folic (Hemocyte Plus)	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 8 meq tablet</i>	T1	
<i>klor-con 8 meq tablet</i>	T3	
K-TAB ER (<i>potassium chloride</i>)	T3	
POKONZA	T3	PA
<i>potassium bicarbonate/cit ac</i>	T1	
<i>potassium chloride</i>	T1	
<i>potassium chloride</i>	T2	
POTASSIUM CL ER 15 MEQ TABLET	T3	
<i>potassium chloride (K-tab Er)</i>	T1	
REPOSICIÓN DE PROTEÍNAS		
AQNEURSA	T3	PA SP

Elect./calóricos/H2O (condiciones urinarias)

SOLUCIONES PARA DIÁLISIS		
PRISMASOL	T3	
MODIFICADORES DEL PH URINARIO		
K-PHOS NO.2	T2	HD
K-PHOS ORIGINAL	T2	HD
ORACIT	T3	HD
<i>potassium citrate (Urocit-k)</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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

Elect./calóricos/H2O (condiciones urinarias) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MODIFICADORES DEL PH URINARIO (cont.)		
<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		
BUPHENYL	T3	PA SP HD
<i>lactulose</i>	T1	HD
<i>lactulose 10 gm/15 ml solution</i>	T1	HD
LITHOSTAT	T2	HD
OLPRUVA	T3	PA SP HD
PHEBURANE	T2	PA QL(8 Bottles/30 Days) SP HD
RAVICTI	T3	PA SP HD
<i>sodium phenylbutyrate</i> (Buphenyl)	T1	SP HD

ANTICOLINÉRGICOS, AMONIO CUATERNARIO		
<i>chlordiazepoxide/clidinium br</i> (Librax)	T1	
CUVPOSA	T3	
DARTISLA	T3	PA
GLYCATE	T3	
<i>glycopyrrolate</i> (Glycate)	T1	PA
<i>glycopyrrolate</i> (Robinul Forte)	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		
<i>dicyclomine 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

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
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	
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	T3	PA QL (4 caps/28 days)
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)
BONJESTA	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>doxylamine succinate/vit b6</i> (Diclegis)	T1	QL (4 tabs/day)
EMEND 125 MG POWDER PACKET	T3	PA QL (12 caps/28 days)
EMEND 150 MG VIAL (<i>fosaprepitant dimeglumine</i>)	T3	
EMEND 80 MG CAPSULE (<i>aprepitant</i>)	T3	PA QL (8 caps/28 days)
EMEND TRIPACK (<i>aprepitant</i>)	T3	PA 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

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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>meclizine 50 mg tablet</i>	T1	PA
MECLIZINE 50 MG TABLET	T3	PA
<i>ondansetron</i>	T1	
<i>ondansetron hcl</i>	T1	
<i>ondansetron hcl (Zofran)</i>	T1	
<i>ondansetron hcl/pf</i>	T1	
ONDANSETRON ODT 16 MG TABLET	T3	PA
<i>prochlorperazine (Compazine)</i>	T1	
<i>prochlorperazine maleate (Compazine)</i>	T1	
<i>promethazine hcl</i>	T1	
<i>promethazine hcl</i>	T3	
SANCUSO	T3	PA QL (4 patches/30 days)
<i>scopolamine (Transderm-scop)</i>	T1	
TRANSDERM-SCOP (<i>scopolamine</i>)	T3	
<i>trimethobenzamide hcl</i>	T1	
VARUBI	T3	PA QL (4 tabs/28 days)
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 (Cytotec)</i>	T1	HD
<i>sucralfate (Carafate)</i>	T1	HD
ANTIULCEROSOS-AGENTES CONTRA LA H. PYLORI		
HELIDAC	T3	PA
<i>lansoprazole/amoxicilin/clarith</i>	T1	
OMECLAMOX-PAK	T3	PA
PYLERA	T3	PA
TALICIA	T3	PA
VOQUEZNA TRIPLE PAK	T3	PA
VOQUEZNA DUAL PAK	T3	PA
ALCALOIDES DE BELLADONA		
DONNATAL (<i>phenohydro</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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ALCALOIDES DE BELLADONA (cont.)		
<i>hyoscyamine sulfate</i>	T1	HD
<i>hyoscyamine sulfate</i> (Levbid)	T1	HD
<i>hyoscyamine sulfate</i> (Levsin)	T1	HD
<i>hyoscyamine sulfate</i> (Levsin-sl)	T1	HD
<i>hyoscyamine sulfate</i> (Nulev)	T1	HD
<i>hyoscyamine sulfate</i> (Nulev)	T3	HD
LEVVID (<i>symax-sr</i>)	T3	PA HD
LEVSIN (<i>oscimin</i>)	T3	HD
LEVSIN-SL (<i>symax-sl</i>)	T3	PA 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>phenohydro</i>)	T3	HD
SYMAX DUOTAB	T2	HD
SALES BILIARES		
ACTIGALL (<i>ursodiol</i>)	T3	HD
CHENODAL	T3	SP HD
CHOLBAM	T3	PA SP HD
CTEXTI	T2	PA SP
RELTONE	T3	PA HD
URSO FORTE (<i>ursodiol</i>)	T3	HD
<i>ursodiol</i> (Actigall)	T1	HD
<i>ursodiol</i> (Urso Forte)	T1	HD
<i>ursodiol</i> (Urso)	T1	HD
INFLAM. CRÓNICA DIAG. DE COLON, 5-A-SALICILATO, TRAT. RECTAL		
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	

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
TRAT. FARMAC.-INFLAM. CRÓNICA DIAG. DE COLON, 5-AMINOSALICILATO		
APRISO (<i>mesalamine er</i>)	T3	HD
ASACOL HD (<i>mesalamine</i>)	T3	ST HD
AZULFIDINE (<i>sulfasalazine dr</i>)	T3	PA HD
AZULFIDINE (<i>sulfasalazine</i>)	T3	HD
<i>balsalazide disodium</i> (Colazal)	T1	HD
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 800 mg dr tablet</i> (Asacol Hd)	T1	HD
<i>mesalamine dr 1.2 gm tablet</i> (Lialda)	T1	HD
PENTASA	T3	ST 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	T3	PA QL (12 caps/56 days) SP HD
ENZIMAS GÁSTRICAS		
SUCRAID	T3	PA SP
INHIBIDORES DE LOS RECEPTORES DE HISTAMINA H2		
<i>cimetidine hcl</i>	T1	HD
<i>famotidine</i>	T1	HD
<i>famotidine</i> (Pepcid)	T1	HD
<i>nizatidine</i>	T1	HD
PEPCID (<i>famotidine</i>)	T1	PA HD
<i>ranitidine hcl</i>	T1	HD
AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE, COMB. DE AGONISTAS/ANTAGONISTAS DE RECEPT. OPIOIDES		
VIBERZI	T2	HD
AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE-C/CIC, AGONISTAS DE LA GUANILATO CICLASA C		
LINZESS	T2	
TRULANCE	T2	

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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 (IBAT)		
BYLVAY	T3	PA SP HD
LIVMARLI	T3	PA SP HD
ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE LA INTEGRINA, ANTICUERPOS MONOCLONALES		
ENTYVIO	T2	PA SP HD
ESTIMULANTES DE LA MOTILIDAD INTESTINAL		
GIMOTI	T3	PA SP
<i>metoclopramide hcl</i>	T1	
<i>metoclopramide hcl (Reglan)</i>	T1	
MOTEGRITY	T3	PA
REGLAN (<i>metoclopramide hcl</i>)	T3	
AGENTES PARA EL SÍND. DE COLON IRRITABLE, AGONISTA PARCIAL DE 5-HT4		
ZELNORM	T3	PA
AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE, ANTAGONISTAS DEL 5-HT3		
<i>alosetron hcl (Lotronex)</i>	T1	SP HD
LOTRONEX (<i>alosetron hcl</i>)	T3	PA SP HD
LAXANTES Y CATÁRTICOS		
AMITIZA (<i>lubiprostone</i>)	T3	PA
<i>bisac/nac/nahco3/kcl/peg 3350</i>	T1	PPACA
CLENPIQ	T2	PPACA
COLYTE WITH FLAVOR PACKETS (<i>peg 3350-electrolyte</i>)	T3	PPACA
GOLYTELY (<i>peg-3350 and electrolytes</i>)	T3	PA PPACA
KRISTALOSE	T3	PA
<i>lactulose</i>	T1	
<i>lactulose 10 gm packet (Kristalose)</i>	T1	PA
<i>lactulose 20 gm packet</i>	T1	
<i>lactulose 10 gm/15 ml solution</i>	T1	
<i>lactulose 20 gm/30 ml solution</i>	T1	
<i>lubiprostone (Amitiza)</i>	T1	
MOVIPREP (<i>peg3350-sod sul-nacl-kcl-asb-c</i>)	T3	PA PPACA
NULYTELY WITH FLAVOR PACKS (<i>trilyte with flavor packets</i>)	T3	PA PPACA
OSMOPREP	T3	PA PPACA
<i>peg3350/sod sul-nacl/kcl/asb/c (Moviprep)</i>	T1	PPACA
<i>peg3350/sod sulf, bicarb, cl/kcl (Colyte With Flavor Packets)</i>	T1	PPACA
<i>peg3350/sod sulf, bicarb, cl/kcl (Golytely)</i>	T1	PPACA
PLENVU	T3	PA 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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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.)		
PREPOIK	T2	PPACA
<i>sodium chloride/nahco3/kcl/peg</i>	T1	PPACA
SUFLAVE	T2	PA PPACA
SUPREP	T3	PA PPACA
SUTAB	T2	PA PPACA
PREPARACIONES ANORRECTALES LOCALES CON NITRATO		
<i>nitroglycerin 0.4% ointment</i>	T1	
RECTIV	T3	
ENZIMAS PANCREÁTICAS		
CREON	T3	PA HD
PANCREAZE	T2	HD
PERTZY	T3	PA HD
VIOKACE	T3	HD
ZENPEP	T2	HD
BLOQUEADORES DE ÁCIDO COMPETITIVOS DE POTASIO (PCABS)		
VOQUEENZA	T3	PA QL(1 tab/day)
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES		
ACIPHEX (<i>rabepazole sodium</i>)	T3	PA (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	T3	QL (2 caps/day)
DEXILANT DR 60 MG CAPSULE	T3	PA QL (30 caps/30 days)
<i>dexlansoprazole dr 30 mg cap</i>	T1	QL(2 caps/day) HD
<i>dexlansoprazole dr 60 mg cap</i> (Dexilant)	T1	QL(1 CAP/DAY) HD
<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
<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 (2/day) HD
<i>esomeprazole mag dr 40 mg cap</i> (Nexium)	T1	QL (30 caps/30 days) HD
ESOMEPRAZOLE STRONTIUM	T3	QL (30 caps/30 days) 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

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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.)		
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
omeppi 20 mg-1, 100 mg capsule (Zegerid)	T3	PA QL (60 caps/30 days) HD
omeppi 40 mg-1, 100 mg capsule (Zegerid)	T3	PA QL (30 caps/30 days) HD
omeprazole dr 10 mg capsule	T1	QL (4 caps/day) HD
omeprazole dr 20 mg capsule	T1	QL (60 caps/30 days) HD
omeprazole dr 40 mg capsule	T1	QL (1 cap/day) HD
omeprazole-bicarb 20-1, 100 cap (Zegerid)	T1	PA QL (2 caps/day) HD
omeprazole-bicarb 20-1, 680 pkt (Zegerid)	T1	PA QL (60 packs/30 days) HD
omeprazole-bicarb 40-1, 100 cap (Zegerid)	T1	PA QL (30 caps/30 days) HD
omeprazole-bicarb 40-1, 680 pkt (Zegerid)	T1	PA QL (30 packs/30 days) HD
pantoprazole 40 mg suspension (Protonix)	T1	QL (1 dose/day) HD
pantoprazole sod dr 20 mg tab (Protonix)	T1	QL (60 tabs/30 days) HD
pantoprazole sod dr 40 mg tab (Protonix)	T1	QL (1 tab/day) HD
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
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
RABEPRAZOLE DR 10 MG SPRNKL CP	T3	QL (2 caps/day) HD
rabeprazole sod dr 20 mg tab (Aciphex)	T1	QL (30 tabs/30 days) 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

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES RECTALES		
ANUSOL-HC 25 MG SUPPOSITORY (<i>hydrocortisone acetate</i>)	T3	PA
<i>hydrocortisone acetate</i>	T1	
<i>hydrocortisone acetate</i> (Anusol-hc)	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	
ANALPRAM HC (<i>hydrocortisone-pramoxine</i>)	T3	PA
<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	
PREP. RECTALES/DE COLON, GLUCOCORT. (NO HEMORR.)		
CORTENEMA (<i>hydrocortisone</i>)	T3	
CORTIFOAM	T3	PA
<i>hydrocortisone</i> (Cortenema)	T1	
UCERIS 2 MG RECTAL FOAM	T3	PA QL (2 kits/180 days)

FACTORES DE CRECIMIENTO HEMATOPOYÉTICOS (Varios)

INHIBIDORES DE LA PROLIL HIDROXILASA DEL FACTOR INDUCIBLE POR HIPOXIA		
ANUSOL-HC 25 MG SUPPOSITORY (<i>hydrocortisone acetate</i>)	T3	PA
VAFSEO 150 MG TABLET	T3	PA QL(1 tab/day)
VAFSEO 300 MG TABLET	T3	PA QL(2 tabs/day)

HORMONAS (Agentes hormonales)

INHIBIDORES DE ESTEROIDES ADRENALES		
ISTURISA	T3	PA QL (2 tabs/day) SP
RECORLEV	T3	PA QL (8 tabs/day) 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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HORMONAS ADRENOCORTICOTRÓPICAS		
ACTHAR SELFJECT	T3	PA SP HD
CORTROPHIN	T3	PA SP HD
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)
UNDECATREX	T3	PA QL(4 caps/day)
DEPO-TESTOSTERONE	T3	
DEPO-TESTOSTERONE (<i>testosterone cypionate</i>)	T3	
JATENZO 158 MG CAPSULE	T3	PA QL (4 caps/day)
JATENZO 198 MG CAPSULE	T3	PA QL (4 caps/day)
JATENZO 237 MG CAPSULE	T3	PA QL (2 caps/day)
KYZATREX	T3	PA QL(2 caps/day)
METHITEST	T1	
TLANDO	T3	PA QL (4/day)
<i>methyltestosterone</i>	T1	
NATESTO	T3	PA QL (3 bots/30 days)
<i>oxandrolone</i>	T1	PA
TESTIM (<i>testosterone</i>)	T3	PA QL (2 tubes/day)
<i>testosterone 1% (25mg/2.5g) pk (AndroGel)</i>	T1	PA QL (150gm/30 days)
<i>testosterone 1% (50 mg/5 g) pk (Vogelxo)</i>	T1	PA QL (2 packs/day)
<i>testosterone 1.62% (2.5 g) pkt (AndroGel)</i>	T1	PA QL (150gm/30 days)
<i>testosterone 1.62% gel pump (AndroGel)</i>	T1	PA QL (150gm/30 days)
<i>testosterone 1.62% (1.25 g) pkt (AndroGel)</i>	T1	PA QL (2 packs/day)
<i>testosterone 10 mg gel pump</i>	T1	PA QL (120 gm/30 days)
TESTOSTERONE 12.5 MG/1.25 GRAM	T1	PA QL (150gm/30 days)
<i>testosterone 12.5 mg/1.25 gram (Vogelxo)</i>	T1	PA QL (150gm/30 days)
<i>testosterone 30 mg/1.5 ml pump</i>	T1	PA QL (180ml/30 days)
<i>testosterone 50 mg/5 gram gel (Vogelxo)</i>	T1	PA QL (2 tubes/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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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.)		
TESTOSTERONE 50 MG/5 GRAM PKT	T1	PA QL (2 packs/day)
VOGELXO 12.5 MG/1.25 GRAM PUMP	T3	PA QL (150gm/30 days)
VOGELXO 50 MG/5 GRAM GEL (<i>testosterone</i>)	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 0.1 MG TABLET (<i>desmopressin acetate</i>)	T3	PA HD
DDAVP 0.2 MG TABLET (<i>desmopressin acetate</i>)	T3	PA HD
<i>desmopressin 0.01% solution</i>	T1	HD
<i>desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr</i>	T1	HD
<i>desmopressin acetate 0.1 mg tb (Ddvp)</i>	T1	HD
<i>desmopressin acetate 0.2 mg tb (Ddvp)</i>	T1	HD
<i>desmopressin (nonrefrigerated) (Ddvp)</i>	T1	
<i>desmopressin acetate (Ddvp)</i>	T1	
NOCURNA	T3	PA
NOCTIVA	T3	PA
STIMATE	T2	SP
COMBINACIONES DE ESTRÓGENOS Y PROGESTINAS		
BIJUVA	T3	
COMBINACIONES DE ESTRÓGENOS/ANDRÓGENOS		
ESTRATEST F.S. (<i>estrogen, ester/me-testosterone</i>)		
<i>estrogen, ester/me-testosterone (Estratest H.S.)</i>	T1	HD
AGENTES ESTROGÉNICOS		
ACTIVELLA (<i>mimvey lo</i>)	T3	HD
ACTIVELLA (<i>mimvey</i>)	T3	HD
ALORA	T3	QL (16 patches/28 days) HD
CLIMARA (<i>estradiol (once weekly)</i>)	T3	HD
CLIMARA PRO	T3	HD
COMBIPATCH	T3	HD
DELESTROGEN	T3	PA HD
DELESTROGEN (<i>estradiol valerate</i>)	T3	HD
DEPO-ESTRADIOL	T3	HD
DIVIGEL	T2	HD
ELESTRIN	T3	HD
ESTRACE (<i>estradiol</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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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</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 0.06% 1.25g gel pump</i> (EstroGel)	T1	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>)	T3	PA 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>Jyllana</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>norethin-eth estrad 1 mg-5 mcg</i>	T1	HD
PREMARIN	T2	HD
PREMPHASE	T2	HD
PREMPRO	T2	HD
VIVELLE-DOT (<i>Jyllana</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
<i>budesonide</i> (Entocort Ec)	T1	
<i>budesonide</i> (Uceris)	T1	PA QL (56 tabs/180 days)
CORTEF (<i>hydrocortisone</i>)	T3	PA
<i>cortisone acetate</i>	T1	
<i>deflazacort</i> (Emflaza)	T1	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

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
GLUCOCORTICOIDES (cont.)		
<i>dexamethasone</i> (Dxevo)	T1	
<i>dexamethasone</i> (Taperdex)	T1	PA
<i>dexamethasone</i> 0.5 mg tablet	T1	
<i>dexamethasone</i> 0.5 mg/5 ml elx	T1	
<i>dexamethasone</i> 0.5 mg/5 ml liq	T1	
<i>dexamethasone</i> 0.75 mg tablet	T1	
<i>dexamethasone</i> 1 mg tablet	T1	
<i>dexamethasone</i> 1.5 mg tablet	T1	
<i>dexamethasone</i> 10 day 1.5 mg tb	T1	PA
<i>dexamethasone</i> 13 day 1.5 mg tb	T1	PA
<i>dexamethasone</i> 2 mg tablet	T1	
<i>dexamethasone</i> 4 mg tablet	T1	
<i>dexamethasone</i> 6 day 1.5 mg tab (Taperdex)	T1	PA
<i>dexamethasone</i> 6 mg tablet	T1	
DXEVO	T3	
EMFLAZA	T3	PA SP HD
ENTOCORT EC (<i>budesonide</i> ec)	T3	
EOHILIA	T3	PA QL(1800 mls/180 days)
HEMADY	T3	
<i>hydrocortisone</i> (Cortef)	T1	
KHINDIVI	T3	PA SP HD
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	
<i>methylprednisolone</i> (Medrol)	T1	
MILLIPRED 10 MG/5 ML SOLUTION (<i>prednisolone sodium phosphate</i>)	T3	
<i>millipred</i> 5 mg tablet	T1	
ORAPRED ODT (<i>prednisolone sodium phos odt</i>)	T3	
<i>prednisolone</i>	T1	
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	T1	
<i>prednisolone sodium phosphate</i> (Millipred)	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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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>prednisolone sodium phosphate</i> (Orapred Odt)	T1	
<i>prednisone</i>	T1	
RAYOS	T3	PA
TAPERDEX	T1	PA
TARPEYO	T3	PA QL (4 caps/day) SP
UCERIS 9 MG ER TABLET (<i>budesonide er</i>)	T3	PA QL (1 tab/day)
ZCORT	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	T2	PA SP HD
HUMATROPE	T3	PA SP HD
NGENLA	T2	PA SP
NORDITROPIN FLEXPRO	T3	PA SP HD
NUTROPIN AQ NUSPIN	T3	PA SP HD
OMNITROPE	T2	PA SP HD
SAIZEN-SAIZENPREP	T3	PA HD
SEROSTIM	T2	PA SP HD
SKYTROFA	T2	PA SP HD
SOGROYA	T3	PA SP HD
ZOMACTON	T3	PA SP HD
HORMONAS DE FACTOR DE CRECIMIENTO INSULÍNICO TIPO I (IGF-I)		
INCRELEX	T2	PA SP HD
COMB. DE PROGESTINA Y ANÁLOGOS AGONISTAS DE LA LHRH (GNRH)		
LUPANETA PACK	T3	PA SP HD
ANÁLOGOS AGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), SUPRESORES HIPOFISARIOS		
LUPRON DEPOT	T2	PA SP HD
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 capsules/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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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		
CETROTIDE	T2	PA SP
<i>ganirelix acet 250 mcg/0.5 ml</i> (Ganirelix Acetate)	T1	PA SP
GANIRELIX ACET 250 MCG/0.5 ML (<i>ganirelix acetate</i>)	T2	PA SP
ORILISSA 150 MG TABLET	T2	PA QL (1 tab/day)
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
MINERALOCORTICOIDES		
<i>fludrocortisone acetate</i>	T1	HD
OXITÓCICOS		
CERVIDIL	T3	
<i>methylergonovine maleate</i>	T1	
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	T2	PA HD
DEPO-PROVERA 400 MG/ML VIAL	T3	HD
<i>medroxyprogesterone</i> (Provera)	T1	HD
<i>norethindrone acetate</i>	T1	HD
<i>progesterone, micronized</i> (Prometrium)	T1	HD
PROMETRIUM (<i>progesterone</i>)	T3	HD
PROVERA (<i>medroxyprogesterone acetate</i>)	T3	PA HD
AGENTES SOMATOSTÁTICOS		
LANREOTIDE	T3	PA SP HD
MYCAPSSA	T3	PA QL (4 CAPS/DAY) SP
<i>octreotide acetate</i>	T1	PA SP HD
<i>octreotide acetate</i> (Sandostatin)	T1	PA SP HD
SANDOSTATIN (<i>octreotide acetate</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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES SOMATOSTÁTICOS (cont.)		
SANDOSTATIN LAR DEPOT	T2	PA SP
SIGNIFOR	T3	PA SP
SOMATULINE DEPOT	T2	PA SP HD
ESTRÓGENOS VAGINALES PARA DISFUNCIÓN SEXUAL		
IMVEXXY 10 MCG MAINTENANCE PAK	T3	QL (16/28 days) HD
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	T3	QL (2 rings/90 days) HD
FEMRING	T3	HD
PREMARIN	T2	HD
VAGIFEM (<i>yuvaferm</i>)	T3	QL (36 tabs/28 days) HD
HORMONAS (Infertilidad)		
PREPARACIONES PARA ESTIMULAR LA FERTILIDAD, SIN FSH		
<i>clomiphene citrate</i>	T1	
HORMONAS FOLICULOESTIMULANTES Y LUTEINIZANTES		
MENOPUR	T2	PA SP
HORMONA FOLICULOESTIMULANTE (FSH)		
FOLLISTIM AQ	T2	PA SP
GONAL-F	T2	PA SP
GONAL-F RFF	T2	PA SP
GONAL-F RFF REDI-JECT	T2	PA SP
GONADOTROPINA CORIÓNICA HUMANA (HCG)		
CHORIONIC GONAD 10,000 UNIT VL	T3	PA SP
CHORIONIC GONAD 12,000 UNIT VL	T1	SP
CHORIONIC GONAD 6,000 UNIT VL	T1	SP
NOVAREL	T2	PA SP
OVIDREL	T2	PA SP
PREGNYL	T2	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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Infertilidad) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA FACILITAR/MANTENER EL EMBARAZO, HORMONALES		
CRINONE 8% GEL	T3	PA
ENDOMETRIN	T3	
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		
<i>calcitonin, salmon, synthetic</i>	T1	HD
MIACALCIN	T2	HD
RECLAST 5 MG/100 ML SOLUTION	T3	
INMUNOSUPRESORES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
INHIBIDORES DE LA INTERLEUCINA HUMANA I2/23 (IL-I2/I3), ANTICUERPOS MONOCLONALES		
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
SELARSDI	T2	PA QL(1 syringe/84 days) SP
STEQEYMA	T3	PA QL(1 syringe/84 days) SP
USTEKINUMAB	T3	PA QL(1 syringe/84 days) SP HD
USTEKINUMAB-AEKN	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
ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE LA IL-23, ANTICUERPOS MONOCLONALES		
OMVOH 100 MG/ML PEN	T4	PA QL(2 pens/28 days) SP HD
OMVOH 100 MG/ML SYRINGE	T4	PA QL(2 syringes/28 days) SP HD
OMVOH 300 MG DOSE - 2 PENS	T4	PA QL(3 mls/28 days) SP HD
TREMFYA 100 MG/ML PEN	T2	PA QL(1 ml/56 days) SP HD
TREMFYA 200 MG/2 ML PEN	T2	PA QL(2 syringe/28 days) SP HD
TREMFYA PEN INDUCTION PK-CROHN	T2	PA QL(12 mls/365 days) SP HD
ANTAGONISTAS ALFA DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-4 (IL-4), ANTICUERPOS MONOCLONALES		
DUPIXENT PEN	T2	PA SP HD
DUPIXENT SYRINGE	T2	PA SP HD
INHIBIDORES DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-6 (IL-6)		
ACTEMRA	T2	PA QL (4 syringes/28 days) 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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

INMUNOSUPRESORES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-6 (IL-6)		
ACTEMRA ACTPEN	T2	PA QL (4 pens/28 days) SP HD
ENSPRYNG	T2	PA SP HD
KEVZARA 150 MG/1.14 ML PEN INJ	T3	PA QL (2 pens/28 days) SP HD
KEVZARA 150 MG/1.14 ML SYRINGE	T3	PA QL (2 syringes/28 days) SP HD
KEVZARA 200 MG/1.14 ML PEN INJ	T3	PA QL (2 pens/28 days) SP HD
KEVZARA 200 MG/1.14 ML SYRINGE	T3	PA QL (2 syringes/28 days) SP HD
TYENNE	T2	PA QL (3.6 ml/28 days) SP
ANTICUERPOS MONOCLONALES-INHIB. DE LA INTERLEUCINA HUMANA I2/23		
STELARA 45 MG/0.5 ML SYRINGE	T2	PA QL (1 syringe/84 days) SP HD
STELARA 45 MG/0.5 ML VIAL	T2	PA QL (1 vial/84 days) SP HD
STELARA 90 MG/ML SYRINGE	T2	PA QL (1 syringe/84 days) SP HD

INMUNOSUPRESORES (Condiciones cutáneas)

AGENTES INMUNOSUPRESORES TÓPICOS		
ELIDEL (<i>pimecrolimus</i>)	T3	
NUJO	T3	
OXIANUJI	T3	
<i>pimecrolimus</i> (Elidel)	T1	
<i>tacrolimus</i> 0.03% ointment	T1	
<i>tacrolimus</i> 0.1% ointment	T1	

INMUNOSUPRESORES (Medicamentos para trasplante)

INMUNOSUPRESORES		
ASTAGRAF XL	T3	SP HD
AZASAN	T2	SP HD
<i>azathioprine</i> (Imuran)	T1	PA SP HD
CELLCEPT (<i>mycophenolate mofetil</i>)	T3	PA SP HD
<i>cyclosporine</i> (Sandimmune)	T1	SP HD
<i>cyclosporine, modified</i>	T1	SP HD
<i>cyclosporine, modified</i> (Neoral)	T1	SP HD
ENVARUS XR	T3	SP HD
<i>everolimus</i> t (Zortress)	T1	SP HD
IMURAN (<i>azathioprine</i>)	T3	PA SP HD
LUPKYNIS 7.9 MG CAPSULE	T3	PA QL (6 caps/day)
<i>mycophenolate mofetil</i> (Cellcept)	T1	SP HD
<i>mycophenolate sodium</i> (Myfortic)	T1	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

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.)		
MYFORTIC (<i>mycophenolic acid</i>)	T3	PA SP HD
MYHIBBIN	T3	PA SP
NEORAL (<i>engraft</i>)	T3	PA SP HD
PROGRAF	T3	SP HD
PROGRAF (<i>tacrolimus</i>)	T3	SP HD
RAPAMUNE (<i>sirolimus</i>)	T3	PA SP HD
SANDIMMUNE 100 MG CAPSULE (<i>cyclosporine</i>)	T3	SP HD
SANDIMMUNE 100 MG/ML SOLN	T3	SP HD
SANDIMMUNE 25 MG CAPSULE (<i>cyclosporine</i>)	T3	SP HD
<i>sirolimus</i> (Rapamune)	T1	SP HD
<i>tacrolimus 0.5 mg capsule (ir)</i> (Prograf)	T1	SP HD
<i>tacrolimus 1 mg capsule (ir)</i> (Prograf)	T1	SP HD
<i>tacrolimus 5 mg capsule (ir)</i> (Prograf)	T1	SP HD
ZORTRESS	T3	SP HD
ZORTRESS (<i>everolimus</i>)	T3	SP HD

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes)

SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS		
AGAMATRIX CONTROL SOLUTION	T1	
AUTOLET LITE	T1	
CARETOUCH CONTROL SOLUTION	T1	
CEQR SIMPLICITY	T2	
CHOSEN LANCING DEVICE	T1	
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 RECEIVER	T2	PA QL(1 UNIT/365 DAYS)
DEXCOM G7 SENSOR	T2	PA QL(3 sensors/30 days)
EASY TOUCH BLU LINK CTRL SOLN	T1	
EASY TRAK II CONTROL SOLUTION	T1	
ENLITE SERTER	T1	
FREESTYLE LIBRE 2 PLUS SENSOR	T2	PA QL(2 units/28 days)
FREESTYLE LIBRE 2 READER	T2	PA QL (1 reader/day)
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR	T2	PA QL(2 sensors/21 days)
FREESTYLE LIBRE 3 PLUS SENSOR	T2	PA QL(2 units/28 days)
FREESTYLE LIBRE 3 READER	T2	PA QL(1 unit/720 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

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.)		
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)
GLUCOCOM AUTOLINK	T1	
GUARDIAN RT CHARGER	T1	
GUARDIAN RT STARTER KIT	T1	
GUARDIAN TEST PLUG	T1	
HUMAPEN LUXURA HD	T1	
IHEALTH CONTROL SOLN LEVEL 2		
IHEALTH GLUCO PLUS METER		
INPEN (FOR HUMALOG)	T1	
INPEN (FOR NOVOLOG OR FIASP)	T1	
NOVOPEN ECHO	T1	
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG	T1	
MAGELLAN INSULIN SYRINGE	T1	
MINIMED RESERVOIR	T1	
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5)	T2	QL
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5)	T2	QL
OMNIPOD DASH 5 PACK POD	T2	PA QL (6 boxes/30 days)
REPLACEMENT PEDIATRIC MONITOR	T1	
SEN-SERTER	T1	
V-GO 20, 30, 40	T2	
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	

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)		
ASSURE 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	
BLULINK BG SYSTEM REFILL	T1	
BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS	T1	
BUTTERFLY TOUCH LANCET	T1	
CAREONE	T1	
CARESENS LANCET	T1	
CARETOUCH	T1	
CHOSEN SAFETY LANCET	T1	
CLEVER CHEK LANCETS	T1	
COAGUCHEK	T1	
COLOR LANCETS	T1	
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	
FORA TN'GO ADVANCE MULTIFN MTR	T3	
FORACARE 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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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.)		
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	
lancets	T1	
LANCETS THIN	T1	
LANCETS ULTRA THIN	T1	
LITE TOUCH	T1	
MEDISENSE THIN LANCETS	T1	
MEDLANCE PLUS	T1	
MICRO THIN LANCET	T1	
MICROLET	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 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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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.)		
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	
READYLANCER SAFETY LANCETS	T1	
RELIAMED	T1	
RELIAMED SAFETY SEAL LANCETS	T1	
RIGHTEST GL300 LANCETS	T1	
SAFETY LANCETS	T1	
SAFETY SEAL LANCETS	T1	
SAFETY-LET	T1	
SINGLE-LET	T1	
SMART SENSE	T1	
SMART SENSE LANCETS	T1	
SMARTTEST LANCET	T1	
SOLUS V2	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 UNIVERSAL1 LANCET	T1	
TOPCARE UNIVERSAL1 THIN LANCET	T1	
TRUE COMFORT LANCET	T1	
TRUE COMFORT SAFETY LANCET	T1	
TRUEPLUS LANCET	T1	
TRUEPLUS LANCETS	T1	
TWIST 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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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.)		
TWIST TOP LANCET	T1	
ULTILET	T1	
ULTILET LANCETS	T1	
ULTILET SAFETY	T1	
ULTRA THIN LANCETS	T1	
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 LANCETS	T1	
UNISTIK 2 COMFORT	T1	
UNISTIK 2 EXTRA	T1	
UNISTIK 2 NORMAL	T1	
UNISTIK 3	T1	
UNISTIK 3 COMFORT	T1	
UNISTIK 3 DUAL	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	
VIVAGUARD SAFETY LANCET	T1	
UNISTIK 2 COMFORT	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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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.)		
UNISTIK 2 EXTRA	T1	
UNISTIK 2 NORMAL	T1	
UNISTIK 3 COMFORT	T1	
UNISTIK 3 DUAL	T1	
AGUJAS/DISPOSITIVOS SIN AGUJA		
1ST TIER UNIFINE PENTIPS	T1	PA
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS	T1	PA
ABOUTIME PEN NEEDLE	T1	PA
ADVOCATE PEN NEEDLE	T1	PA
ADVOCATE PEN NEEDLES	T1	PA
AQINJECT PEN NEEDLE	T1	PA
ASSURE ID DUO PRO SFTY PEN NDL	T1	PA
ASSURE ID PEN NEEDLE	T1	PA
ASSURE ID PRO PEN NEEDLE	T1	PA
CAREFINE PEN NEEDLE	T1	PA
CAREPOINT PRECISION NEEDLE	T1	
CARETOUCH PEN NEEDLE	T1	PA
CLICKFINE	T1	PA
COMFORT EZ PEN NEEDLE	T1	PA
COMFORT EZ PRO SAFETY PEN NDL	T1	PA
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE	T1	PA
DROPLET MICRON PEN NEEDLE	T1	PA
DROPLET PEN NEEDLE	T1	PA
DROPSAFE PEN NEEDLE	T1	PA
DROPSAFE SICURA SAFETY NEEDLE	T1	
EASY COMFORT PEN NEEDLE	T1	PA
EASY COMFORT PEN NEEDLES	T1	PA
EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLE	T1	PA
EASY GLIDE PEN NEEDLE	T1	PA
EASY TOUCH PEN NEEDLE	T1	PA
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE	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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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.)		
EMBRACE PEN NEEDLE	T1	PA
HEALTHWISE PEN NEEDLE	T1	PA
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP	T1	PA
INCONTROL PEN NEEDLE	T1	PA
INSULIN PEN NEEDLE	T1	PA
INSUPEN	T1	PA
INSUPEN PEN NEEDLE	T1	PA
LITE TOUCH 31GX1/4" PEN NEEDLE	T1	PA
LITE TOUCH PEN NEEDLE	T1	PA
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE	T1	PA
MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE	T1	PA
MINI PEN NEEDLE	T1	PA
MINI ULTRA-THIN II	T1	PA
NOVOFINE 32	T1	PA
NOVOFINE AUTOCOVER	T1	PA
NOVOFINE PLUS	T1	PA
NOVOTWIST	T1	PA
PEN NEEDLES	T1	PA
PENTIPS	T1	PA
PIP PEN NEEDLE	T1	PA
PRECISIONGLIDE NEEDLE	T1	
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE	T1	PA
PRO COMFORT PEN NEEDLE	T1	PA
PURE COMFORT PEN NEEDLE	T1	PA
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE	T1	PA
RAYA SURE PEN NEEDLE	T1	PA
SAFETY PEN NEEDLE	T1	PA
SECURESAFE PEN NEEDLE	T1	PA
SKY SAFETY PEN NEEDLE	T1	PA
SURE COMFORT 30G PEN NEEDLE	T1	PA
SURE COMFORT PEN NDL 29GX1/2"	T1	PA
SURE COMFORT PEN NEEDLE	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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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.)		
SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE	T1	PA
SURE-FINE PEN NEEDLES	T1	PA
TECHLITE PEN NEEDLE	T1	PA
TECHLITE PLUS PEN NEEDLE		
TOPCARE CLICKFINE	T1	PA
TRUE COMFORT PEN NEEDLE	T1	PA
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLE	T1	PA
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE	T1	PA
TRUEPLUS PEN NEEDLE	T1	PA
ULTICARE PEN NEEDLE	T1	PA
ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE	T1	PA
ULTIGUARD SAFEPAK-PEN NEEDLE	T1	PA
ULTILET PEN NEEDLE	T1	PA
ULTRA FLO PEN NEEDLE	T1	PA
ULTRA THIN	T1	PA
ULTRACARE PEN NEEDLE	T1	PA
ULTRA-THIN II PEN NDL 29GX1/2"	T1	PA
ULTRA-THIN II PEN NDL 31GX5/16	T1	PA
UNIFINE PEN NEEDLE	T1	PA
UNIFINE PENTIPS	T1	PA
UNIFINE PENTIPS MAXFLOW	T1	PA
UNIFINE PENTIPS PLUS	T1	PA
UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW	T1	PA
UNIFINE PROTECT	T1	PA
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE	T1	PA
VERIFINE PEN NEEDLE	T1	PA
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE	T1	PA
JERINGAS Y ACCESORIOS		
LITE TOUCH INSULIN 0.5 ML SYR	T1	
LITE TOUCH INSULIN 1 ML SYR	T1	
LITE TOUCH INSULIN SYR 0.3 ML	T1	
LITE TOUCH INSULIN SYR 0.5 ML	T1	
LITE TOUCH INSULIN SYR 1 ML	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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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.)		
SURE COMFORT 0.3 ML SYRINGE	T1	
SURE COMFORT 0.5 ML SYRINGE	T1	
SURE COMFORT 1 ML SYRINGE	T1	
SURE COMFORT 3/10 ML SYRINGE	T1	
TRUE COMFORT SAFE INSULIN SYRG	T1	
ULTRA-THIN II 1 ML 31GX5/16"	T1	
ULTRA-THIN II INS 0.3 ML 30G	T1	
ULTRA-THIN II INS 0.3 ML 31G	T1	
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 29G	T1	
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 30G	T1	
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 31G	T1	
ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML 29G	T1	
ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML 30G	T1	

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Varios)

AYUDAS, DISPOSITIVOS, EQUIPOS RESPIRATORIOS		
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER	T2	QL (1 unit/year)
AEROCHAMBER MECHANICAL VENT	T2	QL(1 spacer/365 days)
AEROCHAMBER MINI	T2	QL (1 unit/year)
AEROCHAMBER MV	T2	QL (1 unit/year)
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU	T2	QL (1 unit/year)
AEROCHAMBER WITH FLOWSIGNAL	T2	QL (1 unit/year)
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS	T2	QL (1 unit/year)
AEROTRACH PLUS	T2	QL (1 unit/year)
AEROVENT PLUS	T2	QL (1 unit/year)
BREATHERITE	T2	QL (1 unit/year)
BREATHERITE SPACER-ADULT MASK	T2	QL (1 unit/year)
BREATHERITE SPACER-INFANT MASK	T2	QL (1 unit/year)
BREATHERITE SPACER-LARGE MASK	T2	QL (1 MASK/365 DAYS)
BREATHERITE SPACER-LG CHLD MSK	T2	QL (1 unit/year)
BREATHERITE SPACER-MEDIUM MASK	T2	QL (1 MASK/365 DAYS)
BREATHERITE SPACER-NEONATE MSK	T2	QL (1 unit/year)
BREATHERITE SPACER-SM CHLD MSK	T2	QL (1 unit/year)
BREATHERITE SPACER-SMALL MASK	T2	QL (1 MASK/365 DAYS)
CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER	T2	QL (1 unit/year)

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AYUDAS, DISPOSITIVOS, EQUIPOS RESPIRATORIOS (cont.)		
COMFORTSEAL	T2	QL
COMPACT SPACE CHAMBER	T2	QL (1 unit/year)
EASIVENT	T2	QL (1 unit/year)
E-Z SPACER	T2	QL (1 unit/year)
FLEXICHAMBER	T2	QL (1 unit/year)
FLEXICHAMBER MASK	T2	QL (1 unit/year)
INSPIRACHAMBER	T2	QL (1 unit/year)
LITEAIRE	T2	QL (1 unit/year)
LITETOUCH	T2	QL (1 unit/year)
MICROCHAMBER	T2	QL (1 unit/year)
MICROSPACER	T2	QL (1 unit/year)
OPTICHAMBER	T2	QL (1 unit/year)
OPTICHAMBER DIAMOND	T2	QL (1 unit/year)
POCKET CHAMBER	T2	QL (1 unit/year)
PRIMEAIRE	T2	QL (1 unit/year)
PRO COMFORT SPACER WITH MASK	T2	QL (1 unit/year)
PROCARE SPACER WITH ADULT MASK	T2	QL (1 unit/year)
PROCARE SPACER WITH CHILD MASK	T2	QL (1 unit/year)
PROCHAMBER	T2	QL (1 unit/year)
RITEFLO	T2	QL (1 unit/year)
SILICONE MASK	T2	QL (1 unit/year)
SPACE CHAMBER	T2	QL (1 unit/year)
SPACE CHAMBER-LARGE MASK	T2	QL (1 unit/year)
SPACE CHAMBER-MEDIUM MASK	T2	QL (1 unit/year)
SPACE CHAMBER-SMALL MASK	T2	QL (1 unit/year)
VORTEX	T2	QL (1 unit/year)
VORTEX HOLDING CHAMBER-CHILD	T2	QL (1 unit/year)
VORTEX HOLDING CHAMBER-TODDLER	T2	QL (1 unit/year)
VORTEX VHC FROG MASK	T2	QL (1 unit/year)
VORTEX VHC LADYBUG MASK	T2	QL (1 unit/year)

RELAJANTES MUSCULARES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)

RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS		
AMRIX ER 15 MG CAPSULE (cyclobenzaprine hcl er)	T3	PA QL (1 cap/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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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.)		
AMRIX ER 30 MG CAPSULE (<i>cyclobenzaprine hcl er</i>)	T3	PA
<i>baclofen 5 mg, 10mg, 20mg tablet</i>	T1	HD
BACLOFEN 5 MG/5 ML SOLUTION	T3	PA HD
BACLOFEN 10 MG/5 ML SOLUTION	T3	PA HD
BACLOFEN 15 MG TABLET	T3	PA HD
<i>baclofen 25 mg/5 ml suspension (Fleqsuvy)</i>	T1	PA HD
<i>carisoprodol (Soma)</i>	T1	
<i>carisoprodol/aspirin</i>	T1	
<i>chlorzoxazone 250, 500 mg tablet</i>	T1	
<i>chlorzoxazone 375 mg tablet, 750 mg tablet (Lorzone)</i>	T1	PA
<i>cyclobenzaprine er 15 mg cap (Amrix)</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>cyclobenzaprine er 30 mg cap (Amrix)</i>	T1	PA
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	T1	
<i>cyclobenzaprine hcl (Fexmid)</i>	T1	
DANTRIUM (<i>dantrolene sodium</i>)	T3	
<i>dantrolene sodium</i>	T1	
<i>dantrolene sodium (Dantrium)</i>	T1	
FEXMID (<i>cyclobenzaprine hcl</i>)	T3	
FLEQSUVY (<i>baclofen</i>)	T3	
LORZONE (<i>chlorzoxazone</i>)	T3	PA
LYVISPAH	T3	PA
<i>metaxalone (Skelaxin)</i>	T1	
<i>methocarbamol</i>	T1	
NORGESIC FORTE	T3	PA
<i>orphenadrine citrate</i>	T1	
<i>orphenadrine/aspirin/caffeine (Norgesic Forte)</i>	T1	PA
OZOBAX	T3	PA HD
OZOBAX DS	T3	PA HD
ROBAXIN-750 (<i>methocarbamol</i>)	T3	
SKELAXIN (<i>metaxalone</i>)	T3	
SOMA (<i>carisoprodol</i>)	T3	
SOMA (<i>vanadom</i>)	T3	
<i>tizanidine hcl</i>	T1	PA
<i>tizanidine hcl (Zanaflex)</i>	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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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.)		
ZANAFLEX (<i>tizanidine hcl</i>)	T3	

VITAMINAS PRENATALES (Nutritivas/alimenticias)

PREPARACIONES DE VITAMINAS PRENATALES		
ATABEX EC	T2	
CITRANATAL 90 DHA	T2	
CITRANATAL ASSURE	T2	
CITRANATAL DHA	T2	
CITRANATAL HARMONY	T2	
CITRANATAL RX	T2	
OBSTETRIX EC	T2	
OBTREX DHA	T2	
<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 no.154/iron fum/folic acid</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 (Obtrex Dha)</i>	T1	
PRENATAL 19	T1	
<i>prenatal 34/iron/folic/dss/dha</i>	T1	
<i>prenatal vits15/iron/folic/dss</i>	T1	
VITAFOL FE+	T2	

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar)⁹

ANTIDEPRESIVOS ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES ALFA 2		
<i>mirtazapine</i>	T1	HD
<i>mirtazapine (Remeron)</i>	T1	HD
QELBREE	T3	PA QL (1 cap/day)
QELBREE ER	T3	PA QL(2 caps/day) HD
REMERON (<i>mirtazapine</i>)	T3	PA HD

MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS - BENZODIAZEPINAS		
<i>alprazolam</i>	T1	
<i>alprazolam (Xanax Xr)</i>	T1	
<i>alprazolam (Xanax)</i>	T1	
ATIVAN (<i>lorazepam</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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS - BENZODIAZEPINAS (cont.)		
<i>chlordiazepoxide hcl</i>	T1	
<i>clorazepate dipotassium</i>	T1	
<i>clorazepate dipotassium</i> (Tranxene T-tab)	T1	
<i>diazepam 10 mg tablet</i> (Valium)	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>lorazepam</i>	T1	
<i>lorazepam</i> (Ativan)	T1	
LOREEV XR	T3	PA QL (30 tabs/30 days) SP
<i>oxazepam</i>	T1	
TRANXENET-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		
BUCAPSOL	T3	PA
<i>buspirone hcl</i>	T1	HD
<i>meprobamate</i>	T1	
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 days) SP HD
ZURZUVAE 30 MG CAPSULE	T3	PA QL(14 caps/270 days) SP HD
MEDICAMENTOS PARA TRASTORNO BIPOLAR		
EQUETRO	T3	HD
<i>lithium carbonate</i>	T1	HD
<i>lithium carbonate</i> (Lithobid)	T1	HD
<i>lithium citrate</i>	T1	HD
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

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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
MAOI - ANTIDEPRESIVOS NO SELECTIVOS E IRREVERSIBLES (cont.)		
<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/30 days)
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	T3	PA QL (1 tab/day) HD
FORFIVO XL	T3	PA QL (1 tab/day) 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
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

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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>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 hcl</i>	T1	QL (4 caps/28 days) HD
<i>fluoxetine hcl 10 mg capsule</i> (Prozac)	T1	QL (8 caps/day) HD
<i>fluoxetine hcl 10 mg tablet</i> (Sarafem)	T1	HD
<i>fluoxetine hcl 20 mg capsule</i> (Prozac)	T1	QL (4 caps/day) HD
<i>fluoxetine hcl 20 mg tablet</i>	T1	HD
<i>fluoxetine 20 mg/5 ml soln cup</i>	T1	QL (20 mls/day) 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
<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

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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.)		
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) HD
PAXIL CR 37.5 MG TABLET (<i>paroxetine er</i>)	T3	PA QL (2 tabs/day) 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	QL (2 caps/day) ST HD
SARAFEM (<i>fluoxetine hcl</i>)	T3	ST HD
sertraline 20 mg/ml oral conc (Zoloft)	T1	QL (10ml/day) HD
sertraline hcl 100 mg tablet (Zoloft)	T1	QL (2 tabs/day) HD
sertraline hcl 25 mg tablet (Zoloft)	T1	QL (8 tabs/day) HD
sertraline hcl 50 mg tablet (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)		
nefazodone hcl	T1	HD
RALDESY	T3	PA HD
trazodone hcl	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
desvenlafaxine succnt er 100mg (Pristiq)	T1	QL (4 tabs/day) HD
desvenlafaxine succnt er 25 mg (Pristiq)	T1	QL (16 tabs/day) HD
desvenlafaxine succnt er 50 mg (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

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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>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	PA 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	QL (4 caps/day) ST 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
SSRI Y ANTIDEPRESIVOS AGONISTAS PARCIALES DE 5HT1A		
VIIORYD 10 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) PA HD
VIIORYD 20 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day) HD
VIIORYD 40 MG TABLET	T3	PA HD
SSRI, ANTIDEPRESIVOS MODULADORES DE RECEPTORES DE SEROTONINA		
TRINTELLIX 10 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day)
TRINTELLIX 20 MG TABLET	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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SSRI, ANTIDEPRESIVOS MODULADORES DE RECEPTORES DE SEROTONINA (cont.)		
TRINTELLIX 5 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day)
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
doxepin 10 mg capsule	T1	HD
doxepin 10 mg/ml oral conc	T1	HD
doxepin 100 mg capsule	T1	HD
doxepin 150 mg capsule	T1	HD
doxepin 25 mg capsule	T1	HD
doxepin 50 mg capsule	T1	HD
doxepin 75 mg capsule	T1	HD
imipramine pamoate	T1	HD
imipramine hcl	T1	HD
maprotiline hcl	T1	HD
nortriptyline hcl	T1	HD
nortriptyline hcl (Pamelor)	T1	HD
PAMELOR (nortriptyline hcl)	T3	PA HD
protriptyline hcl	T1	HD
trimipramine maleate	T1	HD

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

ADRENÉRGICOS, AROMÁTICOS, SIN CATECOLAMINAS		
lisdexamfetamine 10 mg capsule (Vyvanse)	T1	PA QL (1 cap/day)
lisdexamfetamine 20 mg capsule (Vyvanse)	T1	PA QL (1 tab/day)
lisdexamfetamine 30 mg capsule (Vyvanse)	T1	PA QL (1 per day)
lisdexamfetamine 40 mg capsule (Vyvanse)	T1	PA QL (1 cap/day)
lisdexamfetamine 40 mg capsule (Vyvanse)	T1	PA QL (1 tab/day)
lisdexamfetamine 60 mg capsule (Vyvanse)	T1	PA QL (1 per 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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ADRENÉRGICOS, AROMÁTICOS, SIN CATECOLAMINAS (cont.)		
<i>lisdexamfetamine 70 mg capsule</i> (Vyvanse)	T1	PA QL (1 tab/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 cap/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 per day)
VYVANSE 50 MG CHEWABLE TABLET	T3	PA QL (1 tab/day)
VYVANSE 60 MG CAPSULE	T3	PA QL (1 cap/day)
VYVANSE 60 MG CHEWABLE TABLET	T3	PA QL (1 tab/day)
VYVANSE 70 MG CAPSULE	T3	PA QL (1 per 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
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 (<i>methylphenidate</i>) 10 MG/9 HR PATCH	T3	PA QL (1 patch/day)
DAYTRANA (<i>methylphenidate</i>) 15 MG/9 HR PATCH	T3	PA QL (1 per day)
DAYTRANA (<i>methylphenidate</i>) 20 MG/9 HOUR PATCH	T3	PA QL (1 patch/day)
DAYTRANA (<i>methylphenidate</i>) 30 MG/9 HOUR PATCH	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)

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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.)		
<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</i> (Daytrana)	T1	PA QL(1 patch/day)
<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> (Relexxii)	T1	PA QL(1 tab/day)
<i>methylphenidate er 18 mg tab</i> (Concerta)	T1	PA QL (1 tab/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 tabs/day)
<i>methylphenidate er 18 mg tab</i> (Relexxii)	T1	PA QL(1 tab/day)
<i>methylphenidate er 27 mg tab</i> (Concerta)	T1	PA QL (1 per day)
<i>methylphenidate er 27 mg tab</i> (Concerta)	T1	PA QL (1 per 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 36 mg tab</i> (Relexxii)	T1	PA QL(2 tabs/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 per day)
<i>methylphenidate er 54 mg tab</i> (Relexxii)	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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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.)		
<i>methylphenidate er 60 mg cap</i> (Aptensio Xr)	T1	PA QL (1 per day)
METHYLPHENIDATE ER 72 MG TAB	T3	PA QL (1 tab/day)
<i>methylphenidate hcl</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<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 ptch</i> (Daytrana)	T1	PA QL(1 patch/day)
QUILLICHEW ER	T3	PA QL (1 tab/day)
QUILLIVANT XR	T3	PA QL (12ml/day)
RELEXXII	T3	PA QL (1 tab/day)
RELEXXII ER 18 MG TABLET (<i>methylphenidate hcl</i>)	T3	PA QL(1 tab/day)
RELEXXII ER 27 MG TABLET(<i>methylphenidate hcl</i>)	T3	PA QL(1 tab/day)
RELEXXII ER 36 MG TABLET (<i>methylphenidate hcl</i>)	T3	PA QL(2 tabs/day)
RELEXXII ER 45 MG TABLET	T3	PA QL(1 tab/day)
RELEXXII ER 54 MG TABLET(<i>methylphenidate hcl</i>)	T3	PA QL(1 tab/day)
RELEXXII ER 63 MG TABLET	T3	PA QL(1 tab/day)
RELEXXII ER 72 MG TABLET	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, 18, 25, 100 mg capsule</i> (Strattera)	T1	HD
<i>atomoxetine hcl 40 mg capsule</i> (Strattera)	T1	QL (1 cap/day) HD
STRATTERA 100 MG CAPSULE (<i>atomoxetine hcl</i>)	T3	PA QL HD
STRATTERA 18 MG CAPSULE (<i>atomoxetine hcl</i>)	T3	PA QL HD
STRATTERA 25 MG CAPSULE (<i>atomoxetine hcl</i>)	T3	PA QL 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 QL HD
STRATTERA 80 MG CAPSULE (<i>atomoxetine hcl</i>)	T3	PA QL 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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Varios)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE DESEO SEXUAL HIPOACTIVO (HSDD)		
ADDYI	T3	PA QL (1 tab/day)
VYLEESI	T3	PA QL (8 injectors/30 days) SP

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Esquizofrenia/antipsicóticos)⁹

ANTIPSIC., ANTAG. DE LA DOPAMINA, DIFENILBUTILPIPERIDINAS

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

ANTIPSICÓTICOS, ATÍPICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA

<i>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
ERZOFRI	T3	
FANAPT 1 MG TABLET	T3	PA QL (4 tabs/day) ST
FANAPT 10 MG TABLET	T3	PA QL (4 tabs/day) ST
FANAPT 12 MG TABLET	T3	PA
FANAPT 2 MG TABLET	T3	PA QL (4 tabs/day) ST
FANAPT 4 MG TABLET	T3	PA QL (4 tabs/day) ST
FANAPT 6 MG TABLET	T3	PA QL (4 tabs/day) ST
FANAPT 8 MG TABLET	T3	PA QL (4 tabs/day) ST
FANAPT TITRATION PACK	T3	PA QL (4 packs/year) ST
FAZACLO (<i>clozapine odt</i>)	T3	PA
GEODON (<i>ziprasidone hcl</i>)	T3	PA
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
LATUDA 120 MG TABLET	T3	
LATUDA 20 MG TABLET	T2	
LATUDA 40 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day)
LATUDA 60 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day)
LATUDA 80 MG TABLET	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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

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

ANTIPSICÓTICOS, ATÍPICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA (cont.)

<i>olanzapine</i> (Zyprexa Zydis)	T1	
<i>olanzapine</i> (Zyprexa)	T1	
<i>paliperidone er 1.5 mg tablet</i>	T1	
<i>paliperidone er 1.5 mg tablet</i> (Invega)	T1	
<i>paliperidone er 3 mg tablet</i> (Invega)	T1	QL (1 tab/day)
<i>paliperidone er 6 mg tablet</i> (Invega)	T1	
<i>paliperidone er 9 mg tablet</i> (Invega)	T1	
<i>quetiapine fumarate</i> (Seroquel Xr)	T1	
<i>quetiapine fumarate</i> (Seroquel)	T1	
RISPERDAL (<i>risperidone</i>)	T3	PA
<i>risperidone</i>	T1	
<i>risperidone</i> (Risperdal)	T1	
SAPHRIS (<i>asenapine maleate</i>)	T3	ST
SECUADO	T3	ST
SEROQUEL (<i>quetiapine fumarate</i>)	T3	ST
SEROQUEL XR (<i>quetiapine fumarate er</i>)	T3	ST
VERSACLOZ	T3	PA
<i>ziprasidone hcl</i> (Geodon)	T1	
ZYPREXA (<i>olanzapine</i>)	T3	PA
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 MYCITE	T3	PA
<i>aripiprazole</i>	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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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 1 mg/ml solution</i>	T1	
<i>aripiprazole 10 mg tablet (Abilify)</i>	T1	
<i>aripiprazole 15 mg tablet (Abilify)</i>	T1	
<i>aripiprazole 2 mg tablet (Abilify)</i>	T1	
<i>aripiprazole 20 mg tablet (Abilify)</i>	T1	
<i>aripiprazole 30 mg tablet (Abilify)</i>	T1	
<i>aripiprazole 5 mg tablet (Abilify)</i>	T1	QL (1 tab/day)
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	
<i>lurasidone hcl</i>	T1	
ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, TIOXANTENOS		
<i>thiothixene</i>	T1	
ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, BUTIROFENONAS		
<i>haloperidol</i>	T1	
<i>haloperidol lactate</i>	T1	
ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, DIHIDROINDOLONAS		
<i>molindone hcl</i>	T1	
ANTIPSICÓTICOS, COMB. DE AGONISTAS/ANTAGONISTAS MUSCARÍNICOS		
COBENFY	T3	PA QL(2 caps/day)
COBENFY STARTER PACK	T3	PA QL(56 caps/180 days)
ANTIPSICÓTICOS, FENOTIAZINAS		
<i>chlorpromazine hcl</i>	T1	
<i>fluphenazine hcl</i>	T1	
<i>perphenazine</i>	T1	
<i>thioridazine hcl</i>	T1	
<i>trifluoperazine hcl</i>	T1	

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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
SSRI-ANTIPISIC., 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)

HIPNÓTICOS SEDANTES, NO BARBITÚRICOS

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
<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
QUVIVQ	T3	PA QL (1 day)
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> (Ambien)	T1	
ZOLPIMIST	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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

SEDANTES/HIPNÓTICOS (Trastornos del sueño/sedantes)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTE TIPO SEDANTE ANTINARCOLEPSIA Y ANTICATAPLEXIA		
LUMRYZ	T3	PA QL(1 pack/day) SP HD
LUMRYZ STARTER PACK	T3	PA QL SP HD
XYREM	T3	PA SP HD
XYWAV	T3	PA SP HD
BARBITÚRICOS		
<i>phenobarbital</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
<i>ramelteon 8 mg tablet</i> (Rozerem)	T1	QL (1 tab/day)
ROZEREM (<i>ramelteon</i>)	T3	PA QL (1 tab/day)
DORAL	T3	
<i>estazolam</i>	T1	
HALCION (<i>triazolam</i>)	T3	
<i>midazolam hcl</i>	T1	
QUAZEPAM	T1	
<i>quazepam</i> (Quazepam)	T1	
RESTORIL (<i>temazepam</i>)	T3	PA
HIPNÓTICOS SEDANTES - BENZODIAZEPINAS		
<i>flurazepam hcl</i>	T1	
<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
PREPARACIONES CUTÁNEAS (Varias)		
IRRIGANTES		
<i>acetic acid</i>	T1	
<i>neomycin sulf/polymyxin b sulf</i>	T1	
PHYSIOLYTE	T3	
PHYSIOSOL	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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Varias)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
IRRIGANTES		
<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	
SODIUM CHLORIDE 0.9% IRRIG.	T3	
SORBITOL	T1	
SORBITOL-MANNITOL	T1	
VASHE WOUND THERAPY	T3	
<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> (Soriatane)	T1	
BIMZELX	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
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	
SILIQ	T3	PA QL (2 syringes/28 days) SP HD
SKYRIZI (2 SYRINGES) KIT	T3	PA QL (1 kit/84 days) SP HD
SORIATANE (<i>acitretin</i>)	T1	PA
SOTYKTU	T3	PA QL (1/day) SP
SPEVIGO	T3	PA QL(2 mls/28 days) 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
TREMFYA PEN	T2	PA QL(2 syringe/28 days) 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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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
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 (Voltaren)</i>	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 (<i>isotretinoin</i>)	T3	PA
ABSORICA LD	T3	ST
ACCUTANE	T1	
AMNESTEEM	T1	
CLARAVIS	T1	
<i>isotretinoin (Absorica)</i>	T1	
MYORISAN	T1	
ZENATANE	T1	
AGENTES ANTIACNÉ, TÓPICOS		
ACANYA (<i>clindamycin phos-benzoyl perox</i>)	T3	
ACZONE 5% GE (<i>dapsone</i>)	T3	
<i>adapalene/benzoyl peroxide</i>	T1	
AZELEX	T2	
BENZACLIN (<i>clindamycin-benzoyl peroxide</i>)	T3	PA
CABTREO	T1	
<i>clindamycin-bnz perox 1-5% pmp</i>	T1	
<i>clindamycin-benzoyl perox 1-5%</i>	T1	
<i>clindamycin-bnz perox 1.2-3.75% (Onexton)</i>	T1	
<i>clindamycin phos/benzoyl perox (Acanya)</i>	T1	
<i>clindamycin phos/benzoyl perox (Benzacilin)</i>	T1	
<i>clindamycin/tretinoin (Ziana)</i>	T1	
<i>clindamycin/tretinoin (Veltin)</i>	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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIACNÉ, TÓPICOS		
<i>dapsone 5% gel</i> (Aczone)	T1	
DAPSONE 7.5% GEL PUMP	T3	PA
<i>dapsone 7.5% gel pump</i> (Aczone)	T1	
EPIDUO FORTE	T2	
KLARON (<i>sulfacetamide sodium</i>)	T3	
NEUAC 1.2-5% KIT	T3	
<i>neuac gel</i>	T1	
ONEXTON (<i>clindamycin phos/benzoyl perox</i>)	T3	
<i>sulfacetamide sodium</i> (Klaron)	T1	
VELTIN	T3	PA
ZIANA (<i>clindamycin phos-tretinoin</i>)	T3	PA
ANTITRANSPIRANTES		
DRYSOL	T2	
ANTIPRURIGINOSOS, TÓPICOS		
ALEVICYN PLUS	T3	
<i>doxepin 5% cream</i> (Zonalon)	T1	PA QL (90gm/30 days)
<i>doxepin hcl</i> (Zonalon)	T3	PA QL (90gm/30 days)
ZONALON	T3	PA QL (90gm/30 days)
ZONALON (<i>prudoxin</i>)	T3	PA QL (90gm/30 days)
AGENTES ANTIPSORIÁSICOS		
<i>anthralin</i>	T1	
<i>calcipotriene 0.005% cream</i> (Dovonex)	T1	
CALCIPOTRIENE 0.005% FOAM	T3	PA
<i>calcipotriene 0.005% ointment</i>	T1	
<i>calcipotriene 0.005% solution</i>	T1	
<i>calcitriol 3 mcg/g ointment</i> (Vectical)	T1	QL (800gm/30 days)
DOVONEX (<i>calcipotriene</i>)	T3	
DUOBRII	T3	
RYALTRIS	T3	PA QL (1 tube/30/days)
SORILUX	T3	PA
<i>tazarotene 0.1% cream</i> (Tazorac)	T1	
<i>tazarotene 0.05% cream</i>	T1	
TAZORAC 0.05%	T2	
TAZORAC 0.1% CREAM (<i>tazarotene</i>)	T3	
TAZORAC 0.1% GEL	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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIPSORIÁSICOS (cont.)		
VECTICAL (<i>calcitriol</i>)	T3	QL (800gm/30 days)
ZORYVE 0.3% FOAM	T2	ST QL(1 gm/30 days)
AGENTES ANTISEBORREICOS		
OVACE PLUS	T3	
<i>selenium sulfide</i>	T1	
<i>sulfacetamide sodium</i>	T1	
TERSI FOAM	T3	
ANTISÉPTICOS, VARIOS		
GUAIACOL	T1	
PREPARACIONES PARA ÚLCERAS POR DIABETES, TÓPICAS		
REGRANEX	T3	PA QL (2 tubs/30 days)
EMOLIENTES		
ATOPICLAIR	T3	
<i>emollient combination no.35</i> (Mimyx)	T1	
<i>emollient combination no.60</i> (Restizan)	T1	
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
RUBEFIANTES/CONTRAIRITANTES		
<i>methyl salicylate</i>	T1	
QUTENZA	T3	
QUERATOLÍTICOS		
BENSAL HP	T1	PA
BENZEFOAM	T3	
BENZEPRO	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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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>benzoyl peroxide</i> (Enzoclear)	T1	
<i>benzoyl peroxide</i> (Pacnex)	T1	
CONDYLOX (<i>podofilox</i>)	T3	PA
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 (<i>salicylic acid</i>)	T3	
PACNEX (<i>benzoyl peroxide</i>)	T3	
PODOCON-25	T1	
<i>podofilox</i>	T1	
PR BENZOYL PEROXIDE	T1	
PRONAL	T3	
RAYASAL	T3	
SALICATE	T3	
<i>salicylic acid</i>	T1	
<i>salicylic acid</i> (Keralyt Scalp)	T1	
<i>salicylic acid/ceramide comb 1</i>	T1	
SALIMEZ FORTE	T1	
SALKERA	T3	
SALVAX DUO PLUS	T3	
<i>silver nitrate, silver nitrate applicator</i>	T1	
URAMAXIN	T3	
URAMAXIN (<i>urea</i>)	T3	
<i>urea</i>	T1	
<i>urea</i> (Hydro 35)	T1	
<i>urea</i> (Hydro 40)	T3	
<i>urea</i> (Uramaxin)	T1	
<i>urea</i> (Xurea)	T1	
XUREA	T3	

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PROTECTORES		
PHARMABASE 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 (<i>azelaic acid</i>)	T3	PA
IDAOXIA	T3	
<i>ivermectin</i> (Soolantra)	T1	
METROCREAM (<i>rosadan</i>)	T3	PA
METROGEL (<i>metronidazole</i>)	T3	PA
<i>metronidazole</i>	T1	
<i>metronidazole</i> (Metrocream)	T1	
<i>metronidazole</i> (Metrogel)	T1	
METRONIDAZOLE 125 MG TABLET	T2	QL (30 tabs/90 days)
NORITATE	T3	PA
SOOLANTRA	T3	PA
ADHESIVOS PARA TEJIDOS/HERIDAS		
ARTISS	T3	
SURGISEAL STYLUS, TEARDOP, TWIST	T3	
TISSEEL VHSD	T3	
ANTIINFLAM. TÓPICO, INHIB. DE LA FOSFODIESTERASA-4 (PDE4)		
EUCRISA	T2	
AGENTES TÓPICOS, VARIOS		
L-MESITRAN SOFT	T3	
MEDIHONEY	T3	
SAF-CLENS AF	T1	
<i>trichloroacetic acid</i>	T3	
TRICHLOROACETIC ACID	T1	
DERIVADOS DE LA PLEUROMUTILINA, ANTIBIÓTICOS TÓPICOS		
ALTABAX	T3	
AGENTES ANTICOLINÉRGICOS TÓPICOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPERHIDROSIS		
QBREXZA	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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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		
ACIOXIA	T3	
ALA-SCALP (<i>scalacort</i>)	T3	ST
<i>alclometasone dipropionate</i>	T1	
<i>amcinonide 0.1%</i>	T1	
ANUSOL-HC 2.5% CREAM (<i>proctozone-hc</i>)	T1	PA
AQUA GLYCOLIC HC	T3	
<i>betamethasone dipropionate</i>	T1	
<i>betamethasone valerate</i> (Luxiq)	T1	
<i>betamethasone/propylene glyc</i> (Diprolene)	T1	
BRYHALI	T3	ST
CAPEX SHAMPOO	T3	ST
CLOBETASOL 0.025% CREAM	T3	PA
<i>clobetasol propionate</i>	T1	
<i>clobetasol propionate</i> (Clobex)	T1	
<i>clobetasol propionate</i> (Olux)	T1	
<i>clobetasol propionate</i> (Temovate)	T1	
<i>clobetasol propionate/emoll</i>	T1	
<i>clobetasol propionate/emoll</i> (Olux-e)	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</i> (Clobex)	T1	
CLODERM	T3	ST
CORDRAN (<i>flurandrenolide</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 0.05% CREAM	T3	ST
<i>desoximetasone</i> (Topicort)	T1	
<i>diflorasone diacetate</i>	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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS (cont.)		
<i>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
<i>halobetasol prop 0.05% foam</i>	T1	
HALOBETASOL PROPIONATE	T3	PA
HALOG (<i>halcinonide</i>)	T3	PA
<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	PA
LOCOID 0.1% LOTION (<i>hydrocortisone butyrate</i>)	T3	PA
LOCOID 0.1% OINTMENT (<i>hydrocortisone butyrate</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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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.)		
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 (<i>fluocinolone acetonide</i>)	T3	ST
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	PA
TRIDESILON (<i>desonide</i>)	T3	PA
VANOS (<i>fluocinonide</i>)	T3	PA
VERDESO	T3	PA
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS-ANESTÉSICOS LOCALES		
ANALPRAM HC	T3	PA
ANALPRAM HC	T3	PA
EPIFOAM	T3	
<i>hydrocortisone/pramoxine</i> (Pramosone)	T1	
<i>lidocaine/hydrocortisone ac</i>	T1	
MEZPAROX-HC	T1	
PRAMOSONE 1% LOTION	T2	
AGENTES TÓPICOS LIBERADORES DE ÓXIDO NÍTRICO		
ZELSUVMI	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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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-ANESTÉSICOS LOCALES (cont.)		
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	
PREPARACIONES ANTIBACTERIANAS TÓPICAS		
<i>dermazene cream</i>	T1	
DERMAZENE CREAM PACKET	T3	
<i>hydrocortisone/iodoquinol</i>	T1	
<i>hydrocortisone/iodoquinol/aloe</i>	T1	
<i>iodine/potassium iodide</i>	T1	
<i>iodine/sodium iodide</i>	T1	
IODOFLEX	T3	
IODOSORB	T3	
<i>silver nitrate</i>	T1	
ANÁLOGOS DE VIT. D/ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS		
<i>calcipotriene/betamethasone</i> (Taclonex)	T1	
ENSTILAR	T3	PA
TACLONEX (<i>calcipotriene-betamethasone dp</i>)	T3	PA
WYNZORA	T3	PA
ENZIMAS TÓPICAS/DE LAS MEMBR. MUCOSAS/SUBCUT.		
SANTYL	T2	QL (60gm/30 days)
DERIVADOS DE LA VITAMINA A		
<i>adapalene</i> (Differin)	T1	PA
<i>adapalene</i> (Plixda)	T1	PA
AKLIEF	T3	
ALTRENO	T3	PA
ATRALIN (<i>tretinoin</i>)	T3	PA
<i>avita 0.025% cream</i> (Retin-a)	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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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.)		
AVITA 0.025% GEL	T3	
DIFFERIN	T3	PA
DIFFERIN (<i>adapalene</i>)	T3	PA
PLIXDA	T1	PA
RETIN-A 0.01% GEL (<i>tretinoin</i>)	T3	
RETIN-A 0.025% CREAM (<i>tretinoin</i>)	T3	PA
RETIN-A 0.025% GEL (<i>tretinoin</i>)	T3	
RETIN-A 0.05% CREAM (<i>tretinoin</i>)	T3	PA
RETIN-A 0.1% CREAM (<i>tretinoin</i>)	T3	PA
RETIN-A MICRO (<i>tretinoin microsphere</i>)	T3	PA
RETIN-A MICRO PUMP	T3	PA
RETIN-A MICRO PUMP (<i>tretinoin microsphere</i>)	T3	PA
<i>tretinoin 0.01% gel</i> (Retin-a)	T1	
<i>tretinoin 0.025% cream</i> (Retin-a)	T1	PA
<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

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LA TIROIDES (Agentes hormonales)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES ANTITIROIDEAS		
<i>methimazole</i> (Tapazole)	T1	HD
<i>propylthiouracil</i>	T1	HD
TAPAZOLE (<i>methimazole</i>)	T3	HD
HORMONAS TIROIDEAS		
<i>adthyza 120 mg tablet</i>	T1	PA HD
ADTHYZA 130 MG TABLET	T3	PA HD
<i>adthyza 15 mg tablet</i>	T1	PA HD
ADTHYZA 16.25 MG TABLET	T3	PA HD
<i>adthyza 30 mg tablet</i>	T1	PA HD
ADTHYZA 32.5 MG TABLET	T3	PA HD
<i>adthyza 60 mg tablet</i>	T1	PA HD
ADTHYZA 65 MG TABLET	T3	PA HD
ADTHYZA 97.5 MG TABLET	T3	PA HD
ARMOUR THYROID	T3	HD
CYTOMEL (<i>liothyronine sodium</i>)	T3	HD
LEVOTHYROXINE	T3	HD
<i>levothyroxine sodium</i> (Synthroid)	T1	HD
<i>levothyroxine sodium</i> (Synthroid)	T3	HD
<i>liothyronine sodium</i> (Cytomel)	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
WP THYROID	T1	HD
WP THYROID (<i>nature-throid</i>)	T1	HD
WP THYROID (<i>westhroid</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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (SIDA/VIH)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DEL CITOCROMO P450		
TYBOST	T3	SP
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias)		
FIBROSIS QUÍSTICA-COMB. DE POTENCIADOR DE CFTR Y CORRECTOR		
ALYFTREK 10-50-125 MG TABLET	T3	PA QL(2 tabs/day) SP HD
ALYFTREK 4-20-50 MG TABLET	T3	PA QL(3 tabs/day) SP HD
BRONCHITOL 40 MG INHALE CAP	T3	PA SP
ORKAMBI 100 MG-125 MG TABLET	T3	PA QL (4 tabs/day) SP HD
ORKAMBI 100-125 MG GRANULE PKT	T3	PA QL (2 packs/day) SP HD
ORKAMBI 150-188 MG GRANULE PKT	T3	PA QL (2 packs/day) SP HD
ORKAMBI 200 MG-125 MG TABLET	T3	PA QL (4 tabs/day) SP HD
SYMDEKO	T3	PA QL (2 tabs/day) SP HD
TRIKAFTA	T3	PA QL (3 tabs/day) SP HD
FIB. QUÍSTICA-POTENCIADOR DE LA REG. DE LA CONduc. TRANSMEMB. (CFTR)		
KALYDECO 5.8 MG TABLET	T3	PA QL (2 tabs/day) SP HD
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 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	T2	PA SP HD
FIBROSIS PULMONAR - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS		
OFEV	T2	PA SP HD
JOENJA	T3	PA QL SP
VIJOICE 125mg,50 mg	T3	PA QL(PA QL (30tabs/30days) SP
VIJOICE 250mg dose pack	T3	PA QL (2 tabs/30 days)
ZOKINVY	T3	PA QL (4 CAPS/DAY) SP
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)		
INHIBIDORES DE LA TIROSINA QUINASA DEL BAZO		
TAVALISSE	T2	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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAMATORIOS-ANTIMITÓTICOS		
LODOCO	T3	PA
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA BRADIQUININA B2		
FIRAZYR (<i>icatibant</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>leucovorin calcium</i>	T1	
<i>mesna</i> (Mesnex)	T1	SP CSL
MESNEX	T3	SP
VISTOGARD	T3	SP

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Productos dentales)

PREPARACIONES Y AYUDAS DENTALES		
<i>chlorhexidine gluconate</i> (Peridex)	T1	
PERIDEX (<i>periogard</i>)	T1	
<i>triamcinolone acetonide</i>	T1	

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Diabetes)

INHIBIDORES DE LA COLAGENASA PERIODONTAL		
<i>doxycycline hyclate 20 mg tab</i>	T1	
INPEFA	T3	PA QL(1 tab/day) HD

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Disfunción eréctil)

MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL (ED)		
<i>avanafil</i> (Stendra)		
CAVERJECT	T3	PA QL (6 injectors/30 days)
CIALIS 10 MG TABLET (<i>tadalafil</i>)	T3	ST QL(8 tabs/30 days) HD
CIALIS 20 MG TABLET (<i>tadalafil</i>)	T3	ST QL(8 tabs/30 days) HD
CIALIS 5 MG TABLET (<i>tadalafil</i>)	T3	ST QL(1 tab/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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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.)		
EDEX	T3	PA QL (6 injectors/30 days)
IFE-BIMIX 30/1	T2	
IFE-PG20	T2	
LEVITRA (<i>vardeafil hcl</i>)	T3	QL (10 tabs/30 days) ST
MUSE	T2	PA QL (6/30 days)
PAPAVERINE-ALPROSTADIL	T1	
PHENTOLAMINE-ALPROSTADIL	T1	
<i>sildenafil 100 mg, 50 mg, 20 mg tablet</i> (Viagra)	T1	QL (10 tabs/30 days)
STENDRA (<i>avanafil</i>)	T3	QL (8 tabs/30 days) ST
<i>tadalafil 2.5 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/30 days)
<i>tadalafil 5 mg tablet</i> (Cialis)	T1	QL(1 tab/day) HD
<i>tadalafil 10 mg tablet</i> (Cialis)	T1	QL(8 tabs/30 days) HD
<i>tadalafil 20 mg tablet</i> (Cialis)	T1	QL(8 tabs/30 days) HD
<i>vardeafil hcl</i> (Levitra)	T1	QL (10 tabs/30 days)
VIAGRA (<i>sildenafil citrate</i>)	T3	ST QL(8 tabs/30 days) HD

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones gastrointestinales/pirosis)

CALCIMIMÉTICO, POTENCIADOR DEL CALCIO PARATIROIDEO		
<i>cinacalcet hcl</i> (Sensipar)	T1	SP
SENSIPAR (<i>cinacalcet hcl</i>)	T3	PA SP
AGENTES ORALES PARA LA MUCOSITIS/ESTOMATITIS		
ORAMAGICRX	T3	
AGENTES ESTIMULANTES DE LA SALIVA		
NUMOISYN	T3	
AGONISTA DEL RECEPTOR DE LA HORMONA TIROIDEA (THR)		
REZDIFFRA	T3	PA QL(1 tab/day) SP HD

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Agentes hormonales)

AGENTES QUE ESTIM. LA FORMACIÓN DE HUESO - HORMONA PARATIROIDEA		
FORTEO	T2	PA QL (3ML/21 DAYS) SP HD
FORTEO (<i>teriparatide</i>)	T3	PA QL(0.09 MLS/DAY) SP HD
<i>teriparatide 560mcg mcg/2.4ml pen</i>	T1	PA QL(0.09 mls/day) SP HD
TERIPARATIDE 620 MCG/2.48 ML	T3	PA QL(0.09 mls/day) SP
TERIPARATIDE	T3	PA QL (1 pen/28 days) SP HD
ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE LA HORMONA DE CRECIMIENTO		
SOMAVERT	T2	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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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		
<i>doxercalciferol</i>	T1	
<i>paricalcitol</i>	T1	SP HD
<i>paricalcitol</i> (Zemplar)	T1	SP HD
RAYALDEE	T3	
ZEMPLAR (<i>paricalcitol</i>)	T3	SP HD
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</i> (Mifeprex)	T1	
AGENTES PARA TRATAR LA PARÁLISIS PERIÓDICA - INHIB. DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA		
<i>dichlorphenamide</i>	T1	PA SP
KEVEYIS	T3	SP
INHIBIDORES DE AMONÍACO		
CARBAGLU (<i>carglumic acid</i>)	T3	SP HD
<i>carglumic acid</i> (Carbaglu)	T1	SP HD
AGENTES PARA LA AMILOIDOSIS-SUPRESIÓN DE LA TRANSTIRETINA (TTR)		
TEGSEDI	T3	PA SP HD
WAINUA	T3	PA QL(1 auto-inj/28 days) SP
PREPARACIONES ANTIALCOHÓLICAS		
<i>acamprosate calcium</i>	T1	
ANTABUSE (<i>disulfiram</i>)	T3	
<i>disulfiram</i> (Antabuse)	T1	
ANTÍDOTOS, VARIOS		
CETYLEV	T3	
TRATAMIENTO ANTIFIBRÓTICO - ANÁLOGOS DE LA PIRIDONA		
ESBRIET	T3	PA SP HD
<i>pirfenidone 267 mg capsule</i>	T1	PA SP HD
INHIBIDORES DEL COMPLEMENTO		
ZILBRYSQ	T3	PA QL(1 syringe/day) SP
AGENTES CRIOPRESERVANTES		
<i>dimethyl sulfoxide</i>	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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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
MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA TIROSINEMIA HEREDITARIA		
<i>nitisinone</i> (Orfadin)	T1	PA SP HD
NITYR	T2	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
INHIBIDOR DE LA GLUCOSILCERAMIDA SINTASA (GCS)		
CERDELGA	T2	PA SP HD
OPFOLDA	T3	PA QL(8 caps/30 days) SP HD
<i>miglustat</i> (Zavesca)	T1	PA SP
ZAVESCA (<i>miglustat</i>)	T3	PA SP HD
TRATAMIENTO DE TRASTORNO GENÉTICO - TRATAMIENTO POR DEFICIENCIA DE PROTEÍNA SMN		
MIPLYFFA	T3	PA SP
SUPRESORES DE LOS SÍNTOMAS MENOPÁUSICOS - ANTAG. DEL RECEPT. NK3		
VEOZAH	T3	QL(1 tab/day)
SUPRESORES DE LOS SÍNTOMAS MENOPÁUSICOS - SSRI		
paroxetine mesylate	T1	QL(1 cap/day) HD
REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, HIPOFOSFATASIA		
STRENSIQ	T2	PA SP
REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, DEFICIENCIA DEL COFACTOR DE MOLIBDENO		
NULIBRY	T3	PA SP
AGENTES PARA TRATAR LA INTOXIC. POR METALES		
CHEMET	T3	
CUVRIOR	T3	PA SP
<i>deferasirox</i> (Exjade)	T1	SP HD
<i>deferasirox</i> (Jadenu Sprinkle)	T1	SP HD
<i>deferasirox</i> (Jadenu)	T1	SP HD
<i>deferiprone</i> (Ferriprox)	T1	PA SP
EXJADE (<i>deferasirox</i>)	T3	PA SP HD
FERRIPROX	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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA TRATAR LA INTOXIC. POR METALES (cont.)		
FERRIPROX (2 TIMES A DAY)	T3	PA SP
GALZIN	T3	SP
JADENU (<i>deferasirox</i>)	T3	PA SP HD
JADENU SPRINKLE (<i>deferasirox</i>)	T3	PA SP HD
RADIOGARDASE	T3	
SYPRINE (<i>trientine hcl</i>)	T3	PA SP HD
<i>trientine hcl</i> (Syprine)	T1	PA SP HD
PÉPTIDOS NATRIURÉTICOS		
VOXZOGO	T3	PA SP HD
INHIBIDORES DEL RECEPTOR FC NEONATAL (FCRN)		
VYVGART HYTRULO	T3	PA SP HD
AGONISTA PARCIAL DE RECEPTORES NICOTÍNICOS, ALFA4-BETA2		
TYRVAYA	T2	QL(8.4 mls/30 days)
ACTIVADOR DEL FACTOR 2 RELACIONADO CON EL FACTOR NUCLEAR ERITROIDE 2		
SKYCLARYS	T1	
BASES PARA POMADAS/CREMAS		
RADIAGEL	T1	
CHAPERÓN FARMACOLÓGICO-ESTAB. DE LA ALFA-GALACTOSIDASA A		
GALAFOLD	T3	PA SP HD
AGENTE PARA TRATAR LA FENILCETONURIA-COFACTOR DE LA FENILALANINA HIDROXILASA		
KUVAN (<i>sapropterin dihydrochloride</i>)	T3	PA SP HD
<i>sapropterin dihydrochloride</i> (Kuvan)	T1	PA SP HD
ESTABILIZADORES DE PROTEÍNAS		
ATTRUBY	T3	PA
VYNDAMAX	T3	PA QL (1 cap/day) SP HD
VYNDAREL	T3	PA QL (4 caps/day) SP HD
AGONISTAS DEL RECEPTOR DE ÁCIDO RETINOICO (RAR)		
SOHONOS	T3	PA SP
SOLVENTES		
FT ISOPROPYL ALCOHOL 91%	T1	
FT ISOPROPYL RUB ALCOHOL 70%	T3	
<i>isopropyl alcohol</i>	T1	
MURI-LUBE MINERAL OIL	T1	
INHIBIDORES DE LA LINFOPOYETINA ESTROMAL TÍMICA (TSLP)		
TEZSPIRE	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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Nutritivos/alimenticios)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA DEFICIENCIAS METABÓLICAS		
<i>betaine</i> (Cystadane)	T1	SP
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	
<i>levocarnitine</i> (Carnitor)	T1	
<i>levocarnitine (with sugar)</i> (Carnitor)	T1	
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Productos para la osteoporosis)		
COMBINACIONES DE INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA Y VITAMINA D		
BONIVA (<i>ibandronate sodium</i>)	T3	ST HD
EVISTA (<i>raloxifene hcl</i>)	T3	HD
FOSAMAX (<i>alendronate sodium</i>)	T3	ST HD
FOSAMAX PLUS D	T3	ST HD
<i>ibandronate sodium</i>	T1	HD
<i>raloxifene hcl</i> (Evista)	T1	HD PPACA
<i>risedronate sodium</i>	T1	HD
<i>risedronate sodium</i> (Actonel)	T1	HD
<i>risedronate sodium</i> (Atelvia)	T1	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
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
ANTIINFLAM. ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-1		
ARCALYST	T3	PA SP HD
ANTIINFLAMATORIOS, BETABLOQUEANTES DE INTERLEUCINA-1		
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	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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Trastornos convulsivos)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES NEUROPÁTICOS		
LYRICA CR	T3	HD
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones cutáneas)		
INHIBIDORES DE LA INTERLEUCINA-13 (IL-13), ANTICUERPOS MONOCLONALES		
ADBRY	T2	PA SP HD
ADBRY AUTOINJECTOR	T2	PA SP HD
EBGLYSS SYRINGE	T3	
AGENTES CICATRIZANTES LOCALES		
FILSUVEZ	T3	PA SP
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Abuso de sustancias)		
TRATAMIENTO PARA LA ABSTINENCIA DE OPIOIDES, AGONISTAS ADRENÉRGICOS ALFA 2		
<i>lofexidine hcl</i> (Lucemyra)	T1	QL (192 tabs/30 days)
LUCEMYRA (<i>lofexidine hcl</i>)	T2	QL (168 tabs/14 days)
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO PARA LA ABSTINENCIA DE OPIOIDES, TIPO OPIOIDES		
BUNAVAIL	T3	
<i>buprenorphine hcl</i>	T1	
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i> (Suboxone)	T1	
SUBOXONE (<i>buprenorphine-naloxone</i>)	T3	
ZUBSOLV	T2	
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Medicamentos para trasplante)		
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	PA HD
PROSCAR (<i>finasteride</i>)	T3	HD
RAPAFLO 4 MG CAPSULE (<i>silodosin</i>)	T3	QL (1 cap/day) HD
RAPAFLO 8 MG CAPSULE (<i>silodosin</i>)	T3	HD
<i>silodosin 4 mg capsule</i> (Rapaflo)	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>silodosin 8 mg capsule</i> (Rapaflo)	T1	HD
<i>tamsulosin hcl</i> (Flomax)	T1	HD

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA LA HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA/MICCIÓN (cont.)		
VANRAFIA	T2	PA QL(1 tab/day) SP
UROXATRAL (<i>alfuzosin hcl er</i>)	T3	PA HD
AGENTE PARA LA HPB-COMB. DE INHIB. DE LA 5-ALFA-REDUCTASA E INHIB. DE LA PDE5		
ENTADFI	T3	PA QL (30caps/30days)
INHIB. DE LA 5-ALFA REDUCTASA-ANTAG. ADRENÉRGICO ALFAI PARA TRATAR LA HPB		
<i>dutasteride/tamsulosin hcl</i> (Jalyn)	T1	HD
AGENTES QUE REDUCEN LA CISTINA, CISTINOSIS NEFROPÁTICA		
CYSTAGON	T2	SP
PROCYSBI	T3	PA SP HD
AGENTES PARA CÁLCULOS RENALES		
THIOLA	T3	PA SP
THIOLA EC	T3	PA SP
<i>tiopronin</i>	T1	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	QL (1 tab/day) ST HD
MYRBETRIQ ER 50 MG TABLET (<i>mirabegron</i>)	T3	ST HD
AGENTE PARA OXALOSIS - INHIBIDOR DE OXALATO BASADO EN ARNI		
RIVFLOZA	T3	PA QL(1 syringe/30 days) SP
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
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

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTE ANTIESPASMÓDICO/ANTIINCONTINENCIA DE LAS VÍAS URINARIAS (cont.)		
<i>oxybutynin chloride</i>	T1	HD
<i>oxybutynin chloride</i> (Ditropan XI)	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	
<i>true folic acid 1600mcg dfe tb</i>	T1	

PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS

CONCEPT DHA CAPSULE	T3	
FOLET ONE	T2	
<i>mvn no.53/iron/folic/dss/dha</i>	T1	
OBSTETRIX ONE	T1	

PREPARACIONES DE VITAMINA B

POTABA	T2	HD
--------	----	----

PREPARACIONES DE VITAMINA B12

<i>cyanocobalamin (vitamin b-12)</i>	T1	
NASCOBAL	T3	PA

PREPARACIONES DE VITAMINA D

<i>calcitriol 0.25 mcg capsule</i>	T1	
<i>calcitriol 0.5 mcg capsule</i>	T1	
<i>calcitriol 1 mcg/ml solution</i>	T1	
DRISDOL (vitamin d2)	T2	HD
<i>ergocalciferol (vitamin d2)</i> (Drisdol)	T1	HD
ROCALTROL (<i>calcitriol</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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

compartidos

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA K		
MEPHYTON (<i>phytonadione</i>)	T3	
<i>phytonadione (vit k1)</i> (Mephyton)	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

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

1ST TIER UNIFINE	138
1ST TIER UNILET	133
2-IN-1 LANCET DEVICE.....	133

A

abacavir	66, 67, 68
abacavir/lamivudine/zidovudine	66
abacavir sulfate/lamivudine	66
ABILIFY	155
abiraterone	55
ABOUTTIME.....	138
ABRILADA.....	53
ABRYSVO.....	76
ABSORICA.....	160
acamprosate.....	174
ACANYA.....	160
acarbose.....	47
ACCOLATE.....	30
ACCU-CHEK.....	133
ACCUPRIL	85
ACCURETIC	83
ACUTANE.....	160
ACD.....	40
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER	141
acebutolol	87
ACETAMIN-CAFF-DIHYDROCODEINE.....	21
acetamin-codein 300-30 mg/12.5.....	21
acetaminop-codeine 120-12 mg/5.....	21
acetaminophen/caff/dihydrocod	21
acetaminophen-cod.....	21
acetazolamide.....	105
acetic acid	51, 107, 158
acetylcysteine	30
ACIOXIA	165
ACIPHEX	120
acitretin	159
ACTEMRA	130, 131
ACTHAR.....	123
ACTHIB	76
ACTICLATE	37
ACTIGALL	117
ACTI-LANCE	133
ACTIMMUNE	61
ACTIQ.....	22
ACTIVELLA.....	124
ACTONEL.....	177
ACTOPLUS.....	48
ACTOS.....	49
ACULAR.....	107

ACUVAIL	107
acyclovir.....	69, 70, 72
ACZONE	160
ADACEL	76
ADALAT	79
ADALIMUMAB.....	53
adapalene	160, 168, 169
ADBRY	178
ADCIRCA.....	81
ADDERALL.....	73
ADDYI.....	154
adefovir	70, 71
ADEMPAS	81
ADHANSIA.....	151
ADIPEX-P.....	62
ADMELOG.....	50
ADRENALIN	106
adthyza.....	170
ADTHYZA.....	170
ADVAIR HFA.....	29
ADVANCED	103, 133
ADVANCED DNA MEDICATED COLLECT	103
ADVOCATE.....	133, 138
ADZENYS.....	73
AEMCOLO	37
AEROCHAMBER.....	141
AEROTRACH	141
AEROVENT.....	141
AFINITOR	57
AFLURIA	75
AFREZZA.....	50
AGAMATRIX.....	103, 132
AGAMREE.....	125
AGRYLIN.....	65, 67
AIMOVIG.....	15, 19
AIRDUO DIGIHALER.....	29
AIRSUPRA.....	29
AJOVY.....	15, 19
AKLIEF	168
AKTEN	108
AKYNZEO.....	115
ALA-SCALP	165
albendazole.....	52
ALBENZA	52
albuterol.....	28, 29
ALBUTEROL.....	28
ALCAINE	108
alclometasone	165
ALCOHOL	53

Índice de medicamentos

ALDACTAZIDE.....	105	amoxicillin.....	36, 51
ALDACTONE.....	105	amphetamine.....	73, 74
ALDARA.....	162	AMPHETAMINE.....	73
ALECENSA.....	58	ampicillin.....	36
alendronate.....	177	AMPYRA.....	94
ALEVICYN.....	161	AMRIX.....	142, 143
alfuzosin.....	178, 179	AMZEEQ.....	39
ALHEMO.....	77	ANA.....	122
ALINIA.....	63	ANADROL.....	123
aliskiren.....	88	ANAFRANIL.....	150
ALKERAN.....	55	anagrelide.....	65, 67
ALKINDI.....	125	ANALPRAM.....	122, 167
allopurinol.....	25, 26	ANAPROX DS.....	26
almotriptan malate.....	15, 19	anastrozole.....	56
ALOCRI.....	108	ANCOBON.....	42
ALOGLIPTIN.....	46, 47, 48	ANDRODERM.....	123
ALOGLIPTIN-PIOGLITAZONE.....	46	ANDROGEL.....	123
ALOMIDE.....	108	ANGELIQ.....	125
ALORA.....	124	ANNOVERA.....	100
alosetron.....	119	ANORO ELLIPTA.....	29
ALPHAGAN.....	109	ANTABUSE.....	174
alprazolam.....	144, 145	ANTARA.....	91
ALREX.....	107	anthralin.....	161
ALTABAX.....	164	ANTICOAG.....	40
ALTACE.....	85	ANUSOL.....	122, 165
ALTAFLUOR.....	108	ANZEMET.....	115
ALTERNATE.....	133	APADAZ.....	21
ALTOPREV.....	89	APIDRA.....	50
ALTRENO.....	168	APLENZIN.....	146
ALTUVIIIIO.....	77	APOKYN.....	63
ALUNBRIG.....	58	apraclonidine.....	109
ALVAIZ.....	100	aprepitant.....	115
ALVESCO.....	29	APRETUDE.....	68
ALYFTREK.....	171	APRISO.....	118
amantadine.....	63	APTENSIO.....	151
AMARYL.....	47	APTIOM.....	95
AMBIEN.....	157, 158	APTIVUS.....	66
ambrisentan.....	82	AQINJECT.....	138
amcinonide.....	165	AQNEURSA.....	113
AMICAR.....	77	AQUA.....	165
amiloride.....	105	ARAKODA.....	52
aminocaproic.....	77	ARANESP.....	99
amiodarone.....	78	ARAVA.....	25
AMITIZA.....	119	ARAZLO.....	169
amitriptyline.....	150	ARBLI.....	84
AMJEVITA.....	53	ARCALYST.....	177
amlodipine.....	79, 80, 82, 83, 84, 85, 88, 89	ARCAPTA NEOHALER.....	28
AMNESTEEM.....	160	arformoterol tartrate.....	29
amoxapine.....	150	ARICEPT.....	72

Índice de medicamentos

ARIDOL.....	103
ARIKAYCE.....	32
ARIMIDEX.....	56
aripiprazole.....	155, 156
ARIXTRA.....	41
armodafinil.....	157
ARMOUR.....	170
AROMASIN.....	56
ARTHROTEC.....	26
ARTISS.....	164
ARYMO ER.....	22
ASACOL.....	118
asenapine.....	154, 155
aspirin/dipyridamole.....	65
ASPIRIN-OMEPRAZOLE.....	65
ASSURE.....	134, 138, 144
ASTAGRAF.....	131
ASTRINGYN.....	77
ATABEX.....	144
ATACAND.....	84, 85
atazanavir.....	68
ATELVIA.....	177
atenolol.....	87, 88
ATIVAN.....	144
atomoxetine.....	153
ATOPICLAIR.....	162
atorvastatin.....	89, 90
atovaquone.....	52, 53
atovaquone/proguanil.....	52
ATRALIN.....	168
atropine.....	110, 115, 117
ATROPINE.....	110
ATROVENT HFA.....	28
ATTRUBY.....	176
AUBAGIO.....	93
AUGMENTIN.....	36
AUGTYRO.....	58
AURANOFIN.....	25
AURYXIA.....	112
AUSTEDO.....	93
AUTOLET.....	132
AUVELITY.....	146
AUVI-Q.....	72
AVALIDE.....	84
avanafil.....	172
AVANDIA.....	49
AVAPRO.....	85
avar.....	40

AVAR.....	40
AVC.....	51
AVELOX.....	37
avita.....	168
AVITA.....	169
AVITENE.....	77, 78
AVMAPKI.....	58
AVODART.....	178
AVONEX.....	93
AVSOLA.....	53
AYVAKIT.....	58
AZASAN.....	131
AZASITE.....	31
azathioprine.....	131
azelaic.....	164
azelastine.....	45, 106
AZELEX.....	160
AZILECT.....	63
azithromycin.....	35, 36
AZOPT.....	109
AZOR.....	84, 85
AZULFIDINE.....	118

B

BACIGUENT.....	31
bacitracin.....	31, 32
bacitracin/polymyxin b sulfate.....	31
baclofen.....	143
BACLOFEN.....	143
BACTRIM.....	32
BACTRIM DS.....	32
BAFIERTAM.....	93
BALCOLTRA.....	100
balsalazide.....	118
BALVERSA.....	58
BANZEL.....	95
BAQSIMI.....	112
BARACLUDE.....	70, 71
BASAGLAR.....	50
BAXDELA.....	37
BCG VACCINE.....	76
BD.....	134
BELBUCA.....	22
BELSOMRA.....	157
BELVIQ.....	62
benazepril.....	82, 83, 85
benazepril/hydrochlorothiazide.....	83
BENICAR.....	84, 85
BENLYSTA.....	177
benoxinate.....	108

Índice de medicamentos

BENSAL.....	162	bosentan	82
BENZACLIN.....	160	BOSULIF.....	58
BENZAMYCIN	39	BRAFTOVI	56
BENZEFOAM.....	162	BREATHERITE.....	141
BENZEPRO	162	BREO ELLIPTA.....	29
BENZHYDROCODONE-ACETAMINOPHEN	21	BREXAFEMME.....	43
BENZNIDAZOLE	52	BREZTRI AEROSPHERE	29
benzonatate.....	102	BRILINTA.....	65
benzoyl.....	39, 160, 163	brimonidine	109
benzphetamine.....	62	brinzolamide.....	109
benztropine.....	63	BRIVIACT	95
BEPREVE.....	45	BROMFED.....	102
BERINERT.....	172	bromfenac.....	107
BESIVANCE	31	brompheniramine.....	102
BESREMI.....	61	BROMSITE	107
BETADINE	107	BRONCHITOL	171
betaine.....	177	BROVANA	29
betamethasone.....	43, 165, 166, 167, 168	BRYHALI	165
BETAPACE.....	87	BUCAPSOL.....	145
BETASERON.....	93	budesonide	29, 125, 126, 127
betaxolol	87, 109	BULLSEYE.....	134
bethanechol	74	bumetanide	105
BETHKIS.....	32	BUNAVAIL.....	178
BETIMOL.....	109	buprenorphine	22, 178
BETOPTIC.....	109	bupropion	146, 169
BEVESPI AEROSPHERE	29	BUPROPION.....	146
BEVYXXA.....	40	buspirone	145
bexarotene	55	butalb-acetamin-caff 50-300-40.....	15, 19
BEXSERO.....	75	butalb-acetamin-caff 50-325-40.....	15, 19
BEYAZ	100	butalb/acetaminophen/caffeine.....	15, 19
bicalutamide	55	butalb-aspirin-caffe 50-325-40	15, 19
BIDIL.....	81, 88	butalbit/acetamin/caff/codeine	23
BIJUVA.....	124	butalbital/acetaminophen	15, 19
BIKTARVY	69	butalbital-asa-caffeine cap (Fiorinal)	15, 19
BILTRICIDE	52	butorphanol tartrate.....	22
bimatoprost.....	109	BUTRANS.....	22
BIMZELX.....	159	BUTTERFLY	134
BINOSTO.....	177	BYDUREON.....	46
bisac/nacI/nahco3/kcl/peg.....	119	BYETTA	46
bisoprolol	87	BYLVAY	119
BISOPROLOL.....	87	BYSTOLIC.....	87
BLEPH-10.....	31	C	
BLEPHAMIDE.....	31	CABENUVA	66
BLOOD LANCETS.....	134	cabergoline	128
BLU LINK.....	103, 132	CABLIVI.....	77
BLULINK.....	103, 134	CABOMETYX	58
BONIVA.....	177	CABTREG	160
BONJESTA.....	115	CADUET	89
BOOSTRIX.....	76	CAFERGOT	15, 19

Índice de medicamentos

caffeine.....	93, 143	cefdinir.....	35
CALAN.....	79	cefditoren.....	35
calcipotriene.....	161, 168	cefixime.....	35
CALCIPOTRIENE.....	161	cefpodoxime.....	35
calcitonin.....	130	cefprozil.....	34
calcitriol.....	161, 162, 180	ceftriaxone.....	35
calcium.....	39, 68, 90, 112, 172, 174	cefuroxime.....	34
CALQUENCE.....	58	CELEBREX.....	27
CAMZYOS.....	80	celecoxib.....	27
CANASA.....	117	CELEXA.....	146
candesartan.....	84, 85	CELLCEPT.....	131
capecitabine.....	55, 56	CELONTIN.....	95
CAPEX.....	165	CENTANY.....	39
CAPLYTA.....	154	cephalexin.....	34
CAPRELSA.....	58	CEQUA.....	110
captopril.....	83, 85	CEQUR.....	132
captopril-hctz.....	83	CERDELGA.....	175
CAPVAXIVE.....	75	CERVIDIL.....	128
CARAC.....	61	cetirizine.....	45
CARAFATE.....	116	CETROTIDE.....	128
CARBAGLU.....	174	CETYLEV.....	174
carbamazepine.....	95, 98	cevimeline.....	74
CARBAMAZEPINE.....	95	CHANTIX.....	169
CARBATROL.....	95	CHEMET.....	175
carbidopa.....	63, 64, 65	CHENODAL.....	117
carbidopa/levodopa.....	63	chlordiazepoxide.....	114, 145, 150
carbinoxamine.....	45	chlordiazepoxide/clidinium.....	114
CARDIZEM.....	79	chlorhexidine.....	172
CARDURA.....	83	chloroquine.....	52
CAREFINE.....	138	chlorpromazine.....	156
CAREONE.....	134	chlorpropamide.....	47
CAREPOINT.....	138	chlorthalidone.....	88, 106
CARESENS.....	134	chlorzoxazone.....	143
CARETOUCH.....	132, 134, 138	CHOLBAM.....	117
carglumic.....	174	cholestyramine.....	91
carisoprodol.....	23, 143	choline salicyl/mag salicylate.....	15, 19
carisoprodol/aspirin.....	23	CHORIONIC.....	129
carisoprodol/aspirin/codeine.....	23	CHOSEN.....	132, 134
CARNITOR.....	177	CIALIS.....	172
CAROSPIR.....	105	CIBINQO.....	26
carteolol.....	109	ciclodan.....	43
carvedilol.....	83	CICLODAN.....	43, 53
CASODEX.....	55	ciclopirox.....	43, 44, 53
CATAPRES.....	86	cilostazol.....	65
CAVERJECT.....	172	CIOXAN.....	31
CAYA.....	102	CIMDUO.....	66
CAYSTON.....	34	cimetidine.....	118
cefaclor.....	34	CIMZIA.....	53
cefadroxil.....	34	cinacalcet.....	173

Índice de medicamentos

CINRYZE.....	172	COARTEM.....	52
CIPRO.....	37	COBENFY.....	156
CIPRODEX.....	31	codeine.....	102
ciprofloxacin.....	30, 31, 37	codeine/butalbital/asa/cafein.....	23
ciprofloxacin hcl.....	30, 31, 37	codeine sulfate.....	22
CIPROFLOXACIN HCL-FLUOCINOLONE.....	31	COLAZAL.....	118
CIPRO HC.....	31	colchicine.....	25, 27
citalopram.....	146, 147	COLCRYS.....	25
CITRANATAL.....	113, 144	colesevelam.....	91
CITRATE.....	40	COLESTID.....	91
CITRATE PHOSPHATE DEXTROSE.....	40	colestipol.....	91
CLARAVIS.....	160	COLOR LANCETS.....	134
CLARINEX.....	45	COLYTE.....	119
clarithromycin.....	35	COMBIGAN.....	109
clemastine.....	45	COMBIPATCH.....	124
CLENPIQ.....	119	COMBIVENT RESPIMAT.....	29
CLEOCIN.....	35, 39	COMBIVIR.....	66
CLEVER.....	134, 141	COMBOGESIC.....	26
CLICKFINE.....	138, 140	COMETRIQ.....	58
CLIMARA.....	124	COMFORT.....	134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142
clindacin.....	39	COMFORTSEAL.....	142
CLINDACIN.....	39	COMIRNATY.....	75
CLINDAGEL.....	39	COMPACT.....	142
clindamyc-bnz.....	160	COMPAZINE.....	115
clindamyc-bnz perox.....	160	COMPLERA.....	69
clindamycin.....	35, 39, 160, 161	CONCEPT.....	180
clindamycin/tretinoin.....	160	CONCERTA.....	151
CLINDESSE.....	39	CONDYLOX.....	163
CLINPRO.....	111	CONJUPRI.....	79
clobazam.....	95	CONSENSI.....	79
clobetasol.....	165, 167	CONTOUR.....	103
CLOBETASOL.....	165	CONTRAVE.....	62
CLOBEX.....	165	COPAXONE.....	94
CLOCORTOLONE.....	165	COPIKTRA.....	58
clodan.....	165	CORDRAN.....	165
CLODAN.....	165	COREG.....	83
CLODERM.....	165	coremino.....	37
clomiphene.....	129	CORLANOR.....	80
clomipramine.....	150	CORTEF.....	125
clonazepam.....	95	CORTENEMA.....	122
clonidine.....	86, 151	CORTIFOAM.....	122
clopidogrel.....	65	cortisone.....	125
clorazepate.....	145	CORTISPORIN.....	39
clotrimazole.....	42, 43	CORTISPORIN-TC.....	30
clozapine.....	154	CORTROPHIN.....	123
CLOZAPINE.....	154	COSENTYX.....	159
CLOZARIL.....	154	COSOPT.....	109
COAGUCHEK.....	134	COTELLIC.....	57
		COTEMPLA.....	151

Índice de medicamentos

COXANTO.....	26	darifenacin	179
COZAAR.....	86	DARTISLA	114
CRENESSITY.....	128	darunavir.....	66
CREON	120	dasatinib	58
CRESEMBA	43	DAURISMO	56
CRESTOR.....	90	DAXBIA.....	34
CRINONE.....	128, 130	DAYPRO	26
CRIXIVAN.....	68	DAYTRANA	151
cromolyn	24, 25, 30, 108	DAYVIGO	157
crotamiton.....	63	DDAVP	124
CTEXLI	117	deferasirox.....	175, 176
CUROSURF.....	171	deferiprone.....	175
CUTIVATE.....	165	deflazacort	125
CUVPOSA	114	DELESTROGEN.....	124
CUVRIOR.....	175	DELSTRIGO	69
cyanocobalamin	180	DELZICOL.....	118
cyclobenzaprine.....	142, 143	demeclocycline.....	37
CYCLOGYL.....	110	DEMSEK.....	86
CYCLOMYDRIL	110	DENAVIR.....	72
cyclopentolate.....	110	DEPAKOTE.....	95
cyclophosphamide	55	DEPEN.....	25
CYCLOPHOSPHAMIDE	55	DEPO-ESTRADIOL	124
CYCLOSERINE.....	34	DEPO-PROVERA	100, 128
CYCLOSET	47	DEPO-SUBQ.....	100
cyclosporine	131, 132	DEPO-TESTOSTERONE	123
CYLTEZO	53, 54	DERMA	165
CYMBALTA.....	148	DERMATOP	165
cyproheptadine.....	45	dermazine	168
CYSTADANE.....	177	DERMAZENE.....	168
CYSTADROPS	111	DERMOTIC	107
CYSTAGON.....	179	DESCOVY	66
CYSTARAN.....	111	desflurane	24
CYSTO-CONRAY	104	desipramine	150
CYSTOGRAFIN.....	104	desloratadine	45
CYTOMEL.....	170	desmopressin.....	124
CYTOTEC	116	desog-e.estradiol/e.estradiol	100
D		desogestrel-ethinyl.....	100
dabigatran.....	42	desonide.....	165, 167
dalfampridine	94	DESOWEN.....	165
DALIRESP	30	desoximetasona.....	165, 167
danazol.....	128	DESOXYN.....	73
DANTRIUM	143	desvenlafaxine	148, 149
dantrolene.....	143	DESVENLAFAXINE	148
DANZITEN.....	58	DETROL.....	179
DAPAGLIFLOZIN	49	dexamethasone	31, 107, 126
dapsone.....	33, 160, 161	dexchlorpheniramine	45
DAPSONE.....	161	DEXCOM	132
DAPTACEL.....	76	DEXEDRINE.....	73
DARAPRIM	52	DEXILANT	120

Índice de medicamentos

dexlansoprazole.....	120	DIURIL.....	106
dexmethylphenidate.....	151, 152	divalproex.....	95, 96
dextroamp-amphet.....	73	DIVIGEL.....	124
dextroamph-amphet.....	73	dofetilide.....	78, 79
dextroamphetamine.....	73, 74	DOJOLVI.....	111
DHIVY.....	63	donepezil.....	72
DIACOMIT.....	96	DONNATAL.....	116
DIASTAT.....	95	DOPTLET.....	100
diatrizoate.....	104	DORAL.....	158
diazepam.....	95, 145	DORYX.....	37
diazoxide.....	112	dorzolamide.....	109, 110
DIBENZYLINE.....	74	DOVATO.....	66
dichlorphenamide.....	174	DOVONEX.....	161
DICLAREAL.....	160	doxazosin.....	83
DICLEGIS.....	115	doxepin.....	150, 157, 161
diclofenac.....	61, 107, 160	doxercalciferol.....	174
DICLOFENAC.....	160	doxycycline.....	37, 38, 172
diclofenac potassium.....	20	DOXYCYCLINE.....	38
diclofenac sod dr.....	26	doxylamine.....	115
diclofenac sod ec.....	26	DRISDOL.....	180
diclofenac sodium.....	26	DRIZALMA.....	148
diclofenac sodium/misoprostol.....	26	dronabinol.....	115
dicloxacillin.....	36	DROPLET.....	134, 138
dicyclomine.....	114	DROPSAFE.....	138, 139
didanosine.....	67, 68	drosipir/eth estra/levomefol.....	100
diethylpropion.....	62	DROXIA.....	77
DIFFERIN.....	169	droxidopa.....	74
DIFICID.....	35	DRYSOL.....	161
diflorasone.....	165, 166, 167	DUAVEE.....	125
DIFLUCAN.....	43	DULERA.....	29
diflunisal.....	15, 19	duloxetine.....	148, 149
DIFMETIOXRIME.....	44	DUOBRII.....	161
digoxin.....	80	DUOPA.....	63
dihydroergotamine.....	15, 19	DUPIXENT.....	130
DILANTIN.....	96	DURAGESIC.....	22
DILATRATE.....	80	DUREZOL.....	107
DILAUDID.....	22	dutasteride.....	178, 179
diltiazem.....	79	DXEVO.....	126
dimethyl.....	94, 174	DYANAVEL.....	74
DIOVAN.....	84, 86	DYAZIDE.....	105
DIPENTUM.....	118	DYMISTA.....	106
diphenoxylate.....	115	DYRENIUM.....	105
DIPHThERIA.....	76	E	
DIPROLENE.....	166	EASIVENT.....	142
dipyridamole.....	65	EASY.....	132, 134, 138
DISALCID.....	25	EBGLYSS.....	178
disopyramide.....	78	EC-NAPROSYN.....	26
disulfiram.....	174	econazole.....	44
DITROPAN.....	179	ECOZA.....	44

Índice de medicamentos

EDARBI	86	ENSTILAR.....	168
EDARBYCLOR.....	84	entacapone	63, 64, 65
EDECIN	105	ENTADFI.....	179
EDEX.....	173	entecavir.....	71
EDLUAR	157	ENTERO.....	104
EDURANT	67	ENTOCORT	126
E.E.S.....	35	ENTRESTO.....	84
efavirenz.....	69	ENTYVIO.....	119
effer-k	113	ENVARBUS.....	131
EFFER-K.....	113	ENZOCLEAR.....	163
EFFEXOR.....	149	EOHILIA	126
EFFIENT	65	EPANED	85
EFUDEX.....	61	EPCLUSA.....	70
EGRIFTA	127	EPIDIOLEX	95
ELEPSIA	96	EPIDUO.....	161
ELESTRIN	124	EPIFOAM	167
eletriptan hydrobromide	15, 19	epinastine	45
ELIDEL	131	epinephrine.....	72, 106
ELIMITE	63	EPINEPHRINE.....	72
ELIQUIS.....	40	EPIPEN.....	72
ELLA	100	EPIVIR.....	67, 71
ELMIRON	24	EPOGEN	99
EMBRACE	134, 139	EPRONTIA.....	96
EMCYT.....	61	eprosartan.....	86
EMEND	115	EPZICOM.....	67
EMFLAZA	126	EQUETRO	145
EMGALITY	15, 19, 94	ergocalciferol.....	180
emollient combination.....	162	ergoloid	88
Empaveli	77	ergotamine tartrate/caffeine.....	15, 19
EMROSI.....	38	ERIVEDGE	56
EMSAM	146	ERLEADA	55
emtricitabine.....	66, 67	erlotinib.....	58, 60
emtricitabine-tenofv	66	ERTACZO	44
EMTRIVA.....	67	ertapenem	34
EMVERM	52	ERVEBO	76
ENABLEX	179	ERYPED.....	35
enalapril	83, 85	ery-tab	35
enalapril/hydrochlorothiazide.....	83	ERY-TAB.....	35
ENBREL.....	54	erythromycin.....	31, 35, 36, 39
ENDO-AVITENE.....	77	ERZOFRI	154
ENDOMETRIN	130	ESBRIET	174
ENGERIX-B	76	escitalopram	147
ENHERTU	61	ESGIC.....	15, 19
ENLITE	132	eslicarbazepine	96
enoxaparin	41	esomeprazole.....	120, 121
ENSACOVE.....	58	ESOMEPRAZOLE.....	120
ENSPRYNG.....	131	estazolam.....	158

Índice de medicamentos

ESTRACE.....	124, 129	FANAPT.....	154
estradiol.....	100, 101, 124, 125, 129	FARESTON.....	61
ESTRATEST F.S.....	124	FARXIGA.....	46
ESTRING.....	129	FARYDAK.....	55
ESTROGEL.....	125	FAZACLO.....	154
estrogen.....	124	febuxostat.....	25
ESTROSTEP.....	100	felbamate.....	96
eszopiclone.....	157	FELBATOL.....	96
ethacrynic.....	105	FELDENE.....	26
ethambutol.....	33	felodipine.....	79
ethinyl estradiol.....	100, 101, 125	FEMARA.....	56, 57
ethosuximide.....	96, 99	FEMCAP.....	102
ethynodiol.....	100	FEMHRT.....	125
etodolac.....	26, 27	FEMLYV.....	100
etonogestrel/ethinyl estradiol.....	100	FEMRING.....	129
etoposide.....	61	fenofibrate.....	91, 92
EUCRISA.....	164	FENOFIBRATE.....	91
EURAX.....	63	fenofibric.....	92
EVAMIST.....	125	FENOGLIDE.....	92
EVEKEO.....	74	fenopropfen calcium.....	26
everolimus.....	57, 131, 132	FENOPRON.....	27
EVICEL.....	77	FENSOLVI.....	128
EVISTA.....	177	fentanyl.....	22
EVOCLIN.....	39	FENTORA.....	22
EVOTAZ.....	68	FERRIC.....	112
EVOXAC.....	74	FERRIPROX.....	175, 176
EVRYSDI.....	175	FETZIMA.....	149
EVZIO.....	42	FEXMID.....	143
EXELDERM.....	44	FIASP.....	50, 133
EXELON.....	72	FIBRICOR.....	92
exemestane.....	56	FIFTY50.....	134
exenatide.....	46	FILSPARI.....	92
EXFORGE.....	84, 85	FILSUEVZ.....	178
EXJADE.....	175	FINACEA.....	164
EXKIVITY.....	58	finasteride.....	178
EXODERM.....	44	FINE.....	134
EXTAVIA.....	94	FINGERSTIX.....	134
EXTINA.....	44	FINTEPLA.....	96
EYSUVIS.....	107	FIORICET.....	15, 19, 23
E-Z.....	104, 142	FIORINAL.....	15, 19
EZ.....	134	Fiorinal With Codeine #3.....	23
EZALLOR.....	90	FIORINAL WITH CODEINE #3.....	23
ezetimibe.....	88, 91, 92	FIRAZYR.....	172
F		FIRDAPSE.....	94
FABHALTA.....	77	FIRMAGON.....	57
FABIOR.....	169	FLAGYL.....	33
FACTIVE.....	37	FLAREX.....	107
famciclovir.....	69	flavoxate.....	179
famotidine.....	118	flecainide.....	78

Índice de medicamentos

FLECTOR	160	formaldehyde.....	53
FLEQSUVY	143	FORTAMET	47
FLEXICHAMBER.....	142	FORTEO.....	173
FLOLIPID	90	FOSAMAX.....	177
FLOMAX.....	178	fosamprenavir.....	68
FLOVENT.....	29	fosaprepitant.....	115
FLUAD.....	75	fosfomycin.....	33
FLUARIX.....	75	fosinopril	83, 85
FLUBLOK.....	75	fosinopril/hydrochlorothiazide.....	83
FLUCELVAX	75	FOSRENOL	112
FLUCONAZ-IBU-ITRACONAZ-TERBINA	44	Fotivda.....	58
fluconazole.....	43	FRAGMIN.....	41
flucytosine.....	42, 43	FRAICHE	111
fludrocortisone.....	128	FREESTYLE.....	103, 132, 133, 135
FLULAVAL	75	frovatriptan succinate	19
FLUMADINE.....	69	FRUZAQLA.....	58
FLUMIST	76	ful-glo	104
flunisolide	106	FUL-GLO	104
fluocinolone.....	107, 165, 166, 167	FULPHILA	99
fluocinonide.....	166, 167	FULVICIN.....	43
fluorescein.....	104, 108	FURADANTIN.....	36
fluoride.....	111	FUROCIX	105
FLUORIDEX	111	furosemide	105
fluorometholone.....	107	FUZEON	67
FLUOROPLEX	61	FYCOMPA.....	96
fluorouracil	61	G	
fluoxetine	147, 148, 157	gabapentin.....	94, 96, 97
fluphenazine	156	GABARONE.....	96
flurandrenolide	165, 166	GABITRIL	96
flurazepam hcl	158	GALAFOLD.....	176
flurbiprofen	27, 107	galantamine.....	72, 73
flutamide.....	55	GALZIN	176
fluticasone.....	29, 106, 165, 166	ganirelix	128
FLUTICASONE.....	29	GANIRELIX.....	128
fluticasone propion/salmeterol	29	GARDASIL 9.....	76
FLUTICASONE-SALMETEROL	29	GASTROCROM.....	25
fluvastatin	90	GASTROGRAFIN	104
fluvoxamine	147	GASTROMARK.....	104
FLUZONE.....	76	gatifloxacin.....	31
FML	107	GATTEX.....	122
FOCALIN	152	GAVRETO	58
FOCINVEZ	115	GE333.....	103
FOLET	180	gelatin	77
folic.....	144, 180	GELFILM	108
FOLLISTIM	129	GELFOAM	77, 78
fondaparinux.....	41	gemfibrozil	92
FORA	103, 134	GEMTESA.....	179
FORACARE.....	134	GENOTROPIN	127
FORFIVO	146	gentamicin	32, 39

Índice de medicamentos

gentamicin sulfate.....	31	HALCION.....	158
GENVOYA.....	69	halobetasol.....	166
GEODON.....	154	HALOBETASOL.....	166
GILENYA.....	94	HALOG.....	166
GILOTRIF.....	58	haloperidol.....	156
GIMOTI.....	119	HALUCORT.....	162
glatiramer.....	94	HARVONI.....	70
glatopa.....	94	HEALTHWISE.....	139
GLEEVEC.....	58	HEALTHY.....	135, 139
GLEOSTINE.....	55	HELIDAC.....	116
glimepiride.....	47, 48	HEMADY.....	126
GLIMEPIRIDE.....	47	HEMANGEOL.....	87
glipizide.....	48, 49	HEMICLOR.....	106
GLIPIZIDE.....	48	HEMLIBRA.....	77
GLUCAGEN.....	103, 112	HEMOCYTE.....	113
glucagon.....	112	heparin.....	41
GLUCOCOM.....	133, 135	HEPARIN.....	41
GLUCOPHAGE.....	47	HEPLISAV-B.....	76
GLUCOTROL.....	48	HEPSERA.....	71
GLUMETZA.....	47	HETLIOZ.....	158
glyburide.....	48, 49	HEXIOUNYL.....	44
GLYCATÉ.....	114	HIBERIX.....	76
glycine urologic.....	53	homatropine.....	103, 110
glycopyrrolate.....	114	HORIZANT.....	93
GLYNASE.....	48	HULIO.....	54
GLYSET.....	47	HUMALOG.....	50, 133
GLYXAMBI.....	48	HUMAPEN.....	133
GOCOVRI.....	63	HUMATROPE.....	127
GOJJI.....	135	HUMIRA.....	54
GOLYTELY.....	119	HUMULIN.....	50
GOMEKLI.....	57	HURRICAINÉ.....	24
GONAL.....	129	HYCANTIN.....	57
GONITRO.....	80	HYCODAN.....	103
GRALISE.....	94, 96	hydralazine.....	87
granisetron.....	115	HYDREA.....	55
GRANIX.....	99	HYDRO.....	163
GRASTEK.....	74	hydrochlorothiazide.....	83, 84, 86, 88, 105, 106
griseofulvin.....	43	hydrocodone.....	102, 103
GRIS-PEG.....	43	HYDROCODONE.....	103
GUAIACOL.....	162	hydrocodone/acetaminophen.....	21
guanfacine.....	86, 151	HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN.....	21
guanidine.....	74	hydrocodone bitartrate.....	22, 23
GUARDIAN.....	133	hydrocodone/ibuprofen.....	21
GVOKE.....	112	hydrocort.....	166
GYNAZOLE.....	42	hydrocortisone.....	107, 122, 125, 126, 166, 167, 168
H		hydrogen peroxide.....	159
HADLIMA.....	54	hydromorphone hcl.....	22
HAEGARDA.....	172	hydroxychloroquine.....	52
halcinonide.....	166	hydroxyurea.....	55

Índice de medicamentos

hydroxyzine.....	45	INDOCIN	20
HYMPAVZI	77	indomethacin.....	27
hyoscyamine.....	117	INFANRIX	76
HYPER	175	INFASURF	171
HYRIMOZ.....	54	INFLECTRA.....	54
HYSINGLA ER	22	INGREZZA.....	93
HYZAAR.....	84	INJECT.....	135
I		INLYTA	58
ibandronate.....	177	INNOPRAN.....	87
IBRANCE.....	58	INOVA	163
IBTROZI.....	58	INPEFA	46, 172
IBUDONE	21	INPEN	133
ibuprofen.....	21, 27	INQOVI.....	56
ibuprofen/oxycodone hcl	21	INREBIC.....	58
icatibant	172	INSPIRACHAMBER.....	142
ICLUSIG.....	58	INSULIN	46, 47, 48, 49, 50, 127, 133, 139, 140
icosapent.....	114	INSULIN GLARGINE	50
IDACIO	54	INSUPEN.....	139
IDAOXIA.....	164	INTELENCE.....	67
IDHIFA	60	INTRAROSA	123
IFE-BIMIX	173	INTUNIV.....	151
IFE-PG20	173	INVACARE.....	135
IHEALTH.....	133	INVANZ.....	34
ILARIS	177	INVEGA.....	154
ILEVRO.....	107	INVELTYS.....	107
ILUMYA.....	159	INVOKAMET	49
imatinib.....	58	INVOKANA	47
IMCIVREE.....	62	iodine	113, 168
imipenem.....	34	IODOFLEX.....	168
imipramine	150	IODOSORB	168
imipramine hcl.....	150	IOPIDINE.....	109
imiquimod	162	IPOL	75
IMIQUIMOD.....	162	ipratropium.....	106
IMKELDI.....	58	ipratropium/albuterol sulfate.....	29
IMPAVIDO.....	52	ipratropium bromide	28
IMPEKLO	166	irbesartan.....	84, 85, 86
IMPOYZ	166	irbesartan/hydrochlorothiazide	84
IMULDOSA	130	IRESSA	58
IMURAN	131	ISENTRESS.....	69
IMVEXXY	129	isoflurane	24
INBRIJA.....	63	isomethept/dichlphn/acetaminop	19
INCONTROL	135, 139	isomethepten/caf/acetaminophen.....	19
INCRELEX.....	127	isoniazid	33
INCRUSE ELLIPTA	28	isopropyl.....	176
indapamide.....	106	ISOPTO.....	109, 110
INDERAL.....	87	ISORDIL.....	80, 81
INDICLOR	104	isosorbide.....	80, 81
		isotretinoin	160

Índice de medicamentos

isoxsuprine	88
isradipine.....	79
ISTALOL	109
ISTURISA	122
ITOVEBI.....	59
itraconazole.....	43
ivabradine	80
ivermectin	52, 63, 164
IWILFIN.....	58
IXCHIQ	76
IYUZEH	109

J

JADENU	176
JAKAFI	56
JANSSEN.....	75
JANUMET	48
JANUVIA.....	47
JARDIANCE.....	47
JATENZO	123
JENTADUETO	48
JOENJA	171
JORNAY.....	152
JOURNAVX.....	21
JUBLIA	44
JULUCA.....	66
JUXTAPID.....	89
JYLAMVO	56
JYNARQUE.....	105
JYNNEOS	76

K

KADIAN	22
KALBITOR	172
KALETRA	68
KALYDECO	171
KAPSPARGO	87
KAPVAY	151
KARBINAL.....	45
KATERZIA.....	79
KAZANO	48
KEFLEX.....	34
KENALOG.....	166
KEPPRA	96
KERAFOAM.....	163
keralyt.....	163
KERALYT	163
KERYDIN	44
KESIMPTA.....	94
ketoconazole	43, 44
ketoprofen	20, 27

ketorolac.....	20, 107
KEVEYIS.....	174
KEVZARA.....	131
KHINDIVI	126
KINERET	25
KINRIX	76
KIRSTY	50
KISQALI.....	57, 59
KISQALI FEMARA	57
KITABIS	32
KLARON.....	161
KLISYRI	61
KLONOPIN.....	95
klor-con.....	113
Kloxxado.....	42
KOMBIGLYZE	48, 49
KORLYM	49
KOSELUGO	57
K-PHOS.....	113
KRAZATI.....	56
KRINTAFEL.....	52
KRISTALOSE.....	119
K-TAB.....	113
KUVAN.....	176
KYLEENA	102
KYNAMRO	89
KYNMOBI.....	63
KYZATREX.....	123

L

labetalol	83
LACRISERT	107
lactulose.....	114, 119
LAGEVRIO (EUA)	71
LAMICTAL.....	96, 97
lamivudine.....	66, 67, 71
lamivudine/zidovudine	66, 67
lamotrigine	96, 97
LAMPIT.....	52
LANCET.....	136
lancets.....	135
LANCETS.....	133, 134, 135, 136, 137
LANOXIN	80
LANREOTIDE.....	128
lansoprazole.....	116, 120, 121
lanthanum	112
LANTUS	51
lapatinib.....	59, 60
LASIX.....	105
LASTACRAFT	45

Índice de medicamentos

latanoprost.....	109, 110	liothyronine.....	170
LATUDA.....	154	LIPITOR.....	90
LAZANDA.....	22	LIPOFEN.....	92
LEDIPASVIR.....	70	LIQUID.....	104
leflunomide.....	25	LIRAGLUTIDE.....	46
lenalidomide.....	57	lisdexamfetamine.....	150, 151
LENVIMA.....	59	lisinopril.....	83, 85
LEQEMBI.....	93	lisinopril/hydrochlorothiazide.....	83
LEQSELVI.....	26	lissamine.....	104
LESCOL.....	90	LITEAIRE.....	142
L.E.T.....	24	LITE TOUCH.....	135, 139, 140
LETAIRIS.....	82	LITETOUCH.....	142
letrozole.....	56	LITFULO.....	26
leucovorin.....	172	lithium.....	145
LEUKERAN.....	55	LITHOBID.....	145
LEUKINE.....	99	LITHOSTAT.....	114
leuprolide.....	57	LIVALO.....	89, 90
LEUPROLIDE.....	57	Livmarli.....	119
levabuterol hcl.....	28	LIVTENCITY.....	69
LEVBID.....	117	L-MESITRAN.....	164
LEVEMIR.....	51	l-norgest.....	101
levetiracetam.....	96, 97	LOCOID.....	166, 167
LEVITRA.....	173	LOCORT.....	126
levobunolol.....	109	LODINE.....	27
levocarnitine.....	177	LODOCO.....	172
levofloxacin.....	31, 37	LODOSYN.....	65
levonorgest/eth.estradiol/iron.....	101	LOESTRIN.....	101
levonorgestrel/ethin.estradiol.....	100	lofexidine.....	178
levothyroxine.....	170	LOKELMA.....	112
LEVOTHYROXINE.....	170	LOMAIRA.....	62
LEVSIN.....	117	LOMOTIL.....	115
LEVULAN.....	61	LONHALA MAGNAIR.....	28
LEXAPRO.....	147	LONSURF.....	56
LEXETTE.....	166	loperamide.....	115
LEXIVA.....	68	LOPID.....	92
LIALDA.....	118	lopinavir/ritonavir.....	68
LIBERVANT.....	95	LOPRESSOR.....	87
LIBRAX.....	114	LOPROX.....	44
LICART.....	160	lorazepam.....	144, 145
lidocaine.....	24, 103, 122, 167	LORBRENA.....	59
LIDOCAINE.....	122	LOREEV.....	145
lidocaine 5% ointment.....	24	LORTAB.....	21
lidocaine hcl.....	24	LORZONE.....	143
LIDOCAN.....	24	losartan.....	84, 86
LIDODERM.....	24	losartan/hydrochlorothiazide.....	84
LIKMEZ.....	33	LOSEASONIQUE.....	101
LILETTA.....	102	LOTEMAX.....	108
linezolid.....	36	LOTENSIN.....	83, 85
LINZESS.....	118	loteprednol.....	108

Índice de medicamentos

LOTREL.....	82	mefenamic acid	20
LOTRONEX	119	mefloquine.....	52
lovastatin.....	90	megestrol.....	61, 180
LOVAZA.....	114	MEKINIST.....	57
LOVENOX	41	MEKTOVI.....	57
loxapine.....	156	meloxicam	27
lubiprostone.....	119	melfhalan.....	55
LUCEMYRA	178	memantine	92
LULICONAZOLE.....	44	MENACTRA.....	75
Lumakras.....	56	MENEST.....	125
LUMIGAN.....	109	MENOPUR	129
LUMRYZ.....	158	MENOSTAR.....	125
LUNESTA.....	157	MENQUADFI.....	75
LUPANETA.....	127	MENVEO.....	75
LUPKYNIS	131	meperidine hcl.....	22
LUPRON	57, 127, 128	MEPHYTON	181
lurasidone	156	meprobamate.....	145
LUXIQ.....	167	MEPRON.....	52, 53
LUZU.....	44	mercaptopurine	56
LYNPARZA	59	MERILOG.....	51
LYRICA	97, 178	meropenem	34
LYSODREN	61	MEROPENEM.....	34
LYSTEDA	77	mesalamine	117, 118
LYTGOBI	59	mesna.....	172
LYUMJEV	51	MESNEX.....	172
LYVISPAH.....	143	MESTINON.....	72
M		METADATE.....	152
MACROBID	36	metaproterenol.....	28
mafenide.....	40	metaxalone.....	143
MAGELLAN.....	133	metformin.....	47, 48, 49
MALARONE	52	METFORMIN.....	47, 48, 49
maprotiline	150	methadone hcl.....	22
MARINOL.....	115	methamphetamine	74
MARPLAN.....	145	methazolamide.....	105
MATULANE.....	61	methenamine	33
MAVENCLAD	94	methimazole.....	170
MAXICOMFORT	139	METHITEST	123
MAXIDEX.....	108	methocarbamol.....	143
MAXITROL	31	methotrexate	56
MAXZIDE	105	methoxsalen	159
MAYZENT	94	methscopolamine.....	117
meclizine.....	116	methyl dopa.....	86
MECLIZINE.....	116	methylergonovine	128
meclofenamate sodium.....	27	METHYLIN	152
MEDIHONEY	164	methylphenidate	151, 152, 153
MEDISENSE	135	METHYLPHENIDATE	153
MEDLANCE.....	135	methylprednisolone	126
MEDROL	126	methyl salicylate.....	162
medroxyprogesterone	100, 128	methyltestosterone.....	123

Índice de medicamentos

metoclopramide	119	MITOSOL.....	110
metolazone	106	MIUDELLA	102
METOPIRONE.....	104	M-M-R II	76
metoprolol	87, 88	MOBIC	27
METROCREAM.....	164	MOBILE.....	135
METROGEL	39, 164	modafinil.....	157
metronidazole.....	33, 164	MODERNA	75
METRONIDAZOLE	33, 164	moexipril.....	85
metryrosine	86	molindone.....	156
mexiletine	78	MOLNUPIRAVIR.....	71
MEZPAROX	167	MOMETACURE.....	167
MIACALCIN	130	mometasone.....	106, 167
MICARDIS	84, 86	MONOLET	135
miconazole.....	42	MONSELS.....	78
MICONAZOLE-ZINC OXIDE-PETROLTM	44	montelukast sodium.....	30
MICROCHAMBER.....	142	MONUROL	33
MICROGESTIN.....	101	MORPHABOND ER.....	22
MICROLET.....	135	morphine sulfate.....	22
MICROSPACER.....	142	MOTEGRITY	119
MICRO THIN.....	135	MOTOFEN	115
midazolam	158	MOTPOLY	97
midodrine	74	MOVANTIK.....	42
MIEBO.....	107	MOVIPREP	119
MIFEPREX.....	174	MOXATAG.....	36
mifepristone.....	49, 174	MOXEZA	31
miglitol.....	47	moxifloxacin.....	37
miglustat.....	175	moxifloxacin hcl.....	32
millipred.....	126	MRESVIA	76
MILLIPRED.....	126	MS CONTIN.....	22
MIMYX	162	MULPLETA.....	100
MINI.....	54, 134, 137, 139, 141	MULTAQ.....	78
MINIMED.....	133	mupirocin.....	39
MINIPRESS	83	MURI-LUBE	176
MINITRAN	81	MUSE.....	173
MINIVELLE.....	125	mvn	180
MINOCIN	38	MYAMBUTOL.....	33
minocycline.....	38	MYCAPSSA	128
MINOCYCLINE	38	MYCOBUTIN	33
MINOLIRA.....	38	mycophenolate	131
minoxidil	87	MYDAYIS	74
MIPLYFFA.....	175	MYDRIACYL.....	110
mirabegron	179	Myfembree.....	127
MIRAPEX ER.....	63, 64	MYFORTIC	132
MIRCERA	99	MYGLUCOHEALTH	135
MIRCETTE.....	101	MYHIBBIN	132
MIRENA	102	MYLERAN.....	55
mirtazapine.....	144	MYORISAN	160
misoprostol.....	26, 116	MYRBETRIQ.....	179
MITIGARE	25	MYSOLINE	97

Índice de medicamentos

MYTESI 115

N

nabumetone 27

nadolol 87, 88

naftifine 44

NAFTIN 44

NALFON 27

NALOCET 21

naloxone 23, 42, 178

NALOXONE 42

naltrexone 42

NAMENDA 92

NAMZARIC 92, 93

NAPROSYN 26, 27

naproxen 20, 26, 27

naratriptan hcl 19

NARCAN 42

NARDIL 145

NASCOBAL 180

NASONEX 106

NATACYN 42

NATAZIA 101

nateglinide 48

NATESTO 123

NATROBA 63

NAYZILAM 95

NEBUPENT 53

nebusal 175

NEBUSAL 175

nefazodone 148

neomycin 31, 32, 158

neomycin/bacit/p-myx/hydrocort 31

neomycin/polymyxin b/dexametha 31

neomycin/polymyxin b/hydrocort 31

neomycin/polymyxn b/gramicidin 32

neomycin sulf/bacitracin/poly 32

NEORAL 132

NEO-SYNALAR 39

NERLYNX 59

NESINA 47

neuac 161

NEUAC 161

NEULASTA 99

NEULUMEX 104

NEUPOGEN 99

NEUPRO 64

NEURONTIN 97

NEVANAC 108

nevirapine 67

NEXAVAR 59

NEXIUM 121

NEXLETOL 89

NEXLIZET 89

NEXPLANON 100

Nextstellis 101

niacin 92

NIACOR 92

NIASPAN 92

nicardipine 79

NICOTROL 169

nifedipine 79, 80

NILANDRON 55

nilotinib 59

NILOTINIB 59

nilutamide 55

nimodipine 79

NINLARO 59

nisoldipine 79, 80

nitazoxanide 63

nitisinone 175

NITRO-DUR 81

nitrofurantoin 36

nitroglycerin 81, 120

NITROLINGUAL 81

NITROMIST 81

NITROSTAT 81

NITYR 175

NIVESTYM 99

nizatidine 118

NOC DURNA 124

NOCTIVA 124

NORCO 21

NORDITROPIN 127

norelgestromin/ethin.estradiol 101

noreth 101

norethind 101, 125

norethindrone 101, 125, 128

norethin-ee 101

norethin-eth estrad 125

NORGESIC 143

norgestimate 101

norgestrel 101

NORITATE 164

NORLIQVA 80

NORPACE 78

NORTHERA 74

nortriptyline 150

Índice de medicamentos

NORVASC.....	80	olmesartan.....	84, 85, 86
NORVIR.....	68	olmesartan/amlodipin/hctiazid	84
NOURIANZ.....	64	olmesartan-hctz	84
NOVA.....	135	olopatadine.....	46, 106
NOVAREL.....	129	OLPRUVA.....	114
NOVAVAX.....	75	OLUMIANT.....	26
NOVOFINE.....	139	OLUX.....	167
NOVOLOG.....	51, 133	OMECLAMOX	116
NOVOPEN.....	133	omega-3	114
NOVOTWIST.....	139	omeppi.....	121
NOXAFIL.....	43	omeprazole.....	121
NUBEQA.....	55	OMNARIS.....	106
NUCALA.....	30	OMNIPOD.....	133
NUCORT.....	167	OMNIPRED.....	108
NUCYNTA.....	22, 23	OMNITROPE.....	127
NUCYNTA ER.....	23	OMVOH.....	130
NUEDEXTA.....	93	ONAPGO.....	64
NUJO.....	131	ON CALL.....	135
NULEV.....	117	ondansetron.....	116
NULIBRY.....	175	ONDANSETRON.....	116
NULYTELY.....	119	ONETOUCH.....	103, 135
NUMOISYN.....	173	ONEXTON.....	161
NUPLAZID.....	146	ONFI.....	95
NURTEC ODT.....	19	ONGENTYS.....	64
NUTROPIN.....	127	ONGLYZA.....	47
NUVARING.....	100	ON-THE-GO.....	135
NUVESSA.....	39	ONUREG.....	56
NUVIGIL.....	157	OPDIVO.....	60
NUZYRA.....	38	OPFOLDA.....	175
NYMALIZE.....	80	OPIPZA.....	156
NYPOZI.....	99	opium.....	23, 115
nystatin.....	43, 44	opium/belladonna alkaloids	23
NYVEPRIA.....	99	OPSUMIT.....	82
O		OPSYNVI.....	82
OBREDON.....	103	OPTICHAMBER.....	142
OBSTETRIX.....	144, 180	OPVEE.....	42
OBTREX.....	144	ORACEA.....	38
OALIVA.....	118	ORACIT.....	113
octreotide.....	128	ORALAIR.....	74
OCUFLOX.....	32	ORAMAGICRX.....	173
ODACTRA.....	74	ORAPRED.....	126
ODEFSEY.....	69	ORAVIG.....	43
ODOMZO.....	56	ORENCIA.....	25
OFEV.....	171	ORENITRAM.....	82
ofloxacin.....	30, 32, 37	ORFADIN.....	175
OGSIVEO.....	59	ORGOVYX.....	57
OJEMDA.....	56	ORIAHNN.....	127
OJJAARA.....	59	ORILISSA.....	128
olanzapine.....	155, 157	ORKAMBI.....	171

Índice de medicamentos

ORLADEYO.....	172	PAREMYD.....	110
orphenadrine.....	143	paricalcitol.....	174
ORTHO.....	101, 111	PARNATE.....	145
oseltamivir.....	69, 70	paromomycin.....	52
OSENI.....	46	paroxetine.....	147, 148, 175
OSMOLEX.....	64	PASER.....	34
OSMOPREP.....	119	PATADAY.....	46
OSPHENA.....	174	PAXIL.....	147, 148
OTEZLA.....	25	PAZEO.....	46
OTOVEL.....	31	pazopanib hcl.....	57, 59
OTREXUP.....	25	PCE.....	36
OTULFI.....	130	PEDIARIX.....	76
OVACE.....	162	PEDVAXHIB.....	76
OVIDREL.....	129	peg3350.....	119
oxandrolone.....	123	PEGANONE.....	97
oxaprozin.....	26, 27	PEGASYS.....	71
OXAPROZIN.....	27	PEGINTRON.....	71
OXAYDO.....	23	PEMAZYRE.....	59
oxazepam.....	145	PENBRAYA.....	75
oxcarbazepine.....	97, 98	penicillamine.....	25
OXERVATE.....	111	PENNSAID.....	160
OXIANUJI.....	131	PENTACEL.....	76
oxiconazole.....	44	pentamidine.....	53
OXISTAT.....	44	PENTASA.....	118
OXSORALEN.....	159	pentazocine hcl/naloxone hcl.....	23
OXTELLAR.....	97	PENTIPS.....	138, 139, 140
oxybutynin.....	179, 180	pentoxifylline.....	78
oxycodone hcl.....	21, 23	PEPCID.....	118
oxycodone hcl/acetaminophen.....	21	PERCOCET.....	21
OXYCODONE HCL ER.....	23	PERIDEX.....	172
oxymorphone hcl.....	23	perindopril.....	85
OXYTROL.....	180	permethrin.....	63
OZEMPIC.....	46	perphenazine.....	150, 156
OZOBAX.....	143	PERTZYE.....	120
P		PFIZER.....	75
pacerone.....	78	PHARMABASE.....	164
PACNEX.....	163	PHEBURANE.....	114
PAIN EASE MEDIUM STREAM SPRAY.....	24	phenazopyridine hcl.....	24
PALFORZIA.....	74	phendimetrazine.....	62
paliperidone.....	154, 155	phenelzine.....	145, 146
PALYNZIQ.....	75	phenobarb.....	117
PAMELOR.....	150	phenobarbital.....	117, 158
PANCREAZE.....	120	PHENOBARBITAL.....	117
PANDEL.....	167	phenoxybenzamine.....	74
PANRETIN.....	61	phentermine.....	62
pantoprazole.....	121	PHENTOLAMINE.....	173
PAPAVERINE.....	173	phenylephrine.....	45, 108
PARAGARD.....	102	PHENYTEK.....	97
paregoric.....	115	phenytoin.....	96, 97, 98

Índice de medicamentos

PHESGO	57	prazosin	83
PHEXXI	100	PR BENZOYL PEROXIDE	163
PHOSLYRA	112	PRECISION	103, 138
PHOSPHOLINE	109	PRECISIONGLIDE	139
PHYSIOLYTE	158	PRECOSE	47
PHYSIOSOL	158	PRED	108
phytonadione	181	prednicarbate	165, 167
PICATO	61	prednisolone	31, 108, 126, 127
PIFELTRO	67	prednisone	127
pilocarpine	74, 109	pregabalin	97, 98
pimecrolimus	131	PREGNYL	129
pimozide	154	PREMARIN	125, 129
pindolol	87	PREMPHASE	125
pioglitazone	48, 49	PREMPRO	125
PIP	135, 139	prenatal	144
PIQRAY	59	PRENATAL	144
pirfenidone	174	PREPIDIL	128
piroxicam	26, 27	PREPOPIK	120
pitavastatin	90	PRESSURE	109, 110, 135
PLAQUENIL	52	PRESTALIA	82
PLAVIX	65	PRETOMANID	34
PLEGRIDY	94	PREVACID	121
PLENVU	119	PREVENT	139
PLIXDA	169	PREVIDENT	111
PNEUMOVAX	75	PREVNAR	75
pnv	144	PREVYMIS	70
POCKET	142	PREZCOBIX	66
PODOCON	163	PREZISTA	66
podofilox	163	PRIFTIN	34
POKONZA	113	PRILOSEC	121
POLIBAR	104	PRIMAQUINE	52
polydimethylsiloxanes	164	PRIMAXIN	34
polymyxin	30, 31, 32, 158	PRIMEAIRE	142
POMALYST	57	primidone	97, 98
Ponvory	94	PRIMLEV	21
posaconazole	43	PRIMSOL	33
POTABA	180	PRINIVIL	85
potassium	20, 36, 86, 111, 113, 114, 168	PRISMASOL	113
POTASSIUM	105, 113, 120	PRISTIQ	149
potassium bicarbonate	113	probenecid	27
potassium iodide/iodine	113	probenecid/colchicine	27
PRADAXA	42	PROCARDIA	80
PRALUENT	89	PROCARE	142
pramipexole	63, 64	PROCHAMBER	142
PRAMOSONE	167, 168	prochlorperazine	115, 116
prasugrel	65	PRO COMFORT	135, 136, 139, 142
PRAVACHOL	90	PROCORT	122
pravastatin	90	PROCRIT	99
praziquantel	52	PROCTOFOAM	122

Índice de medicamentos

PROCYSBI.....	179
PRODIGY.....	136
progesterone.....	128
PROGLYCEM.....	112
PROGRAF.....	132
PROLENSA.....	108
PROMACTA.....	100
promethazine.....	45, 102, 116
PROMETRIUM.....	128
PRONAL.....	163
propafenone.....	78, 79
propantheline.....	114
proparacaine.....	108
propranolol.....	87, 88
propylthiouracil.....	170
PROQUAD.....	76
PROSCAR.....	178
PROSTIN.....	128
protectives2.....	164
PROTONIX.....	121
protriptyline.....	150
PROVERA.....	100, 128
PROVIGIL.....	157
PROVOCHOLINE.....	103
PROZAC.....	148
PSORCON.....	167
PULMICORT.....	29, 30
PULMOZYME.....	171
PURE COMFORT.....	136
PURIXAN.....	56
PUSH BUTTON.....	136
PYLERA.....	116
pyrazinamide.....	34
PYRIDIUM.....	24
pyridostigmine.....	72, 73
PYRIDOSTIGMINE.....	72
pyrimethamine.....	52
PYZCHIVA.....	130

Q

QBRELIS.....	85
QBREXZA.....	164
QELBREE.....	144
QFITLIA.....	77
QINLOCK.....	59
QLOSI.....	109
QMIIZ ODT.....	27
QNASL.....	106

QSYMIA.....	62
QTERN.....	48
QUADRACEL.....	76
QUALAQUIN.....	52
QUARTETTE.....	101
quazepam.....	158
QUAZEPAM.....	158
QUDEXY.....	98
QUESTRAN.....	91
quetiapine.....	155
QUILLICHEW.....	153
QUILLIVANT.....	153
quinapril.....	83, 85
quinapril/hydrochlorothiazide.....	83
quinidine.....	78, 79
quinine.....	52
QUTENZA.....	162
QUVIVQ.....	157
QVAR.....	30

R

rabeprazole.....	120, 121
RABEPRAZOLE.....	121
RADIAGEL.....	176
RADIAPLEXRX.....	164
RADICAVA ORS.....	93
RADIOGARDASE.....	176
RAGWITEK.....	74
raloxifene.....	177
ramelteon.....	158
ramipril.....	85
RANEXA.....	78
ranitidine.....	118
ranolazine.....	78
RAPAFLO.....	178
RAPAMUNE.....	132
RAPLIXA.....	78
rasagiline.....	63, 64
RAVICTI.....	114
RAYALDEE.....	174
RAYASAL.....	163
RAYOS.....	127
RAZADYNE.....	73
READI.....	104
READYLANCE.....	136
REBIF.....	94
RECARBRIO.....	34
RECLAST.....	130
RECOMBIVAX.....	76

Índice de medicamentos

RECORLEV	122	RILUTEK	93
RECOTHROM	78	riluzole.....	93
RECTIV	120	rimantadine	70
REGIMEX	62	RIMI	44
REGLAN	119	RIMSO-50.....	24
REGRANEX.....	162	ringer's.....	159
RELAGARD.....	51	RINVOO.....	26
RELENZA.....	70	RIOMET.....	47
RELEXXII	153	risedronate	177
RELIAMED	136	RISPERDAL	155
RELISTOR	42	risperidone	155
RELPAK	19	RITALIN.....	153
RELTONE	117	RITEFLO.....	142
RELYVRIO.....	93	ritonavir.....	68
REMERON.....	144	rivaroxaban	40
REMICADE.....	54	rivastigmine	72, 73
RENACIDIN	114	RIVFLOZA.....	179
RENAGEL	112	rizatriptan benzoate.....	20
RENVELA	112	ROBAXIN	143
repaglinide.....	48, 49	ROBINUL.....	114
REPATHA.....	89	ROCALTROL	180
REPLACEMENT PEDIATRIC MONITOR.....	133	ROCKLATAN.....	109
RESPA	102	roflumilast.....	30
RESTASIS	110	ROLVEDON.....	99
RESTIZAN	162	ROMVIMZA	59
RESTORIL	158	ropinirole.....	64
RETACRIT	99	ROSANIL.....	40
RETEVMO	59	rosuvastatin.....	90
RETIN.....	169	Roszet.....	88
RETROVIR	67	ROTARIX.....	75
REVATIO.....	81	ROTATEQ.....	75
REVLIMID	57	ROWASA.....	117
REVUFORJ	59	ROXYBOND.....	23
REXTOVY	42	ROZEREM	158
REXULTI	156	ROZLYTREK.....	59
REYATAZ	68	RUBRACA	59
REZDIFFRA.....	173	RUCONEST	172
REZLIDHIA	60	rufinamide	95, 98
REZUROCK.....	178	RUKOBIA.....	67
REZVOGLAR.....	46	RUZURGI.....	94
RHOPRESSA.....	109	RYALTRIS.....	106, 161
ribasphere	71	RYBELSUS.....	46
RIDAURA	25	RYCLORA.....	45
rifabutin.....	33, 34	RYDAPT	59
RIFAMATE	34	RYTARY.....	64
rifampin.....	34	RYTHMOL.....	79
RIFATER.....	34	RYVENT	45
RIGHTEST.....	136	S	
		SABRIL.....	98

Índice de medicamentos

SAF-CLENS.....	164	SILICONE.....	142
SAFETY.....	133, 134, 135, 136, 137	SILIQ.....	159
SAFYRAL.....	101	silodosin.....	178
SAIZEN.....	127	SILVADENE.....	40
SALAGEN.....	74	silver.....	40, 163, 168
SALICATE.....	163	SIMBRINZA.....	109
salicylic.....	163	SIMLANDI.....	54
SALIMEZ.....	163	SIMPONI.....	54
SALKERA.....	163	simvastatin.....	88, 90, 91
salsalate.....	25	SIMVASTATIN.....	91
SALVAX.....	163	SINEMET.....	64
SAMSCA.....	104	SINGLE-LET.....	136
SANCUSO.....	116	SINGULAIR.....	30
SANDIMMUNE.....	132	sirolimus.....	132
SANDOSTATIN.....	128, 129	SIRTURO.....	34
SANTYL.....	168	SITAGLIPTIN.....	47, 49
SAPHRIS.....	155	SITAVIG.....	70
sapropterin.....	176	SITZMARKS.....	104
SARAFEM.....	148	SIVEXTRO.....	36
SAVAYSA.....	40	SKELAXIN.....	143
SAVELLA.....	177	SKLICE.....	63
SAXENDA.....	62	SKYCLARYS.....	176
SCALACORT.....	167	SKYLA.....	102
SCEMBLIX.....	59	SKYRIZI.....	159
scopolamine.....	116	SKYTROFA.....	127
secobarbital.....	158	SLYND.....	101
SECUADO.....	155	SMARTEST.....	136
SEGLUROMET.....	49	SMART SENSE.....	136
SELARSDI.....	130	sodium chloride.....	120
selegiline.....	64	SODIUM CHLORIDE.....	159
selenium.....	162	sodium chloride for inhalation.....	175
SELZENTRY.....	67	sodium chloride irrig.....	159
SEMGLEE.....	51	SODIUM CITRATE.....	40
SEN-SERTER.....	133	sodium fluoride.....	111
SENSIPAR.....	173	sodium phenylbutyrate.....	114
SEREVENT DISKUS.....	29	sodium polystyrene.....	112
SERNIVO.....	167	sod, pot chlor/mag/sod, pot phos.....	159
SEROQUEL.....	155	SOFOSBUVIR.....	70
SEROSTIM.....	127	SOGROYA.....	127
sertraline.....	148	SOHONOS.....	176
sevelamer.....	112	solifenacin.....	179
sevoflurane.....	24	SOLQUA.....	46
SEYSARA.....	38	SOLODYN.....	38
SFROWASA.....	117	SOLOSEC.....	32
SHINGRIX.....	76	SOLOXIDE.....	38
SIGNIFOR.....	129	SOLTAMOX.....	61
SIKLOS.....	77	SOLUS.....	136
sildenafil.....	81, 82, 173	SOMA.....	143
SILENOR.....	157	SOMATULINE.....	129

Índice de medicamentos

SOMAVERT	173	SUFLAVE	120
SOOLANTRA	164	SULAR	80
SORBITOL	159	SULCONAZOLE	44
SORIATANE	159	sulfacetamide	31, 40, 161, 162
SORILUX	161	sulfact sod/sulur/avob/otn/oct	40
sotalol	87	sulfadiazine	32, 40
SOTYKTU	159	sulfamethoxazole/trimethoprim	32
SOTYLIZE	87	SULFAMYLON	40
SOVALDI	70	sulindac	27
SOVUNA	52	sumatriptan	20
SPACE CHAMBER	142	SUNLECA	66
SPECTRACEF	35	SUNOSI	157
SPEVIGO	159	SUPER THIN	135, 136
SPIKEVAX	75	SUPRANE	24
spinosad	63	SUPRAX	35
SPIRIVA	28	SUPREP	120
SPIRIVA RESPIMAT	28	SURE	136
spironolact	105	SURE COMFORT	136, 139, 140, 141
spironolactone	105	SURE-TOUCH	136
SPORANOX	43	SURGIFOAM	78
SPRAVATO	145	SURGISEAL	164
SPRITAM	98	SURVANTA	171
SPRYCEL	59	SUTAB	120
sps	112, 113	SUTENT	59
SSKI	113	SYMAX	117
STALEVO	64, 65	SYMBICORT	29
STARLIX	48	SYMBRAVO	20
stavudine	67	SYMBYAX	157
STEGLATRO	47	SYMDEKO	171
STEGLUJAN	48	SYMFI	69
STELARA	131	SYMJEPI	72
Stendra	172	SYMLINPEN	47
STENDRA	173	SYMPAZAN	95
STEQEYMA	130	SYMPROIC	42
STERILANCE	136	SYMTUZA	66
STERILE	136	SYNALAR	39, 167
STIMATE	124	SYNAREL	127
STIMUFEND	99	SYNDROS	115
STIOLTO RESPIMAT	29	SYNERA	24
STIVARGA	59	SYNJARDY	49
STRATTERA	153	SYNTHROID	170
STRENSIQ	175	SYPRINE	176
STRIBILD	69	T	
STRIVERDI	29	TABLOID	56
STROMEKTOL	52	TABRECTA	59
SUBOXONE	178	TACLONEX	168
SUCRAID	118	tacrolimus	131, 132
sucralfate	116	tadalafil	81, 82, 172, 173

Índice de medicamentos

TADLIQ.....	82	terbutaline.....	28
TAFINLAR.....	56	terconazole.....	42
TAGITOL.....	104	teriflunomide.....	93, 94
TAGRISSO.....	60	teriparatide.....	173
TAKHZYRO.....	75	TERIPARATIDE.....	173
TALICIA.....	116	TERSI.....	162
TALTZ.....	159	TESSALON.....	102
TALZENNA.....	60	TESTIM.....	123
TAMIFLU.....	70	testosterone.....	123, 124
tamsulosin.....	178, 179	TESTOSTERONE.....	123, 124
TAPAZOLE.....	170	tetrabenazine.....	93
TAPERDEX.....	127	tetracaine.....	108
TARCEVA.....	60	tetracycline.....	38
TARGADOX.....	38	TETRAVISC.....	108
TARGRETIN.....	55, 61	TEXACORT.....	167
TARKA.....	82	TEZRULY.....	74
TARPEYO.....	127	TEZSPIRE.....	176
TASCENSO.....	94	THALITONE.....	106
TASIGNA.....	60	THALOMID.....	33
TASMAR.....	65	THEO-24.....	30
tavaborole.....	44	theophylline.....	30
TAVALISSE.....	171	THIN.....	104, 134, 135, 136, 137
TAVNEOS.....	77	THIOLA.....	179
TAYTULLA.....	101	thioridazine.....	156
tazarotene.....	161	thiothixene.....	156
TAZAROTENE.....	169	THROMBI.....	78
TAZORAC.....	161	THROMBIN.....	78
TAZVERIK.....	57	THYQUIDITY.....	170
TC99M.....	103	thyroid.....	170
TDVAX.....	76	THYROID.....	170
TECFIDERA.....	94	THYROLAR.....	170
TECHLITE.....	136, 140	tiagabine.....	96, 98
TEGRETOL.....	98	TIAZAC.....	80
TEGSEDI.....	174	TIBSOVO.....	60
TEKTURN.....	88	ticagrelor.....	65
TELCARE.....	136	ticlopidine.....	65
telmisartan.....	84, 85, 86	TIGLUTIK.....	93
telmisartan-hctz.....	84	TIKOSYN.....	79
temazepam.....	158	timolol.....	87, 109, 110
TEMIXYS.....	66	TIMOPTIC.....	109, 110
TEMOVATE.....	167	TINDAMAX.....	51
TENIVAC.....	76	tinidazole.....	51
tenofovir.....	66, 68	tiopronin.....	179
TENORETIC.....	88	TIROSINT.....	170
TENORMIN.....	87	TISSEEL.....	164
TEPMETKO.....	60	TIVICAY.....	69
terazosin.....	83	tizanidine.....	143, 144
terbinafine.....	43	TLANDO.....	123

Índice de medicamentos

TOBI	32	TREZIX	22
TOBRADEX	31	triamcinolone	166, 167, 172
TOBRADEX EYE DROPS	31	triamterene	105
tobramycin	31, 32, 33	triazolam	158
TOBRAMYCIN	33	TRIBENZOR	84
tobramycin/dexamethasone	31	trichloroacetic	164
TOBREX	32	TRICHLOROACETIC	164
TOLAK	62	TRICOR	92
tolbutamide	48	TRIDESILON	167
tolcapone	65	trientine	176
TOLECTIN	20, 27	trifluoperazine	156
TOLECTIN 600	20	trifluridine	69
tolmetin sodium	27	TRIGLIDE	92
TOLSURA	43	trihexyphenidyl	63
tolterodine	179, 180	TRIJARDY	51
tolvaptan	104, 105	TRIKAFTA	171
TOLVAPTAN	105	TRILEPTAL	98
TOPAMAX	98	TRILIPIX	92
TOPCARE	136, 140	trimethobenzamide	116
TOPICORT	167	trimethoprim	32, 33
topiramate	98	trimipramine	150
TOPIRAMATE	98	TRIMO-SAN	51
TOPROL	87	TRINTELLIX	149, 150
toremifene	61	TRIUMEQ	66
torsemide	105	TRIZIVIR	67
TOUJEO	51	TROKENDI	98
TOVIAZ	180	tropicamide	110
TRACLEER	82	TROPICAMIDE	110
TRADJENTA	47	tropium	180
tramadol	23	TRUDHESA	20
TRAMADOL	23	TRUE	136, 140
tramadol er	23	TRUE COMFORT	136, 140, 141
tramadol hcl	21, 23	true folic acid	180
TRAMADOL HCL	23	TRUEPLUS	136
tramadol hcl/acetaminophen	21	TRULANCE	118
trandolapril	82, 85	TRULICITY	46
tranexamic	77	TRUMENBA	75
TRANSDERM	116	TRUQAP	60
TRANXENE	145	TRUSOPT	110
tranylcypromine	145, 146	TRUVADA	66
TRAVATAN	110	TRYNGOLZA	89
travoprost	110	TUKYSA	60
trazodone	148	TURALIO	60
TRECTOR	34	TUSSICAPS	102
TRELEGY ELLIPTA	29	TUXARIN	103
TREMFYA	130, 159	TUZISTRA	103
TRESIBA	51	TWINRIX	77
TRETIN	169	TWIRLA	101
tretinoin	61, 160, 161, 168, 169	TWIST	134, 136, 137
TREXALL	56		

Índice de medicamentos

TYBLUME.....	101
TYBOST.....	171
TYENNE.....	131
TYKERB.....	60
TYMLOS.....	130
TYRVAYA.....	176
TYVASO.....	82

U

UBRELVY.....	20
UCERIS.....	122, 127
UDENYCA.....	99
UKONIQ.....	60
ULESFIA.....	63
ULORIC.....	25
ULTANE.....	24
ULTICARE.....	140
ULTILET.....	137
ULTRA.....	28, 29, 134, 135, 136, 137, 139, 140, 141, 159
ULTRACARE.....	140
ULTRACET.....	21
ULTRAFOAM.....	78
ULTRALANCE.....	137
ULTRAM.....	23
ULTRATLC.....	137
UMECLIDINIUM.....	29
UNDECATREX.....	123
UNIFINE.....	138, 139, 140
UNILET.....	133, 135, 137
UNISTIK.....	135, 137, 138
UNIVERSAL.....	134, 137
UPNEEQ.....	108
UPTRAVI.....	82
URAMAXIN.....	163
urea.....	40, 44, 53, 163
UROCIT.....	114
UROQID.....	114
UROXATRAL.....	179
URSO.....	117
ursodiol.....	117
USTEKINUMAB.....	130
UTA.....	33

V

VABOMERE.....	34
VAFSEO.....	122
VAGIFEM.....	129
valacyclovir.....	70
VALCHLOR.....	62
VALCYTE.....	70
valganciclovir.....	70

VALIUM.....	145
valproic.....	98
valsartan.....	83, 84, 85, 86
valsartan/hydrochlorothiazide.....	84
VALTOCO.....	95
VALTrex.....	70
VANCOGIN.....	39
vancomycin.....	39
VANFLYTA.....	60
VANOS.....	167
VANRAFIA.....	179
vardenafil.....	173
varenicline.....	169
VARIBAR.....	104
VARIVAX.....	77
VARUBI.....	116
VASCEPA.....	114
VASERETIC.....	83
VASHE.....	159
VASOTEC.....	85
VAXELIS.....	76
VECAMEYL.....	86
VECTICAL.....	162
VELPHORO.....	113
VELSIPITY.....	94
VELTASSA.....	113
VELTIN.....	161
VEMLIDY.....	71
VENCLEXTA.....	60
venlafaxine.....	149
VENTAVIS.....	82
verapamil.....	79, 80, 82
VERDESO.....	167
VEREGEN.....	72
VERELAN.....	80
VERIFINE.....	137
VERKAZIA.....	110
VERQUVO.....	80
VERSACLOZ.....	155
VERZENIO.....	60
VESICARE.....	179
VEVYE.....	111
VFEND.....	43
V-GO.....	133
VIAGRA.....	173
VIBERZI.....	118
VIBRAMYCIN.....	38
VICTOZA.....	46
VIDEX.....	68

Índice de medicamentos

vigabatrin.....	98	water for irrigation.....	159
VIGAMOX.....	32	Wegovy.....	62
VIIBRYD.....	149	WELCHOL.....	91
VIJOICE.....	171	WELLBUTRIN.....	146
VIMPAT.....	98	WIDE SEAL DIAPHRAGM.....	102
VIOKACE.....	120	WINLEVI.....	53
VIRACEPT.....	68	WINREVAIR.....	82
VIRAMUNE.....	67	WYNZORA.....	168
VIREAD.....	68	X	
VISTARIL.....	45	XADAGO.....	65
VISTOGARD.....	172	XALATAN.....	110
VITAFOL.....	144	XALKORI.....	60
vite ac/grape/hyaluronic acid.....	162	XANAX.....	145
VITRAKVI.....	60	XARELTO.....	40
VIVAGUARD.....	137	XATMEP.....	56
VIVELLE.....	125	XCLAIR.....	162
VIVJOA.....	43	XCOPRI.....	98, 99
VIZIMPRO.....	60	XDEMVY.....	63
VIZZ.....	110	XELJANZ.....	26
VOGELXO.....	124	XELODA.....	56
VOLTAREN.....	160	XELPROS.....	110
VOQUENZA.....	120	XELSTRYM.....	74
VOQUEZNA DUAL PAK.....	116	XENAZINE.....	93
VOQUEZNA TRIPLE PAK.....	116	XENICAL.....	62
voriconazole.....	43	XENLETA.....	37
VORTEX.....	142	XEPI.....	40
VOSEVI.....	70	XERESE.....	71
VOTRIENT.....	60	XERMELO.....	115
VOWST.....	118	XHANCE.....	106
VOXZOGO.....	176	XIFAXAN.....	37
VOYDEYA.....	77	XIGDUO.....	49
VRAYLAR.....	155	XIIDRA.....	111
VUITY.....	110	XIMINO.....	38
VUMERITY.....	94	XOFLUZA.....	70
VUSION.....	44	XOLAIR.....	30
VYALEV.....	65	XOLEGEL.....	44
VYKAT.....	62	XOPENEX.....	28
VYLEESI.....	154	XOSPATA.....	60
VYLOY.....	61	XPHOZAH.....	113
VYNDAMAX.....	176	XPOVIO.....	61
VYNDAQEL.....	176	XROMI.....	77
VYTORIN.....	88	XTAMPZA ER.....	23
VYVANSE.....	151	XTANDI.....	55
VYVGART.....	176	XULTOPHY.....	46
VYZULTA.....	110	XUREA.....	163
W		XURIDEN.....	112
WAINUA.....	174	XYOSTED.....	124
WAKIX.....	99	XYREM.....	158
warfarin.....	40	XYWAV.....	158

Índice de medicamentos

Y

YASMIN	101
YAZ	101
YERVOY	61
YESINTEK	130
YONSA	55
YOSPRALA	65
YUFLYMA	54
YUSIMRY	54

Z

zafirlukast	30
zaleplon	157
ZANAFLEX	144
ZARONTIN	99
ZARXIO	99
ZAVESCA	175
ZAVZPRET	20
ZCORT	127
Zegalogue	112
ZEGERID	121
ZEJULA	60
ZELAPAR	65
ZELBORAF	56
ZELNORM	119
ZELSUVMI	167
ZEMPLAR	174
ZENATANE	160
ZENPEP	120
ZENZEDI	74
ZEPATIER	71
ZEPBOUND	62
ZEPOSIA	94
ZERVIAE	46
ZESTORETIC	83
ZESTRIL	85
ZETIA	92
ZETONNA	106
ZIAGEN	68
ZIANA	161
zidovudine	66, 67, 68
ZIEXTENZO	100
ZILBRYSQ	174
zileuton	28
ZILXI	40
ZIMHI	42
zinc	164
ZIOPTAN	110
ziprasidone	154, 155

ZIRGAN	69
ZITHROMAX	36
ZITUVIO	46
ZOCOR	91
ZOFRAN	116
ZOHYDRO ER	23
ZOKINVY	171
ZOLADEX	57
ZOLINZA	55
ZOLOFT	148
zolpidem	157, 158
ZOLPIMIST	157
ZOMACTON	127
ZONACORT	127
ZONALON	161
ZONEGRAN	99
ZONISADE	99
zonisamide	99
ZONTIVITY	65
ZORTRESS	132
ZORYVE	162
ZOSTAVAX	77
ZOVIRAX	70, 72
ZTLIDO	24
ZUBSOLV	178
ZUNVEYL	73
ZURZUVAE	145
ZYCLARA	162
ZYDELIG	60
ZYKADIA	60
ZYLET	31
ZYLOPRIM	26
ZYPITAMAG	91
ZYPREXA	155
ZYTIGA	55
ZYVOX	36

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

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



1. Se aplican los términos de la aplicación/tienda en línea y los cargos de las compañías de telefonía celular/uso de datos. Los clientes menores de 13 años no podrán registrarse en myCigna.com (así como tampoco sus padres o tutores).
2. Los precios que se muestran en myCigna no están garantizados, y la cobertura está sujeta a los términos y las condiciones de su plan. Visite myCigna para obtener más información.
3. Sitio web de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos, "Generic Drug Facts". Contenido actualizado al 1 de noviembre de 2021. [fda.gov/drugs/generic-drugs/generic-drug-facts](https://www.fda.gov/drugs/generic-drugs/generic-drug-facts).
4. Sitio web de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos, "Biosimilar Basics for Patients". Última actualización: 1 de agosto de 2024. [fda.gov/drugs/biosimilars/biosimilars-basics-patients](https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/biosimilars-basics-patients).
5. **No todos los planes ofrecen Express Scripts Pharmacy y Accredo como opciones de farmacia cubiertas.** Inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com, o consulte los materiales de su plan, para obtener más información sobre las farmacias que pertenecen a la red de su plan. Cigna Healthcare, Evernorth Health Services, Express Scripts y Accredo forman parte de The Cigna Group. Esto significa que tenemos una participación en la titularidad de los servicios de entrega a domicilio de Express Scripts Pharmacy y los servicios de farmacia de especialidad de Accredo. Sin embargo, usted tiene derecho a despachar sus recetas en cualquier farmacia de la red de su plan (en la medida que su plan lo permita).
6. Su plan paga el costo del envío estándar.
7. Express Scripts Pharmacy puede renovar automáticamente determinados medicamentos. Inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com, o llame al 800.835.3784, para suscribirse. Puede suscribirse para recibir mensajes de correo electrónico y/o de texto de Express Scripts Pharmacy. Para recibir mensajes de texto, tendrá que suscribirse al servicio de mensajes de texto de Express Scripts. Puede hacerlo en línea o cuando llame al 800.835.3784 para renovar su receta. Una vez que se suscriba, simplemente responda a su mensaje de bienvenida para comenzar. Se aplican cargos de mensajes de texto estándares.
8. Solo es posible renovar algunos medicamentos de especialidad por mensaje de texto. Para recibir mensajes de texto, tendrá que suscribirse al servicio de mensajes de texto de Accredo. Puede hacerlo cuando llame a Accredo para renovar su receta. Una vez que se suscriba, simplemente responda a su mensaje de bienvenida para comenzar. Se aplican cargos de mensajes de texto estándares.
9. **Para los planes asegurados que deben cumplir con las leyes de seguro del estado de Delaware:** los medicamentos antidepresivos, para dejar de fumar, para el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y antipsicóticos de marca que no tengan un equivalente genérico disponible estarán cubiertos como medicamentos del Nivel 2 (de marca preferida). Esto es así aunque el medicamento esté incluido en el Nivel 3 (marca no preferida) en la Lista de medicamentos de su plan. Para averiguar cómo su plan específico cubre estos medicamentos, inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com, o llame al número que aparece en su tarjeta de ID.
10. Los costos y detalles completos de la cobertura de medicamentos con receta del plan se encuentran en los documentos del plan. En caso de discrepancia entre la información proporcionada aquí y los documentos del plan, prevalecerá sin excepciones la información incluida en los documentos del plan.
11. **Para los planes que deben cumplir con leyes de seguro estatales, como Delaware:** Es posible que su plan cubra medicamentos para la infertilidad y para dejar de fumar aunque en esta Lista de medicamentos se indique que su plan tal vez no los cubra. Para averiguar si su plan específico cubre estos medicamentos, inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com, o consulte los materiales de su plan.

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

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

La discriminación es ilegal.

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

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

Cigna Healthcare:

- Proporciona a las personas con discapacidades modificaciones razonables y herramientas especiales gratuitas para que puedan comunicarse de manera eficaz con nosotros; por ejemplo:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados;
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios de asistencia lingüística gratuita, en forma oportuna, a personas cuyo idioma primario no es el inglés, como por ejemplo:
 - Intérpretes calificados;
 - Información escrita en otros idiomas.



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

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

ACAGrievance@CignaHealthcare.com

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