



Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 4 niveles de Cigna Healthcare

Cobertura a partir del 1 de enero de 2026

Para el estado de California

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

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

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

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

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



¿Qué encontrará adentro?	Página
Información sobre esta Lista de medicamentos	3
• Preguntas frecuentes	3
• Palabras que quizás necesite conocer	10
• Acerca de esta Lista de medicamentos	12
• Cómo leer esta Lista de medicamentos	12
• Cómo encontrar su medicamento	15
Lista de medicamentos con receta	18
Exclusiones y limitaciones de la cobertura	181
Índice de medicamentos	182

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

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

- Puede usar la herramienta *Price a Medication* (Conozca los precios de los medicamentos) en la aplicación myCigna¹ o en **myCigna.com** para ver la lista más actualizada de los medicamentos que cubre su plan.
- También puede ver un archivo pdf de este documento en **Cigna.com/PDL**. Haga clic en el menú desplegable al lado de *Drug Lists for Employer Plans* (Listas de medicamentos para planes de empleadores). Desplácese hacia abajo hasta la sección *California Employer Drug Lists* (Listas de medicamentos para planes de empleadores de California) y luego haga clic en **California Legacy (Standard) 4 Tier (all specialty medications covered on tier 4) (CDI) [PDF]** (Legacy [Standard] de 4 niveles de California [todos los medicamentos de especialidad están cubiertos en el Nivel 4] [DHMC] [PDF]).

¿Tiene preguntas?

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

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

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

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes

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

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

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

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

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

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

R. Hay algunos medicamentos y productos que su plan no cubrirá en ningún caso, porque son una “exclusión del plan (o del beneficio)”. Esto significa que el medicamento o el producto no está en su Lista de medicamentos, y no existe la opción de pedirnos que lo cubramos a través de nuestro proceso de revisión. Por ejemplo, su plan no cubre (o “excluye”) medicamentos que no están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos.

P. ¿Cómo deciden qué medicamentos cubrir?

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

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

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

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

P. ¿Cómo sé si un medicamento necesita aprobación?

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

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

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

que podamos aprobar la cobertura. Si no es así, usted y su médico pueden apelar la decisión enviándonos una solicitud por escrito en la que se expliquen los motivos por los que deberíamos cubrir el medicamento.

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

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

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

3. Una aseguradora deberá proporcionar cobertura para la dosis y cantidad médicamente necesaria del medicamento recetado para el tratamiento de una condición médica de acuerdo con los estándares de la práctica profesionalmente reconocidos.

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

R. Cuando su farmacéutico trate de despacharle la receta, verá que el medicamento necesita nuestra aprobación para tener cobertura. Como usted no obtuvo la aprobación de antemano, su plan no cubrirá el costo. En ese caso, pídale a su médico que se 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.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

P. ¿Qué son los medicamentos preventivos?

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

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

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

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

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

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

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

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

los precios de los medicamentos) para saber cuánto cuesta su medicamento antes de ir a la farmacia o incluso antes de irse del consultorio de su médico.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.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

P. ¿Qué es un medicamento “biosimilar”?

R. Un medicamento biosimilar es “muy similar” al medicamento biológico original, que también se conoce como producto de referencia, que ya fue aprobado por la FDA. Si bien los biosimilares no son idénticos al medicamento original, se usan para tratar las mismas condiciones, y proporcionan los mismos resultados clínicos y beneficios de tratamiento. No hay diferencias clínicas en cuanto a su seguridad ni a cómo actúan. Además, suelen costar menos.⁴

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.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

- Reciba los pedidos por envío rápido sin costo adicional.⁶
- Suscríbase a las renovaciones y los recordatorios. Algunas renovaciones pueden solicitarse por mensaje de texto.⁸
- Reciba ayuda para pagar su medicamento (si la necesita).
- Maneje y haga el seguimiento de sus medicamentos en línea.

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

P. Tomo un medicamento 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:

- I. **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, del Nivel 3 y del Nivel 4.
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.
- **Medicamento genérico:** Un medicamento que es igual a su equivalente de marca en términos de dosis, concentración, efecto, forma de tomarse, calidad, seguridad y uso previsto. En este Formulario, los medicamentos genéricos están escritos en *minúscula cursiva*.
- **Médicamente necesarios:** Los beneficios de cuidado de la salud necesarios para diagnosticar, tratar o prevenir una condición médica o sus síntomas, y que cumplen con los estándares aceptados de la medicina. Por lo general, los seguros de salud no cubren los beneficios de cuidado de la salud que no son médicamente necesarios.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Palabras que quizás necesite conocer (cont.)

- **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 4 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. Las marcas no preferidas en general tienen una o más alternativas genéricas y/o de marca preferida que tratan la misma condición.	\$\$\$
Nivel 4	De especialidad. Estos medicamentos están cubiertos con el costo compartido más alto de su plan. Este nivel incluye los medicamentos de especialidad inyectables y orales (aquellos que toma por boca).	\$\$\$\$

* 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 4 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)	48		
Antiinfecciosos/Varios (infecciones)	51		
Antiinfecciosos/Varios (varios)	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	Gastrointestinales (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	122
Cardiovasculares (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	81, 82	Hormonas (agentes hormonales)	122
Cardiovasculares (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	82-88	Hormonas (infertilidad)	122-129
Cardiovasculares (medicamentos para el colesterol)	88-92	Hormonas (varias)	129, 130
Medicamentos para el sistema nervioso central (enfermedad de Alzheimer)	92	Hormonas (productos para la osteoporosis)	130
Medicamentos para el sistema nervioso central (varios)	92, 93	Inmunosupresores (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	130
Medicamentos para el sistema nervioso central (esclerosis múltiple)	93	Inmunosupresores (condiciones cutáneas)	130, 131
Medicamentos para el sistema nervioso central (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	93, 94	Inmunosupresores (medicamentos para trasplante)	131
Medicamentos para el sistema nervioso central (trastornos convulsivos)	94	Dispositivos y suministros médicos varios, no farmacológicos (diabetes)	131, 132
Medicamentos para el sistema nervioso central (trastornos del sueño/sedantes)	95-99	Dispositivos y suministros médicos varios, no farmacológicos (varios)	132-141
Factores estimulantes de colonias (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)	99	Relajantes musculares (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	141, 142
Anticonceptivos (productos anticonceptivos)	99, 100	Vitaminas prenatales (nutritivas/alimenticias)	142-144
Preparaciones para la tos/el resfrío (alergia/rociadores nasales)	100-102	Medicamentos psicoterapéuticos (ansiedad/depresión/trastorno bipolar)	144
Preparaciones para la tos/el resfrío (medicamentos para la tos/el resfrío)	102	Medicamentos psicoterapéuticos (trastorno de déficit de atención e hiperactividad)	144-150
Diagnóstico (diabetes)	102, 103	Medicamentos psicoterapéuticos (varios)	150-153
Diagnóstico (varios)	103	Medicamentos psicoterapéuticos (esquizofrenia/antipsicóticos)	154
Diuréticos (diuréticos)	103	Medicamentos psicoterapéuticos (trastornos del sueño/sedantes)	154-157
Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (alergia/rociadores nasales)	103, 104	Preparaciones cutáneas (varias)	158, 159
Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (medicamentos para los oídos)	104-106	Preparaciones cutáneas (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	159, 160
Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (condiciones oculares)	106	Preparaciones cutáneas (condiciones cutáneas)	160-169
Elect./calóricos/H ₂ O (medicamentos para el colesterol)	107	Agentes para dejar de fumar (productos para dejar de fumar)	169
Elect./calóricos/H ₂ O (productos dentales)	107-III	Preparaciones para la tiroides (agentes hormonales)	170
Elect./calóricos/H ₂ O (diabetes)	112	Productos farmacológicos no clasificados (SIDA/VIH)	171
Elect./calóricos/H ₂ O (varios)	112	Productos farmacológicos no clasificados (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	171
Elect./calóricos/H ₂ O (nutritivos/alimenticios)	112, 113	Productos farmacológicos no clasificados (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)	171, 172
Elect./calóricos/H ₂ O (condiciones urinarias)	113, 114	Productos farmacológicos no clasificados (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	172
Gastrointestinales (medicamentos para el colesterol)	114		
Gastrointestinales (condiciones gastrointestinales/pirosis)	114-122		

Información sobre esta Lista de medicamentos

Cómo encontrar su medicamento (cont.)

Condición	Página	Condición	Página
Productos farmacológicos no clasificados (cáncer)	172	Productos farmacológicos no clasificados (trastornos convulsivos)	177
Productos farmacológicos no clasificados (productos dentales)	172	Productos farmacológicos no clasificados (condiciones cutáneas)	177
Productos farmacológicos no clasificados (disfunción eréctil)	172	Productos farmacológicos no clasificados (abuso de sustancias)	177
Productos farmacológicos no clasificados (condiciones gastrointestinales/pirosis)	173	Productos farmacológicos no clasificados (medicamentos para trasplante)	177
Productos farmacológicos no clasificados (agentes hormonales)	173, 174	Productos farmacológicos no clasificados (condiciones urinarias)	177-179
Productos farmacológicos no clasificados (varios)	173-176	Productos farmacológicos no clasificados (control del peso)	179
Productos farmacológicos no clasificados (nutritivos/alimenticios)	176	Vitaminas (nutritivas/alimenticias)	179, 180
Productos farmacológicos no clasificados (productos para la osteoporosis)	176		
Productos farmacológicos no clasificados (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	177		

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

T1 — Habitualmente genéricos

T2 — Habitualmente marcas preferidas

T3 — Habitualmente marcas no preferidas

PA — Autorización previa

QL — Límite a la cantidad

ST — Tratamiento escalonado

AGE — Requisito de edad

SP — Medicamentos de especialidad

HD — Puede requerir entrega a domicilio

PPACA — Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES ANTIMIGRAÑOSAS (cont.)		
<i>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 syring</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 (2 pkgs/30 days)
UBRELVY	T2	PA QL (0.67 tabs/day)
<i>zolmitriptan</i>	T1	QL (12 tabs/30 days)
ZOMIG 2.5 MG NASAL SPRAY	T3	PA QL (12 units/30 days)
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) HD
<i>ketorolac 15 mg/ml syringe</i>	T1	QL (40 ml/30 days) HD
<i>ketorolac 15 mg/ml vial</i>	T1	QL (40 ml/30 days) HD
<i>ketorolac 30 mg/ml carpupject</i>	T1	HD
<i>ketorolac 30 mg/ml isecure syr</i>	T1	QL (20ml/30 days) HD
<i>ketorolac 30 mg/ml syringe</i>	T1	QL (20ml/30 days) HD
<i>ketorolac 30 mg/ml vial</i>	T1	QL (20ml/30 days) HD
<i>ketorolac 300 mg/10 ml vial</i>	T1	HD
<i>ketorolac 60 mg/2 ml carpupject</i>	T1	QL (20ml/30 days) HD
<i>ketorolac 60 mg/2 ml syringe</i>	T1	QL (20ml/30 days) HD
<i>ketorolac 60 mg/2 ml vial</i>	T1	QL (20ml/30 days) HD
<i>mefenamic acid</i>	T1	HD
TOLECTIN 600 (<i>tolmetin sodium</i>)	T3	PA HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

T2 — Habitualmente marcas preferidas

T3 — Habitualmente marcas no preferidas

PA — Autorización previa

QL — Límite a la cantidad

ST — Tratamiento escalonado

AGE — Requisito de edad

SP — Medicamentos de especialidad

HD — Puede requerir entrega a domicilio

PPACA — Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
COMB. DE ANALGÉSICOS OPIOIDES, NO SALICILATOS Y XANTINAS (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

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANALGÉSICOS OPIOIDES (cont.)		
NUCYNTA ER	T3	PA
<i>opium/belladonna alkaloids</i>	T1	PA
OXAYDO	T3	PA
<i>oxycodone hcl</i>	T1	PA
OXYCODONE HCL 5 MG, 15 MG, 30 MG TABLET	T3	PA
OXYCODONE HCL 10 MG TABLET	T3	
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)
TRAMADOL HCL ER 100 MG CAPSULE	T1	QL (1 cap/day)
<i>tramadol hcl er 100 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
TRAMADOL HCL ER 150 MG CAPSULE	T1	QL (1 cap/day)
TRAMADOL HCL ER 200 MG CAPSULE	T1	QL (1 cap/day)
<i>tramadol hcl er 200 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
TRAMADOL HCL ER 300 MG CAPSULE	T1	QL (1 cap/day)
<i>tramadol hcl er 300 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
ULTRAM (<i>tramadol hcl</i>)	T3	QL (8 tabs/day)
XTAMPZA ER	T2	PA
ZOHYDRO ER (<i>hydrocodone bitartrate er</i>)	T3	PA
ANALGÉSICOS OPIOIDES Y SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
<i>codeine/butalbital/asa/cafein</i> (Fiorinal With Codeine #3)	T1	PA
FIORINAL WITH CODEINE #3 (<i>butalbital compound-codeine</i>)	T3	PA
ANALGÉSICOS OPIOIDES, NO SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
<i>butalbital/acetamin/caff/codeine</i>	T1	PA
<i>butalbital/acetamin/caff/codeine</i> (Fioricet With Codeine)	T1	PA
FIORICET WITH CODEINE (<i>butalb-acetaminoph-caff-codeine</i>)	T3	PA
RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS, ANALGÉSICOS SALICILATOS, OPIOIDES		
<i>carisoprodol/aspirin/codeine</i>	T1	PA

T1 — Habitualmente genéricos

T2 — Habitualmente marcas preferidas

T3 — Habitualmente marcas no preferidas

PA — Autorización previa

QL — Límite a la cantidad

ST — Tratamiento escalonado

AGE — Requisito de edad

SP — Medicamentos de especialidad

HD — Puede requerir entrega a domicilio

PPACA — Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANALGÉSICOS (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		
<i>desflurane</i> (Suprane)	T1	
<i>isoflurane</i>	T1	
<i>isoflurane</i>	T3	
<i>sevoflurane</i> (Ultane)	T1	
SUPRANE	T3	
ULTANE (<i>sevoflurane</i>)	T3	
<i>lidocaine hcl</i>	T1	
ANESTÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
ANESTÉSICOS LOCALES TÓPICOS		
HURRICAINÉ (<i>benzocaine</i>)	T1	
L.E.T. (LIDO-EPINEPH-TETRA)	T3	
<i>lidocaine</i> 5% ointment	T1	QL (145gm/30 days)
<i>lidocaine hcl</i>	T1	
<i>lidocaine hcl</i>	T3	
<i>lidocaine/prilocaine</i>	T1	
<i>lidocaine</i> (Lidocan li)	T1	
LIDOCAN II (<i>lidocaine</i>)	T3	PA
LIDODERM (<i>lidocaine</i>)	T3	
PAIN EASE MEDIUM STREAM SPRAY	T3	
SYNERA	T3	PA
ZTLIDO	T2	
ANESTÉSICOS (Condiciones urinarias)		
AGENTES ANESTÉSICOS/ANALGÉSICOS DE LAS VÍAS URINARIAS (COLORANTES AZODERIVADOS)		
<i>phenazopyridine hcl</i> (Pyridium)	T1	PA
PYRIDIUM (<i>phenazopyridine hcl</i>)	T3	

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIALÉRGICOS (Alergia/rociadores nasales)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS		
<i>cromolyn 100 mg/5 ml oral conc</i> (Gastrocrom)	T1	
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>)	T4	PA SP
penicillamine (Depen)	T4	PA SP
AGENTES ANTIARTRÍTICOS, ANTAGONISTAS DE LOS FOLATOS		
OTREXUP	T2	PA
ANTIINFLAM. ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-1		
KINERET	T4	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	T4	PA QL (1 pack/180 days) SP HD
OTEZLA 30 MG TABLET	T4	PA QL (2 tabs/day) SP HD
ANTIINFLAMATORIOS, MOD. SELECT. COESTIM., INHIBIDORES DE CÉLULAS T		
ORENCIA	T4	PA QL (4 syringes/28 days) SP HD
ORENCIA CLICKJECT	T4	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> (Colcris)	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 200 mg tablet</i>	T1	PA 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

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
TRAT. DE LA HIPERURICEMIA - INHIBIDORES DE LA XANTINA OXIDASA (cont.)		
ULORIC 80 MG TABLET (<i>febuxostat</i>)	T3	HD
ZYLOPRIM (<i>allopurinol</i>)	T3	HD
INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK)		
CIBINQO	T4	PA QL (30 tabs/30 days) SP
LEQSELVI	T4	PA QL (2 tabs/day) SP HD
LITFULO	T4	PA QL (1 cap/day) SP HD
OLUMIANT	T4	PA QL (1 tab/day) SP HD
RINVOQ	T4	PA QL (1 tab/day) SP HD
RINVOQ LQ	T4	PA QL (12 mls/day) SP HD
XELJANZ 1 MG/ML SOLUTION	T4	PA QL (480 ml/22 days) SP HD
XELJANZ 10 MG TABLET	T4	PA QL (2 tabs/day) SP HD
XELJANZ 5 MG TABLET	T4	PA QL (2 tabs/day) SP HD
XELJANZ XR	T4	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> (Lodine)	T1	HD
FELDENE (<i>piroxicam</i>)	T3	ST HD
<i>fenoprofen calcium</i> (Nalfon)	T1	HD
FENOPRON	T3	PA HD
<i>flurbiprofen</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA (cont.)		
<i>ibuprofen</i>	T1	HD
<i>indomethacin</i>	T1	HD
<i>ketoprofen 25 mg. 75 mg capsule</i>	T1	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 tablet</i>	T1	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
QMIH ODT 15 MG TABLET	T3	ST HD
QMIH ODT 7.5 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST HD
<i>sulindac</i>	T1	HD
<i>tolmetin sodium</i> (Tolectin 600)	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

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE LA 5-LIPOXIGENASA		
<i>zileuton</i>	T1	HD
ANTICOLINÉRGICOS, DE INHALACIÓN ORAL, ACCIÓN PROLONGADA		
INCRUSE ELLIPTA	T2	HD
LONHALA MAGNAIR REFILL	T3	PA HD
LONHALA MAGNAIR STARTER	T3	PA HD
SPIRIVA RESPIMAT	T2	HD
ANTICOLINÉRGICOS, DE INHALACIÓN ORAL, ACCIÓN RÁPIDA		
ATROVENT HFA	T2	HD
<i>ipratropium bromide</i>	T1	HD
AGENTES ADRENÉRGICOS BETA		
<i>albuterol sulf 2 mg/5 ml syrup</i>	T1	HD
<i>albuterol 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 sulfate</i> (Albuterol Sulfate Hfa)	T1	QL (18gm/30 days)
ALBUTEROL SULFATE HFA	T1	QL (18gm/30 days)
<i>levalbuterol hcl</i> (Xopenex Concentrate)	T1	
<i>levalbuterol hcl</i> (Xopenex)	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

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS, 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	T3	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	QL(2 inhalers/30 days)
<i>ipratropium/albuterol sulfate</i>	T1	HD
STIOLTO RESPIMAT INHAL SPRAY	T2	HD
UMECLIDINIUM-VILANTEROL	T3	PA QL(1 inhaler/30 days) HD
COMBO DE AGENTES ADRENÉRGICOS BETA Y GLUCOCORTICOIDES, INHALADOS		
ADVAIR HFA	T2	HD
AIRDUO DIGIHALER	T3	ST HD
AIRSUPRA	T3	PA QL(2 inhalers/28 days) 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	QL(1 inhaler/30 days) 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
ARNUITY ELLIPTA	T3	ST
<i>budesonide (Pulmicort)</i>	T1	HD
COMBIVENT RESPIMAT	T2	QL(2 inhalers/30 days)
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 100MCG DISKUS	T3	PA QL(1 inhaler/30 days) HD
FLUTICASONE PROP 250 MCG DISK	T3	PA QL(4 inhalers/30 days) HD
FLUTICASONE PROP 50 MCG DISKUS	T3	PA QL(1 inhaler/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 compartidos

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
GLUCOCORTICOIDES, PARA INHALACIÓN ORAL (cont.)		
PULMICORT (<i>budesonide</i>)	T3	PA QL (2 mls/day) HD
PULMICORT FLEXHALER	T2	PA HD
QVAR REDIHALER	T2	
ANTAGONISTAS ALFA DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-5 (IL-5), ANTICUERPOS MONOCLONALES		
FASENRA PEN	T4	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	T4	PA SP HD
ANTICUERPOS MONOCLONALES - ANTAGONISTAS DE LA INTERLEUCINA-5		
NUCALA	T4	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
OHTUVAYRE	T4	PA QL SP
XANTINAS		
THEO-24	T2	HD
<i>theophylline anhydrous</i>	T1	HD

ANTIBIÓTICOS (Alergia/rociadores nasales)

PREPARACIONES NASALES ANTIBIÓTICAS		
BACTROBAN NASAL	T2	

ANTIBIÓTICOS (Medicamentos para los oídos)

PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIBIÓTICAS		
<i>ciprofloxacin hcl</i>	T1	
CORTISPORIN-TC	T3	
<i>neomycin/polymyxin b/hydrocort</i>	T1	
<i>ofloxacin</i>	T1	
PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIBIÓTICOS ANTIINFLAMATORIOS		
CIPRO HC	T2	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Medicamentos para los oídos) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIBIÓTICOS ANTIINFLAMATORIOS (cont.)		
CIPRODEX (<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>)	T3	
<i>ciprofloxacin hcl/dexameth</i> (Ciprodex)	T1	
CIPROFLOXACIN HCL-FLUOCINOLONE	T3	
OTOVEL	T3	

ANTIBIÓTICOS (Condiciones oculares)

COMBINACIONES DE ANTIBIÓTICOS PARA LOS OJOS Y GLUCOCORTICOIDES

MAXITROL (<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>)	T3	PA
<i>neomycin/bacit/p-myx/hydrocort</i>	T1	PA
<i>neomycin/polymyxin b/dexametha</i> (Maxitrol)	T1	
<i>neomycin/polymyxin b/hydrocort</i>	T1	
TOBRADEX EYE DROPS (<i>tobramycin-dexamethasone</i>)	T3	
TOBRADEX EYE OINTMENT	T2	
TOBRADEX ST	T2	
<i>tobramycin/dexamethasone</i> (Tobradex)	T1	
ZYLET	T3	

SULFONAMIDAS PARA LOS OJOS

BLEPH-10 (<i>sulfacetamide sodium</i>)	T3	
BLEPHAMIDE	T2	
<i>sulfacetamide sodium</i>	T1	
<i>sulfacetamide sodium</i> (Bleph-10)	T1	
<i>sulfacetamide/prednisolone sp</i>	T1	

ANTIBIÓTICOS OFTÁLMICOS

AZASITE	T2	PA
BACIGUENT (<i>bacitracin</i>)	T3	
<i>bacitracin</i> (Baciguent)	T1	
<i>bacitracin/polymyxin b sulfate</i>	T1	
BESIVANCE	T2	
CILOXAN	T3	
<i>erythromycin base</i>	T1	
<i>gatifloxacin</i>	T1	
<i>gentamicin sulfate</i>	T1	
<i>levofloxacin</i>	T1	
MOXEZA (<i>moxifloxacin</i>)	T3	
<i>moxifloxacin hcl</i> (Moxeza)	T1	
<i>moxifloxacin hcl</i> (Vigamox)	T1	
<i>neomycin sulf/bacitracin/poly</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Condiciones oculares) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS OFTÁLMICOS (cont.)		
<i>neomycin/polymyxn b/gramicidin</i>	T1	PA
OCUFLOX (<i>ofloxacin</i>)	T3	
<i>ofloxacin</i> (Ocuflax)	T1	
<i>polymyxin b sulf/trimethoprim</i>	T1	
<i>tobramycin 0.3% eye drop</i> (Tobrex)	T1	
TOBREX	T3	PA
VIGAMOX (<i>moxifloxacin</i>)	T3	PA
ZYMAXID (<i>gatifloxacin</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	T4	PA SP
BETHKIS (<i>tobramycin</i>)	T4	PA QL (8ml/day) SP HD
<i>gentamicin sulfate</i>	T1	
<i>gentamicin sulfate/pf</i>	T1	
KITABIS PAK	T4	PA QL (10ml/day) SP HD
<i>neomycin sulfate</i>	T1	
TOBI (<i>tobramycin</i>)	T4	PA QL (10ml/day) SP HD
TOBI PODHALER	T4	PA QL (8 caps/day) SP HD
<i>tobramycin 1, 200 mg/30 ml vial</i>	T1	
<i>tobramycin 1.2 gm vial</i>	T4	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)	T4	PA QL (8 ml/day) SP HD
<i>tobramycin 300 mg/5 ml ampule</i> (Tobi)	T4	PA QL (10ml/day) SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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	T4	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 100 mg tablet</i>	T1	
<i>dapsone 25 mg tablet</i>	T1	
THALOMID	T4	PA SP HD
AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS		
<i>ethambutol hcl</i>	T1	HD
<i>isoniazid</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS (cont.)		
MYCIBUTIN (<i>rifabutin</i>)	T3	PA HD
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	T4	SP
BETALACTAMASAS		
CAYSTON	T4	PA QL (3ml/day) SP HD
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>cefaclor</i>	T1	
<i>cefprozil</i>	T1	
<i>cefuroxime axetil</i>	T1	
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	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 3.ª GENERACIÓN (cont.)		
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 100 mg/5 ml susp</i> (Zithromax)	T1	
<i>azithromycin 200 mg/5 ml susp</i> (Zithromax)	T1	
<i>azithromycin 200 mg/5 ml susp</i> (Zithromax)	T1	
<i>azithromycin 250 mg tablet</i> (Zithromax)	T1	
<i>azithromycin 500 mg 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 (5 ml/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>	T2	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> (Eryped 200)	T1	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> (Eryped 400)	T1	
<i>erythromycin stearate</i>	T1	
PCE	T3	
ZITHROMAX 1 GM POWDER PACKET (<i>azithromycin</i>)	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS MACRÓLIDOS (cont.)		
ZITHROMAX 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	
MACRODANTIN (<i>nitrofurantoin</i>)	T3	
<i>nitrofurantoin 25 mg/5 ml susp</i> (Furadantin)	T1	
<i>nitrofurantoin mcr 100 mg cap</i> (Macrofantin)	T1	
<i>nitrofurantoin mcr 25 mg cap</i>	T1	
<i>nitrofurantoin mcr 50 mg cap</i> (Macrofantin)	T1	
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst</i> (Macrobid)	T1	
ANTIBIÓTICOS OXAZOLIDINONAS		
<i>linezolid</i> (Zyvox)	T3	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	
DERIVADOS DE LA PLEUROMUTILINA		
XENLETA	T3	PA QL (10 tabs/30 days)

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS DE QUINOLONAS (cont.)		
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 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
DOXYCYCLINE HYC DR 80 MG TAB	T3	PA
<i>doxycycline hyclate</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS DE TETRACICLINA (cont.)		
<i>doxycycline hyclate 100 mg cap</i>	T1	
<i>doxycycline hyclate 100 mg tab</i>	T1	
<i>doxycycline hyclate 150 mg tab</i> (Acticlate)	T1	
<i>doxycycline hyclate 50 mg cap</i>	T1	
<i>doxycycline hyclate 75 mg tab</i> (Acticlate)	T1	
DOXYCYCLINE IR-DR	T1	PA
<i>doxycycline monohydrate</i>	T1	PA
<i>doxycycline monohydrate</i> (Vibramycin)	T1	
EMROSI	T3	PA
MINOCIN (<i>minocycline hcl</i>)	T3	PA
MINOCYCLINE ER	T3	ST
<i>minocycline er 105 mg tablet</i> (Solodyn)	T1	
<i>minocycline er 115 mg tablet</i> (Solodyn)	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</i> (Solodyn)	T1	
<i>minocycline er 80 mg tablet</i> (Solodyn)	T1	
<i>minocycline er 90 mg tablet</i>	T1	
<i>minocycline hcl</i> (Minocin)	T1	
MINOLIRA ER	T3	ST
NUZYRA	T4	PA QL (30 tablets/28 days) SP
ORACEA (<i>doxycycline monohydrate</i>)	T3	PA
SEYSARA	T3	PA
SOLODYN (<i>minocycline hcl er</i>)	T3	PA
SOLOXIDE	T1	PA
TARGADOX	T3	PA
<i>tetracycline 250 mg capsule</i>	T1	
<i>tetracycline 250 mg tablet</i>	T1	PA
<i>tetracycline 500 mg capsule</i>	T1	
<i>tetracycline 500 mg tablet</i>	T1	PA

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS DE TETRACICLINA (cont.)		
VIBRAMYCIN 100 MG CAPSULE (<i>morgidox</i>)	T3	PA
VIBRAMYCIN 50 MG/5 ML SYRUP	T2	
XIMINO	T3	ST
ANTIBIÓTICOS VAGINALES		
CLEOCIN (<i>clindamycin phosphate</i>)	T3	PA
<i>clindamycin phosphate</i> (Cleocin)	T1	
CLINDESSE	T3	
METROGEL-VAGINAL (<i>vandazole</i>)	T3	PA
<i>metronidazole</i> (Metrogel-vaginal)	T1	
NUVESSA	T3	PA
ANTIBIÓTICOS DE VANCOMICINA Y DERIVADOS		
FIRVANQ (<i>vancomycin hcl</i>)	T3	PA
VANCOCIN HCL (<i>vancomycin hcl</i>)	T3	PA
<i>vancomycin hcl</i> (Firvanq)	T1	
ANTIBIÓTICOS (Condiciones cutáneas)		
ANTIBIÓTICOS TÓPICOS Y ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS		
NEO-SYNALAR	T3	
ANTIBIÓTICOS TÓPICOS		
AMZEEQ	T3	PA
BENZAMYCIN (<i>erythromycin-benzoyl peroxide</i>)	T3	
CENTANY	T3	
CENTANY AT	T3	
CLEOCIN T (<i>clindamycin phosphate</i>)	T3	
<i>clindacin etz 1% pledget</i> (Cleocin T)	T1	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>	T3	
<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i> (Benzamycin)	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Condiciones cutáneas) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS TÓPICOS (cont.)		
EVOCLIN (<i>clindamycin phosphate</i>)	T3	
<i>gentamicin sulfate</i>	T1	
<i>mupirocin</i> (Centany)	T1	PA
<i>mupirocin calcium</i>	T1	PA
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
AVAR-E GREEN	T2	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-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)

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DIRECTOS DEL FACTOR XA (cont.)		
SAVAYSA 30 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day)
SAVAYSA 60 MG TABLET	T3	PA
XARELTO	T2	
HEPARINA Y PREPARACIONES RELACIONADAS		
ARIXTRA (<i>fondaparinux sodium</i>)	T4	QL (1 syringe/day) SP
<i>enoxaparin 100 mg/ml syringe (Lovenox)</i>	T4	QL (2 syringes/day) SP
<i>enoxaparin 120 mg/0.8 ml syr (Lovenox)</i>	T4	QL (2 syringes/day) SP
<i>enoxaparin 150 mg/ml syringe (Lovenox)</i>	T4	QL (2 syringes/day) SP
<i>enoxaparin 30 mg/0.3 ml syr (Lovenox)</i>	T4	QL (2 syringes/day) SP
<i>enoxaparin 300 mg/3 ml vial (Lovenox)</i>	T4	QL (1 vial/day) SP
<i>enoxaparin 40 mg/0.4 ml syr (Lovenox)</i>	T4	QL (2 syringes/day) SP
<i>enoxaparin 60 mg/0.6 ml syr (Lovenox)</i>	T4	QL (2 syringes/day) SP
<i>enoxaparin 80 mg/0.8 ml syr (Lovenox)</i>	T4	QL (2 syringes/day) SP
<i>fondaparinux sodium (Arixtra)</i>	T4	QL (1 syringe/day) SP
FRAGMIN	T4	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 (Heparin Sodium)</i>	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>)	T4	QL (2 syringes/day) SP
LOVENOX 120 MG/0.8 ML SYRINGE (<i>enoxaparin sodium</i>)	T4	QL (2 syringes/day) SP
LOVENOX 150 MG/ML SYRINGE (<i>enoxaparin sodium</i>)	T4	QL (2 syringes/day) SP
LOVENOX 30 MG/0.3 ML SYRINGE (<i>enoxaparin sodium</i>)	T4	QL (2 syringes/day) SP
LOVENOX 300 MG/3 ML VIAL (<i>enoxaparin sodium</i>)	T4	QL (1 vial/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 compartidos

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HEPARINA Y PREPARACIONES RELACIONADAS (cont.)		
LOVENOX 40 MG/0.4 ML SYRINGE (<i>enoxaparin sodium</i>)	T4	QL (2 syringes/day) SP
LOVENOX 60 MG/0.6 ML SYRINGE (<i>enoxaparin sodium</i>)	T4	QL (2 syringes/day) SP
LOVENOX 80 MG/0.8 ML SYRINGE (<i>enoxaparin sodium</i>)	T4	QL (2 syringes/day) SP
INHIBIDORES DE LA TROMBINA, SELECTIVOS, DIRECTOS Y REVERSIBLES		
<i>dabigatran etexilate mesylate</i> (Pradaxa)	T1	HD
PRADAXA 110 MG CAPSULE (<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</i>	T1	QL (180 tabs/30 days)
OPVEE	T3	QL
NARCAN	T3	QL (2 units/30 days)
REXTOVY	T2	QL (2 units/30 days)
ZIMHI	T3	QL (2 inj/month)

ANTIMICÓTICOS (Condiciones oculares)

AGENTES ANTIMICÓTICOS OFTÁLMICOS		
NATACYN	T2	

ANTIMICÓTICOS (Productos femeninos)

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

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIMICÓTICOS (Infecciones)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIMICÓTICOS		
ANCOBON (<i>flucytosine</i>)	T3	
<i>clotrimazole</i>	T1	
CRESEMBA	T3	PA
DIFLUCAN (<i>fluconazole</i>)	T3	PA
<i>fluconazole</i> (Diflucan)	T1	
<i>flucytosine</i> (Ancobon)	T1	
<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	T4	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>	T1	
<i>ciclopirox</i> (Loprox)	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIMICÓTICOS (Condiciones cutáneas) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIMICÓTICOS TÓPICOS (cont.)		
<i>ciclopirox olamine</i> (Loprox)	T1	
<i>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</i> 28	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	T2	
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

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIMICÓTICOS (Condiciones cutáneas) (cont.)

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

ANTIMICÓTICOS TÓPICOS (cont.)

XOLEGEL	T3	PA
---------	----	----

ANTIISTAMÍNICOS Y DESCONGESTIVOS COMBINADOS (Alergia/rociadores nasales)

COMBINACIÓN DE ANTIISTAMÍNICOS DE 1.ª GENERACIÓN Y DESCONGESTIVOS

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

COMBINACIÓN DE ANTIISTAMÍNICOS DE 2.ª GENERACIÓN Y DESCONGESTIVOS

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

ANTIISTAMÍNICOS (Alergia/rociadores nasales)

ANTIISTAMÍNICOS - 1.ª GENERACIÓN

<i>carbinoxamine 4 mg/5 ml liquid</i>	T1	
<i>carbinoxamine maleate 4 mg tab</i>	T1	
<i>carbinoxamine maleate 6 mg tab</i> (Ryvent)	T1	PA
CARBINOXAMINE MALEATE ER	T3	PA
<i>clemastine fumarate</i>	T1	
<i>cyproheptadine hcl</i>	T1	
<i>cyproheptadine hcl</i> (Cyproheptadine Hcl)	T1	
<i>dexchlorpheniramine maleate</i> (Ryclora)	T1	PA
<i>hydroxyzine hcl</i>	T1	
<i>hydroxyzine pamoate</i>	T1	
<i>hydroxyzine pamoate</i> (Vistaril)	T1	
KARBINAL ER	T3	PA
<i>promethazine hcl</i>	T1	
RYCLORA (<i>dexchlorpheniramine maleate</i>)	T3	PA
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</i> (Clarinet)	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	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIISTAMÍNICOS (Condiciones oculares) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIISTAMÍNICOS PARA LOS OJOS (cont.)		
LASTACAF	T3	
olopatadine hcl 0.1% eye drops	T1	
olopatadine hcl 0.2% eye drop (Pataday)	T1	
PATADAY (olopatadine hcl)	T3	
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
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
exenatide	T1	PA QL (3 mls/30 days)
LIRAGLUTIDE	T3	PA QL (3 pens/30 days) HD
OZEMPIC 0.25-0.5 MG DOSE PEN	T2	QL (2 pens/28 days) ST HD
OZEMPIC 1 MG DOSE PEN (1.5 ML)	T2	QL (2 pens/28 days) ST HD
OZEMPIC 1 MG DOSE PEN (3 ML)	T2	QL (3ml/21 days) ST HD
REZVOGLAR KWIKPEN	T2	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 COTRANSPT. DE SOD./GLUC. TIPO 2 (SGLT-2)		
FARXIGA	T2	ST QL (1 tab/day) 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

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)

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

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO ESTIMULANTES DE LIBERACIÓN DE INSULINA (cont.)		
<i>chlorpropamide</i>	T1	HD
<i>glimepiride</i> (Amaryl)	T1	HD
GLIMEPIRIDE 3 MG TABLET	T3	HD
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	ST QL (1 tab/day) 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

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, COMB. DE INHIBIDORES DE DPP-4 Y BIGUANIDAS (cont.)		
KOMBIGLYZE XR 2.5-1,000 MG TAB	T3	PA QL (2 tabs/day) HD
KOMBIGLYZE XR 5-1,000 MG TAB	T3	PA QL (1 tab/day) HD
KOMBIGLYZE XR 5-500 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day) HD
SITAGLIPTIN-METFORMIN	T3	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 (mifepristone)	T3	PA SP
mifepristone 300 mg tablet (Korlym)	T3	PA SP
ANTIPLERGLUCÉMICOS-COMB. DE INHIBIDORES DE SGLT-2 Y BIGUANIDAS		
DAPAGLIFLOZIN-METFO ER 10-1000	T3	PA QL (1 tab/day) HD
DAPAGLIFLOZIN-METFOR ER 5-1000	T3	PA QL (2 tabs/day) HD
INVOKAMET	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		
TRIJARDY XR	T2	QL (1 tab/day) ST HD
ANTIHIPERGLUCÉM.-INHIB. DEL COTRANSPORT. DE SOD./GLUC. TIPO 2 (SGLT-2)		
BRENZAVVY	T3	PA QL (1 tabs/day) HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERGLUCÉM.-INHIB. DEL COTRANSPORT. DE SOD./GLUC. TIPO 2 (SGLT-2) (cont.)		
DAPAGLIFLOZIN	T3	PA QL(1 tab/day) HD
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 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

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INSULINAS (cont.)		
INSULIN LISPRO PROTAMINE MIX	T2	QL (2ml/day) HD
KIRSTY	T3	PA QL (1.5ml/day) HD
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
MERILOG	T3	PA QL (1.5ml/day) HD
NOVOLOG	T3	PA QL (1.5ml/day) HD
NOVOLOG FLEXPEN	T2	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 (1.5ml/day) HD
TOUJEO MAX SOLOSTAR	T3	PA QL (0.6ml/day) HD
TOUJEO SOLOSTAR	T3	PA QL (0.6ml/day) HD
TRESIBA	T2	QL (1.5ml/day) HD
TRESIBA FLEXTouch U-100	T2	QL (1.5ml/day) HD
TRESIBA FLEXTouch U-200	T2	QL (0.9ml/day) HD
ANTIINFECCIOSOS (Productos femeninos)		
SULFONAMIDAS VAGINALES		
AVC	T3	
ANTIINFECCIOSOS (Infecciones)		
ANTIBIÓTICOS DE PENICILINA		
<i>amoxicillin</i>	T1	
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.º GENERACIÓN-ANTIBACTERIANOS		
TINDAMAX (<i>tinidazole</i>)	T3	
<i>tinidazole</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 compartidos

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Infecciones) (cont.)

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

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MEDICAMENTOS ANTIPROTOZOARIOS, VARIOS (cont.)		
MEPRON	T3	PA
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)	T4	PA QL (2 pens/syringes/28 days) SP
ADALIMUMAB-AACF(CF)	T4	PA QL (2 pens/syringes/28 days) SP HD
ADALIMUMAB-AACF(CF) PEN CROHNS	T4	PA QL (1 starter kit/365 days) SP HD
ADALIMUMAB-AACF(CF) PEN PS-UV	T4	PA QL (2 kits/365 days) SP HD
ADALIMUMAB-AATY(CF) AUTOINJ(2)	T4	PA QL (2 auto-injs/28 days) SP
ADALIMUMAB-AACF(CF) PEN CROHNS	T4	PA QL (1 starter kit/365 days) SP HD
ADALIMUMAB-AATY(CF)	T4	PA QL (2 auto-injs/28 days) SP
ADALIMUMAB-ADAZ	T4	PA QL (2 pens/ 28 days) SP
ADALIMUMAB-ADB(M)(CF)	T4	PA QL (2 pens/syringes/28 days) SP HD
ADALIMUMAB-ADB(M)(CF) PEN CROHNS	T4	PA QL (1 starter kit/365 days) SP HD
ADALIMUMAB-FKJP (CF)	T4	PA QL (2 doses/ 28 days) SP
ADALIMUMAB-RYVK(CF) AUTOINJECT	T4	PA QL SP
AMJEVITA SLP	T4	PA QL (2 syringes/28 days) SP HD
AVSOLA	T4	PA SP
CDV HYRIMOZ(CF) 40MG/0.4ML SYR	T4	SP HD
CDV HYRIMOZ(CF) PEN 40MG/0.4ML	T4	SP HD
CIMZIA 200 MG VIAL KIT	T4	PA QL (1 kit/28 days) SP HD
CIMZIA 2X200 MG/ML SYRINGE KIT	T4	PA QL (1 kit/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 compartidos

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAMATORIOS INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL (cont.)		
CIMZIA 2X200 MG/ML (X3) START KT	T4	PA QL (1 kit/year) SP HD
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV	T4	PA QL (2 doses/ 28 days) SP
CYLTEZO(CF) PEN CRH-UC-HS 40MG	T4	PA QL(1 starter kit/365 days) SP
ENBREL 25 MG KIT	T4	PA QL (8 vials/28 days) SP HD
ENBREL 25 MG/0.5 ML SYRINGE	T4	PA QL (8 syringes/28 days) SP HD
ENBREL 25 MG/0.5 ML VIAL	T4	PA QL (4ml/28 days) SP HD
ENBREL 50 MG/ML SYRINGE	T4	PA QL (4 syringes/28 days) SP HD
ENBREL MINI	T4	PA QL (4 cartridges/28 days) SP HD
ENBREL SURECLICK	T4	PA QL (4 syringes/28 days) SP HD
HADLIMA	T4	PA QL (2 doses/ 28 days) SP HD
HADLIMA (CF-citrate free)	T4	PA QL (2 doses/ 28 days) SP HD
HULIO(CF)	T4	PA QL(2 pens/syringes/28 days) SP
HULIO(CF) PEN	T4	PA QL(2 pens/28 days) SP
HUMIRA	T4	PA QL (2 syringes/28 days) SP
HUMIRA PEN	T4	PA QL (2 pens/28 days) SP HD
HUMIRA (CF)	T4	PA QL (2 syringes/28 days) SP HD
HUMIRA (CF) PEN 40 MG/0.4 ML	T4	PA QL (2 pens/28 days) SP HD
HUMIRA (CF) PEN 80 MG/0.8 ML	T4	PA QL (1 kit/year) SP HD
HYRIMOZ	T4	PA QL (2 doses/ 28 days) SP
HYRIMOZ(CF) PEN	T4	PA QL(2 pens/28 days) SP HD
IDACIO (CF)	T4	PA QL (2 doses/ 28 days) SP
IDACIO(CF) PEN CROHN'S-UC	T4	PA QL(1 starter kit/365 days) SP HD
IDACIO(CF) PEN PSORIASIS	T4	PA QL(2 kits/365 days) SP HD
INFLECTRA	T4	PA SP HD
REMICADE	T4	PA SP HD
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR	T4	PA QL SP
SIMPONI 100 MG/ML PEN INJECTOR	T4	PA QL (1 injector/28 days) SP HD
SIMPONI 100 MG/ML SYRINGE	T4	PA QL (1 syringe/28 days) SP HD
SIMPONI 50 MG/0.5 ML PEN INJEC	T4	PA QL (1 injector/28 days) SP HD
SIMPONI 50 MG/0.5 ML SYRINGE	T4	PA QL (1 syringe/28 days) SP HD
SIMPONI ARIA	T4	PA SP HD
YUFLYMA(CF)	T4	PA QL(2 auto-injs/28 days) SP
YUSIMRY (CF)	T4	PA QL (2 doses/ 28 days) SP

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANP - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES X RETINOIDES (RXR) SELECTIVOS		
<i>bexarotene</i> (Targretin)	T4	PA SP HD
ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)		
ANP - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES X RETINOIDES (RXR) SELECTIVOS (cont.)		
TARGRETIN 75 MG CAPSULE (<i>bexarotene</i>)	T4	PA SP HD
ANTINEOPLÁSICOS, INHIBIDORES DE LA HISTONA DEACETILASA (HDAC)		
FARYDAK	T4	PA SP HD
ZOLINZA	T4	PA SP HD
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS - ALQUILANTES		
ALKERAN (<i>melphalan</i>)	T4	SP
<i>cyclophosphamide capsule</i>	T4	SP HD
CYCLOPHOSPHAMIDE 50 MG TABLET	T4	PA SP HD
GLEOSTINE	T2	
HYDREA (<i>hydroxyurea</i>)	T3	
<i>hydroxyurea</i> (Hydrea)	T1	
LEUKERAN	T2	
<i>melphalan</i> (Alkeran)	T4	SP CSL
MYLERAN	T2	
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS - ANTIANDROGÉNICOS		
CASODEX (<i>bicalutamide</i>)	T3	
ERLEADA	T4	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	T4	PA SP HD
XTANDI	T4	PA SP HD
YONSA	T4	PA SP HD
ZYTIGA (<i>abiraterone acetate</i>)	T4	PA SP HD
ANTINEOPLÁSICOS - ANTIMETABOLITOS		
<i>capecitabine</i> (Xeloda)	T4	PA SP HD
INQOVI	T4	PA SP HD
JYLAMVO	T3	CSL
LONSURF	T4	PA SP HD
<i>mercaptopurine 20 mg/ml suspen</i> (Purixan)	T4	SP CSL
<i>mercaptopurine 50 mg tablet</i>	T1	CSL
<i>methotrexate sodium</i>	T1	
<i>methotrexate sodium/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 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 - ANTIMETABOLITOS (cont.)		
ONUREG	T4	PA QL (14 Tabs/28 Days) SP
PURIXAN	T4	SP
TABLOID	T3	
TREXALL	T2	
XATMEP	T3	
XELODA (<i>capecitabine</i>)	T4	PA SP HD
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA AROMATASA		
<i>anastrozole</i> (Arimidex)	T1	HD PPACA
ARIMIDEX (<i>anastrozole</i>)	T3	HD
AROMASIN (<i>exemestane</i>)	T3	HD
<i>exemestane</i> (Aromasin)	T1	HD PPACA
FEMARA (<i>letrozole</i>)	T3	PA HD CSL
<i>letrozole</i> (Femara)	T1	HD
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA BRAF		
BRAFTOVI	T4	PA SP HD
OJEMDA TABLET	T4	PA QL (1 packet/28 Days) SP CSL
OJEMDA 25 MG/ML ORAL SUSP	T4	PA QL (8 bottles/28 days) SP CSL
TAFINLAR CAPSULE	T4	PA QL (4 caps/day) SP HD CSL
TAFINLAR TABLET	T4	PA QL (30 tabs/day) SP HD CSL
ZELBORAF	T4	PA SP HD
ANTINEOPLÁSICOS - COMB. DE INHIBIDORES DE ENZIMAS Y AGENTES ANTIANDROGÉNICOS		
AKEEGA	T4	PA QL (2 Tabs/Day) SP CSL
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA VÍA DE HEDGEHOG		
DAURISMO	T4	PA SP HD
ERIVEDGE	T4	PA SP HD
ODOMZO	T4	PA SP HD
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK)		
JAKAFI	T4	PA SP HD
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDOR DE LA PROTEÍNA KRAS		
KRAZATI	T4	PA QL (6 tabs/day) SP CSL
LUMAKRAS	T4	PA QL (4 tabs per day) SP HD
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA MEK1 Y MEK2		
COTELLIC	T4	PA SP HD
GOMEKLI	T4	PA SP HD
KOSELUGO 10 MG CAPSULE	T4	PA QL (10 capsules/day) SP
KOSELUGO 25 MG CAPSULE	T4	PA QL (4 caps/day) SP
MEKINIST 0.05 MG/ML SOLUTION	T4	PA QL (40 mls/day) SP HD CSL

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

ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA MEKI Y MEK2 (cont.)		
MEKINIST 0.5 MG TABLET	T4	PA QL (3 tabs/day) SP HD CSL
MEKINIST 2 MG TABLET	T4	PA QL (1 tab/day) SP HD CSL
MEKTOVI	T4	PA SP HD
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA MTOR		
AFINITOR	T4	PA SP HD
AFINITOR (<i>everolimus</i>)	T4	PA SP HD
AFINITOR DISPERZ	T4	PA SP
<i>everolimus</i> (Afinitor)	T4	PA SP HD
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA PROTEÍNA METILTRANSFERASA		
TAZVERIK	T4	PA SP
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA TOPOISOMERASA I		
HYCANTIN	T4	PA SP HD
ANTINEOPLÁSTICOS COMB. - INHIBIDORES DE LA QUINASA Y LA AROMATASA		
KISQALI 200 MG	T4	PA QL (21 per 28 days) SP HD
KISQALI 400 MG	T4	PA QL (42 per 28 days) SP HD
KISQALI 800 MG	T4	PA QL (63 per 28 days) SP HD
KISQALI FEMARA CO-PACK	T4	PA QL (1 pack per 28 days) SP CSL
ANTINEOPLÁSTICOS - ANTICUERPOS MONOCLONALES BLOQUEADORES DE LOS RECEPTORES DEL EGF		
PHESGO	T4	PA SP HD
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS INMUNOMODULADORES		
lenalidomide	T4	PA QL (1 tab/day) SP HD CSL
POMALYST	T4	PA QL (21 caps/28 days) SP HD CSL
REVLIMID	T4	PA QL (1 tab/day) SP HD CSL
<i>pazopanib hcl</i> (Votrient)	T4	PA QL (4 tabs/day) SP HD CSL
AGONISTAS DE LHRH (GNRH) ANTINEOPLÁSTICOS, SUPR. HIPOFISARIOS		
<i>leuprolide acetate</i>	T4	PA SP HD
LEUPROLIDE DEPOT	T4	PA SP
LUPRON DEPOT	T4	PA SP HD
ZOLADEX	T4	PA SP HD
ANTAGONISTAS DE LHRH (GNRH) ANTINEOPLÁSTICOS, SUPR. HIPOFISARIOS		
FIRMAGON	T4	PA SP HD
ORGOVYX	T4	PA SP

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS		
ALECENSA	T4	PA QL(8 tabs/day) SP HD CSL
ALUNBRIG	T4	PA SP HD
AUGTYRO	T4	PA QL(2 caps/day) SP HD CSL
AVMAPKI-FAKZYNJA	T4	PA SP CSL
AYVAKIT	T4	PA QL (1 tab/day) SP
BALVERSA	T4	PA SP
BOSULIF	T4	PA QL (3 caps/day) SP HD CSL
CABOMETYX	T4	PA SP HD
CALQUENCE	T4	PA SP
CAPRELSA	T4	PA SP
COMETRIQ	T4	PA SP HD
COPIKTRA	T4	PA SP
DANZITEN	T4	PA SP CSL
<i>dasatinib 20 mg tablet (Sprycel)</i>	T4	PA QL(3 tabs/day) SP HD CSL
<i>dasatinib 70 mg tablet (Sprycel)</i>	T4	PA QL(2 tabs/day) SP HD CSL
<i>dasatinib 50 mg, 80 mg, 100 mg, 140 mg tablet (Sprycel)</i>	T4	PA QL(1 tab/day) SP HD CSL
ENSACOVE 25 MG CAPSULE	T4	PA QL(9 caps/day) SP CSL
ENSACOVE 100 MG CAPSULE	T4	PA QL (2 caps/day) SP CSL
<i>erlotinib hcl</i>	T4	PA SP HD
EXKIVITY	T4	PA SP HD
FOTIVDA	T4	PA QL (30 caps/30 days) SP HD
FRUZAQLA 1 MG CAPSULE	T4	PA QL(84 caps/28 days) SP CSL
FRUZAQLA 5 MG CAPSULE	T4	PA QL(21 caps/28 days) SP CSL
GAVRETO	T4	PA QL (4 Tabs/Day) SP CSL
GILOTRIF	T4	PA SP HD
GLEEVEC (<i>imatinib mesylate</i>)	T4	PA SP HD
IBRANCE	T4	PA QL (21 caps/28 days) SP HD
IBTROZI	T4	PA SP HD
ICLUSIG	T4	PA SP
<i>imatinib mesylate</i> (Gleevec)	T4	PA SP HD
IMBRUVICA	T4	PA SP
IMKELDI	T4	PA SP CSL
INLYTA	T4	PA SP HD
INREBIC	T4	PA SP HD
IRESSA	T4	PA SP HD
ITOVEBI	T4	PA SP HD CSL

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS (cont.)		
IWILFIN	T4	PA QL(8 tabs/day) SP CSL
<i>lapatinib ditosylate</i> (Tykerb)	T4	PA SP HD
LENVIMA	T4	PA SP HD
LORBRENA	T4	PA SP HD
LYNPARZA	T4	PA SP HD
LYTGOBI 12 MG DAILY DOSE PACK	T4	PA QL(3 tabs/day) SP CSL
LYTGOBI 16 MG DAILY DOSE PACK	T4	PA QL(4 tabs/day) SP CSL
LYTGOBI 20 MG DAILY DOSE PACK	T4	PA QL(5 tabs/day) SP CSL
NERLYNX	T4	PA SP HD
NEXAVAR	T4	PA SP HD
<i>nilotinib</i>	T4	PA SP HD
NILOTINIB TARTRATE	T4	PA SP HD
NINLARO	T4	PA QL(3 caps/28 days) SP HD CSL
OGSIVEO	T4	PA QL(6 tabs/day) SP CSL
OJJAARA	T4	PA QL(1 TAB/DAY) SP CSL
<i>pazopanib 200 mg tablet</i> (Votrient)	T4	PA QL SP HD CSL
PEMAZYRE	T4	PA QL (14 tabs/21 days) SP
PIQRAY	T4	PA SP HD
QINLOCK	T4	PA QL (3 tabs/day) SP
RETEVMO 40 MG CAPSULE	T4	PA QL (6 caps/day) SP HD
RETEVMO 80 MG CAPSULE	T4	PA QL (4 tabs/day) SP HD
RETEVMO 120 MG, 160 MG TABLET	T4	PA QL (2 tabs/day) SP HD CSL
REVUFORJ 25 MG, 110 MG TABLET	T4	PA SP CSL
REVUFORJ 160 MG TABLET	T4	PA QL(2 tabs/day) SP CSL
ROMVIMZA	T4	PA QL (8 caps/28 days) SP CSL
ROZLYTREK	T4	PA SP HD
RUBRACA	T4	PA SP
RYDAPT	T4	PA SP HD
SCSEMBLIX 20 MG TABLET	T4	PA QL (2 tablets/day) SP HD
SCSEMBLIX 40 MG TABLET	T4	PA SP HD CSL
SPRYCEL 20 MG	T4	PA QL(3 tab/day) SP HD CSL
SPRYCEL 50 MG, 80 MG, 100 MG, 140 MG TABLET	T4	PA QL(1 tab/day) SP HD CSL
SPRYCEL 70 MG TABLET	T4	PA QL(2 tab/day) SP HD CSL
STIVARGA	T4	PA QL(84 tabs/28 days) SP HD CSL
SUTENT	T4	PA SP HD
TABRECTA	T4	PA QL (4 tabs/day) SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS (cont.)		
TAGRISSO	T4	PA SP HD
TALZENNA	T4	PA QL (1 cap/day) SP HD
TARCEVA (<i>erlotinib hcl</i>)	T4	PA SP HD
TASIGNA	T4	PA QL(4 caps/day) SP HD
TEPMETKO	T4	PA QL (2 tabs/day) SP
TRUQAP	T4	PA QL(64 tabs/28 days) SP CSL
TUKYSA	T4	PA SP
TURALIO CAPSULE	T4	PA QL(4 caps/day) SP CSL
TYKERB (<i>lapatinib</i>)	T4	PA SP HD
UKONIQ	T4	PA QL (4 tabs/day) SP
VANFLYTA	T4	PA QL(2 tabs/day) SP CSL
VERZENIO	T4	PA QL (120mg/day) SP HD
VITRAKVI	T4	PA SP HD
VIZIMPRO	T4	PA SP HD
VOTRIENT (<i>pazopanib hcl</i>)	T4	PA SP HD
XALKORI 200 MG, 250 MG CAPSULE	T4	PA QL(4 caps/day) SP HD CSL
XALKORI 20 MG, 150 MG PELLET	T4	PA QL(4 pellets/day) SP HD CSL
XALKORI 50 MG PELLET	T4	PA QL(4 pellets/day) SP HD CSL
XOSPATA	T4	PA SP
ZEJULA	T4	PA SP
ZYDELIG	T4	PA SP HD
ZYKADIA	T4	PA SP HD
ANTINEOPLÁSICOS, ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-MUERTE PROGRAMADA-I (PD-I)		
OPDIVO	T4	PA SP HD
ANTINEOPLÁSICOS-INHIBIDORES DE LINFOMA DE CÉLULAS B-2 (BCL-2)		
VENCLEXTA	T4	PA SP
VENCLEXTA STARTING PACK	T4	PA SP
ANTINEOPLÁSICOS-INHIBIDORES DE LA ISOCITRATO DESHIDROGENASA		
IDHIFA	T4	PA SP HD
REZLIDHIA	T4	PA QL(2 caps/day) SP CSL
TIBSOVO	T4	PA SP
FÁRMACOS INMUNOCONJUGADOS ANTINEOPLÁSICOS		
ENHERTU	T4	PA SP HD
ANTINEOPLÁSICOS, VARIOS		
<i>etoposide</i>	T4	SP HD
LYSODREN	T2	
MATULANE	T4	SP
<i>tretinoin 10 mg capsule</i>	T1	PA

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSICOS-INHIB. SELECT. DE LA EXP. NUCLEAR (SINE)		
XPOVIO	T4	PA SP
ANTICUERPO MONOCLONAL AL RECEPTOR ANTÍGENO DEL LINFOCITO T CITOTÓXICO (CTLA-4)		
YERVOY	T4	PA SP HD
INMUNOMODULADORES		
ACTIMMUNE	T4	PA SP HD
BESREMI	T4	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>tamoxifen citrate</i>	T1	HD PPACA
<i>toremifene citrate</i> (Fareston)	T1	QL (2 tabs/day) HD
ANTINEOPLÁSICOS ESTEROIDES		
EMCYT	T4	SP HD
<i>megestrol acetate</i>	T1	
ANTINEOPLÁSICOS (Condiciones cutáneas)		
ANTINEOPLÁSICOS TÓPICOS FOTOACT., LESIONES PREMALIGNAS		
LEVULAN	T4	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	T4	SP HD
PICATO	T2	
TARGRETIN 1% GEL (<i>bexarotene</i>)	T4	PA SP HD
TOLAK	T3	
VALCHLOR	T4	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> (Regimex)	T1	
<i>diethylpropion hcl</i>	T1	
LOMAIRA	T3	PA

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS CONTRA LA OBESIDAD (Control del peso) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANOREXÍGENOS CONTRA LA OBESIDAD (cont.)		
<i>phendimetrazine tartrate</i>	T1	
<i>phentermine hcl</i> (Adipex-p)	T1	
QSYMIA	T3	PA
REGIMEX (<i>benzphetamine hcl</i>)	T3	
VYKAT XR	T4	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	T4	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
ANTIPARASITARIOS (Infecciones)		
ANTIPARASITARIOS		
ALINIA (<i>nitazoxanide</i>)	T3	
<i>nitazoxanide</i> (Alinia)	T1	
ANTIPARASITARIOS OFTÁLMICOS (DE LOS OJOS)		
XDEMZY	T4	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	
<i>ivermectin</i> (Sklice)	T1	
NATROBA (<i>spinosad</i>)	T3	PA
<i>permethrin</i> (Elimite)	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIPARASITARIOS (Infecciones) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIPARASITARIOS TÓPICOS (cont.)		
SKLICE (<i>ivermectin</i>)	T3	
<i>spinosad</i> (Natroba)	T1	
ULESFA	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	T4	PA SP HD
AZILECT 0.5 MG TABLET (<i>rasagiline mesylate</i>)	T3	QL (1 tab/day) HD
AZILECT 1 MG TABLET (<i>rasagiline mesylate</i>)	T3	HD
<i>bromocriptine mesylate</i>	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa</i>	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa</i> (Sinemet)	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i> (Stalevo 100)	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i> (Stalevo 75)	T1	HD
DHIVY	T3	PA
DUOPA	T4	SP HD
<i>entacapone</i>	T1	HD
GOCOVRI	T3	HD
INBRIJA	T4	PA SP HD
KYNMOBI	T2	PA HD
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

T1 — Habitualmente genéricos

T2 — Habitualmente marcas preferidas

T3 — Habitualmente marcas no preferidas

PA — Autorización previa

QL — Límite a la cantidad

ST — Tratamiento escalonado

AGE — Requisito de edad

SP — Medicamentos de especialidad

HD — Puede requerir entrega a domicilio

PPACA — Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS (Enfermedad de Parkinson) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, OTROS (cont.)		
NEUPRO	T3	HD
NOURIANZ	T4	PA QL (1 tab/day) SP HD
ONAPGO	T4	PA QL(20 mls/day) SP
OSMOLEX ER 322 MG DAILY DOSE	T3	QL (2 tabs/day) HD
PARLODEL (<i>bromocriptine mesylate</i>)	T3	HD
<i>pramipexole di-hcl</i>	T1	HD
<i>pramipexole er 0.375 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>pramipexole er 0.75 mg tablet</i>	T1	HD
<i>pramipexole er 1.5 mg tablet</i>	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</i> (Azilect)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>rasagiline mesylate 1 mg tab</i> (Azilect)	T1	HD
<i>ropinirole hcl</i>	T1	HD
RYTARY	T3	HD
<i>selegiline hcl</i>	T1	HD
SINEMET 10-100 (<i>carbidopa-levodopa</i>)	T3	HD
SINEMET 25-100 (<i>carbidopa-levodopa</i>)	T3	HD
SINEMET 25-250 (<i>carbidopa-levodopa</i>)	T3	HD
STALEVO 125 (<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>)	T3	HD
STALEVO 50 (<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>)	T3	HD
TASMAR (<i>tolcapone</i>)	T3	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS (Enfermedad de Parkinson) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, OTROS (cont.)		
<i>tolcapone</i> (Tasmar)	T1	HD
XADAGO	T3	ST HD
VYALEV	T4	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> (Plavix)	T1	HD
<i>dipyridamole</i>	T1	HD
EFFIENT (<i>prasugrel hcl</i>)	T3	HD
PLAVIX (<i>clopidogrel</i>)	T3	PA HD
<i>ticagrelor</i>	T1	HD
<i>prasugrel hcl</i> (Effient)	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> (Agrylin)	T1	
ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH)		
ANTIRRETROVIRALES-INHIBIDORES DE LA CÁPSIDE		
SUNLENCA 300 MG TABLET	T4	PA QL (5 tabs/180 days) SP
SUNLENCA 4- 300 MG TABLET	T4	PA QL (5 tabs/180 days) SP
SUNLENCA 463.5 MG/1.5 ML VIAL	T4	PA SP
SUNLENCA 5- 300 MG TABLET	T4	PA QL (5 tabs/180 days) SP
ANTIRRETROVIRALES-COMB. DE INHIBIDORES DE LA INTEGRASA Y NNRTI		
CABENUVA	T4	PA SP
JULUCA	T4	SP
ANTIRRETROVIRALES-COMB. DE INHIBIDORES DE LA INTEGRASA Y NRTI		
DOVATO	T4	SP

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIRRETROVIRALES-COMB. DE NRTI E INHIBIDORES DE LA INTEGRASA		
TRIUMEQ	T4	QL(1 tab/day) SP
TRIUMEQ PD	T4	QL(1 tab/day) SP
ANTIRRETROVIRALES-NUCLEÓSIDOS, NUCLEÓTIDOS, INHIB. DE LA PROTEASA		
SYM TUZA	T4	SP
ANTIVÍRICOS - ESPEC. PARA VIH, INHIB. DE LA PROTEASA NO PEPTÍDICOS		
APTIVUS	T4	PA SP
<i>darunavir ethanolate</i> (Prezista)	T4	SP
PREZCOBIX	T4	PA SP
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION	T4	SP
PREZISTA 150 MG TABLET	T4	SP
PREZISTA 600 MG TABLET (darunavir)	T4	PA SP
PREZISTA 75 MG TABLET	T4	SP
PREZISTA 800 MG TABLET (darunavir)	T4	PA SP
ANTIVÍRICOS - ESPEC. PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS-NUCLEÓTIDOS		
CIMDUO	T4	PA SP
DESCOVY	T4	SP PPACA
<i>emtricitabine-tenofv 100-150mg</i> (Truvada)	T4	SP
<i>emtricitabine-tenofv 133-200mg</i> (Truvada)	T4	SP
<i>emtricitabine-tenofv 167-250mg</i> (Truvada)	T4	SP
<i>emtricitabine-tenofv 200-300mg</i> (Truvada)	T4	SP PPACA
TEMIXYS	T4	PA SP
TRUVADA (<i>emtricitabine-tenofovir disop</i>)	T4	PA SP
ANTIVÍRICOS - ESPEC. PARA VIH, COMB. ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS, RTI		
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i> (Epzicom)	T4	PA SP
<i>abacavir/lamivudine/zidovudine</i>	T4	PA SP
COMBIVIR (<i>lamivudine-zidovudine</i>)	T4	PA SP
EPZICOM (<i>abacavir-lamivudine</i>)	T4	PA SP
<i>lamivudine/zidovudine</i> (Combivir)	T4	SP
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, ANTAG. DEL CO-RECEPTOR CCR5		
AGRYLIN (<i>anagrelide hcl</i>)	T3	
SELZENTRY 150 MG TABLET (maraviroc)	T4	PA SP
SELZENTRY 20 MG/ML ORAL SOLN	T4	PA SP
SELZENTRY 25 MG TABLET	T4	PA SP
SELZENTRY 300 MG TABLET (maraviroc)	T4	PA SP

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, ANTAG. DEL CO-RECEPTOR CCR5 (cont.)		
SELZENTRY 75 MG TABLET	T4	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	T4	PA SP
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, NO NUCLEÓSIDOS, RTI		
EDURANT	T4	PA SP
INTELENCE	T4	PA SP
nevirapine	T4	PA SP
nevirapine (Viramune Xr)	T4	PA SP
nevirapine (Viramune)	T4	PA SP
PIFELTRO	T4	PA SP
VIRAMUNE (nevirapine)	T4	PA SP
VIRAMUNE XR (nevirapine er)	T4	PA SP
abacavir sulfate (Ziagen)	T4	PA SP
didanosine (Videx Ec)	T4	PA SP
emtricitabine (Emtriva)	T4	PA SP
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	T4	PA SP
EMTRIVA 200 MG CAPSULE (emtricitabine)	T4	PA SP
EPIVIR (lamivudine)	T4	PA SP
lamivudine 10 mg/ml oral soln (Epivir)	T4	SP
lamivudine 150 mg tablet (Epivir)	T4	SP
lamivudine 300 mg tablet (Epivir)	T4	PA SP
lamivudine 300 mg/30ml sol cup (Epivir)	T4	SP
RETROVIR (zidovudine)	T4	PA SP
stavudine	T4	PA SP
VIDEX EC	T4	PA SP
VIDEX EC (didanosine)	T4	PA SP
ZIAGEN (abacavir)	T4	PA SP
zidovudine	T4	SP
zidovudine (Retrovir)	T4	SP
tenofovir disoproxil fumarate (Viread)	T4	PA SP
VIREAD 150 MG TABLET	T4	PA SP
VIREAD 200 MG TABLET	T4	PA SP
VIREAD 250 MG TABLET	T4	PA SP

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, NO NUCLEÓSIDOS, RTI (cont.)		
VIREAD 300 MG TABLET (<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>)	T4	PA SP
VIREAD POWDER	T4	PA SP
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, COMB. DE INHIBIDORES DE LA PROTEASA		
<i>fosamprenavir</i>	T4	PA SP
KALETRA 100-25 MG TABLET	T4	PA SP
KALETRA 200-50 MG TABLET	T4	PA SP
KALETRA 80 MG-20 MG/ML SOLN (<i>lopinavir-ritonavir</i>)	T4	PA SP
<i>lopinavir/ritonavir</i> (Kaletra)	T1	
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA PROTEASA		
<i>atazanavir sulfate</i> (Reyataz)	T4	PA SP
CRIXIVAN	T4	PA SP
EVOTAZ	T4	PA SP
<i>fosamprenavir calcium</i> (Lexiva)	T4	PA SP
LEXIVA (<i>fosamprenavir calcium</i>)	T4	PA SP
NORVIR 100 MG POWDER PACKET	T4	SP
NORVIR 100 MG TABLET (<i>ritonavir</i>)	T4	PA SP
REYATAZ 150 MG CAPSULE (<i>atazanavir sulfate</i>)	T4	PA SP
REYATAZ 200 MG CAPSULE (<i>atazanavir sulfate</i>)	T4	PA SP
REYATAZ 300 MG CAPSULE (<i>atazanavir sulfate</i>)	T4	PA SP
REYATAZ 50 MG POWDER PACKET	T4	PA SP
<i>ritonavir</i> (Norvir)	T4	SP
VIRACEPT	T4	PA SP
ANTIVÍRICOS - INHIBIDORES DE LA TRANSFERENCIA DE CADENA DE LA INTEGRASA DEL VIH-I		
APRETUDE	T4	PA SP
ISENTRESS	T4	SP
ISENTRESS HD	T4	PA SP
TIVICAY	T4	SP
TIVICAY PD	T4	SP
ANTIRRETROV., COMB. DE NUCLEÓSIDOS, NUCLEÓTIDOS Y RTI NO NUCLEÓSIDOS		
COMPLERA (<i>emtricitabine/rilpivirine/tenofovir</i>)	T4	PA SP
DELSTRIGO	T4	PA SP
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir</i> (Complera)	T4	PA SP
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir</i> (Symfi Lo)	T4	SP

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIRRETROV., COMB. DE NUCLEÓSIDOS, NUCLEÓTIDOS Y RTI NO NUCLEÓSIDOS (cont.)		
<i>efavirenz/lamivu/tenofof disop</i> (Symfi)	T4	SP
ODEFSEY	T4	PA SP
SYMFI (<i>efavirenz-lamivu-tenofof disop</i>)	T4	PA SP
SYMFI LO (<i>efavirenz-lamivu-tenofof disop</i>)	T4	PA SP
ANTIRRETROV.-NUCLEÓSIDOS, RTI NUCLEÓTIDOS, INHIBIDORES DE LA INTEGRASA		
BIKTARVY	T4	SP
GENVOYA	T4	SP
STRIBILD	T4	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	T4	PA QL (4 tabs/day) SP
<i>oseltamivir 6 mg/ml suspension</i> (Tamiflu)	T1	QL (180ml/30 days)
<i>oseltamivir phos 30 mg capsule</i> (Tamiflu)	T1	QL (20/30 days)
<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	T4	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)

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

ANTIVÍRICOS (Infecciones) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIVÍRICOS, GENERALES (cont.)		
<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	T4	PA SP HD
VIRUS DE LA HEP. C, INH. DE LA POLIMERASA NS5B ANÁLOGA DE NUCLEÓTIDOS		
SOVALDI 150 MG PELLET PACKET	T4	PA QL (1 tab/day) SP HD
SOVALDI 200 MG PELLET PACKET	T4	PA QL (1 tab/day) SP HD
SOVALDI 200 MG TABLET	T4	PA QL (1 tab/day) SP HD
SOVALDI 400 MG TABLET	T4	PA SP HD
VIRUS DE LA HEP. C - COMBO DE INHIB. DE LA POLIMERASA NS5B Y NS5A		
EPCLUSA 200 MG-50 MG TABLET	T4	PA QL (1 tab/Day) SP HD
EPCLUSA 400 MG-100 MG TABLET	T4	PA SP HD
HARVONI 33.75-150 MG PELLET PK	T4	PA QL (1 tab/day) SP HD
HARVONI 45-200 MG PELLET PACKT	T4	PA QL (1 tab/day) SP HD
HARVONI 45-200 MG TABLET	T4	PA QL (1 tab/day) SP HD
HARVONI 90-400 MG TABLET	T4	PA SP HD
LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR	T4	PA QL (1 tab/day) SP HD
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR	T4	PA QL (1 tab/day) SP HD
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS B		
<i>adefovir dipivoxil</i>	T4	SP HD
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION	T4	SP HD
BARACLUDE 0.5 MG TABLET (<i>entecavir</i>)	T4	PA QL (1 tab/day) SP HD
BARACLUDE 1 MG TABLET (<i>entecavir</i>)	T4	PA SP HD
<i>entecavir 0.5 mg tablet</i> (Baraclude)	T4	QL (1 tab/day) SP HD
<i>entecavir 1 mg tablet</i> (Baraclude)	T4	SP HD
EPIVIR HBV 100 MG TABLET (<i>lamivudine hbv</i>)	T4	SP
EPIVIR HBV 25 MG/5 ML SOLN	T4	SP
HEPSERA (<i>adefovir dipivoxil</i>)	T4	SP HD
<i>lamivudine</i> (Epivir Hbv)	T4	SP
VEMLIDY	T4	SP HD

T1 — Habitualmente genéricos

T2 — Habitualmente marcas preferidas

T3 — Habitualmente marcas no preferidas

PA — Autorización previa

QL — Límite a la cantidad

ST — Tratamiento escalonado

AGE — Requisito de edad

SP — Medicamentos de especialidad

HD — Puede requerir entrega a domicilio

PPACA — Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C		
PEGASYS	T4	PA SP HD
PEGINTRON	T4	PA SP HD
<i>ribasphere 200 mg capsule</i>	T4	SP HD
<i>ribasphere 200 mg tablet</i>	T4	SP HD
<i>ribasphere 400 mg tablet</i>	T4	SP
<i>ribasphere 600 mg tablet</i>	T4	SP
<i>ribasphere ribapak 200-400 mg</i>	T4	SP HD
<i>ribasphere ribapak 400-400 mg</i>	T4	SP HD
<i>ribasphere ribapak 400-400 mg</i>	T4	SP HD
<i>ribasphere ribapak 600-400 mg</i>	T4	SP HD
<i>ribasphere ribapak 600-400 mg</i>	T4	SP HD
<i>ribasphere ribapak 600-600 mg</i>	T4	SP HD
<i>ribasphere ribapak 600-600 mg</i>	T4	SP HD
VIRUS DE LA HEPATITIS C - COMB. DE INHIB. DE NS5A Y NS3/4A		
MAVYRET 100-40 MG TABLET	T4	PA QL(3 tabs/day) SP HD
MAVYRET 50-20 MG PELLET PACKET	T4	PA QL(5 packs/day) SP HD
VIRUS DE LA HEPATITIS C - COMB. DE INHIB. DE NS5A Y NS3/4A		
ZEPATIER	T4	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)
ANTIVÍRICOS TÓPICOS		
<i>acyclovir 5% cream (Zovirax)</i>	T1	PA QL (5gm/30 days)
<i>acyclovir 5% ointment (Zovirax)</i>	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

T1 — Habitualmente genéricos

T2 — Habitualmente marcas preferidas

T3 — Habitualmente marcas no preferidas

PA — Autorización previa

QL — Límite a la cantidad

ST — Tratamiento escalonado

AGE — Requisito de edad

SP — Medicamentos de especialidad

HD — Puede requerir entrega a domicilio

PPACA — Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANAFILAXIA		
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</i>)	T3	PA HD
<i>pyridostigmine 60 mg/5 ml soln</i> (Mestinon)	T1	HD
PYRIDOSTIGMINE BR 30 MG TABLET	T3	PA QL (20 tabs/day) HD
<i>pyridostigmine br 60 mg tablet</i> (Mestinon)	T1	HD
<i>pyridostigmine bromide</i> (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

T1 — Habitualmente genéricos

T2 — Habitualmente marcas preferidas

T3 — Habitualmente marcas no preferidas

PA — Autorización previa

QL — Límite a la cantidad

ST — Tratamiento escalonado

AGE — Requisito de edad

SP — Medicamentos de especialidad

HD — Puede requerir entrega a domicilio

PPACA — Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

ADRENÉRGICOS, AROMÁTICOS, SIN CATECOLAMINAS

ADDERALL (*dextroamphetamine-amphetamine*)

T3

PA ST

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.)		
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
DYANAVAL 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

T1 — Habitualmente genéricos

T2 — Habitualmente marcas preferidas

T3 — Habitualmente marcas no preferidas

PA — Autorización previa

QL — Límite a la cantidad

ST — Tratamiento escalonado

AGE — Requisito de edad

SP — Medicamentos de especialidad

HD — Puede requerir entrega a domicilio

PPACA — Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)		
AGENTES VASOCONSTRICTORES ADRENÉRGICOS		
<i>droxidopa</i> (Nothera)	T4	SP HD
MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES VASOCONSTRICTORES ADRENÉRGICOS (cont.)		
<i>midodrine hcl</i>	T1	
NOTHERA (<i>droxidopa</i>)	T4	PA SP HD
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA		
DIBENZYLINE (<i>phenoxybenzamine hcl</i>)	T3	HD
<i>phenoxybenzamine hcl</i> (Dibenzylina)	T1	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	T4	PA SP
PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)		
EXTRACTOS ALERGÉNICOS, TERAPÉUTICOS		
RAGWITEK	T3	PA QL (1 tab/day)
INHIBIDORES DE CALICREÍNA PLASMÁTICA		
TAKHZYRO	T4	PA SP HD
PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Varios)		
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA FENILCETONURIA - FENILALANINA AMONIO LIASA		
PALYNZIQ	T4	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

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
VACUNAS CONTRA EL COVID-19 (cont.)		
MODERNA COVID-19 VACCINE (EUA)	T2	PPACA
PFIZER COVID-19 VACCINE (EUA)	T2	PPACA
SPIKEVAX	T2	PPACA
VACUNAS CONTRA VIRUS ENTÉRICOS		
IPOV	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		
CAPVAXIME	T3	PPACA
PNEUMOVAX 23	T2	PPACA
PREVNAR	T2	PPACA
VACUNAS CONTRA EL VIRUS DE LA INFLUENZA		
AFLURIA QUAD 2	T2	PPACA
EZ FLU (FLUCELVAX)	T2	PPACA
FLUAD	T2	PPACA
FLUAD QUAD	T2	PPACA
FLUARIX QUAD	T2	PPACA
FLUBLOK QUAD	T2	PPACA
FLUCELVAX QUAD	T2	PPACA
FLULAVAL QUAD	T2	PPACA
FLUMIST QUAD	T3	PPACA
FLUZONE HIGH-DOSE QUAD	T2	PPACA
FLUZONE QUAD	T2	PPACA
VACUNAS/TOXOIDES CONTRA BACILOS TOXIGÉNICOS		
BCG VACCINE (TICE STRAIN)	T4	SP
PREPARACIONES, COMBINACIONES DE VACUNAS/TOXOIDES		
ACTHIB	T2	PPACA
ADACEL TDAP	T2	PPACA

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES, COMBINACIONES DE VACUNAS/TOXOIDES (cont.)		
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
PENTACEL ACTHIB COMPONENT	T2	PPACA
PROQUAD	T2	PPACA
QUADRACEL DTAP-IPV	T2	PPACA
TDVAX	T2	PPACA
TENIVAC	T2	PPACA
VAXELIS	T2	PPACA
VACUNAS ANTIVIRALES/DE CÉLULAS TUMORÍGENAS		
ABRYSVO	T3	PPACA
ENGRIX-B ADULT	T2	PPACA
ENGRIX-B PEDIATRIC-ADOLESCENT	T2	PPACA
ERVEBO (NATIONAL STOCKPILE)	T3	PPACA
GARDASIL 9	T2	PPACA
HEPLISAV-B	T2	PPACA
IXCHIQ	T3	PPACA
JYNNEOS	T3	PPACA
PEDIARIX	T2	PPACA
RECOMBIVAX HB	T2	PPACA
SHINGRIX	T2	QL (2 doses/lifetime) PPACA
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)	T4	SP HD
CABLIVI	T4	PA SP

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA TROMBÓTICA (cont.)		
LYSTEDA (<i>tranexamic acid</i>)	T4	SP
<i>tranexamic acid</i> (Lysteda)	T4	SP
AGENTES ANTIFIBRINOLÍTICOS		
AMICAR (<i>aminocaproic acid</i>)	T4	SP HD
FACTORES ANTIHEMOFÍLICOS		
ALTUVIIIO	T4	PA SP HD
INHIBIDORES DEL COMPLEMENTO (C3)		
EMPAVELI	T4	PA SP
FABHALTA	T4	PA QL (2 caps/day) SP
VOYDEYA	T4	PA QL (1 packet/28 days) SP
INHIBIDORES DEL COMPLEMENTO (C5)		
TAVNEOS	T4	PA QL (6 caps/day) SP HD
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEMOFILIA, SIN REEMPLAZO DE FACTOR		
ALHEMO PEN	T4	PA SP
HEMLIBRA	T4	PA SP HD
HYMPAVZI PEN	T4	PA SP
QFILTIA	T4	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	
GELFOAM COMPRESSED	T3	
MONSEL's	T3	
RAPLIXA	T3	
RECOTHROM	T3	
SURGIFOAM	T1	
SYRINGE AVITENE	T3	
THROMBI-GE/PADL	T3	
THROMBIN-JMI	T3	
ULTRAFOAM	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

SANGRE (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
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	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
<i>quinidine sulfate</i>	T1	HD
RYTHMOL SR (<i>propafenone hcl er</i>)	T3	PA HD
TIKOSYN 125 MCG CAPSULE (<i>dofetilide</i>)	T3	PA QL (8 caps/day) HD
TIKOSYN 250 MCG CAPSULE (<i>dofetilide</i>)	T3	PA QL (4 caps/day) HD
TIKOSYN 500 MCG CAPSULE (<i>dofetilide</i>)	T3	PA QL (2 caps/day) HD
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

T1 — Habitualmente genéricos

T2 — Habitualmente marcas preferidas

T3 — Habitualmente marcas no preferidas

PA — Autorización previa

QL — Límite a la cantidad

ST — Tratamiento escalonado

AGE — Requisito de edad

SP — Medicamentos de especialidad

HD — Puede requerir entrega a domicilio

PPACA — Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO (cont.)		
CARDIZEM LA 120 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day) HD
CARDIZEM LA 180 MG TABLET (<i>matzim la</i>)	T3	PA HD
CARDIZEM LA 240 MG TABLET (<i>matzim la</i>)	T3	PA HD
CARDIZEM LA 300 MG TABLET (<i>matzim la</i>)	T3	PA HD
CARDIZEM LA 360 MG TABLET (<i>matzim la</i>)	T3	PA HD
CARDIZEM LA 420 MG TABLET (<i>matzim la</i>)	T3	PA HD
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	
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 XL)	T1	HD
<i>nifedipine</i> (Procardia)	T1	HD
<i>nimodipine</i>	T1	HD
<i>nisoldipine er 17 mg tablet</i> (Sular)	T1	HD
<i>nisoldipine er 20 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>nisoldipine er 25.5 mg tablet</i>	T1	HD
<i>nisoldipine er 30 mg tablet</i>	T1	HD
<i>nisoldipine er 34 mg tablet</i> (Sular)	T1	HD
<i>nisoldipine er 40 mg tablet</i>	T1	HD
<i>nisoldipine er 8.5 mg tablet</i> (Sular)	T1	HD
NORVASC (<i>amlodipine besylate</i>)	T3	PA
NORLIQVA	T2	PA QL (10ml/day) HD
NYMALIZE	T3	HD
PROCARDIA (<i>nifedipine</i>)	T3	HD
PROCARDIA XL (<i>nifedipine er</i>)	T3	PA HD
SULAR (<i>nisoldipine</i>)	T3	HD
TIAZAC (<i>tiadylt er</i>)	T3	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO (cont.)		
<i>verapamil hcl</i>	T1	HD
<i>verapamil hcl</i> (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
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
ISORDIL TITRADOSE (<i>isosorbide dinitrate</i>)	T3	PA HD
<i>isosorbide dinitrate 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab</i>	T1	HD
<i>isosorbide dinitrate 40 mg tab</i> (Isordil)	T1	PA HD
<i>isosorbide dinitrate 5 mg tab</i> (Isordil Titradose)	T1	HD
<i>isosorbide mononitrate</i>	T1	HD
MINITRAN	T1	HD
NITRO-DUR 0.1 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 0.3 mg tablet sl</i> (Nitrostat)	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
VASODILADORES, CORONARIOS (cont.)		
<i>nitroglycerin 0.4 mg tablet sl (Nitrostat)</i>	T1	HD
<i>nitroglycerin 0.6 mg tablet sl (Nitrostat)</i>	T1	HD
<i>nitroglycerin 400 mcg spray (Nitrolingual)</i>	T1	HD
<i>nitroglycerin (Nitro-dur)</i>	T1	HD
<i>nitroglycerin (Nitromist)</i>	T1	HD
<i>nitroglycerin (Nitromist)</i>	T1	HD
<i>nitroglycerin (Nitrostat)</i>	T1	HD
NITROLINGUAL (<i>nitroglycerin</i>)	T3	HD
NITROMIST (<i>nitroglycerin</i>)	T3	HD
NITROSTAT (<i>nitroglycerin</i>)	T3	HD
CARDIOVASCULARES (Asma/EPOC/condiciones respiratorias)		
ANTIHIP. PULM., ESTIMULADOR DE LA GUANILATO CICLASA SOLUBLE		
ADEMPAS	T4	PA SP HD
ANTIHIP. PULM., INHIB. SEL. DE LA FOSFODIESTERASA T5 DE C-GMP		
ADCIRCA (<i>tadalafil</i>)	T4	PA SP HD
REVATIO (<i>sildenafil citrate</i>)	T4	PA SP HD
<i>sildenafil 10 mg/ml oral susp (Revatio)</i>	T4	PA SP HD
<i>sildenafil 20 mg tablet (Revatio)</i>	T4	PA SP HD
<i>tadalafil (Adcirca)</i>	T4	PA SP HD
<i>tadalafil 20 mg tablet (Adcirca)</i>	T4	PA SP HD
TADLIQ	T4	PA SP HD
ANTIHIP. PULMONAR, ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES DE ENDOTELINA		
<i>ambrisentan (Letairis)</i>	T4	PA SP HD
<i>bosentan (Tracleer)</i>	T4	PA SP HD
LETAIRIS (<i>ambrisentan</i>)	T4	PA SP HD
OPSUMIT	T4	PA SP HD
TRACLEER 125 MG TABLET (<i>bosentan</i>)	T4	PA SP HD
TRACLEER 32 MG TABLET FOR SUSP	T4	PA SP HD
TRACLEER 62.5 MG TABLET (<i>bosentan</i>)	T4	PA SP HD
ANTIHIPERTENSIVOS PULMONARES, TIPO PROSTACICLINAS		
ORENITRAM ER	T4	PA SP HD
TYVASO	T4	PA SP HD
TYVASO INSTITUTIONAL START KIT	T4	PA SP HD
WINREVAIR	T4	PA SP HD

T1 — Habitualmente genéricos

T2 — Habitualmente marcas preferidas

T3 — Habitualmente marcas no preferidas

PA — Autorización previa

QL — Límite a la cantidad

ST — Tratamiento escalonado

AGE — Requisito de edad

SP — Medicamentos de especialidad

HD — Puede requerir entrega a domicilio

PPACA — Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERTENSIVOS PULMONARES, TIPO PROSTACICLINAS (cont.)		
TYVASO REFILL KIT	T4	PA SP HD
TYVASO STARTER KIT	T4	PA SP HD
UPTRAVI	T4	PA SP HD
VENTAVIS	T4	PA SP HD
YUTREPIA	T4	PA SP HD

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

OPSYNVI	T4	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

INHIBIDOR DE LA ECA-TIAZIDA O DIURÉTICO TIAZÍDICO

ACCURETIC (<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>)	T3	ST HD
<i>benazepril/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>benazepril/hydrochlorothiazide</i> (Lotensin Hct)	T1	HD
<i>captopril-hctz 25-15 mg tablet</i>	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>captopril-hctz 25-25 mg tablet</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>captopril-hctz 50-15 mg tablet</i>	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>captopril-hctz 50-25 mg tablet</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>enalapril/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>enalapril/hydrochlorothiazide</i> (Vaseretic)	T1	HD
<i>fosinopril/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i> (Zestoretic)	T1	HD
LOTENSIN HCT (<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>)	T3	ST HD
<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i> (Accuretic)	T1	HD
VASERETIC (<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>)	T3	ST HD
ZESTORETIC (<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>)	T3	ST HD

T1 — Habitualmente genéricos

PA — Autorización previa

AGE — Requisito de edad

PPACA — Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 — Habitualmente marcas preferidas

QL — Límite a la cantidad

SP — Medicamentos de especialidad

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

T3 — Habitualmente marcas no preferidas

ST — Tratamiento escalonado

HD — Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA/BETA		
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
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA		
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
TEZRULY	T3	PA HD
ANTAG. DE RECEPT. DE ANGIOTENSINA-BLOQ. DE LOS CANALES DE CALCIO-TIAZIDAS		
amlodipine/valsartan/hcthiiazid (Exforge Hct)	T1	HD
EXFORGE (amlodipine besylate/valsartan)	T3	PA HD
EXFORGE HCT (amlodipine-valsartan-hctz)	T3	PA HD
olmesartan/amlodipin/hcthiiazid (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	ST HD
EDARBYCLOR	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 compartidos

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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
COMB. DE ANTAG. DE RECEPT. DE ANGIOTENSINA-DIURÉTICOS TIAZÍDICOS (cont.)		
HYZAAR (<i>losartan-hydrochlorothiazide</i>)	T3	ST HD
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i> (Avalide)	T1	HD
<i>losartan/hydrochlorothiazide</i> (Hyzaar)	T1	HD
MICARDIS HCT 40-12.5 MG TABLET (<i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i>)	T3	QL (1 tab/day) ST HD
MICARDIS HCT 80-12.5 MG TABLET (<i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i>)	T3	ST HD
MICARDIS HCT 80-25 MG TABLET (<i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i>)	T3	ST HD
<i>olmesartan-hctz 20-12.5 mg tab</i> (Benicar Hct)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>olmesartan-hctz 40-12.5 mg tab</i> (Benicar Hct)	T1	HD
<i>olmesartan-hctz 40-25 mg tab</i> (Benicar Hct)	T1	HD
<i>telmisartan-hctz 40-12.5 mg tb</i> (Micardis Hct)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>telmisartan-hctz 80-12.5 mg tb</i> (Micardis Hct)	T1	HD
<i>telmisartan-hctz 80-25 mg tab</i> (Micardis Hct)	T1	HD
<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i> (Diovan Hct)	T1	HD
BLOQ. DE RECEPTORES DE ANGIOTENSINA-BLOQ. DE LOS CANALES DE CALCIO		
<i>amlodipine besylate/valsartan</i> (Exforge)	T1	HD
<i>amlodipine-olmesartan 10-20 mg</i> (Azor)	T1	HD
<i>amlodipine-olmesartan 10-40 mg</i> (Azor)	T1	HD
<i>amlodipine-olmesartan 5-20 mg</i> (Azor)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>amlodipine-olmesartan 5-40 mg</i> (Azor)	T1	HD
AZOR 10-20 MG TABLET (<i>amlodipine-olmesartan</i>)	T3	HD
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>captopril</i>	T1	HD
<i>enalapril maleate</i> (Vasotec)	T1	HD

T1 — Habitualmente genéricos

PA — Autorización previa

AGE — Requisito de edad

PPACA — Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 — Habitualmente marcas preferidas

QL — Límite a la cantidad

SP — Medicamentos de especialidad

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

T3 — Habitualmente marcas no preferidas

ST — Tratamiento escalonado

HD — Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para 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.)		
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	PA HD
ANTIHIPERTENSIVOS, ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ANGIOTENSINA		
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
COZAAR (<i>losartan potassium</i>)	T3	PA HD
DIOVAN (<i>valsartan</i>)	T3	PA 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 40 MG TABLET (<i>telmisartan</i>)	T3	ST QL (1 tab/day) HD
MICARDIS 80 MG TABLET (<i>telmisartan</i>)	T3	ST HD
<i>olmesartan medoxomil 20 mg tab</i> (Benicar)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>olmesartan medoxomil 40 mg tab</i> (Benicar)	T1	HD
<i>olmesartan medoxomil 5 mg tab</i> (Benicar)	T1	HD
<i>telmisartan 20 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERTENSIVOS, ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ANGIOTENSINA (cont.)		
<i>telmisartan 40 mg tablet</i> (Micardis)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>telmisartan 80 mg tablet</i> (Micardis)	T1	HD
<i>valsartan</i> (Diovan)	T1	HD
ANTIHIPERTENSIVOS, BLOQUEADORES GANGLIONARES		
<i>VECAMYL</i>	T1	
ANTIHIPERTENSIVOS, VARIOS		
<i>DEMSE</i> (<i>metirosine</i>)	T3	HD
<i>metirosine</i> (Demser)	T1	HD
ANTIHIPERTENSIVOS, SIMPATOLÍTICOS		
<i>CATAPRES-TTS 1 (clonidine)</i>	T3	HD
<i>CATAPRES-TTS 2 (clonidine)</i>	T3	HD
<i>CATAPRES-TTS 3 (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> (Intuniv)	T1	HD
<i>INTUNIV (guanfacine hcl)</i>	T3	PA HD
<i>methyl dopa</i>	T1	HD
<i>methyl dopa/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
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
<i>BETAPACE (sotalol af)</i>	T3	PA HD
<i>BETAPACE AF (sotalol af)</i>	T3	PA HD
<i>betaxolol hcl</i>	T1	HD
<i>bisoprolol fumarate</i>	T1	HD
<i>BISOPROLOL FUMARATE 2.5 MG TAB</i>	T3	PA QL (1 tab/day) HD
<i>BYSTOLIC 10 MG TABLET</i>	T3	PA QL (1 tab/day) HD
<i>BYSTOLIC 2.5 MG TABLET</i>	T3	PA QL (1 tab/day) HD
<i>BYSTOLIC 20 MG TABLET</i>	T3	PA HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS BETA (cont.)		
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
BETABLOQUEANTES Y TIAZIDAS, DIURÉTICOS TIAZÍDICOS		
<i>atenolol/chlorthalidone</i> (Tenoretic 100)	T1	HD
<i>atenolol/chlorthalidone</i> (Tenoretic 50)	T1	HD
<i>bisoprolol/hydrochlorothiazide</i> (Ziac)	T1	HD
<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>nadolol/bendroflumethiazide</i>	T1	HD
<i>propranolol/hydrochlorothiazid</i>	T1	HD
TENORETIC 100 (<i>atenolol-chlorthalidone</i>)	T3	PA HD
TENORETIC 50 (<i>atenolol-chlorthalidone</i>)	T3	PA HD
ZIAC (<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>)	T3	PA HD
INHIBIDOR DE LA RENINA, DIRECTO		
<i>aliskiren 150 mg tablet</i> (Tekturna)	T1	QL (1 tab/day) HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDOR DE LA RENINA, DIRECTO (cont.)		
<i>aliskiren 300 mg tablet</i> (Tekturna)	T1	HD
TEKTRUNA 150 MG TABLET (<i>aliskiren</i>)	T3	PA QL(1 TAB/DAY) HD
TEKTRUNA 300 MG TABLET (<i>aliskiren</i>)	T3	PA HD
COMB. DE INHIBIDORES DIRECTOS DE LA RENINA Y DIURÉTICOS TIAZÍDICOS		
TEKTRUNA HCT	T2	HD
COMBINACIÓN DE VASODILADORES		
BIDIL (isosorbide dinit/hydralazine)	T3	QL(6 tabs/day) HD
<i>isosorbide-hydralazine 20-37.5</i> (Bidil)	T1	QL(6 tabs/day) HD
VASODILADORES, PERIFÉRICOS		
<i>ergoloid mesylates</i>	T1	
<i>isoxsuprine hcl</i>	T1	

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para el colesterol)

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

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para el colesterol) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERLIP. - INHIB. DE HMG-COA REDUCT.-BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO (cont.)		
CADUET 5 MG-10 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	HD
CADUET 5 MG-20 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	QL (1 tab/day) HD
CADUET 5 MG-40 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	QL (1 tab/day) HD
CADUET 5 MG-80 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	HD
LIVALO	T3	PA QL
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIB. DE LA SÍNTESIS DE LA APO B-100		
KYNAMRO	T3	PA SP
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDORES DE LA APOLIPOPROTEÍNA		
TRYNGOLZA	T4	PA QL SP
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDOR DE ATP-CITRATO LIASA		
NEXLETOL	T2	PA QL (1 tab/day)
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDORES DE MTP		
JUXTAPID	T4	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
<i>atorvastatin 10 mg tablet (Lipitor)</i>	T1	HD PPACA
<i>atorvastatin 20 mg tablet (Lipitor)</i>	T1	HD PPACA
<i>atorvastatin 40 mg tablet (Lipitor)</i>	T1	HD
<i>atorvastatin 80 mg tablet (Lipitor)</i>	T1	HD
CRESTOR 10 MG TABLET (<i>rosuvastatin calcium</i>)	T3	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

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para el colesterol) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS-INHIB. DE LA HMG-COA REDUCTASA (Estatinas) (cont.)		
FLOLIPID	T3	ST HD
fluvastatin sodium	T1	HD PPACA
fluvastatin sodium (Lescol XL)	T1	HD PPACA
LESCOL XL (fluvastatin er)	T3	PA HD
LIPITOR (atorvastatin calcium)	T3	PA HD
LIVALO 1 MG TABLET (pitavastatin calcium)	T2	QL (1 tab/day) ST HD
LIVALO 2 MG TABLET (pitavastatin calcium)	T2	QL (1 tab/day) ST HD
LIVALO 4 MG TABLET (pitavastatin calcium)	T2	PA HD
lovastatin 10 mg tablet	T1	HD
lovastatin 20 mg tablet	T1	HD PPACA
lovastatin 40 mg tablet	T1	HD PPACA
pitavastatin tablet	T1	QL HD PPACA
pitavastatin 1 mg tablet (Livalo)	T1	QL (1 tab/day) HD PPACA
pitavastatin 2 mg tablet (Livalo)	T1	QL (1 tab/day) HD PPACA
pitavastatin 4 mg tablet (Livalo)	T1	HD PPACA
PRAVACHOL (pravastatin sodium)	T3	PA HD
pravastatin sodium	T1	HD PPACA
pravastatin sodium (Pravachol)	T1	HD PPACA
rosuvastatin calcium 10 mg tab (Crestor)	T1	QL (1 tab/day) HD PPACA
rosuvastatin calcium 20 mg tab (Crestor)	T1	QL (1 tab/day) HD
rosuvastatin calcium 40 mg tab (Crestor)	T1	HD
rosuvastatin calcium 5 mg tab (Crestor)	T1	QL (1 tab/day) HD PPACA
simvastatin 10 mg tablet (Zocor)	T1	HD PPACA
simvastatin 20 mg tablet (Zocor)	T1	HD PPACA
SIMVASTATIN 20 MG/5 ML SUSP	T3	ST HD
simvastatin 40 mg tablet (Zocor)	T1	HD PPACA
simvastatin 5 mg tablet	T1	HD
simvastatin 80 mg tablet	T1	QL (1 tab/day) HD
ZOCOR	T3	PA HD
ZYPITAMAG	T3	ST HD
SECUESTRADORES DE SALES BILIARES		
cholestyramine (with sugar) (Questran)	T1	HD
cholestyramine (Questran Light)	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para el colesterol) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SECUESTRADORES DE SALES BILIARES (cont.)		
<i>colesevelam hcl</i> (Welchol)	T1	HD
COLESTID	T3	HD
COLESTID (colestipol hcl)	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
<i>fenofibrate 54 mg tablet</i>	T1	HD
<i>fenofibrate 67 mg capsule</i>	T1	HD
<i>fenofibric acid (choline)</i> (Trilipix)	T1	HD
<i>fenofibric acid</i> (Fibricor)	T1	HD
FENOGLIDE (<i>fenofibrate</i>)	T3	PA HD
FIBRICOR (<i>fenofibric acid</i>)	T3	ST HD
<i>gemfibrozil</i> (Lopid)	T1	HD
LIPOFEN	T3	ST HD
LOPID (<i>gemfibrozil</i>)	T3	HD
<i>niacin</i> (Niacor)	T1	PA HD
<i>niacin</i> (Niaspan)	T1	HD
NIACOR	T3	PA HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para el colesterol) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
LIPOTRÓPICOS (cont.)		
NIASPAN (niacin er)	T3	HD
TRICOR (fenofibrate)	T3	ST HD
TRIGLIDE	T3	ST HD
TRILIPIX (fenofibric acid)	T3	ST HD
ZETIA (ezetimibe)	T3	PA HD
CARDIOVASCULARES (Varios)		
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ENDOTELINA-ANGIOTENSINA		
FILSPARI	T4	PA QL(1 tab/day) SP HD
MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Enfermedad de Alzheimer)		
TRATAMIENTO DEL ALZHEIMER, ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES NMDA		
memantine hcl	T1	HD
memantine hcl er 14 mg capsule (Namenda Xr)	T1	QL (1 cap/day) HD
memantine hcl er 21 mg capsule	T1	HD
memantine hcl er 28 mg capsule (Namenda Xr)	T1	HD
memantine hcl er 7 mg capsule (Namenda Xr)	T1	QL (1 cap/day) HD
NAMENDA	T3	HD
NAMENDA XR 14 MG CAPSULE (memantine hcl er)	T3	QL (1 cap/day) HD
NAMENDA XR 28 MG CAPSULE (memantine hcl er)	T3	HD
NAMENDA XR 7 MG CAPSULE (memantine hcl er)	T3	QL (1 cap/day) HD
NAMENDA XR TITRATION PACK	T3	QL (112/365 days) HD
TRATAMIENTO DEL ALZHEIMER, ANTAG. DE LOS RECEPTORES NMDA-INHIB. DE COLINA		
NAMZARIC 14 MG-10 MG CAPSULE	T3	QL (2 caps/day) HD
NAMZARIC 21 MG-10 MG CAPSULE (memantine hcl/donepezil hcl)	T3	QL (2 caps/day) HD
NAMZARIC 28 MG-10 MG CAPSULE	T3	QL (2 caps/day) HD
NAMZARIC 7 MG-10 MG CAPSULE	T3	QL (2 caps/day) HD
NAMZARIC TITRATION PACK	T3	QL (112/365 days) HD
ANTICUERPOS MONOCLONALES DIRIGIDOS CONTRA LAS AMILOIDES		
LEQEMBI IQLIK 360 MG/1.8 ML	T4	PA SP
MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Varios)		
AGENTES PARA LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA		
RADICAVA ORS	T4	PA QL (50ml/28days) SP
RELYVRIO	T4	PA QL(2 packs/day) SP
RILUTEK (riluzole)	T4	PA SP HD
riluzole (Rilutek)	T4	SP HD
TIGLUTIK	T4	PA SP

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MEDICAMENTOS PARA TRATAR TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO		
AUSTEDO XR 6 MG TABLET	T4	PA QL (90 tabs/30 days) SP HD
AUSTEDO XR 12 MG TABLET	T4	PA QL (30 tabs/30 days) SP HD
AUSTEDO XR 18 MG TABLET	T4	PA QL (1 tab/day) SP HD
AUSTEDO XR 24 MG TABLET	T4	PA QL (50 tabs/30 days) SP HD
AUSTEDO XR TITRATION KIT (WK1-4)	T4	PA QL (1 kit/180 days) SP HD
HORIZANT	T3	PA
INGREZZA	T4	PA SP
INGREZZA INITIATION PACK	T4	PA QL (28 caps/year) SP
tetrabenazine (Xenazine)	T4	PA SP HD
XENAZINE (tetrabenazine)	T4	PA SP HD
AGENTES PARA EL AFECTO PSEUDOBULBAR (PBA), ANTAGONISTAS DE NMDA		
NUJEXTA	T3	QL (4 caps/day)
XANTINAS		
caffeine citrate	T1	HD
MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Esclerosis múltiple)		
AGENTES PARA TRATAR LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE		
AUBAGIO (teriflunomide)	T4	PA SP HD
AVONEX	T4	PA SP HD
AVONEX PEN	T4	PA SP HD
BAFIERTAM	T4	PA SP HD
BETASERON	T4	PA SP HD
COPAXONE (glatopa)	T4	PA SP HD
dimethyl fumarate (Tecfidera)	T4	SP HD
GILENYA	T4	PA SP HD
glatiramer	T4	SP HD
glatiramer acetate (Copaxone)	T4	PA SP HD
glatopa	T4	SP HD
KESIMPTA PEN	T4	PA SP HD
MAVENCLAD	T4	PA SP HD
MAYZENT	T4	PA SP HD
PLEGRIDY	T4	PA SP HD
PLEGRIDY PEN	T4	PA SP HD
PONVORY	T4	PA SP HD
REBIF	T4	PA SP HD
REBIF REBIDOSE	T4	PA SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Esclerosis múltiple) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA TRATAR LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE (cont.)		
TASCENSO ODT 0.25 MG TABLET	T4	PA QL (1 tab/day) SP
TECFIDERA (<i>dimethyl fumarate</i>)	T4	PA SP HD
<i>teriflunomide</i> (Aubagio)	T4	SP HD
VUMERITY	T4	PA SP HD
ZEPOSIA	T4	PA SP HD
AGENTES PARA EL TRAT. DE TRAST. DE LA TRANSMISIÓN NEUROMUSC., BLOQ. DE LOS CAN. DE POT.		
AMPYRA (<i>dalfampridine er</i>)	T4	PA SP HD
<i>dalfampridine</i> (Ampyra)	T4	PA SP HD
FIRDAPSE	T4	PA QL (8 tabs/day) SP
RUZURGI	T4	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	T4	PA QL (120ml/day) SP
AGENTES PARA LA NEURALGIA POSTHERPÉTICA		
<i>gabapentin</i> (Gralise)	T1	
GRALISE	T3	PA
GRALISE ER (<i>gabapentin</i>)	T3	PA
MODULADOR DE LOS RECEPTORES DE ESFINGOSINA 1-FOSFATO (SIP)		
VELSIPITY	T4	PA QL (30 tabs/30 days) SP HD
ZEPOSIA	T4	PA SP HD
MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos convulsivos)		
ANTICONVULSIVOS - TIPO BENZODIAZEPINAS		
<i>clobazam</i> (Onfi)	T1	HD
<i>clonazepam</i>	T1	HD
<i>clonazepam</i> (Klonopin)	T1	HD
DIASTAT (<i>diazepam</i>)	T3	PA HD
DIASTAT ACUDIAL (<i>diazepam</i>)	T3	PA HD
<i>diazepam 10 mg rectal gel syst</i>	T1	HD
<i>diazepam 2.5 mg rectal gel sys</i> (Diastat)	T1	HD
<i>diazepam 20 mg rectal gel syst</i>	T1	HD
KLONOPIN (<i>clonazepam</i>)	T3	PA HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONVULSIVOS - TIPO BENZODIAZEPINAS (cont.)		
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	T4	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
DIACOMIT	T4	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

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONVULSIVOS (cont.)		
<i>eslicarbazepine 200 mg, 400 mg tablet</i>	T1	PA QL HD
<i>eslicarbazepine 600 mg, 800 mg tablet</i>	T1	PA HD
<i>felbamate (Felbatol)</i>	T1	HD
FELBATOL (<i>felbamate</i>)	T3	PA HD
FINTEPLA	T4	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>	T1	HD
<i>gabapentin (Neurontin)</i>	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
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
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 (Lamictal (blue))</i>	T1	HD
<i>lamotrigine (Lamictal (green))</i>	T1	HD
<i>lamotrigine (Lamictal (orange))</i>	T1	HD
<i>lamotrigine (Lamictal Odt (blue))</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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>lamotrigine</i> (Lamictal)	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>levetiracetam</i>	T1	HD
<i>levetiracetam</i> (Keppra)	T1	HD
<i>levetiracetam</i> (Keppra Xr)	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>	T1	PA HD
OXTELLAR XR (<i>oxcarbazepine</i>)	T3	PA HD
PEGANONE	T2	HD
PHENYTEK (<i>phenytoin sodium extended</i>)	T3	PA HD
<i>phenytoin</i> (Dilantin)	T1	HD
<i>phenytoin</i> (Dilantin-125)	T1	HD
<i>phenytoin sodium extended</i>	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 tabs/day) HD
SABRIL (<i>vigabatrin</i>)	T4	PA SP HD
SPRITAM	T3	PA HD
TEGRETOL (<i>carbamazepine</i>)	T3	PA HD
TEGRETOL XR (<i>carbamazepine er</i>)	T3	PA HD
<i>tiagabine hcl 2 mg, 4 mg tablet</i>	T1	HD
<i>tiagabine hcl 12 mg tablet</i>	T1	QL (8 tabs/day) HD
<i>tiagabine hcl 16 mg tablet</i>	T1	QL (6 tabs/day) HD
TOPAMAX (<i>topiramate</i>)	T3	PA HD
TOPIRAMATE 50 MG SPRINKLE CAP	T3	PA HD
<i>topiramate</i> (Qudexy Xr)	T1	HD
<i>topiramate er</i> (Trokendi Xr)	T1	QL (1 cap/day) HD
TRILEPTAL (<i>oxcarbazepine</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 compartidos

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONVULSIVOS (cont.)		
TROKENDI XR 100 MG, 25MG, 50 MG CAPSULE (topiramate)	T3	PA QL (1 cap/day) HD
valproic acid	T1	HD
vigabatrin (Sabril)	T1	SP HD
VIGAFYDE	T3	PA SP
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
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 (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) (cont.)

ERITROPOYESIS-AGENTES ESTIMULANTES		
ARANESP	T4	PA SP
EPOGEN	T4	PA SP
MIRCERA	T4	PA SP
PROCRIT	T4	PA SP
RETACRIT	T4	PA SP
ESTIMULANTES DE LEUCOCITOS (RECuento DE GLÓBULOS BLANCOS)		
FULPHILA	T4	PA SP
GRANIX	T4	PA SP
LEUKINE	T4	SP
NEULASTA	T4	PA SP
NEULASTA ONPRO	T4	PA SP HD
NEUPOGEN	T4	PA SP

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

FACTORES ESTIMULANTES DE COLONIAS (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ESTIMULANTES DE LEUCOCITOS (RECuento DE GLÓBULOS BLANCOS) (cont.)		
NIVESTYM	T4	PA SP
NYPOZI	T4	PA SP
NYVEPRIA	T4	PA SP
ROLVEDON	T2	PA SP
STIMUFEND	T4	PA SP
UDENYCA	T4	PA SP
ZARXIO	T2	SP HD
ZIEXTENZO	T4	PA SP
AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE TROMBOPOYETINA		
ALVAIZ 9 MG, 18 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	T2	PA SP HD
ANTAGONISTA DEL RECEPTOR DE QUIMIOCINAS CXCR4		
ESTIMULANTES DE LEUCOCITOS (RECuento DE GLÓBULOS BLANCOS) (cont.)		
XOLREMDI	T3	PA QL(4 caps/day) SP CSL
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	T3	HD PPACA
BEYAZ (drospir/eth estro/levomefol ca)	T3	HD PPACA
desogestrel-ethinyl estradiol	T1	HD PPACA
drospir/eth estro/levomefol ca (Beyaz)	T1	HD PPACA

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONCEPTIVOS, ORALES		
<i>drospir/eth estra/levomefol ca</i> (Safyral)	T1	HD PPACA
ELLA	T3	HD PPACA
ESTROSTEP FE (<i>tri-legest fe</i>)	T3	HD
<i>ethinyl estradiol/drospirenone</i> (Yasmin 28)	T1	HD PPACA
<i>ethinyl estradiol/drospirenone</i> (Yaz)	T1	HD PPACA
<i>ethynodiol d-ethinyl estradiol</i>	T1	HD PPACA
FEMLYV	T3	PA HD PPACA
<i>levonorgestrel/ethin.estradiol</i>	T1	HD PPACA
<i>levonorgest/eth.estradiol/iron</i> (Balcoltra)	T1	HD PPACA
<i>l-norgest/e.estradiol-e.estradiol</i>	T1	HD PPACA
<i>l-norgest/e.estradiol-e.estradiol</i> (Quartette)	T1	HD PPACA
<i>l-norgest/e.estradiol-e.estradiol</i> (Seasonique)	T1	HD PPACA
LO LOESTRIN FE	T3	PA HD
LOESTRIN (<i>norethindron-ethinyl estradiol</i>)	T3	HD PPACA
LOESTRIN FE (<i>norethindrone-eth estradiol-fe</i>)	T3	HD PPACA
MICROGESTIN 24 FE (<i>tarina 24 fe</i>)	T3	HD
NATAZIA	T3	HD PPACA
NEXTSTELLIS	T3	HD PPACA
<i>noreth-ethinyl estradiol/iron</i>	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
SEASONIQUE (<i>simpepe</i>)	T3	HD PPACA
SLYND	T3	HD PPACA
TAYTULLA (<i>norethin-eth estra-ferrous fum</i>)	T3	HD PPACA
TYBLUME	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 compartidos

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONCEPTIVOS, ORALES		
YASMIN 28 (zumandimine)	T3	HD PPACA
YAZ (vestura)	T3	HD PPACA
ANTICONCEPTIVOS TRANSDÉRMICOS		
norelgestromin/ethin.estradiol	T1	HD PPACA
TWIRLA	T3	HD PPACA
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.º GENERACIÓN		
RESPA A.R.	T3	
PREPARACIONES PARA LA TOS/EL RESFRÍO (Medicamentos para la tos/el resfrío)		
ANTITUSIVOS NO OPIOIDES		
benzonatate 100 mg capsule (Tessalon Perle)	T1	
ANTITUSIVOS NO OPIOIDES (cont.)		
benzonatate 150 mg capsule	T1	PA
benzonatate 200 mg capsule	T1	
ANTITUS. NO OPIOIDES-ANTIHISTAMÍNICOS DE I.º GENERACIÓN-DESCONGESTIVOS		
benzonatate perle 100 mg cap (Tessalon Perle)	T1	
TESSALON PERLE (benzonatate)	T3	
ANTITUS. NO OPIOIDES-ANTIHISTAMÍNICOS DE I.º GENERACIÓN-DESCONGESTIVOS		
BROMFED DM (brompheniramine-pseudoephed-dm)	T3	PA
brompheniramine/pseudoephed/dm (Bromfed Dm)	T1	
COMB. DE ANTITUSIVOS NO OPIOIDES-ANTIHISTAMÍNICOS DE I.º GENERACIÓN		
promethazine/dextromethorphan	T1	
hydrocodone/cpm/pseudoephed	T1	PA
promethazine/phenyleph/codeine	T1	PA QL (480ml/30 days)
ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTIHISTAMÍNICOS DE I.º GENERACIÓN		
hydrocodone/chlorphen p-stirex	T1	PA

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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 (cont.)		
<i>promethazine-codeine solution</i>	T1	PA QL (480ML/22 Days)
<i>promethazine-codeine syrup</i>	T1	PA QL (480ml/30 days)
TUSSICAPS	T2	PA
TUXARIN ER	T3	PA QL (2 tabs/day)
TUZISTRA XR	T3	PA QL (960ml/30 days)
COMBINACIONES DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTICOLINÉRGICOS		
HYCODAN (<i>hydromet</i>)	T3	PA QL (480ml/22 days)
<i>hydrocodone bit/homatrop me-br</i> (Hycodan)	T1	PA QL (480ml/22 days)
<i>hydrocodone-homatropine 5-1.5</i>	T1	PA QL (180 tabs/30 days)
<i>hydrocodone-homatropine soln</i> (Hycodan)	T1	PA QL (480ml/30 days)
HYDROCODONE-HOMATROPINE SYRUP	T1	PA QL (480ml/30 days)
COMBINACIÓN DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-EXPECTORANTES		
HYDROCODONE-GUAIFENESIN	T1	PA QL (960ml/30 days)
OBREDON	T3	PA QL (960ml/30 days)

DIAGNÓSTICO (Diabetes)

DIAGNÓSTICO DEL NIVEL DE AZÚCAR EN SANGRE		
AGAMATRIX JAZZ TEST STRIP	T3	
AGAMATRIX PRESTO	T3	
BLULINK GLUCOSE TEST STRIP	T3	
EASY TOUCH BLU LINK TEST STRIP	T3	
FORA 6CONN-GTEL-TN'G ADV STRIP	T3	
FREESTYLE TEST STRIPS	T2	
GE333 BLOOD GLUCOSE TEST STRIP	T3	
IHEALTH GLUCOSE TEST STRIP	T3	
PLATINUM TEST STRIP	T3	
ONETOUCH ULTRA TEST STRIP	T3	PA
ONETOUCH VERIO TEST STRIP	T3	PA
PRECISION XTRA TEST STRIPS	T2	
PREPARACIONES DE DIAGNÓSTICO, VARIAS		
ADVANCED DNA MEDICATED COLLECT	T3	
ARIDOL	T3	
KERENDIA	T2	PA QL(1 tab/day)
<i>lidocaine hcl/glycerin</i> (Advanced Dna Medicated Collect)	T1	
PROVOCHOLINE	T3	
TC99M SULFUR COLLOID PREP	T1	
AGENTES PARA EL DIAGNÓSTICO OCULAR		
<i>fluorescein sodium</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 compartidos

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

DIAGNÓSTICO (Diabetes) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA EL DIAGNÓSTICO OCULAR		
<i>ful-glo 1 mg ophth strip</i>	T1	
FUL-GLO EYE STRIPS	T3	
<i>lissamine green</i>	T1	
DIAGNÓSTICO (Varios)		
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	T3	
VARIBAR THIN HONEY	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	
<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
TOLVAPTAN 15 MG TABLET	T3	SP
<i>tolvaptan 30 mg tablet</i> (Samsca)	T1	SP

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

DIURÉTICOS (Diuréticos) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA		
<i>acetazolamide</i>	T1	HD
<i>methazolamide</i>	T1	HD
DIURÉTICOS DE ASA		
<i>bumetanide</i>	T1	HD
EDECIN (<i>ethacrynic acid</i>)	T3	PA HD
<i>ethacrynic acid</i> (Edecrin)	T1	PA HD
FUROSIX	T3	PA QL (2 kits/30 days) 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 RECEPT. 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 HD
DYRENIUM (<i>triamterene</i>)	T3	PA HD
DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO EN COMBINACIÓN		
ALDACTAZIDE (<i>spironolactone-hctz</i>)	T3	HD
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
DYAZIDE (<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>)	T3	HD
<i>spironolact/hydrochlorothiazid</i>	T1	HD
<i>spironolactone</i> (Carospir)	T1	HD
<i>spironolact/hydrochlorothiazid</i> (Aldactazide)	T1	HD
<i>triamterene/hydrochlorothiazid</i> (Dyazide)	T1	HD
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)		
ANTIHIISTAMÍNICOS NAALES		
<i>azelastine 0.1% (137 mcg) spray</i>	T1	HD
<i>azelastine 0.15% nasal spray</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIISTAMÍNICOS NAALES (cont.)		
<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
QNASL CHILDREN	T3	
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	
PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Medicamentos para los oídos)		
PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIINFLAMATORIAS		
DERMOTIC (<i>fluocinolone acetone oil</i>)	T3	
<i>fluocinolone acetone 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	PA QL (4 bottles/22 days)
ANTIINFECCIOSOS PARA LOS OJOS (CON RECETA ÚNICAMENTE)		
BETADINE	T2	
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS PARA LOS OJOS		
ACULAR (<i>ketorolac tromethamine</i>)	T3	PA

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS PARA LOS OJOS (cont.)		
ACULAR LS (<i>ketorolac tromethamine</i>)	T3	PA
ACUVAIL	T3	PA
ALREX (<i>loteprednol etabonate</i>)	T3	PA
<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	
LOTEMAX 0.5% EYE DROPS	T3	ST
LOTEMAX OINTMENT (<i>loteprednol etabonate</i>)	T3	ST
LOTEMAX SM	T3	PA
<i>loteprednol etabonate</i> (Lotemax)	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>flurox</i>)	T3	
<i>benoxinate hcl/fluorescein sod</i> (Altafluor Benox)	T1	
<i>benoxinate hcl/fluorescein sod</i> (Altafluor Benox)	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANESTÉSICOS LOCALES PARA LOS OJOS (cont.)		
<i>proparacaine hcl</i> (Alcaine)	T1	
<i>proparacaine/fluorescein 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
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 maleat</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

T1 — Habitualmente genéricos

T2 — Habitualmente marcas preferidas

T3 — Habitualmente marcas no preferidas

PA — Autorización previa

QL — Límite a la cantidad

ST — Tratamiento escalonado

AGE — Requisito de edad

SP — Medicamentos de especialidad

HD — Puede requerir entrega a domicilio

PPACA — Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MIÓTICOS Y OTROS REDUCTORES DE LA PRESIÓN INTRAOCULAR (cont.)		
IYUZEH	T3	PA QL (30 vials/30 days) HD
latanoprost (Xalatan)	T1	HD
levobunolol hcl	T1	HD
LUMIGAN	T3	PA HD
PHOSPHOLINE IODIDE	T2	HD
pilocarpine hcl (Isopto Carpine)	T1	HD
RHOPRESSA	T3	
ROCKLATAN	T3	
SIMBRINZA	T2	HD
timolol maleate (Istalol) (Timoptic) (Timoptic-xe)	T1	HD
timolol maleate/pf (Timoptic Ocudose)	T1	HD
TIMOPTIC (timolol maleate)	T3	PA HD
TIMOPTIC OCUDOSE	T3	PA HD
TIMOPTIC OCUDOSE (timolol maleate)	T3	PA HD
TIMOPTIC-XE (timolol maleate)	T3	PA HD
TRAVATAN Z (travoprost)	T3	PA HD
travoprost (Travatan Z)	T1	HD
TRUSOPT (dorzolamide hcl)	T3	HD
QLOSI	T3	PA
VIZZ 1.44% EYE DROP	T3	PA HD
VUITY	T3	PA
VYZULTA	T3	PA
XALATAN (latanoprost)	T3	PA HD
XELPROS	T3	PA HD
ZIOPTAN (tafluprost/pf)	T3	PA QL (60 droppers/30 days) HD
MIDRIÁTICOS		
atropine sulfate	T1	HD
atropine 1% eye drops	T1	HD
CYCLOGYL 0.5% EYE DROPS (cyclopentolate hcl)	T3	HD
CYCLOGYL 1% EYE DROPS	T3	HD
CYCLOGYL 1% EYE DROPS (cyclopentolate hcl)	T3	HD
CYCLOGYL 2% EYE DROPS (cyclopentolate hcl)	T2	HD
CYCLOMYDRIL	T2	HD
cyclopentolate hcl (Cyclogyl)	T1	HD
homatropine hbr	T1	HD
ISOPTO ATROPINE (atropine sulfate)	T3	HD
MYDRIACYL (tropicamide)	T3	HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MIDRIÁTICOS (cont.)		
PAREMYD	T3	HD
<i>tropicamide</i>	T1	HD
<i>tropicamide</i> (Mydracyl)	T1	HD
TROPICAMIDE-CYCLOPENTOLATE-PE	T3	HD
AGENTES ANTIFIBRÓTICOS OFTÁLMICOS		
MITOSOL	T3	
ANTIINFLAMATORIOS OFTÁLMICOS, TIPO INMUNOMODULADOR		
CEQUA	T2	
RESTASIS	T2	HD
RESTASIS MULTIDOSE	T2	HD
VERKAZIA	T3	PA QL (1 box/month)
VEVYE	T3	PA HD
XIIDRA	T2	HD
AGENTES OFTÁLMICOS REDUCTORES DE LA CISTINA		
CYSTADROPS	T4	PA QL (20ml/21 days) SP
CYSTARAN	T4	PA QL (120ml/28 days) SP
FACTOR DE CRECIMIENTO DEL NERVIÓ OFTÁLMICO HUMANO (HNGF)		
OXERVATE	T4	PA SP HD
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Medicamentos para el colesterol)		
SUPLEMENTOS DE LÍPIDOS ORALES		
DOJOLVI	T4	PA SP HD
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Productos dentales)		
PREPARACIONES CON FLÚOR		
CLINPRO 5000	T3	
FRAICHE 5000	T3	
<i>fluoride (sodium)</i> (Prevident 5000 Ortho Defense)	T1	
<i>fluoride (sodium)</i> (Prevident 5000 Plus)	T1	
<i>fluoride (sodium)</i> (Prevident 5000)	T1	
<i>fluoride (sodium)</i> (Prevident)	T1	
FLUORIDEX	T1	
FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF	T3	
PREVIDENT 0.2% RINSE	T2	PA
PREVIDENT 1.1% GEL (<i>sodium fluoride</i>)	T3	PA

T1 — Habitualmente genéricos

T2 — Habitualmente marcas preferidas

T3 — Habitualmente marcas no preferidas

PA — Autorización previa

QL — Límite a la cantidad

ST — Tratamiento escalonado

AGE — Requisito de edad

SP — Medicamentos de especialidad

HD — Puede requerir entrega a domicilio

PPACA — Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

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

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Diabetes)

AGENTES PARA TRATAR LA HIPOGLUCEMIA (HIPERGLUCÉMICOS)		
BAQSIMI	T2	QL (2 units/30 days)
<i>diazoxide</i> (Proglycem)	T1	
<i>glucagon 1 mg emergency kit</i> (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	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
REDUCTORES DE ELECTROLITOS (cont.)		
<i>lanthanum carbonate</i> (Fosrenol)	T1	
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	
<i>sps 30 gm/120 ml enema susp</i>	T3	
XPHOZAH	T3	PA
AGENTES QUE CONTIENEN YODO		
VELPHORO	T2	
VELTASSA	T2	
<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>effe-k 25 meq tablet eff</i>	T1	
<i>klor-con 10 meq tablet</i> (K-tab Er)	T1	
<i>klor-con 10 meq tablet</i> (K-tab Er)	T3	
<i>klor-con 8 meq tablet</i>	T1	
<i>klor-con 8 meq tablet</i>	T3	
K-TAB ER (<i>potassium chloride</i>)	T3	
POKONZA	T3	PA
<i>potassium bicarbonate/cit ac</i>	T1	
<i>potassium chloride</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
REPOSICIÓN DE POTASIO (cont.)		
<i>potassium chloride</i>	T2	
POTASSIUM CL ER 15 MEQ TABLET	T3	
<i>potassium chloride</i> (K-tab Er)	T1	
REPOSICIÓN DE PROTEÍNAS		
AQNEURSA	T4	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</i> (Urocit-k)	T1	HD
<i>potassium citrate/citric acid</i>	T1	HD
RENACIDIN	T3	HD
UROCIT-K (<i>potassium citrate er</i>)	T3	HD
UROQID-ACID NO.2	T2	HD

GASTROINTESTINALES (Medicamentos para el colesterol)

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

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis)

INHIBIDORES DE AMONÍACO		
BUPHENYL (<i>sodium phenylbutyrate</i>)	T4	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	T4	PA QL (8 Bottles/30 Days) SP HD
RAVICTI	T4	PA SP HD
<i>sodium phenylbutyrate</i> (Buphenyl)	T4	SP HD
ANTICOLINÉRGICOS, AMONIO CUATERNARIO		
<i>chlordiazepoxide/clidinium br</i> (Librax)	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
ANTICOLINÉRGICOS, AMONIO CUATERNARIO (cont.)		
CUVPOSA	T3	
DARTISLA	T3	PA
GLYCATÉ	T3	
<i>glycopyrrolate</i> (Glycate)	T1	PA
<i>glycopyrrolate</i> (Robinul Forte)	T1	
<i>glycopyrrolate</i> (Robinul)	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	
ANTIDIARREICOS - INHIBIDORES DE CANALES DE CLORURO G.I.		
MYTESI	T3	
ANTIDIARREICOS - INHIBIDORES DE LA TRIPTÓFANO HIDROXILASA		
XERMELO	T4	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	T4	PA QL (5 tabs/30 days) SP
<i>aprepitant</i> 125 mg capsule	T1	QL (4 caps/28 days)
<i>aprepitant</i> 125-80-80 mg pack (Emend)	T1	QL (12 caps/28 days)
<i>aprepitant</i> 40 mg capsule	T1	QL (1 cap/28 days)

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIEMÉTICOS/ANTIVÉRTIGO (cont.)		
<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	
<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</i> (Zofran)	T1	
<i>ondansetron hcl/pf</i>	T1	
ONDANSETRON ODT 16 MG TABLET	T3	PA
<i>prochlorperazine</i> (Compazine)	T1	
<i>prochlorperazine maleate</i> (Compazine)	T1	
<i>promethazine hcl</i>	T1	
<i>promethazine hcl</i>	T3	
SANCUSO	T3	PA QL (4 patches/30 days)
<i>scopolamine</i> (Transderm-scop)	T1	
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

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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
PREPARACIONES ANTIULCEROSAS (cont.)		
<i>misoprostol</i> (Cytotec)	T1	HD
<i>sucralfate</i> (Carafate)	T1	HD
ANTIULCEROSOS-AGENTES CONTRA LA H. PYLORI		
HELIDAC	T3	PA
<i>lansoprazole/amoxiciln/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	T3	HD
DONNATAL (<i>phenohydro</i>)	T3	HD
<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	T4	SP HD
CHOLBAM	T4	PA SP HD
CTEXTI	T4	PA SP

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SALES BILIARES (cont.)		
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	
TRAT. FARMAC.-INFLAM. CRÓNICA DIAG. DE COLON, 5-AMINOSALICILATO		
APRISO (<i>mesalamine er</i>)	T3	ST 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
<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		
OALIVA	T3	PA SP HD
TRASPLANTE DE MICROBIOTA FECAL (TMF)		
VOWST	T4	PA QL (12 caps/56 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 compartidos

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ENZIMAS GÁSTRICAS		
SUCRAID	T4	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	
INHIBIDOR DEL TRANSPORTADOR DE ÁCIDOS BILIARES ILEALES (IBAT)		
BYLVAY	T4	PA SP HD
LIVMARLI	T4	PA SP HD
ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE LA INTEGRINA, ANTICUERPOS MONOCLONALES		
ENTYVIO	T4	PA SP HD
ESTIMULANTES DE LA MOTILIDAD INTESTINAL		
GIMOTI	T4	PA SP
<i>metoclopramide hcl</i>	T1	
<i>metoclopramide hcl</i> (Reglan)	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</i> (Lotronex)	T4	SP HD
LOTRONEX (<i>alosetron hcl</i>)	T4	PA SP HD
LAXANTES Y CATÁRTICOS		
AMITIZA (<i>lubiprostone</i>)	T3	PA
<i>bisac/nac/nahco3/kcl/peg 3350</i>	T1	PPACA
CLENPIQ	T3	PA PPACA
COLYTE WITH FLAVOR PACKETS (<i>peg 3350-electrolyte</i>)	T3	PPACA

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
LAXANTES Y CATÁRTICOS (cont.)		
GOLYTELY (<i>peg-3350 and electrolytes</i>)	T3	PA PPACA
KRISTALOSE	T3	PA
<i>lactulose 10 gm packet</i> (Kristalose)	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</i> (Amitiza)	T1	
MOVIPREP (<i>peg3350-sod sul-nacl-kcl-asb-c</i>)	T3	PA PPACA
NULYTELY	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</i> (Moviprep)	T1	PPACA
<i>peg3350/sod sulf, bicarb, cl/kcl</i> (Colyte With Flavor Packets)	T1	PPACA
<i>peg3350/sod sulf, bicarb, cl/kcl</i> (Golytely)	T1	PPACA
PLENVU	T3	PA PPACA
PREPOPIK	T2	PPACA
<i>sodium chloride/naHCO₃/kcl/peg</i>	T1	PPACA
SUFLAVE	T3	PA PPACA
SUPREP	T3	PPACA
SUTAB	T3	PA PPACA
PREPARACIONES ANORRECTALES LOCALES CON NITRATO		
<i>nitroglycerin 0.4% ointment</i> (Rectiv)	T1	
RECTIV (<i>nitroglycerin</i>)	T3	
ENZIMAS PANCREÁTICAS		
CREON	T3	PA HD
PANCREAZE	T2	HD
PERTZYE	T3	PA HD
VIOKACE	T3	HD
ZENPEP	T2	HD
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES		
ACIPHEX (<i>rabeprazole sodium</i>)	T3	QL (30 tabs/30 days) ST HD
ACIPHEX SPRINKLE DR 10 MG CAP	T3	QL (60 caps/30 days) HD
ACIPHEX SPRINKLE DR 5 MG CAP	T3	QL (120 caps/30 days) HD
DEXILANT DR 30 MG CAPSULE	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

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)

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

T1 — Habitualmente genéricos

PA — Autorización previa

AGE — Requisito de edad

PPACA — Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 — Habitualmente marcas preferidas

QL — Límite a la cantidad

SP — Medicamentos de especialidad

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

T3 — Habitualmente marcas no preferidas

ST — Tratamiento escalonado

HD — Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (cont.)		
<i>dexlansoprazole dr 60 mg cap</i>	T1	QL (1 caps/day) 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
PROTONIX DR 20 MG TABLET (<i>pantoprazole sodium</i>)	T3	QL (60 tabs/30 days) ST
PROTONIX DR 40 MG TABLET (<i>pantoprazole sodium</i>)	T3	QL (30 tabs/30 days) ST
RABEPRAZOLE DR 10 MG SPRNKL CP	T3	QL (2 caps/day) HD
<i>rabeprazole sod dr 20 mg tab</i> (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
BLOQUEADORES DE ÁCIDO COMPETITIVOS DE POTASIO (PCABS)		
VOQUEZNA	T3	PA QL (1 tab/day)
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	T4	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	

T1 — Habitualmente genéricos

T2 — Habitualmente marcas preferidas

T3 — Habitualmente marcas no preferidas

PA — Autorización previa

QL — Límite a la cantidad

ST — Tratamiento escalonado

AGE — Requisito de edad

SP — Medicamentos de especialidad

HD — Puede requerir entrega a 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 (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREP. RECTALES/DE COLON, GLUCOCORT. (NO HEMORR.) (cont.)		
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		
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	T4	PA QL (2 tabs/day) SP
RECORLEV	T4	PA QL (8 tabs/day) SP
HORMONAS ADRENOCORTICOTRÓPICAS		
ACTHAR SELFJECT	T4	PA SP HD
CORTROPHIN	T4	PA SP HD
PREP. DE ANDRÓGENOS/ESTRÓGENOS PARA DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA		
INTRAROSA	T3	
AGENTES ANDROGÉNICOS		
ANADROL-50	T2	PA
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	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANDROGÉNICOS (cont.)		
NATESTO	T3	PA QL (3 bots/30 days)
<i>oxandrolone</i>	T1	PA
TESTIM (<i>testosterone</i>)	T3	PA QL (2 tubes/day)
<i>testosterone 1% (25mg/2.5g) pk</i> (Androgel)	T1	PA QL (150gm/30 days)
<i>testosterone 1% (50 mg/5 g) pk</i> (Vogelxo)	T1	PA QL (2 packs/day)
<i>testosterone 1.62% (2.5 g) pkt</i> (Androgel)	T1	PA QL (150gm/30 days)
<i>testosterone 1.62% gel pump</i> (Androgel)	T1	PA QL (150gm/30 days)
<i>testosterone 1.62% (1.25 g) pkt</i> (Androgel)	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</i> (Vogelxo)	T1	PA QL (150gm/30 days)
<i>testosterone 30 mg/1.5 ml pump</i>	T1	PA QL (180ml/30 days)
<i>testosterone 50 mg/5 gram gel</i> (Vogelxo)	T1	PA QL (2 tubes/day)
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
DDAVP (<i>desmopressin acetate</i>)	T3	PA
<i>desmopressin (nonrefrigerated)</i> (Ddavp)	T1	
<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</i> (Ddavp)	T1	HD
<i>desmopressin acetate 0.2 mg tb</i> (Ddavp)	T1	HD
<i>desmopressin acetate</i> (Ddavp)	T1	
NOCURNA	T3	PA
NOCTIVA	T3	PA
STIMATE	T4	SP
COMBINACIONES DE ESTRÓGENOS Y PROGESTINAS		
BIJUVA	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
COMBINACIONES DE ESTRÓGENOS/ANDRÓGENOS (cont.)		
ESTRATEST F.S. (<i>estrogen, ester/me-testosterone</i>)	T3	PA HD
<i>estrogen, ester/me-testosterone</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	
DELESTROGEN (<i>estradiol valerate</i>)	T3	PA HD
DEPO-ESTRADIOL	T3	HD
DIVIGEL	T2	HD
ELESTRIN	T3	HD
ESTRACE (<i>estradiol</i>)	T3	HD
<i>estradiol</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</i> 0.06% 1.25g gel pump	T1	HD
<i>estradiol</i> 0.5 mg tablet (Estrace)	T1	HD
<i>estradiol</i> 1 mg tablet (Estrace)	T1	HD
<i>estradiol</i> 2 mg tablet (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</i> 0.5-2.5 (Femhrt)	T1	HD
<i>norethindrone ac-eth estradiol</i>	T1	HD
<i>norethindrone ac-eth estradiol</i> (Femhrt)	T1	HD
<i>norethin-eth estrad</i> 1 mg-5 mcg	T1	HD
PREMARIN	T2	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ESTROGÉNICOS (cont.)		
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	T4	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)	T4	PA SP HD
<i>dexamethasone</i> (Dxevo)	T1	
<i>dexamethasone</i> (Taperdex)	T1	PA
<i>dexamethasone 0.5 mg tablet</i>	T1	
<i>dexamethasone 0.5 mg/5 ml elx</i>	T1	
<i>dexamethasone 0.5 mg/5 ml liq</i>	T1	
<i>dexamethasone 0.75 mg tablet</i>	T1	
<i>dexamethasone 1 mg tablet</i>	T1	
<i>dexamethasone 1.5 mg tablet</i>	T1	
<i>dexamethasone 10 day 1.5 mg tb</i>	T1	PA
<i>dexamethasone 13 day 1.5 mg tb</i>	T1	PA
<i>dexamethasone 2 mg tablet</i>	T1	
<i>dexamethasone 4 mg tablet</i>	T1	
<i>dexamethasone 6 day 1.5 mg tab</i> (Taperdex)	T1	PA
<i>dexamethasone 6 mg tablet</i>	T1	
DXEVO	T3	
EMFLAZA	T4	PA SP HD
ENTOCORT EC (<i>budesonide ec</i>)	T3	
EOHILIA	T3	PA QL(1800 mls/180 days)
HEMADY	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
GLUCOCORTICOIDES (cont.)		
<i>hydrocortisone</i> (Cortef)	T1	
KHINDIVI	T4	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 5 mg tablet</i>	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	
<i>prednisolone sodium phosphate</i> (Orapred Odt)	T1	
<i>prednisone</i>	T1	
RAYOS	T3	PA
TAPERDEX	T1	PA
TARPEYO	T4	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	T4	PA SP HD
EGRIFTA SV	T4	PA SP HD
HORMONAS DEL CRECIMIENTO		
GENOTROPIN	T4	PA SP HD
HUMATROPE	T4	PA SP HD
NGENLA	T4	PA SP
NORDITROPIN FLEXPRO	T4	PA SP HD
NUTROPIN AQ NUSPIN	T4	PA SP HD
OMNITROPE	T4	PA SP HD
SAIZEN-SAIZENPREP	T3	PA HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HORMONAS DEL CRECIMIENTO (cont.)		
SAIZEN-SAIZENPREP	T4	PA SP HD
SEROSTIM	T4	PA SP HD
SKYTROFA	T4	PA SP HD
SOGROYA	T4	PA SP HD
ZOMACTON	T4	PA SP HD
HORMONAS DE FACTOR DE CRECIMIENTO INSULÍNICO TIPO I (IGF-I)		
INCRELEX	T4	PA SP HD
COMB. DE PROGESTINA Y ANÁLOGOS AGONISTAS DE LA LHRH (GNRH)		
LUPANETA PACK	T4	PA SP HD
ANÁLOGOS AGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), SUPRESORES HIPOFISARIOS		
LUPRON DEPOT	T4	PA SP HD
SYNAREL	T4	PA SP HD
COMB. DE PROGESTINA Y ESTRÓGENOS ANTAGONISTAS DE LA LHRH (GNRH)		
MYFEMBREE	T2	PA QL (24 month therapy)
ORIAHNN	T2	PA QL (2 capsules/day)
ANTAGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), AGENTES SUPRESORES HIPOFISARIOS		
CETROTIDE	T4	PA SP
<i>ganirelix acet 250 mcg/0.5 ml (Ganirelix Acetate)</i>	T4	PA SP
GANIRELIX ACET 250 MCG/0.5 ML (<i>ganirelix acetate</i>)	T4	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	T4	PA SP
LUPRON DEPOT-PED	T4	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
<i>danazol</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PROGESTACIONALES		
AYGESTIN (<i>norethindrone acetate</i>)	T3	HD
CRINONE 4% GEL	T2	PA HD
DEPO-PROVERA 400 MG/ML VIAL	T3	HD
<i>medroxyprogesterone 10 mg tab</i> (Provera)	T1	HD
<i>medroxyprogesterone 2.5 mg tab</i> (Provera)	T1	HD
<i>medroxyprogesterone 5 mg tab</i> (Provera)	T1	HD
<i>norethindrone acetate</i>	T1	HD
<i>progesterone, micronized</i> (Prometrium)	T1	HD
PROMETRIUM (<i>progesterone</i>)	T3	PA HD
PROVERA (<i>medroxyprogesterone acetate</i>)	T3	PA HD
AGENTES SOMATOSTÁTICOS		
lanreotide	T4	PA SP HD
LANREOTIDE	T4	PA SP HD
MYCAPSSA	T4	PA QL (4 caps/day) SP
<i>octreotide acetate</i>	T4	PA SP HD
<i>octreotide acetate</i> (Sandostatin)	T4	PA SP HD
SANDOSTATIN (<i>octreotide acetate</i>)	T4	PA SP HD
SANDOSTATIN LAR DEPOT	T4	PA SP
SIGNIFOR	T4	PA SP
SOMATULINE DEPOT	T4	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)
<i>estradiol 0.01% cream</i> (Estrace)	T1	HD
ESTRING	T3	QL (2 rings/90 days) HD
FEMRING	T3	HD
PREMARIN	T2	HD
VAGIFEM (<i>yuvaferm</i>)	T3	QL (36 tabs/28 days) HD

T1 — Habitualmente genéricos

T2 — Habitualmente marcas preferidas

T3 — Habitualmente marcas no preferidas

PA — Autorización previa

QL — Límite a la cantidad

ST — Tratamiento escalonado

AGE — Requisito de edad

SP — Medicamentos de especialidad

HD — Puede requerir entrega a domicilio

PPACA — Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Infertilidad)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES PARA ESTIMULAR LA FERTILIDAD, SIN FSH		
<i>clomiphene citrate</i>	T1	
HORMONAS FOLICULOESTIMULANTES Y LUTEINIZANTES		
MENOPUR	T4	PA SP
HORMONA FOLICULOESTIMULANTE (FSH)		
FOLLISTIM AQ	T4	PA SP
GONAL-F	T4	PA SP
GONAL-F RFF	T4	PA SP
GONAL-F RFF REDI-JECT	T4	PA SP
GONADOTROPINA CORIÓNICA HUMANA (HCG)		
CHORIONIC GONAD 10,000 UNIT VL	T4	PA SP
CHORIONIC GONAD 12,000 UNIT VL	T4	SP
CHORIONIC GONAD 6,000 UNIT VL	T4	SP
NOVAREL	T4	PA SP
OVIDREL	T4	PA SP
PREGNYL	T4	PA SP
AGENTES PARA FACILITAR/MANTENER EL EMBARAZO, HORMONALES		
CRINONE 8% GEL	T3	PA
ENDOMETRIN	T3	
HORMONAS (Varias)		
ANÁLOGOS DE LA HORMONA LEPTINA		
MYALEPT	T4	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	T4	PA QL (1 syringe/84 days) SP
OTULFI	T4	PA QL (1 syringe/84 days) SP
PYZCHIVA	T4	PA QL (1 syringe/84 days) SP
SELARSDI	T4	PA QL (1 syringe/84 days) SP
STEQEYMA	T4	PA QL (1 syringe/84 days) SP
USTEKINUMAB	T4	PA QL (1 syringe/84 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 compartidos

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE LA INTERLEUCINA HUMANA I2/23 (IL-I2/I3), ANTICUERPOS MONOCLONALES (cont.)		
USTEKINUMAB-AEKN	T4	PA QL (1 syringe/84 days) SP
USTEKINUMAB-TTWE	T4	PA QL (1 syringe/84 days) SP HD
YESINTEK	T4	PA QL (1 syringe/84 days) SP
ANTAGONISTAS ALFA DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-4 (IL-4), ANTICUERPOS MONOCLONALES		
DUPIXENT PEN	T4	PA SP HD
DUPIXENT SYRINGE	T4	PA SP HD
INHIBIDORES DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-6 (IL-6)		
ACTEMRA	T4	PA QL (4 syringes/28 days) SP HD
ACTEMRA ACTPEN	T4	PA QL (4 pens/28 days) SP HD
ENSPRYNG	T4	PA SP HD
KEVZARA 150 MG/1.14 ML PEN INJ	T4	PA QL (2 pens/28 days) SP HD
KEVZARA 150 MG/1.14 ML SYRINGE	T4	PA QL (2 syringes/28 days) SP HD
KEVZARA 200 MG/1.14 ML PEN INJ	T4	PA QL (2 pens/28 days) SP HD
KEVZARA 200 MG/1.14 ML SYRINGE	T4	PA QL (2 syringes/28 days) SP HD
TYENNE	T4	PA QL (3.6 ml/28 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	T4	PA QL (1 ml/56 days) SP HD
TREMFYA 200 MG/2 ML PEN	T4	PA QL (2 syringe/28 days) SP HD
TREMFYA PEN INDUCTION PK-CROHN	T4	PA QL (12 mls/365 days) SP HD
ANTICUERPOS MONOCLONALES-INHIB. DE LA INTERLEUCINA HUMANA I2/23		
STELARA 45 MG/0.5 ML SYRINGE	T4	PA QL (1 syringe/84 days) SP HD
STELARA 45 MG/0.5 ML VIAL	T4	PA QL (1 vial/84 days) SP HD
STELARA 90 MG/ML SYRINGE	T4	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	

T1 — Habitualmente genéricos

T2 — Habitualmente marcas preferidas

T3 — Habitualmente marcas no preferidas

PA — Autorización previa

QL — Límite a la cantidad

ST — Tratamiento escalonado

AGE — Requisito de edad

SP — Medicamentos de especialidad

HD — Puede requerir entrega a domicilio

PPACA — Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

INMUNOSUPRESORES (Medicamentos para trasplante)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INMUNOSUPRESORES		
ASTAGRAF XL	T4	SP HD
AZASAN	T4	SP HD
azathioprine (Imuran)	T4	PA SP HD
CELLCEPT (<i>mycophenolate mofetil</i>)	T4	PA SP HD
cyclosporine (Sandimmune)	T4	SP HD
cyclosporine, modified (Neoral)	T4	SP HD
ENVARUS XR	T4	SP HD
everolimus 0.25, 0.5 mg, 0.75 mg tablet (Zortress)	T4	SP HD
IMURAN (<i>azathioprine</i>)	T4	PA SP HD
LUPKYNIS 7.9 MG CAPSULE	T4	PA QL (6 caps/day) SP
mycophenolate mofetil (Cellcept)	T4	SP HD
mycophenolate sodium (Myfortic)	T4	SP HD
MYFORTIC (<i>mycophenolic acid</i>)	T4	PA SP HD
MYHIBBIN	T4	PA SP
NEORAL (<i>gengraf</i>)	T4	PA SP HD
PROGRAF	T4	SP HD
PROGRAF (<i>tacrolimus</i>)	T4	SP HD
RAPAMUNE (<i>sirolimus</i>)	T4	PA SP HD
SANDIMMUNE 100 MG CAPSULE (<i>cyclosporine</i>)	T4	SP HD
SANDIMMUNE 100 MG/ML SOLN	T4	SP HD
SANDIMMUNE 25 MG CAPSULE (<i>cyclosporine</i>)	T4	SP HD
sirolimus (Rapamune)	T4	SP HD
tacrolimus 0.5 mg capsule, 1 mg, 5 mg capsule (ir) (Prograf)	T4	SP HD
ZORTRESS (<i>everolimus</i>)	T4	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 BLULINK CTRL SOLN	T1	

T1 — Habitualmente genéricos

T2 — Habitualmente marcas preferidas

T3 — Habitualmente marcas no preferidas

PA — Autorización previa

QL — Límite a la cantidad

ST — Tratamiento escalonado

AGE — Requisito de edad

SP — Medicamentos de especialidad

HD — Puede requerir entrega a domicilio

PPACA — Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)		
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)
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)
FORA TN'GO ADVANCE MULTIFN MTR	T3	
GLUCOCOM AUTOLINK	T1	
GUARDIAN TRANSMITTER TAPE	T1	
HUMAPEN LUXURA HD	T1	
IHEALTH CONTROL SOLN LEVEL 2	T1	
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 (1 unit/365 days)
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5)	T2	QL (30 crtgs/30 days)
OMNIPOD DASH 5 PACK POD	T2	PA QL (6 boxes/30 days)
REPLACEMENT PEDIATRIC MONITOR	T1	
SEN-SERTER	T1	
V-GO 20, V-GO 30, V-GO 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	

T1 — Habitualmente genéricos

T2 — Habitualmente marcas preferidas

T3 — Habitualmente marcas no preferidas

PA — Autorización previa

QL — Límite a la cantidad

ST — Tratamiento escalonado

AGE — Requisito de edad

SP — Medicamentos de especialidad

HD — Puede requerir entrega a domicilio

PPACA — Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)		
ADVOCATE LANCETS	T1	
ALTERNATE SITE LANCETS	T1	
ASSURE HAEMOLANCE PLUS	T1	
ASSURE LANCE	T1	
ASSURE LANCE PLUS	T1	
BD MICROTAINER LANCETS	T1	
BD ULTRA-FINE	T1	
BD ULTRA-FINE II	T1	
BLOOD LANCETS	T1	
BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS	T1	
BUTTERFLY TOUCH LANCET	T1	
CAREONE	T1	
CARESENS LANCET	T1	
CARETOUCH	T1	
CHOSEN LANCET	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	
FORACARE LANCETS	T1	
FREESTYLE LANCETS	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)		
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	T1	
LANCETS THIN	T1	
LANCETS ULTRA THIN	T1	
LITE TOUCH	T1	
MEDISENSE THIN LANCETS	T1	
MEDLANCE PLUS	T1	
MICRO THIN LANCET	T1	
MICRO THIN LANCETS	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	
PERFECT POINT SAFETY LANCETS	T1	
PIP LANCET	T1	
PRESSURE ACTIVATED LANCETS	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)		
PRO COMFORT LANCET	T1	
PRO COMFORT LANCETS	T1	
PRO COMFORT SAFETY LANCET	T1	
PRODIGY LANCETS	T1	
PRODIGY TWIST TOP LANCET	T1	
PURE COMFORT LANCETS	T1	
PURE COMFORT SAFETY LANCETS	T1	
PUSH BUTTON SAFETY LANCETS	T1	
READYLANC SAFETY LANCETS	T1	
RELIAMED	T1	
RELIAMED SAFETY SEAL LANCETS	T1	
RIGHTTEST 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 UNIVERSAL 1 LANCET	T1	
TOPCARE UNIVERSAL 1 THIN LANCET	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)		
TRUE COMFORT LANCET	T1	
TRUE COMFORT SAFETY LANCET	T1	
TRUEPLUS LANCET	T1	
TRUEPLUS LANCETS	T1	
TWIST LANCETS	T1	
TWIST TOP LANCET	T1	
ULTILET BASIC	T1	
ULTILET CLASSIC	T1	
ULTILET LANCETS	T1	
ULTILET SAFETY	T1	
ULTRA THIN LANCET	T1	
ULTRA THIN LANCETS	T1	
ULTRA-CARE LANCETS	T1	
ULTRALANCE	T1	
ULTRA-THIN II	T1	
ULTRATLC LANCETS	T1	
UNILET COMFORTOUCH	T1	
UNILET EXCELITE	T1	
UNILET EXCELITE II	T1	
UNILET GP LANCET	T1	
UNILET LANCET	T1	
UNILET LANCETS	T1	
UNISTIK 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	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)		
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	
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

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGUJAS/DISPOSITIVOS SIN AGUJA (cont.)		
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
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 29G	T1	PA
LITE TOUCH PEN NEEDLE 31G	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
NEEDLES	T1	
NOVOFINE 32	T1	PA
NOVOFINE AUTOCOVER	T1	PA
NOVOFINE PLUS	T1	PA
NOVOTWIST	T1	PA
PEN NEEDLE	T1	PA
PEN NEEDLES	T1	PA
PENTIPS	T1	PA
PERFECT POINT SAFETY NEEDLE	T1	
PIP PEN NEEDLE	T1	PA
PRECISIONGLIDE NEEDLE	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGUJAS/DISPOSITIVOS SIN AGUJA (cont.)		
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 PEN NEEDLE	T1	PA
SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE	T1	PA
SURE-FINE PEN NEEDLES	T1	PA
TECHLITE PEN NEEDLE	T1	PA
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 SAFEPACK-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	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

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGUJAS/DISPOSITIVOS SIN AGUJA (cont.)		
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE	T1	PA
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE	T1	PA
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE-SHARP	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	
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)

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AYUDAS, DISPOSITIVOS, EQUIPOS RESPIRATORIOS (cont.)		
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)
BREATHRITE	T2	QL (1 unit/year)
CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER	T2	QL (1 unit/year)
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)

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AYUDAS, DISPOSITIVOS, EQUIPOS RESPIRATORIOS (cont.)		
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 (<i>cyclobenzaprine hcl er</i>)	T3	PA QL (1 cap/day)
AMRIX ER 30 MG CAPSULE (<i>cyclobenzaprine hcl er</i>)	T3	PA
<i>baclofen</i>	T1	HD
<i>baclofen 25 mg/5 ml suspension (Fleqsuvy)</i>	T1	PA HD
BACLOFEN 5 MG/5 ML SOLUTION	T3	PA HD
BACLOFEN 10 MG/5 ML SOLUTION	T3	PA HD
BACLOFEN 15 MG TABLET	T1	PA HD
<i>carisoprodol (Soma)</i>	T1	
<i>carisoprodol/aspirin</i>	T1	
<i>chlorzoxazone 250 mg tablet</i>	T1	PA
<i>chlorzoxazone 500 mg tablet</i>	T1	
<i>chlorzoxazone 250 mg, 375 mg, 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	PA HD
LORZONE (<i>chlorzoxazone</i>)	T3	PA
LYVISPAH	T3	PA
<i>metaxalone tablet (Skelaxin)</i>	T1	
<i>methocarbamol</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS (cont.)		
<i>methocarbamol</i> (Robaxin-750)	T1	
NORGESIC FORTE	T3	PA
<i>orphenadrine citrate</i>	T1	
<i>orphenadrine/aspirin/caffeine</i> (Norgesic Forte)	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	PA
<i>tizanidine hcl</i> (Zanaflex)	T1	PA
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>		
<i>pnv/ferrous fum/docusate/folic</i>	T1	
<i>pnv/iron, carb/docusat/folic ac</i>	T1	
<i>prenatal 12/iron/folic/dss/om3</i> (Obtrex Dha)	T1	
PRENATAL 19	T1	
<i>prenatal 12/iron/folic/dss/om3</i>	T1	
<i>prenatal 34/iron/folic/dss/dha</i>	T1	
<i>prenatal vits15/iron/folic/dss</i>	T1	
VITAFOL FE+	T2	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar)⁹

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIDEPRESIVOS ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES ALFA 2		
<i>mirtazapine</i>	T1	HD
<i>mirtazapine</i> (Remeron)	T1	HD
QELBREE	T3	PA QL
QELBREE ER	T3	PA QL (2 caps/day) HD
REMERON (<i>mirtazapine</i>)	T3	PA HD
MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS - BENZODIAZEPINAS		
<i>alprazolam</i> (Xanax Xr)	T1	
<i>alprazolam</i> (Xanax)	T1	
ATIVAN (<i>lorazepam</i>)	T3	PA
<i>chlordiazepoxide hcl</i>	T1	
<i>clorazepate dipotassium</i>	T1	
<i>clorazepate dipotassium</i> (Tranxene T-tab)	T1	
<i>diazepam 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	T4	PA QL (30 tabs/30 days) SP
<i>oxazepam</i>	T1	
TRANXENE T-TAB (<i>clorazepate dipotassium</i>)	T3	PA
VALIUM (<i>diazepam</i>)	T3	PA
XANAX (<i>alprazolam</i>)	T3	PA
XANAX XR (<i>alprazolam xr</i>)	T3	PA
MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS		
BUCAPSOL	T3	PA
<i>buspirone hcl 10 mg tablet</i>	T1	HD
<i>buspirone hcl 15 mg tablet</i>	T1	
<i>buspirone hcl 15 mg tablet</i>	T1	HD
<i>buspirone hcl 30 mg tablet</i>	T1	HD
<i>buspirone hcl 5 mg tablet</i>	T1	HD
<i>buspirone hcl 7.5 mg tablet</i>	T1	HD
<i>meprobamate</i>	T1	
SPRAVATO	T4	PA SP
ANTIDEPRESIVOS - DEPRESIÓN POSPARTO (PPD)		
ZURZUVAE 20 MG CAPSULE	T4	PA QL (28 caps/270 days) SP HD
ZURZUVAE 25 MG CAPSULE	T4	PA QL (28 caps/270 days) SP HD

T1 — Habitualmente genéricos

T2 — Habitualmente marcas preferidas

T3 — Habitualmente marcas no preferidas

PA — Autorización previa

QL — Límite a la cantidad

ST — Tratamiento escalonado

AGE — Requisito de edad

SP — Medicamentos de especialidad

HD — Puede requerir entrega a domicilio

PPACA — Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIDEPRESIVOS - DEPRESIÓN POSPARTO (PPD) (cont.)		
ZURZUVAE 30 MG CAPSULE	T4	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
<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)
WELLBUTRIN SR 150 MG TABLET (<i>bupropion hcl sr</i>)	T3	PA QL (2 tabs/day)

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIB. DE LA RECAPT. DE NOREPINEFRINA Y DOPAMINA (NDRI) (cont.)		
WELLBUTRIN SR 200 MG TABLET (<i>bupropion hcl sr</i>)	T3	PA QL (2 tabs/day)
WELLBUTRIN XL 150 MG TABLET (<i>bupropion xl</i>)	T3	PA QL (3 tabs/day)
WELLBUTRIN XL 300 MG TABLET (<i>bupropion xl</i>)	T3	PA QL (1 tab/day)
AGONISTAS INVERSOS SELECTIVOS DE SEROTONINA 5-HT_{2A} (SSIA)		
NUPLAZID	T4	PA SP HD
INHIBIDOR SELECTIVO DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (SSRI)		
CELEXA 10 MG TABLET (<i>citalopram hbr</i>)	T3	PA QL (6 tabs/day) HD
CELEXA 20 MG TABLET (<i>citalopram hbr</i>)	T3	PA QL (3 tabs/day) HD
CELEXA 40 MG TABLET (<i>citalopram hbr</i>)	T3	PA QL (1 tab/day) HD
<i>citalopram hbr 10 mg tablet</i> (Celexa)	T1	QL (6 tabs/day) HD
<i>citalopram hbr 10 mg/5 ml soln</i>	T1	QL (30ml/day) HD
<i>citalopram hbr 20 mg tablet</i> (Celexa)	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>citalopram hbr 20 mg/10 ml sol</i>	T1	QL (30ml/day) HD
<i>citalopram hbr 40 mg tablet</i> (Celexa)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>escitalopram 10 mg tablet</i> (Lexapro)	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>escitalopram 20 mg tablet</i> (Lexapro)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>escitalopram 5 mg tablet</i> (Lexapro)	T1	QL (4 tabs/day) HD
<i>escitalopram oxalate 5 mg/5 ml</i>	T1	QL (20ml/day) HD
<i>fluoxetine 20 mg/5 ml solution</i>	T1	QL (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 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

T1 — Habitualmente genéricos

PA — Autorización previa

AGE — Requisito de edad

PPACA — Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 — Habitualmente marcas preferidas

QL — Límite a la cantidad

SP — Medicamentos de especialidad

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

T3 — Habitualmente marcas no preferidas

ST — Tratamiento escalonado

HD — Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDOR SELECTIVO DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (SSRI) (cont.)		
<i>paroxetine 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
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
PEXEVA 30 MG TABLET	T3	PA QL (2 tabs/day) HD
PEXEVA 40 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day) HD
PROZAC 10 MG PULVULE (<i>fluoxetine hcl</i>)	T3	PA QL (8 caps/day)
PROZAC 20 MG PULVULE (<i>fluoxetine hcl</i>)	T3	PA QL (4 caps/day)
PROZAC 40 MG PULVULE (<i>fluoxetine hcl</i>)	T3	QL (2 caps/day) ST
SARAFEM (<i>fluoxetine hcl</i>)	T3	ST HD
<i>sertraline 20 mg/ml oral conc</i> (Zoloft)	T1	QL (10ml/day) HD
<i>sertraline hcl 100 mg tablet</i> (Zoloft)	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>sertraline hcl 25 mg tablet</i> (Zoloft)	T1	QL (8 tabs/day) HD
<i>sertraline hcl 50 mg tablet</i> (Zoloft)	T1	QL (4 tabs/day) HD
ZOLOFT 100 MG TABLET (<i>sertraline hcl</i>)	T3	PA QL (2 tabs/day)
ZOLOFT 20 MG/ML ORAL CONC (<i>sertraline hcl</i>)	T3	PA QL (10ml/day)
ZOLOFT 25 MG TABLET (<i>sertraline hcl</i>)	T3	PA QL (8 tabs/day)
ZOLOFT 50 MG TABLET (<i>sertraline hcl</i>)	T3	PA QL (4 tabs/day)
INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN/ANTAGONISTAS DE LA SEROTONINA-2 (SARI)		
<i>nefazodone hcl</i>	T1	HD
RALDESY	T3	PA HD
<i>nefazodone hcl</i>	T1	HD

T1 — Habitualmente genéricos

T2 — Habitualmente marcas preferidas

T3 — Habitualmente marcas no preferidas

PA — Autorización previa

QL — Límite a la cantidad

ST — Tratamiento escalonado

AGE — Requisito de edad

SP — Medicamentos de especialidad

HD — Puede requerir entrega a domicilio

PPACA — Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

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

T1 — Habitualmente genéricos

T2 — Habitualmente marcas preferidas

T3 — Habitualmente marcas no preferidas

PA — Autorización previa

QL — Límite a la cantidad

ST — Tratamiento escalonado

AGE — Requisito de edad

SP — Medicamentos de especialidad

HD — Puede requerir entrega a domicilio

PPACA — Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIB. DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA-NOREPINEFRINA (SNRI) (cont.)		
<i>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		
VIIBRYD 10 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) PA HD
VIIBRYD 20 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day) HD
VIIBRYD 40 MG TABLET	T3	PA HD
SSRI, ANTIDEPRESIVOS MODULADORES DE RECEPTORES DE SEROTONINA		
TRINTELLIX 10 MG TABLET	T2	QL(1 tab/day)
TRINTELLIX 20 MG TABLET	T2	
TRINTELLIX 5 MG TABLET	T2	QL(1 tab/day)
COMBINACIONES DE ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS-BENZODIAZEPINAS		
<i>amitriptyline/chlordiazepoxide</i>	T1	HD
COMBINACIONES DE ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS-FENOTIAZINAS		
<i>perphenazine/amitriptyline hcl</i>	T1	HD
ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS, INHIB. NO SELECT. DE LA RECAPTACIÓN REL.		
<i>amitriptyline hcl</i>	T1	HD
<i>amoxapine</i>	T1	HD
ANAFRANIL (<i>clomipramine hcl</i>)	T3	PA HD
<i>clomipramine hcl</i> (Anafranil)	T1	HD
<i>desipramine hcl</i>	T1	HD
<i>doxepin 10 mg capsule</i>	T1	HD
<i>doxepin 10 mg/ml oral conc</i>	T1	HD
<i>doxepin 100 mg capsule</i>	T1	HD
<i>doxepin 150 mg capsule</i>	T1	HD
<i>doxepin 25 mg capsule</i>	T1	HD
<i>doxepin 50 mg capsule</i>	T1	HD
<i>doxepin 75 mg capsule</i>	T1	HD
<i>imipramine pamoate</i>	T1	HD
<i>imipramine hcl</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS, INHIB. NO SELECT. DE LA RECAPTACIÓN REL. (cont.)		
<i>maprotiline hcl</i>	T1	HD
<i>nortriptyline hcl</i> (Pamelor)	T1	HD
PAMELOR (<i>nortriptyline hcl</i>)	T3	PA HD
<i>protriptyline hcl</i>	T1	HD
<i>trimipramine maleate</i>	T1	HD

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

ADRENÉRGICOS, AROMÁTICOS, SIN CATECOLAMINAS		
<i>lisdexamfetamine 10 mg capsule</i> (Vyvanse)	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>lisdexamfetamine 20 mg capsule</i> (Vyvanse)	T1	PA QL (1 tab/day)
<i>lisdexamfetamine 30 mg capsule</i> (Vyvanse)	T1	PA QL (1 per day)
<i>lisdexamfetamine 40 mg capsule</i> (Vyvanse)	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>lisdexamfetamine 40 mg capsule</i> (Vyvanse)	T1	PA QL (1 tab/day)
<i>lisdexamfetamine 60 mg capsule</i> (Vyvanse)	T1	PA QL (1 per day)
<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 (<i>lisdexamfetamine dimesylate</i>)	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 (<i>lisdexamfetamine dimesylate</i>)	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 (<i>lisdexamfetamine dimesylate</i>)	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 (<i>lisdexamfetamine dimesylate</i>)	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 (<i>lisdexamfetamine dimesylate</i>)	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	
INTUNIV (<i>guanfacine hcl er</i>)	T3	PA
KAPVAY (<i>clonidine hcl er</i>)	T3	PA

T1 — Habitualmente genéricos

T2 — Habitualmente marcas preferidas

T3 — Habitualmente marcas no preferidas

PA — Autorización previa

QL — Límite a la cantidad

ST — Tratamiento escalonado

AGE — Requisito de edad

SP — Medicamentos de especialidad

HD — Puede requerir entrega a domicilio

PPACA — Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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		
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)
<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
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)

T1 — Habitualmente genéricos

T2 — Habitualmente marcas preferidas

T3 — Habitualmente marcas no preferidas

PA — Autorización previa

QL — Límite a la cantidad

ST — Tratamiento escalonado

AGE — Requisito de edad

SP — Medicamentos de especialidad

HD — Puede requerir entrega a domicilio

PPACA — Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
TRAT. PARA EL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (ADHD)/NARCOLEPSIA (cont.)		
<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)
<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> (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)

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
TRAT. PARA EL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (ADHD)/NARCOLEPSIA (cont.)		
RELEXXII ER 63 MG TABLET	T3	PA QL(1 tab/day)
RELEXXII ER 72 MG TABLET	T3	PA QL(1 tab/day)
RITALIN (methylphenidate hcl)	T3	PA ST
RITALIN LA (methylphenidate la)	T3	PA QL (1 cap/day) ST
TRAT. PARA EL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (ADHD), TIPO NRI		
atomoxetine hcl 10 mg capsule (Strattera)	T1	HD
atomoxetine hcl 100 mg capsule (Strattera)	T1	HD
atomoxetine hcl 18 mg capsule (Strattera)	T1	HD
atomoxetine hcl 25 mg capsule (Strattera)	T1	HD
atomoxetine hcl 40 mg capsule (Strattera)	T1	QL (1 cap/day) HD
STRATTERA 100 MG CAPSULE (atomoxetine hcl)	T3	PA QL HD
STRATTERA 18 MG CAPSULE (atomoxetine hcl)	T3	PA QL HD
STRATTERA 25 MG CAPSULE (atomoxetine hcl)	T3	PA QL HD
STRATTERA 40 MG CAPSULE (atomoxetine hcl)	T3	PA QL (1 cap/day) HD
STRATTERA 60 MG CAPSULE (atomoxetine hcl)	T3	PA QL HD
STRATTERA 80 MG CAPSULE (atomoxetine hcl)	T3	PA QL HD

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Varios)

AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE DESEO SEXUAL HIPOACTIVO (HSDD)		
ADDYI	T3	PA QL (1 tab/day)
VYLEESI	T4	PA QL (8 injectors/30 days) SP

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Esquizofrenia/antipsicóticos)⁹

ANTIPSIC., ANTAG. DE LA DOPAMINA, DIFENILBUTILPIPERIDINAS		
pimozide	T1	
ANTIPSICÓTICOS, ATÍPICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA		
asenapine maleate (Saphris)	T1	
CAPLYTA	T3	QL (1 caps/day) ST
clozapine	T1	
clozapine (Clozapine Odt)	T1	
clozapine (Clozaril)	T1	
clozapine (Fazaclo)	T1	
CLOZAPINE ODT	T1	
CLOZARIL (clozapine)	T3	PA
FANAPT 1 MG TABLET	T3	PA QL (4 tabs/day) ST

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIPSICÓTICOS, ATÍPICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA (cont.)		
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 (clozapine odt)	T3	PA
GEODON (ziprasidone hcl)	T3	PA
INVEGA ER 1.5 MG TABLET (paliperidone er)	T3	ST
INVEGA ER 3 MG TABLET (paliperidone er)	T3	QL (1 tab/day) ST
INVEGA ER 6 MG TABLET (paliperidone er)	T3	ST
INVEGA ER 9 MG TABLET (paliperidone er)	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	
olanzapine (Zyprexa Zydis)	T1	
olanzapine (Zyprexa)	T1	
paliperidone er 1.5 mg tablet	T1	
paliperidone er 1.5 mg tablet (Invega)	T1	
paliperidone er 3 mg tablet (Invega)	T1	QL (1 tab/day)
paliperidone er 6 mg tablet (Invega)	T1	
paliperidone er 9 mg tablet (Invega)	T1	
quetiapine fumarate (Seroquel Xr)	T1	
quetiapine fumarate (Seroquel)	T1	
RISPERDAL (risperidone)	T3	PA
risperidone	T1	
risperidone (Risperdal)	T1	
SAPHRIS (asenapine maleate)	T3	ST
SECUADO	T3	ST
SEROQUEL (quetiapine fumarate)	T3	ST

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIPSICÓTICOS, ATÍPICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA (cont.)		
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	
<i>aripiprazole 1 mg/ml solution</i>	T1	
<i>aripiprazole 10 mg tablet</i> (Abilify)	T1	
<i>aripiprazole 15 mg tablet</i> (Abilify)	T1	
<i>aripiprazole 2 mg tablet</i> (Abilify)	T1	
<i>aripiprazole 20 mg tablet</i> (Abilify)	T1	
<i>aripiprazole 30 mg tablet</i> (Abilify)	T1	
<i>aripiprazole 5 mg tablet</i> (Abilify)	T1	QL (1 tab/day)
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
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		
REXULTI 4 MG TABLET	T3	ST

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA (cont.)		
<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, 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	
SSRI-ANTIPSIC., ATÍPICOS, ANTAG. DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA		
<i>olanzapine/fluoxetine hcl</i> (Symbyax)	T1	
SYMBYAX (<i>olanzapine-fluoxetine hcl</i>)	T3	PA

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Trastornos del sueño/sedantes)

AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA NARCOLEPSIA Y LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO		
<i>armodafinil</i> (Nuvigil)	T1	PA
<i>modafinil</i> (Provigil)	T1	PA
NUVIGIL (<i>armodafinil</i>)	T3	PA
PROVIGIL (<i>modafinil</i>)	T3	PA
SUNOSI	T2	PA QL (1 tab/day)
SEDANTES/HIPNÓTICOS (Trastornos del sueño/sedantes)		
AGENTE TIPO SEDANTE ANTINARCOLEPSIA Y ANTICATAPLEXIA		
LUMRYZ	T4	PA QL (1 pack/day) SP HD
LUMRYZ STARTER PACK	T4	PA SP HD
XYREM	T4	PA SP HD
XYWAV	T4	PA SP HD
BARBITÚRICOS		
<i>phenobarbital</i>	T1	
<i>secobarbital sodium</i>	T3	PA

T1 — Habitualmente genéricos

T2 — Habitualmente marcas preferidas

T3 — Habitualmente marcas no preferidas

PA — Autorización previa

QL — Límite a la cantidad

ST — Tratamiento escalonado

AGE — Requisito de edad

SP — Medicamentos de especialidad

HD — Puede requerir entrega a domicilio

PPACA — Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HIPNÓTICOS, AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA MELATONINA MT1/MT2		
HETLIOZ	T4	PA SP HD
HETLIOZ LQ	T4	PA SP HD
<i>ramelteon</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
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 - 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
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

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HIPNÓTICOS SEDANTES, NO BARBITÚRICOS (cont.)		
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>	T1	
<i>zolpidem tartrate</i> (Ambien)	T1	
ZOLPIMIST	T3	PA

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Varias)

IRRIGANTES		
<i>acetic acid</i>	T1	
<i>neomycin sulf/polymyxin b sulf</i>	T1	
PHYSIOLYTE	T3	
PHYSIOSOL	T3	
<i>ringer's solution</i>	T1	
<i>ringer's solution, lactated</i>	T1	
<i>sod, pot chlor/mag/sod, pot phos</i>	T3	
<i>sodium chloride irrig solution</i>	T1	
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>	T1	
<i>acitretin</i> (Soriatane)	T1	
BIMZELX	T4	PA QL (2 mls/28 days) SP HD
COSENTYX (2 SYRINGES)	T4	PA QL (2 syringes/28 days) SP HD
COSENTYX PEN	T4	PA QL (1 pen/28 days) SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIPSORIÁSICOS, SISTÉMICOS (cont.)		
COSENTYX PEN (2 PENS)	T4	PA QL (2 pens/28 days) SP HD
COSENTYX SYRINGE	T4	PA QL (1 syringe/28 days) SP HD
ILUMYA	T4	PA QL (1 syringe/84 days) SP HD
<i>methoxsalen</i> (Oxsoralen-ultra)	T1	
OXSORALEN-ULTRA (<i>methoxsalen</i>)	T3	
SILIQ	T4	PA QL (2 syringes/28 days) SP HD
SKYRIZI (2 SYRINGES) KIT	T4	PA QL (1 kit/84 days) SP HD
SORIATANE (<i>acitretin</i>)	T3	PA
SOTYKTU	T4	PA QL (1 tab/day) SP
SPEVIGO	T4	PA QL(2 mls/28 days) SP HD
TALTZ AUTOINJECTOR	T4	PA QL (1 injector/28 days) SP HD
TALTZ AUTOINJECTOR (2 PACK)	T4	PA QL (1 injector/28 days) SP HD
TALTZ AUTOINJECTOR (3 PACK)	T4	PA QL (1 injector/28 days) SP HD
TALTZ SYRINGE	T4	PA QL (1 syringe/28 days) SP HD
TREMFYA 100 MG/ML INJECTOR	T4	PA QL (1 injector/56 days) SP HD
TREMFYA 100 MG/ML SYRINGE	T4	PA QL (1 syringe/56 days) SP HD
TREMFYA PEN	T4	PA QL(2 syringe/28 days) SP HD
ANTIINFLAMATORIOS TÓPICOS, ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS		
DICLAREAL	T3	HD
<i>diclofenac 1.5% topical soln</i>	T1	PA HD
DICLOFENAC EPOLAMINE	T3	PA QL (2 patches/day) HD
<i>diclofenac sodium 1% gel</i> (Voltaren)	T1	QL (1000gm/30 days) HD
FLECTOR	T2	PA QL (2 patches/day) HD
LICART	T2	PA QL (1 patch/day) HD
PENNSAID	T3	PA HD
VOLTAREN (<i>diclofenac sodium</i>)	T3	PA QL (1000gm/30 days) HD

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas)

AGENTES ANTIACNÉ, SISTÉMICOS		
ABSORICA (<i>isotretinoin</i>)	T3	PA
ABSORICA LD	T3	ST
ACUTANE	T1	
AMNESTEEM	T1	
CLARAVIS	T1	
<i>isotretinoin</i> (Absorica)	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIACNÉ, SISTÉMICOS (cont.)		
MYORISAN	T1	
ZENATANE	T1	
AGENTES ANTIACNÉ, TÓPICOS		
ACANYA (<i>clindamycin phos-benzoyl perox</i>)	T3	
ACZONE (<i>dapsone</i>)	T3	
<i>adapalene/benzoyl peroxide</i>	T1	
AZELEX	T2	
BENZACLIN (<i>clindamycin-benzoyl peroxide</i>)	T3	PA
CABTREO	T3	PA
<i>clindamycin-bnz perox 1.2-3.75% (Onexton)</i>	T1	PA
<i>clindamycin-benzoyl perox 1-5%</i>	T1	
<i>clindamycin-bnz perox 1-5% pmp</i>	T1	
<i>clindamycin phos/benzoyl perox (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 (Velitin)</i>	T1	
<i>dapsone 5% gel (Aczone)</i>	T1	
DAPSONE 7.5% GEL PUMP	T3	PA
<i>dapsone 7.5% gel pump (Aczone)</i>	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 (Klaron)</i>	T1	
VELTIN	T3	PA
ZIANA (<i>clindamycin phos-tretinoin</i>)	T3	PA
ANTITRANSPIRANTES		
DRYSOL	T2	
ANTIPRURIGINOSOS, TÓPICOS		
ALEVICYN PLUS	T3	
<i>doxepin 5% cream (Zonalon)</i>	T1	PA QL (90gm/30 days)

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIPRURIGINOSOS, TÓPICOS (cont.)		
<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% CREAM	T2	
TAZORAC 0.05% GEL	T2	
TAZORAC 0.1% CREAM (<i>tazarotene</i>)	T3	
TAZORAC 0.1% GEL	T2	
VECTICAL (<i>calcitriol</i>)	T3	QL (800gm/30 days)
ZORYVE 0.3% CREAM	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	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EMOLIENTES (cont.)		
HALUCORT	T3	
MIMYX (<i>prumyx</i>)	T3	
RESTIZAN	T1	
<i>vite ac/grape/hyaluronic acid</i> (Atopiclair)	T1	
XCLAIR	T3	
IMMUNOMODULADORES		
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	
QUERATOLÍTICOS		
BENZEFOAM	T3	
BENZEPRO	T1	
<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	T3	
KERALYT SCALP (<i>salicylic acid</i>)	T3	
PACNEX (<i>benzoyl peroxide</i>)	T3	
PODOCON-25	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
QUERATOLÍTICOS (cont.)		
<i>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</i>	T1	
<i>silver nitrate applicator</i>	T1	
URAMAXIN (<i>urea</i>)	T3	
<i>urea</i> (Hydro 35)	T1	
<i>urea</i> (Hydro 40)	T3	
<i>urea</i> (Uramaxin)	T1	
<i>urea</i> (Xurea)	T1	
XUREA	T3	
PROTECTORES		
PHARMABASE BARRIER	T1	
<i>polydimethylsiloxanes/silicon</i>	T1	
<i>protectives2/ceramide 1, 3, 6-ii</i>	T1	
RADIAPLEXRX	T3	
<i>zinc oxide</i>	T1	
AGENTES PARA LA ROSÁCEA, TÓPICOS		
<i>azelaic acid</i> (Finacea)	T1	
FINACEA	T3	PA
FINACEA (<i>azelaic acid</i>)	T3	PA
IDAOXIA	T3	
<i>ivermectin</i> (Soolantra)	T1	
METROCREAM (<i>rosadan</i>)	T3	PA
METROGEL (<i>metronidazole</i>)	T3	PA
<i>metronidazole</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA LA ROSÁCEA, TÓPICOS (cont.)		
<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	
SOOLANTRA (<i>ivermectin</i>)	T3	PA
ADHESIVOS PARA TEJIDOS/HERIDAS		
ARTISS	T3	
SURGISEAL STYLUS	T3	
SURGISEAL TEARDROP	T3	
SURGISEAL TWIST	T3	
TISSEEL VHSD	T3	
ANTIINFLAM. TÓPICO, INHIB. DE LA FOSFODIESTERASA-4 (PDE4)		
EUCRISA	T2	
AGENTES TÓPICOS, VARIOS		
L-MESITRAN SOFT	T3	
MEDIHONEY	T3	
SAF-CLENS AF	T1	
<i>trichloroacetic acid</i>	T3	
TRICHLOROACETIC ACID	T1	
<i>urea</i>	T1	
DERIVADOS DE LA PLEUROMUTILINA, ANTIBIÓTICOS TÓPICOS		
ALTABAX	T3	
AGENTES ANTICOLINÉRGICOS TÓPICOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPERHIDROSIS		
QBREXZA	T3	
SOFDRA	T3	PA
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS		
ACIOXIA	T3	
ALA-SCALP (<i>scalacort</i>)	T3	ST
<i>alclometasone dipropionate</i>	T1	
<i>amcinonide</i> 0.1%	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>	T1	
<i>betamethasone valerate</i> (Luxiq)	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS (cont.)		
<i>betamethasone/propylene glyc</i>	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
CORDRAN (<i>nolix</i>)	T3	PA
CUTIVATE 0.05% CREAM (<i>fluticasone propionate</i>)	T3	ST
CUTIVATE 0.05% LOTION (<i>fluticasone propionate</i>)	T3	PA
DERMA-SMOOTHIE-FS (<i>fluocinolone acetonide</i>)	T3	ST
DERMATOP (<i>prednicarbate</i>)	T3	ST
<i>desonide</i>	T1	
<i>desonide</i> (Desowen)	T1	
<i>desonide</i> (Tridesilon)	T1	
DESOWEN 0.05% CREAM	T3	ST
<i>desoximetasone</i> (Topicort)	T1	
<i>diflorasone diacetate</i>	T1	PA
<i>diflorasone diacetate</i> (Psorcon)	T1	PA
<i>diflorasone diacetate/emoll</i>	T1	PA
DIPROLENE (<i>betamethasone diprop augmented</i>)	T3	ST
<i>fluocinolone acetonide</i>	T1	
<i>fluocinolone acetonide</i> (Derma-smoothe-fs)	T1	
<i>fluocinolone acetonide</i> (Synalar)	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS (cont.)		
<i>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	
LOCOID LIPOCREAM	T3	PA
LOCOID LIPOCREAM (<i>hydrocortisone butyrate</i>)	T3	PA
LUXIQ (<i>betamethasone valerate</i>)	T3	ST

T1 — Habitualmente genéricos

T2 — Habitualmente marcas preferidas

T3 — Habitualmente marcas no preferidas

PA — Autorización previa

QL — Límite a la cantidad

ST — Tratamiento escalonado

AGE — Requisito de edad

SP — Medicamentos de especialidad

HD — Puede requerir entrega a domicilio

PPACA — Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS (cont.)		
MOMETACURE	T3	
<i>mometasone furoate 0.1% cream</i>	T1	
<i>mometasone furoate 0.1% oint</i>	T1	
<i>mometasone furoate 0.1% soln</i>	T1	
NUCORT	T3	ST
OLUX (<i>clobetasol propionate</i>)	T3	PA
OLUX-E (<i>tovet emollient</i>)	T3	PA
PANDEL	T3	PA
<i>prednicarbate</i> (Dermatop)	T1	
PSORCON (<i>diflorasone diacetate</i>)	T3	PA
SCALACORT DK	T3	ST
SERNIVO	T3	PA
SYNALAR	T3	ST
SYNALAR (<i>fluocinolone acetonide</i>)	T3	ST
SYNALARTS	T3	ST
TEMOVATE (<i>clobetasol propionate</i>)	T3	ST
TEXACORT	T3	ST
TOPICORT (<i>desoximetasone</i>)	T3	ST
<i>triamcinolone acetonide</i>	T1	
<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
EPIFOAM	T3	
<i>hydrocortisone/pramoxine</i> (Pramosone)	T1	
<i>lidocaine/hydrocortisone ac</i>	T1	
MEZPAROX-HC	T1	
PRAMOSONE 1% LOTION	T2	
PRAMOSONE 1%-1% CREAM	T2	
PRAMOSONE 1%-1% OINTMENT	T2	
PRAMOSONE 2.5%-1% CREAM	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS-ANESTÉSICOS LOCALES (cont.)		
PRAMOSONE 2.5%-1% LOTION	T3	
PRAMOSONE 2.5%-1% OINTMENT	T2	
AGENTES TÓPICOS LIBERADORES DE ÓXIDO NÍTRICO		
ZELSUVMI	T3	PA
PREPARACIONES ANTIBACTERIANAS TÓPICAS		
<i>dermazene cream</i>	T1	
DERMAZENE CREAM PACKET	T3	
<i>hydrocortisone/iodoquinol</i>	T1	
<i>hydrocortisone/iodoquinol/aloe</i>	T1	
<i>iodine/potassium iodide</i>	T1	
<i>iodine/sodium iodide</i>	T1	
IODOFLEX	T3	
IODOSORB	T3	
<i>silver nitrate</i>	T1	
ANÁLOGOS DE VIT. D/ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS		
<i>calcipotriene/betamethasone (Taclonex)</i>	T1	
ENSTILAR	T3	PA
TACLONEX (<i>calcipotriene/betamethasone</i>)	T3	
WYNZORA	T3	PA
ENZIMAS TÓPICAS/DE LAS MEMBR. MUCOSAS/SUBCUT.		
SANTYL	T2	QL (60gm/30 days)
DERIVADOS DE LA VITAMINA A		
<i>adapalene</i>	T1	PA
<i>adapalene (Differin)</i>	T1	PA
<i>adapalene (Plixa)</i>	T1	PA
AKLIEF	T3	
ALTRENO	T3	PA
ATRALIN (<i>tretinoin</i>)	T3	PA
<i>avita 0.025% cream (Retin-a)</i>	T3	PA
AVITA 0.025% GEL	T3	
DIFFERIN	T3	PA
DIFFERIN (<i>adapalene</i>)	T3	PA

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
DERIVADOS DE LA VITAMINA A (cont.)		
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
PREPARACIONES PARA LA TIROIDES (Agentes hormonales)		
PREPARACIONES ANTITIROIDES		
<i>methimazole</i> (Tapazole)	T1	HD

T1 — Habitualmente genéricos

T2 — Habitualmente marcas preferidas

T3 — Habitualmente marcas no preferidas

PA — Autorización previa

QL — Límite a la cantidad

ST — Tratamiento escalonado

AGE — Requisito de edad

SP — Medicamentos de especialidad

HD — Puede requerir entrega a domicilio

PPACA — Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES ANTITIROIDEAS (cont.)		
<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

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (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 4-20-50 MG TABLET	T4	PA QL (3 tabs/day) SP HD
BRONCHITOL 40 MG INHALE CAP	T4	PA SP
ORKAMBI 100 MG-125 MG TABLET	T4	PA QL (4 tabs/day) SP HD
ORKAMBI 100-125 MG GRANULE PKT	T4	PA QL (2 packs/day) SP HD
ORKAMBI 150-188 MG GRANULE PKT	T4	PA QL (2 packs/day) SP HD
ORKAMBI 200 MG-125 MG TABLET	T4	PA QL (4 tabs/day) SP HD
SYMDEKO	T4	PA QL (2 tabs/day) SP HD
TRIKAFTA	T4	PA QL (3 tabs/day) SP HD
FIB. QUÍSTICA-POTENCIADOR DE LA REG. DE LA CONDOC. TRANSMEMB. (CFTR)		
KALYDECO 5.8 MG TABLET	T4	PA QL (2 tabs/day) SP HD
KALYDECO 150 MG TABLET	T4	PA QL (2 tabs/day) SP HD
KALYDECO 25 MG GRANULES PACKET	T4	PA QL (2 packs/day) SP HD
KALYDECO 50 MG GRANULES PACKET	T4	PA QL (2 packs/day) SP HD
KALYDECO 75 MG GRANULES PACKET	T4	PA QL (2 packs/day) SP HD
SURFACTANTES PULMONARES		
CUROSURF	T3	
INFASURF	T3	
SURVANTA	T3	
MUCOLÍTICOS		
PULMOZYME	T4	PA SP HD
FIBROSIS PULMONAR - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS		
OFEV	T4	PA SP HD
INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS		
JOENJA	T4	PA QL SP
VIJOICE 125mg,50 mg	T4	PA QL (PA QL (30tabs/30days) SP
VIJOICE 250mg dose pack	T4	PA QL (2 tabs/30 days)
ZOKINVY	T4	PA QL (4 caps/day) SP
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)		
INHIBIDORES DE LA TIROSINA QUINASA DEL BAZO		
TAVALISSE	T4	PA SP

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (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>)	T4	PA SP
<i>icatibant acetate</i> (Firazyr)	T4	PA SP HD
INHIBIDORES DE LA ESTERASA CI		
BERINERT	T4	PA SP HD
CINRYZE	T4	PA SP HD
HAEGARDA	T4	PA SP HD
RUCONEST	T4	PA SP HD
INHIBIDORES DE CALICREÍNA PLASMÁTICA		
KALBITOR	T4	PA SP HD
ORLADEYO	T4	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)	T4	SP CSL
MESNEX	T4	SP
VISTOGARD	T4	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	
INHIBIDORES DE LA COLAGENASA PERIODONTAL		
<i>doxycycline hyclate 20 mg tab</i>	T1	
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Diabetes)		
INHIBIDORES DE LA COLAGENASA PERIODONTAL		
INPEFA	T3	PA QL(1 tab/day) HD
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Disfunción eréctil)		
MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL (ED)		
CAVERJECT	T3	PA QL (6 injectors/30 days)
CIALIS 10 MG TABLET (<i>tadalafil</i>)	T3	QL (1 tab/30 days) ST
CIALIS 20 MG TABLET (<i>tadalafil</i>)	T3	ST QL(8 tabs/30 days)
CIALIS 5 MG TABLET (<i>tadalafil</i>)	T3	ST QL(1 tab/day)

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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>varденаfil 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 tablet</i> (Viagra)	T1	QL(8 tabs/30 days) HD
<i>sildenafil 25 mg tablet</i> (Viagra)	T1	QL(8 tabs/30 days) HD
<i>sildenafil 50 mg tablet</i> (Viagra)	T1	QL(8 tabs/30 days) HD
STENDRA (<i>avanafil</i>)	T3	QL (8 tabs/30 days) ST
<i>tadalafil 2.5 mg tablet</i>	T1	QL(1 tab/day) HD
<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>varденаfil hcl</i>	T1	QL (10 tabs/30 days)
<i>varденаfil hcl</i> (Levitra)	T1	QL (10 tabs/30 days)
VIAGRA (<i>sildenafil citrate</i>)	T3	ST QL(8 tabs/30 days)
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones gastrointestinales/pirosis)		
CALCIMIMÉTICO, POTENCIADOR DEL CALCIO PARATIROIDEO		
<i>cinacalcet hcl</i> (Sensipar)	T4	SP
SENSIPAR (<i>cinacalcet hcl</i>)	T4	PA SP
AGENTES ORALES PARA LA MUCOSITIS/ESTOMATITIS		
GELCLAIR	T3	
ORAMAGICRX	T3	
REZDIFFRA	T4	PA QL(1 tab/day) SP HD
AGENTES ESTIMULANTES DE LA SALIVA		
NUMOISYN	T3	
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Agentes hormonales)		
AGENTES QUE ESTIM. LA FORMACIÓN DE HUESO - HORMONA PARATIROIDEA		
FORTEO	T4	PA QL (3ml/21 days) SP HD
<i>teriparatide 600 mcg/2.4ml pen</i>	T4	PA QL(0.09 mls/day) SP HD
TERIPARATIDE 620 MCG/2.48 ML	T4	PA QL(0.09 mls/day) SP HD
TERIPARATIDE	T4	PA QL (1 pen/28 days) SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Agentes hormonales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE LA HORMONA DE CRECIMIENTO		
SOMAVERT	T4	PA SP HD
AGENTES PARA EL TRAT. DEL HIPERPARATIROID. - TIPO ANÁLOGO DE VITAMINA D		
<i>doxercalciferol</i>	T1	
<i>paricalcitol</i>	T4	SP HD
<i>paricalcitol</i> (Zemplar)	T4	SP HD
RAYALDEE	T3	
ZEMPLAR (<i>paricalcitol</i>)	T4	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> (Keveyis)	T4	PA SP
KEVEYIS	T4	SP
INHIBIDORES DE AMONÍACO		
CARBAGLU (<i>carglumic acid</i>)	T4	SP HD
<i>carglumic acid</i> (Carbaglu)	T4	SP HD
AGENTES PARA LA AMILOIDOSIS-SUPRESIÓN DE LA TRANSTIRETINA (TTR)		
TEGSEDI	T4	PA SP HD
WAINUA	T4	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	T4	PA SP HD
<i>pirfenidone 267 mg capsule</i>	T4	PA SP HD
INHIBIDORES DEL COMPLEMENTO		
ZILBRYSQ	T4	PA QL(1 syringe/day) SP

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES CRIOPRESERVANTES		
<i>dimethyl sulfoxide</i>	T1	
MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA TIROSINEMIA HEREDITARIA		
<i>nitisinone</i> (Orfadin)	T4	PA SP HD
NITYR	T4	PA SP
ORFADIN (<i>nitisinone</i>)	T4	PA SP
AGENTES PARA INHALACIÓN GENERALES		
HYPER-SAL	T3	
<i>nebusal 3% vial</i>	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	T4	PA SP HD
TRATAMIENTO DE TRASTORNOS GENÉTICOS - INHIBIDORES DE HDAC		
DUVYZAT	T4	PA SP
INHIBIDOR DE LA GLUCOSILCERAMIDA SINTASA (GCS)		
CERDELGA	T4	PA SP HD
OPFOLDA	T4	PA QL(8 caps/30 days) SP HD
<i>miglustat</i> (Zavesca)	T4	PA SP
ZAVESCA (<i>miglustat</i>)	T4	PA SP HD
TRATAMIENTO DE TRASTORNO GENÉTICO - TRATAMIENTO POR DEFICIENCIA DE PROTEÍNA SMN		
MIPLYFFA	T4	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	T4	PA SP
REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, DEFICIENCIA DEL COFACTOR DE MOLIBDENO		
NULIBRY	T4	PA SP
AGENTES PARA TRATAR LA INTOXIC. POR METALES		
CHEMET	T3	
CUVRIOR	T4	PA SP
<i>deferasirox</i> (Exjade)	T4	SP HD
<i>deferasirox</i> (Jadenu Sprinkle)	T4	SP HD
<i>deferasirox</i> (Jadenu)	T4	SP HD
<i>deferiprone</i> (Ferriprox)	T4	PA SP

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA TRATAR LA INTOXIC. POR METALES (cont.)		
EXJADE (<i>deferasirox</i>)	T4	PA SP HD
FERRIPROX	T4	PA SP
FERRIPROX (2 TIMES A DAY)	T4	PA SP
GALZIN	T4	SP
JADENU (<i>deferasirox</i>)	T4	PA SP HD
JADENU SPRINKLE (<i>deferasirox</i>)	T4	PA SP HD
RADIOGARDASE	T3	
SYPRINE (<i>trientine hcl</i>)	T4	PA SP HD
<i>trientine hcl</i> (Syprine)	T4	PA SP HD
PÉPTIDOS NATRIURÉTICOS		
VOXZOGO	T4	PA SP HD
INHIBIDORES DEL RECEPTOR FC NEONATAL (FCRN)		
VYVGART HYTRULO	T4	PA SP HD
AGONISTA PARCIAL DE RECEPTORES NICOTÍNICOS, ALFA4-BETA2		
TYRVAYA	T3	PA QL (2/month) HD
ACTIVADOR DEL FACTOR 2 RELACIONADO CON EL FACTOR NUCLEAR ERITROIDE 2		
SKYCLARYS	T1	
BASES PARA POMADAS/CREMAS		
RADIAGEL	T1	
AGENTES PARA LA VEJIGA HIPERACTIVA, RECEPT. ADRENÉRGICOS BETA 3		
<i>mirabegron er 25 mg tablet</i> (Myrbetriq)	T1	PA QL (1 tab/day) HD
<i>mirabegron er 50 mg tablet</i> (Myrbetriq)	T1	PA HD
MYRBETRIQ ER 25 MG TABLET (<i>mirabegron</i>)	T3	ST QL(1 tab/day) HD
MYRBETRIQ ER 50 MG TABLET	T3	ST HD
AGENTE PARA OXALOSIS - INHIBIDOR DE OXALATO BASADO EN ARNI		
RIVFLOZA	T4	PA QL(1 syringe/30 days) SP
CHAPERÓN FARMACOLÓGICO-ESTAB. DE LA ALFA-GALACTOSIDASA A		
GALAFOLD	T4	PA SP HD
AGENTE PARA TRATAR LA FENILCETONURIA-COFACTOR DE LA FENILALANINA HIDROXILASA		
KUVAN (<i>sapropterin dihydrochloride</i>)	T4	PA SP HD
<i>sapropterin dihydrochloride</i> (Kuvan)	T4	PA SP HD
ESTABILIZADORES DE PROTEÍNAS		
ATTRUBY	T3	PA
VYNDAMAX	T4	PA QL (1 cap/day) SP HD
VYENDAQEL	T4	PA QL (4 caps/day) SP HD
AGONISTAS DEL RECEPTOR DE ÁCIDO RETINOICO (RAR)		
SOHONOS	T4	PA SP

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SOLVENTES (cont.)		
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	T4	PA SP

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Nutritivos/alimenticios)

AGENTES PARA DEFICIENCIAS METABÓLICAS		
<i>betaine</i> (Cystadane)	T4	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	T4	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		
FOSAMAX PLUS D	T3	ST HD
INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA		
ACTONEL (<i>risedronate sodium</i>)	T3	ST HD
<i>alendronate sodium</i>	T1	HD
<i>alendronate sodium</i> (Fosamax)	T1	HD
ATELVIA (<i>risedronate sodium dr</i>)	T3	ST HD
BINOSTO	T3	ST HD
BONIVA (<i>ibandronate sodium</i>)	T3	ST HD
EVISTA (<i>raloxifene hcl</i>)	T3	HD
FOSAMAX (<i>alendronate sodium</i>)	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

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAM. ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-1		
ARCALYST	T4	PA SP HD
ANTIINFLAMATORIOS, BETABLOQUEANTES DE INTERLEUCINA-1		
ILARIS	T4	PA SP HD
AGENTES PARA LA FIBROMIALGIA, INHIB. DE LA RECAPT. DE SEROTONINA-NOREPINEFRINA		
SAVELLA	T2	
INMUNOMODULADORES, INHIB. ESPECÍF. DE ESTIM. DE LINFOCITOS B (BLYS)		
BENLYSTA	T4	PA SP HD
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Trastornos convulsivos)		
AGENTES NEUROPÁTICOS		
LYRICA CR	T3	HD
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones cutáneas)		
INHIBIDORES DE LA INTERLEUCINA-13 (IL-13), ANTICUERPOS MONOCLONALES		
ADBRY	T4	PA SP HD
ADBRY AUTOINJECTOR	T4	PA SP HD
EBGLYSS PEN	T4	PA SP
AGENTES CICATRIZANTES LOCALES		
FILSUVEZ	T4	PA SP
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Abuso de sustancias)		
TRATAMIENTO PARA LA ABSTINENCIA DE OPIOIDES, AGONISTAS ADRENÉRGICOS ALFA 2		
lofexidine hcl	T1	QL (192 tabs/30 days)
LUCEMYRA	T2	QL (168 tabs/14 days)
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO PARA LA ABSTINENCIA DE OPIOIDES, TIPO OPIOIDES		
BUNAVAIL	T3	
buprenorphine hcl	T1	
buprenorphine hcl/naloxone hcl	T1	
buprenorphine hcl/naloxone hcl (Suboxone)	T1	
SUBOXONE (buprenorphine-naloxone)	T3	
ZUBSOLV	T2	
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Medicamentos para trasplante)		
INHIBIDORES DE LA QUINASA RHO		
REZUROCK	T4	PA SP HD
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones urinarias)		
AGENTES PARA LA HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA/MICCIÓN		
alfuzosin hcl (Uroxatral)	T1	HD
AVODART (dutasteride)	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 compartidos

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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.)		
<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
VANRAFIA	T4	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 ALFA1 PARA TRATAR LA HPB		
<i>dutasteride/tamsulosin hcl</i> (Jalyn)	T1	HD
AGENTES QUE REDUCEN LA CISTINA, CISTINOSIS NEFROPÁTICA		
CYSTAGON	T4	SP
PROCYSBI	T4	PA SP HD
AGENTES PARA CÁLCULOS RENALES		
THIOLA	T4	PA SP
THIOLA EC	T4	PA SP
<i>tiopronin</i>	T4	SP
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	T3	QL (1 tab/day) ST HD
MYRBETRIQ ER 50 MG TABLET	T3	ST HD
ANTIESPASMÓDICOS DE LAS VÍAS URINARIAS, ANTAG. SELECTIVO DE M(3)		
<i>darifenacin er 15 mg tablet</i>	T1	HD
<i>darifenacin er 7.5 mg tablet</i> (Enablex)	T1	QL (1 tab/day) HD
ENABLEX (<i>darifenacin er</i>)	T3	QL (1 tab/day) ST HD
<i>solifenacin 10 mg tablet</i> (Vesicare)	T1	HD
<i>solifenacin 5 mg tablet</i> (Vesicare)	T1	QL (1 tab/day) HD
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

T1 — Habitualmente genéricos

PA — Autorización previa

AGE — Requisito de edad

PPACA — Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 — Habitualmente marcas preferidas

QL — Límite a la cantidad

SP — Medicamentos de especialidad

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

T3 — Habitualmente marcas no preferidas

ST — Tratamiento escalonado

HD — Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones urinarias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIESPASMÓDICOS DE LAS VÍAS URINARIAS, ANTAG. SELECTIVO DE M(3) (cont.)		
VESICARE LS	T3	ST HD
AGENTE ANTIESPASMÓDICO/ANTIINCONTINENCIA DE LAS VÍAS URINARIAS		
DETROL (tolterodine tartrate)	T3	ST HD
DETROL LA 2 MG CAPSULE (tolterodine tartrate er)	T3	QL (1 cap/day) ST HD
AGENTE ANTIESPASMÓDICO/ANTIINCONTINENCIA DE LAS VÍAS URINARIAS (cont.)		
DETROL LA 4 MG CAPSULE (tolterodine tartrate er)	T3	ST HD
DITROPAN XL (oxybutynin chloride er)	T3	ST HD
flavoxate hcl	T1	HD
oxybutynin chloride	T1	HD
oxybutynin chloride (Ditropan XL)	T1	HD
OXYTROL	T3	ST HD
tolterodine tart er 2 mg cap (Detrol La)	T1	QL (1 cap/day) HD
tolterodine tart er 4 mg cap (Detrol La)	T1	HD
tolterodine tartrate (Detrol)	T1	HD
TOVIAZ ER 4 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day) HD
TOVIAZ ER 8 MG TABLET	T2	HD
trospium chloride	T1	HD
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Control del peso)		
ESTIM. DEL APETITO PARA LA ANOREXIA, CAQUEXIA, SÍND. DE DESGASTE		
megestrol acetate	T1	
VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias)		
PREPARACIONES CON ÁCIDO FÓLICO		
folic acid	T1	
true folic acid 1600mcg dfe tb	T1	
PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS		
CONCEPT DHA CAPSULE	T3	
FOLET ONE	T2	
mvn no.53/iron/folic/dss/dha	T1	
OBSTETRIX ONE	T1	
PREPARACIONES DE VITAMINA B		
POTABA	T2	HD
PREPARACIONES DE VITAMINA B12		
cyanocobalamin (vitamin b-12)	T1	
NASCOBAL	T3	PA

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA D		
calcitriol 0.25 mcg capsule	T1	
calcitriol 0.5 mcg capsule	T1	
calcitriol 1 mcg/ml solution	T1	
ergocalciferol (vitamin d2) (Drisdol)	T1	HD
ROCALTROL (calcitriol)	T3	HD
PREPARACIONES DE VITAMINA K		
MEPHYTON (phytonadione)	T3	
phytonadione (vit k1) (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	135
1ST TIER UNILET	130
2-IN-1 LANCET DEVICE	130
(mirabegron)	174

A

abacavir	65, 66
abacavir/lamivudine/zidovudine	65
abacavir sulfate/lamivudine	65
ABILIFY	153
abiraterone	54
ABOUTTIME	135
ABRILADA	52
ABRYVO	75
ABSORICA	157
acamprosate	172
ACANYA	158
acarbose	46
ACCOLATE	29
ACCU-CHEK	130
ACCUPRIL	83
ACCURETIC	81
ACUTANE	157
ACD	39
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER	138
acebutolol	85
ACETAMIN-CAFF-DIHYDROCODEINE	20
acetamin-codein 300-30 mg/12.5	20
acetaminop-codeine 120-12 mg/5	20
acetaminophen/caff/dihydrocod	20
acetaminophen-cod	20
acetazolamide	102
acetic acid	50, 104, 156
acetylcysteine	29
ACIOXIA	162
ACIPHEX	117
acitretin	156, 157
ACTEMRA	128
ACTHAR	120
ACTHIB	74, 75
ACTICLATE	36
ACTIGALL	114
ACTI-LANCE	130
ACTIMMUNE	59
ACTIQ	21
ACTIVELLA	122
ACTONEL	175
ACTOPLUS	47
ACTOS	48

ACULAR	104
ACUVAIL	104
acyclovir	68, 69, 70
ACZONE	158
ADACEL	74
ADALAT	77
ADALIMUMAB	52, 181
adapalene	158, 166
ADBRY	176
ADCIRCA	80
ADDERALL	71, 72
ADDYI	151
adefovir	69
ADEMPAS	80
ADHANSIA	149
ADIPEX-P	60
ADMELOG	49
ADRENALIN	104
adthyza	168
ADTHYZA	168
ADVAIR HFA	28
ADVANCED	101, 130
ADVANCED DNA MEDICATED COLLECT	101
ADVOCATE	130, 135, 181
ADZENYS	72
AEMCOLO	36
AEROCHAMBER	138
AEROTRACH	138
AEROVENT	138
AFINITOR	56
AFLURIA	74
AFREZZA	49
AGAMATRIX	101, 129
AGAMREE	123
AGRYLIN	64, 65
AIMOVIG	14, 18
AIRDUO DIGIHALER	28
AIRSUPRA	28
AJOVY	14, 18
AKEEGA	55
AKLIEF	166
AKTEN	105
AKYNZEO	112
ALA-SCALP	162
albendazole	51
ALBENZA	51
albuterol	27, 28
ALBUTEROL	27
ALCAINE	105

Índice de medicamentos

alclometasone	162	AMNESTEEM	157
ALCOHOL	52	amoxapine	147
ALDACTAZIDE	103	amoxicillin	35, 50
ALDACTONE	103	amphetamine	71, 72
ALDARA	160	AMPHETAMINE	72
ALECENSA	57	ampicillin	35
alendronate	175	AMPYRA	93
ALEVICYN	158	AMRIX	140
alfuzosin	176, 177	AMZEEQ	38
ALHEMO	76	ANA	119
ALINIA	61	ANADROL	120
aliskiren	86, 87	ANAFRANIL	147
ALKERAN	54	anagrelide	64, 65
ALKINDI	123	ANALPRAM	119, 165
allopurinol	24, 25	ANAPROX DS	25
almotriptan malate	14, 18	anastrozole	55
ALOCRIIL	106	ANCOBON	42
ALOGLIPTIN	45, 46, 47	ANDROGEL	120
ALOGLIPTIN-PIOGLITAZONE	45	ANGELIQ	123
ALOMIDE	106	ANNOVERA	98
ALORA	122	ANORO ELLIPTA	28
alosetron	116	ANTABUSE	172
ALPHAGAN	106	ANTARA	90
alprazolam	142	anthralin	159
ALREX	104	ANTICOAG	39
ALTABAX	162	ANUSOL	119, 162
ALTACE	83	ANZEMET	112
ALTAFLUOR	105	APADAZ	20
ALTERNATE	130	APIDRA	49
ALTOPREV	88	APLENZIN	143
ALTRENO	166	APOKYN	62
ALTUVIIIO	76	apraclonidine	106
ALUNBRIG	57	aprepitant	112, 113
ALVAIZ	98	APRETUDE	67
ALVESCO	28	APRISO	115
ALYFTREK	169	APTENSIO	149
amantadine	62	APTOM	94
AMARYL	46	APTIVUS	65
AMBIEN	155	AQINJECT	135
ambrisentan	80	AQNEURSA	111
amcinonide	162	AQUA	162
AMICAR	76	ARAKODA	51
amiloride	103	ARANESP	97
aminocaproic	75, 76	ARAVA	24
amiodarone	77	ARAZLO	167
AMITIZA	116	ARCALYST	176
amitriptyline	147	ARCAPTA NEOHALER	27
AMJEVITA	52	arformoterol tartrate	28
amlodipine	77, 78, 81, 82, 83, 87, 88	ARICEPT	71

Índice de medicamentos

ARIDOL.....	101
ARIKAYCE.....	31
ARIMIDEX.....	55
aripiprazole.....	153
ARIXTRA.....	40
armodafinil.....	154, 155
ARMOUR.....	168
ARNUITY.....	28
AROMASIN.....	55
ARTHROTEC.....	25
ARTISS.....	162
ARYMO ER.....	21
ASACOL.....	115
asenapine.....	151, 152
aspirin/dipyridamole.....	64
ASPIRIN-OMEPRAZOLE.....	64
ASSURE.....	130, 135, 141, 183
ASTAGRAF.....	128
ASTRINGYN.....	76
ATABEX.....	141
ATACAND.....	82, 84
atazanavir.....	67
ATELVIA.....	175
atenolol.....	85, 86
ATIVAN.....	142
atomoxetine.....	151
ATOPICLAIR.....	159
atorvastatin.....	87, 88, 89
atovaquone.....	51, 52
atovaquone/proguanil.....	51
ATRALIN.....	166
atropine.....	107, 112, 114
ATROPINE.....	107
ATROVENT HFA.....	27
ATTRUBY.....	174
AUBAGIO.....	92
AUGMENTIN.....	35
AUGTYRO.....	57
AURANOFIN.....	24
AURYXIA.....	109
AUSTEDO.....	92
AUTOLET.....	129
AUVELITY.....	143
AUVI-Q.....	71
AVALIDE.....	82
AVANDIA.....	48
AVAPRO.....	84
avar.....	39
AVAR.....	39
AVC.....	50
AVELOX.....	36
avita.....	166
AVITA.....	166
AVITENE.....	76
AVODART.....	176
AVONEX.....	92
AVSOLA.....	52
AYGESTIN.....	126
AYVAKIT.....	57
AZASAN.....	128
AZASITE.....	30
azathioprine.....	128, 129
azelaic.....	161
azelastine.....	44, 103, 104
AZELEX.....	158
AZILECT.....	62
azithromycin.....	34, 35
AZOPT.....	106
AZOR.....	83
AZULFIDINE.....	115
B	
BACIGUENT.....	30
bacitracin.....	30
bacitracin/polymyxin b sulfate.....	30
baclofen.....	140, 183
BACLOFEN.....	140, 183
BACTRIM.....	31
BACTRIM DS.....	31
BAFIERTAM.....	92
BALCOLTRA.....	98
balsalazide.....	115
BALVERSA.....	57
BANZEL.....	94
BAQSIMI.....	109
BARACLUDE.....	69
BASAGLAR.....	49
BAXDELA.....	36
BCG.....	74
BD.....	130, 131
BELBUCA.....	21
BELSOMRA.....	155
BELVIQ.....	61
benazepril.....	81, 83, 84
benazepril/hydrochlorothiazide.....	81
BENICAR.....	82, 84
BENLYSTA.....	176
benoxinate.....	105

Índice de medicamentos

BENZACLIN.....	158	BREATHERITE.....	138, 139
BENZAMYCIN.....	38	BREATHRITE.....	139
BENZEFOAM.....	160	BRENZAVVY.....	48
BENZEPRO.....	160	BREO ELLIPTA.....	28
BENZHYDROCODONE-ACETAMINOPHEN.....	20	BREXAFEMME.....	42
BENZNIDAZOLE.....	51	BREZTRI AEROSPHERE.....	28
benzonatate.....	100	BRILINTA.....	64
benzoyl.....	38, 158, 160	brimonidine.....	106
benzphetamine.....	60	brinzolamide.....	106
benztropine.....	62	BRIVIACT.....	94
BEPREVE.....	44	BROMFED.....	100
BERINERT.....	170	bromfenac.....	104
BESIVANCE.....	30	bromocriptine.....	62
BESREMI.....	60	brompheniramine.....	100
BETADINE.....	104	BROMSITE.....	104
betaine.....	175	BRONCHITOL.....	169
betamethasone.....	42, 162, 163, 164, 166	BROVANA.....	28
BETAPACE.....	85	BRYHALI.....	163
BETASERON.....	92	budesonide.....	28, 123, 124
betaxolol.....	85, 106	BULLSEYE.....	131
bethanechol.....	73	bumetanide.....	102
BETHKIS.....	31	BUNAVAIL.....	176
BETIMOL.....	106	BUPHENYL.....	111
BETOPTIC.....	106	buprenorphine.....	21, 176
BEVESPI AEROSPHERE.....	28	bupropion.....	143, 144, 167
BEVYXXA.....	39	BUPROPION.....	143
bexarotene.....	53, 54	butalb-acetamin-caff 50-300-40.....	14, 18
BEXSERO.....	74	butalb-acetamin-caff 50-325-40.....	14, 18
BEYAZ.....	98	butalb/acetaminophen/caffeine.....	14, 18
bicalutamide.....	54	butalb-aspirin-caffe 50-325-40.....	14, 18
BIDIL.....	87	butalbit/acetamin/caff/codeine.....	22
BIJUVA.....	121	butalbital/acetaminophen.....	14, 18
BIKTARVY.....	68	butalbital-asa-caffeine cap (Fiorinal).....	14, 18
BILTRICIDE.....	51	butorphanol tartrate.....	21
bimatoprost.....	106	BUTRANS.....	21
BIMZELX.....	156	BUTTERFLY.....	131
BINOSTO.....	175	BYDUREON.....	45
bisac/nacI/nahco3/kcl/peg.....	116	BYETTA.....	45
bisoprolol.....	85, 86	BYLVAY.....	116
BLEPH-10.....	30	BYSTOLIC.....	85, 86
BLEPHAMIDE.....	30	C	
BLOOD LANCETS.....	131	CABENUVA.....	64
BLULINK.....	101, 129	cabergoline.....	125
BONIVA.....	175	CABLIVI.....	75
BONJESTA.....	113	CABOMETYX.....	57
BOOSTRIX.....	75	CABTREO.....	158
bosentan.....	80	CADUET.....	87, 88
BOSULIF.....	57	CAFERGOT.....	14, 18
BRAFTOVI.....	55	caffeine.....	92, 141

Índice de medicamentos

CALAN	77	cefadroxil	33
calcipotriene	159, 166	cefdinir	33
CALCIPOTRIENE	159	cefditoren	33
calcitonin	127	cefixime	33, 34
calcitriol	159, 179	cefpodoxime	33
calcium	39, 67, 88, 89, 109, 170, 172	cefprozil	33
CALQUENCE	57	ceftriaxone	33
CAMZYOS	79	cefuroxime	33
CANASA	115	CELEBREX	26
candesartan	82, 84	celecoxib	26
capecitabine	54, 55	CELEXA	144
CAPEX	163	CELLCEPT	128
CAPLYTA	151	CELONTIN	94
CAPRELSA	57	CENTANY	38
captopril	81, 83	cephalexin	33
captopril-hctz	81	CEQUA	108
CAPVAXIVE	74	CEQR	129
CARAC	60	CERDELGA	173
CARAFATE	113	CERVIDIL	125
CARBAGLU	172	cetirizine	44
carbamazepine	94, 96	CETROTIDE	125
CARBAMAZEPINE	94	CETYLEV	172
CARBATROL	94	cevimeline	73
carbidopa	62, 63, 64	CHANTIX	167
carbidopa/levodopa	62	CHEMET	173
carbinoxamine	44	CHENODAL	114
CARBINOXAMINE	44	chlordiazepoxide	111, 112, 142, 147
CARDIZEM	77, 78	chlordiazepoxide/clidinium	111
CARDURA	82	chlorhexidine	170
CAREFINE	135	chloroquine	51
CAREONE	131	chlorpromazine	154
CAREPOINT	135	chlorpropamide	47
CARESENS	131	chlorthalidone	86, 103
CARETOUCH	129, 131, 135, 185	chlorzoxazone	140
carglumic	172	CHOLBAM	114
carisoprodol	22, 140, 141	cholestyramine	89, 90
carisoprodol/aspirin	22	choline salicyl/mag salicylate	14, 18
carisoprodol/aspirin/codeine	22	CHORIONIC	127
CARNITOR	175	CHOSEN	129, 131
CAROSPIR	103	CIALIS	170
carteolol	106	CIBINQO	25
carvedilol	82	ciclodan	42
CASODEX	54	CICLODAN	42, 52
CATAPRES	85	ciclopirox	42, 43, 52
CAVERJECT	170	cilostazol	64
CAYA	100	CIOXAN	30
CAYSTON	33	CIMDUO	65
CDV HYRIMOZ	52	cimetidine	116
cefactor	33	CIMZIA	52

Índice de medicamentos

cinacalcet	171	codeine.....	100
CINRYZE.....	170	codeine/butalbital/asa/cafein	22
CIPRO.....	29, 36, 185	codeine sulfate.....	21
CIPRODEX.....	29	COLAZAL	115
ciprofloxacin.....	29, 36	colchicine	24, 26
ciprofloxacin hcl.....	29, 36	COLCRYS	24
CIPROFLOXACIN HCL-FLUOCINOLONE	29	colesevelam	90
citalopram.....	144	COLESTID.....	90, 186
CITRANATAL	110, 141	colestipol.....	90
CITRATE	39	COLOR LANCETS	131
CITRATE PHOSPHATE DEXTROSE	39	COLYTE.....	116
CLARAVIS	157	COMBIGAN	106
CLARINEX	44	COMBIPATCH	122
clarithromycin.....	34	COMBIVENT.....	28
clemastine.....	44	COMBIVENT RESPIMAT	28
CLENPIQ	116	COMBIVIR.....	65
CLEOCIN	34, 38	COMETRIQ	57
CLEVER.....	131, 139	COMFORT	131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 186, 201
CLICKFINE.....	135, 137	COMFORTSEAL	139
CLIMARA	122	COMIRNATY.....	73
clindacin.....	38	COMPACT.....	139
CLINDACIN.....	38	COMPAZINE.....	113
CLINDAGEL	38	COMPLERA	67
clindamyc.....	158	CONCEPT	178
clindamycin.....	34, 38, 39, 158	CONCERTA	149
clindamycin/tretinoin	158	CONDYLOX.....	160
CLINDESSE.....	38	CONJUPRI	78
CLINPRO	108	CONSENSI.....	77
clobazam.....	93, 94	CONTRACE.....	61
clobetasol.....	163, 165	COPAXONE.....	92
CLOBETASOL.....	163	COPIKTRA	57
CLOBEX.....	163	CORDRAN	163
CLOCORTOLONE	163	COREG.....	82
clodan	163	coremino.....	36
CLODAN.....	163	CORLANOR	79
CLODERM	163	CORTEF	123
clomiphene.....	127	CORTENEMA.....	119
clomipramine.....	147	CORTIFOAM.....	119
clonazepam.....	93	cortisone	123
clonidine	85, 148	CORTISPORIN.....	29, 186
clopidogrel	64	CORTROPHIN	120
clorazepate.....	142	COSENTYX	156, 157
clotrimazole	42	COSOPT	106
clozapine	151, 152	COTELIC	55
CLOZAPINE	151	COTEMPLA	149
CLOZARIL.....	151	COXANTO.....	25
COAGUCHEK	131	COZAAR.....	84
COARTEM	51	CREON	117
		CRESEMBA	42

Índice de medicamentos

CRESTOR.....	88	DAYPRO.....	25
CRINONE.....	126, 127	DAYTRANA.....	149
CRIXIVAN.....	67	DAYVIGO.....	155
cromolyn.....	24, 29, 106	DDAVP.....	121
crotamiton.....	61	deferasirox.....	173, 174
CUROSURF.....	169	deferiprone.....	173
CUTIVATE.....	163	deflazacort.....	123
CUVPOSA.....	112	DELESTROGEN.....	122
CUVRIOR.....	173	DELSTRIGO.....	67
cyanocobalamin.....	178	DELZICOL.....	115
cyclobenzaprine.....	140	demeclocycline.....	36
CYCLOGYL.....	107	DEMSEER.....	85
CYCLOMYDRIL.....	107	DENAVIR.....	70
cyclopentolate.....	107	DEPAKOTE.....	94
cyclophosphamide.....	54	DEPEN.....	24
CYCLOPHOSPHAMIDE.....	54	DEPO-ESTRADIOL.....	122
CYCLOSERINE.....	33	DEPO-PROVERA.....	98, 126
CYCLOSET.....	46	DEPO-SUBQ.....	98
cyclosporine.....	128, 129	DEPO-TESTOSTERONE.....	120
CYLTEZO.....	53	DERMA.....	163
CYMBALTA.....	146	DERMATOP.....	163
cyproheptadine.....	44	dermazene.....	166
CYSTADANE.....	175	DERMAZENE.....	166
CYSTADROPS.....	108	DERMOTIC.....	104
CYSTAGON.....	177	DESCOVY.....	65
CYSTARAN.....	108	desflurane.....	23
CYSTO-CONRAY.....	102	desipramine.....	147
CYSTOGRAFIN.....	102	desloratadine.....	44
CYTOMEL.....	168	desmopressin.....	121
CYTOTEC.....	113	desogestrel-ethinyl.....	98
D		desonide.....	163, 165
dabigatran.....	41	DESOWEN.....	163
dalfampridine.....	93	desoximetasone.....	163, 165
DALIRESP.....	29	DESOXYN.....	72
danazol.....	125	desvenlafaxine.....	146
DANTRIUM.....	140	DESVENLAFAXINE.....	146
dantrolene.....	140	DETROL.....	178
DANZITEN.....	57	dexamethasone.....	29, 30, 105, 123
DAPAGLIFLOZIN.....	48, 49	dexchlorpheniramine.....	44
dapsone.....	32, 158	DEXCOM.....	129
DAPSONE.....	158	DEXEDRINE.....	72
DAPTACEL.....	75	DEXILANT.....	117
DARAPRIM.....	51	dexlansoprazole.....	117, 118, 119
darifenacin.....	177	dexmethylphenidate.....	149
DARTISLA.....	112	dextroamp-amphet.....	72
darunavir.....	65	dextroamph-amphet.....	72
dasatinib.....	57	dextroamphetamine.....	71, 72
DAURISMO.....	55	DHIVY.....	62
DAXBIA.....	33	DIACOMIT.....	94

Índice de medicamentos

DIASTAT	93	DOPTLET	98
diatrizoate	102	DORAL	155
diazepam	93, 142	DORYX	36
diazoxide	109	dorzolamide	106, 107
DIBENZYLINE	73	DOVATO	64
dichlorphenamide	172	DOVONEX	159
DICLAREAL	157	doxazosin	82
DICLEGIS	113	doxepin	147, 155, 156, 158, 159
diclofenac	60, 105, 157	doxercalciferol	172
DICLOFENAC	157	doxycycline	36, 37, 170
diclofenac potassium	19	DOXYCYCLINE	36, 37
diclofenac sod dr	25	doxylamine	113
diclofenac sod ec	25	DRIZALMA	146
diclofenac sodium	25	dronabinol	112
diclofenac sodium/misoprostol	25	DROPLET	131, 136, 188
dicloxacinil	35	DROPSAFE	136, 137
dicyclomine	112	drosipir/eth estra/levomefol	98
didanosine	66	DROXIA	76
diethylpropion	60	droxidopa	72, 73
DIFFERIN	166	DRYSOL	158
DIFICID	34	DUAVEE	123
diflorasone	163, 165	DULERA	28
DIFLUCAN	42	duloxetine	146
diflunisal	14, 18	DUOBRII	159
DIFMETIOXRIME	42	DUOPA	62
digoxin	79	DUPIXENT	127
dihydroergotamine	14, 18	DURAGESIC	21
DILANTIN	94	DUREZOL	105
DILATRATE	79	dutasteride	176, 177
DILAUDID	21	DUVYZAT	173
diltiazem	77, 78	DXEVO	123
dimethyl	92, 93, 173	DYANAVEL	72
DIOVAN	82, 84	DYAZIDE	103
DIPENTUM	115	DYMISTA	104
diphenoxylate	112	DYRENIUM	103
DIPHThERIA	75	E	
DIPROLENE	163	EASIVENT	139
dipyridamole	64	EASY	101, 129, 131, 136, 188
DISALCID	24	EASY TOUCH	101, 129, 131, 136
disopyramide	77	EBGLYSS	176
disulfiram	172	EC-NAPROSYN	25
DITROPAN	178	econazole	43
DIURIL	103	ECOZA	43
divalproex	94	EDARBI	84
DIVIGEL	122	EDARBYCLOR	82
dofetilide	77	EDECIN	102
DOJOLVI	108	EDEX	171
donepezil	71	EDLUAR	155
DONNATAL	114	EDURANT	66

Índice de medicamentos

E.E.S.....	34	ENZOCLEAR.....	160
efavirenz.....	67, 68	EOHILIA.....	123
effer-k.....	110	EPANED.....	84
EFFER-K.....	110	EPCLUSA.....	69
EFFEXOR.....	146	EPIDIOLEX.....	94
EFFIENT.....	64	EPIDUO.....	158
EFUDEX.....	60	EPIFOAM.....	165
EGRIFTA.....	124	epinastine.....	44
ELEPSIA.....	94	epinephrine.....	71, 104
ELESTRIN.....	122	EPINEPHRINE.....	71
eletriptan hydrobromide.....	14, 18	EPIPEN.....	71
ELIDEL.....	128	EPIVIR.....	66, 69
ELIMITE.....	61	EPOGEN.....	97
ELIQUIS.....	39	EPRONTIA.....	94
ELLA.....	98	eprosartan.....	84
ELMIRON.....	23	EPZICOM.....	65
EMBRACE.....	131, 136, 188	EQUETRO.....	143
EMCYT.....	60	ergocalciferol.....	179
EMEND.....	113	ergoloid.....	87
EMFLAZA.....	123	ergotamine tartrate/cafeine.....	14, 18
EMGALITY.....	14, 18, 93	ERIVEDGE.....	55
emollient combination.....	159	ERLEADA.....	54
Empaveli.....	76	erlotinib.....	57, 58
EMROSI.....	37	ERTACZO.....	43
EMSAM.....	143	ERVEBO.....	75
emtricitabine.....	65, 66	ERYPED.....	34
emtricitabine-tenofv.....	65	erythromycin.....	30, 34, 38
EMTRIVA.....	66	ESBRIET.....	172
EMVERM.....	51	escitalopram.....	144
ENABLEX.....	177	ESGIC.....	14, 18
enalapril.....	81, 83, 84	eslicarbazepine.....	95
enalapril/hydrochlorothiazide.....	81	esomeprazole.....	118
ENBREL.....	53	ESOMEPRAZOLE.....	118
ENDO-AVITENE.....	76	estazolam.....	155
ENDOMETRIN.....	127	ESTRACE.....	122, 126
ENERGIX-B.....	75	estradiol.....	98, 99, 122, 126, 187, 189, 194, 198
ENHERTU.....	59	ESTRATEST F.S.....	122
ENLITE.....	129	ESTRING.....	126
enoxaparin.....	40, 41	ESTROGEL.....	122
ENSPRYNG.....	128	estrogen.....	122
ENSTILAR.....	166	ESTROSTEP.....	98
entacapone.....	62, 63	eszopiclone.....	155
ENTADFI.....	177	ethacrynic.....	102
entecavir.....	69	ethambutol.....	32
ENTERO.....	101	ethinyl estradiol.....	98, 99, 122
ENTOCORT.....	123	ethosuximide.....	94, 97
ENTRESTO.....	82	ethynodiol.....	99
ENTYVIO.....	116	etodolac.....	25, 26
ENVARSUS.....	128	etonogestrel/ethinyl estradiol.....	98

Índice de medicamentos

etoposide	59	fenofibrate.....	90, 91
EUCRISA	162	FENOFIBRATE	90
EURAX	61	fenofibric.....	90, 91
EVAMIST	122	FENOGLIDE.....	90
EVEKEO.....	72	fenoprofen calcium.....	25
everolimus.....	56, 129	FENOPRON	25
EVICEL	76	FENSOLVI.....	125
EVISTA	175	fentanyl	21
EVOCLIN	39	FENTORA	21
EVOTAZ	67	FERRIC	109
EVOXAC	73	FERRIPROX	174
EVRYSDI	173	FETZIMA.....	146
EVZIO.....	41	FEXMID.....	140
EXELDERM.....	43	FIASP	49, 130
EXELON.....	71	FIBRICOR.....	90
exemestane.....	55	FIFTY50	131
exenatide.....	45	FILSPARI	91
EXFORGE	82, 83	FILSUEVZ	176
EXJADE.....	173	FINACEA	161
EXKIVITY.....	57	finasteride	177
EXODERM.....	43	FINE	131
EXTINA	43	FINGERSTIX	131
EYSUVIS	105	FINTEPLA.....	95
E-Z.....	101, 102, 139	FIORICET	14, 18, 22
EZ.....	74, 131	FIORINAL	14, 18
EZALLOR.....	88	Fiorinal With Codeine #3.....	22
ezetimibe	87, 90, 91	FIORINAL WITH CODEINE #3	22
EZ FLU	74	FIRAZYR.....	170
F		FIRDAPSE.....	93
FABHALTA.....	76	FIRMAGON	56
FABIOR.....	167	FLAGYL.....	32
FACTIVE	36	FLAREX.....	105
famciclovir.....	68	flavoxate.....	178
famotidine.....	116	flecainide.....	77
FANAPT	151, 152	FLECTOR	157
FARESTON.....	60	FLEQSUVY	140
FARXIGA	45	FLEXICHAMBER.....	139
FARYDAK	54	FLOLIPID	89
FAZACLO	152	FLOMAX.....	177
febuxostat	24, 25	FLOVENT	28
felbamate.....	95	FLUAD.....	74
FELBATOL	95	FLUARIX.....	74
FELDENE.....	25	FLUBLOK	74
felodipine.....	78	FLUCELVAX	74
FEMARA	55, 56	FLUCONAZ-IBU-ITRACONAZ-TERBINA	43
FEMCAP.....	100	fluconazole.....	42
FEMHRT.....	122	flucytosine.....	42
FEMLYV	99	fludrocortisone.....	125
FEMRING	126	FLULAVAL	74

Índice de medicamentos

FLUMADINE.....	68	FRUZAQLA.....	57
FLUMIST.....	74	ful-glo.....	101
flunisolide.....	104	FUL-GLO.....	101
fluocinolone.....	104, 163, 164, 165	FULPHILA.....	97
fluocinonide.....	164, 165	FULVICIN.....	42
fluorescein.....	101, 105	FURADANTIN.....	35
fluoride.....	108, 109	FUROSCIX.....	102
FLUORIDEX.....	108	furosemide.....	102
fluorometholone.....	105	FUZEON.....	66
FLUOROPLEX.....	60	FYCOMPA.....	95
fluorouracil.....	60	G	
fluoxetine.....	144, 145, 154	gabapentin.....	93, 95, 96
fluphenazine.....	154	GABARONE.....	95
flurandrenolide.....	163, 164	GABITRIL.....	95
flurazepam hcl.....	155	GALAFOLD.....	174
flurbiprofen.....	25, 105	galantamine.....	71
flutamide.....	54	GALZIN.....	174
fluticasone.....	28, 103, 104, 163, 164	ganirelix.....	125
FLUTICASONE.....	28	GANIRELIX.....	125
fluticasone propion/salmeterol.....	28	GARDASIL 9.....	75
FLUTICASONE-SALMETEROL.....	28	GASTROCROM.....	24
fluvastatin.....	89	GASTROGRAFIN.....	102
fluvoxamine.....	144	GASTROMARK.....	101
FLUZONE.....	74	gatifloxacin.....	30, 31
FML.....	105	GATTEX.....	119
FOCALIN.....	149	GAVRETO.....	57
FOCINVEZ.....	113	GE333.....	101
FOLET.....	178	gelatin.....	76
folic.....	141, 178	GELCLAIR.....	171
FOLLISTIM.....	127	GELFILM.....	106
fondaparinux.....	40	GELFOAM.....	76
FORA.....	101, 130, 131	gemfibrozil.....	90
FORACARE.....	131	GEMTESA.....	177
FORFIVO.....	143	GENOTROPIN.....	124
formaldehyde.....	52	gentamicin.....	31, 39
FORTAMET.....	46	gentamicin sulfate.....	30
FORTEO.....	171, 190	GENVOYA.....	68
FOSAMAX.....	175	GEODON.....	152
fosamprenavir.....	67	GILENYA.....	92
fosaprepitant.....	113	GILOTRIF.....	57
fosfomycin.....	32	GIMOTI.....	116
fosinopril.....	81, 84	glatiramer.....	92
fosinopril/hydrochlorothiazide.....	81	glatopa.....	92
FOSRENOL.....	109	GLEEEVC.....	57
Fotivda.....	57	GLEOSTINE.....	54
FRAGMIN.....	40	glimepiride.....	46, 47
FRAICHE.....	108	GLIMEPIRIDE.....	47
FREESTYLE.....	129, 130, 131	GLIMEPIRIDE 3 MG TABLET.....	47
frovatriptan succinate.....	18	glipizide.....	47, 48

Índice de medicamentos

GLIPIZIDE.....	47	HEMLIBRA.....	76
glucagon.....	109	HEMOCYTE.....	110
GLUCOCOM.....	130, 131	heparin.....	40
GLUCOPHAGE.....	46	HEPARIN.....	40
GLUCOTROL.....	47	HEPLISAV-B.....	75
GLUMETZA.....	46	HEPSERA.....	69
glyburide.....	47, 48	HETLIOZ.....	155
GLYCATE.....	112	HEXIOUNYL.....	43
glycine urologic.....	52	HIBERIX.....	75
glycopyrrolate.....	112	homatropine.....	101, 107
GLYNASE.....	47	HORIZANT.....	92
GLYSET.....	46	HULIO.....	53
GLYXAMBI.....	47	HUMALOG.....	49, 130
GOCOVRI.....	62	HUMAPEN.....	130
GOJJI.....	132	HUMATROPE.....	124
GOLYTELY.....	117	HUMIRA.....	53
GOMEKLI.....	55	HUMULIN.....	49
GONAL.....	127	HURRICAIN.....	23
GONITRO.....	79	HYCANTIN.....	56
GRALISE.....	93, 191	HYCODAN.....	101
granisetron.....	113	hydralazine.....	85
GRANIX.....	97	HYDREA.....	54
GRASTEK.....	73	HYDRO.....	160
griseofulvin.....	42	hydrochlorothiazide.....	81, 82, 83, 85, 86, 103
GRIS-PEG.....	42	hydrocodone.....	100, 101
GUAIACOL.....	159	HYDROCODONE.....	101
guanfacine.....	85, 148	hydrocodone/acetaminophen.....	20
guanidine.....	73	HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN.....	20
GUARDIAN.....	130	hydrocodone bitartrate.....	21, 22
GVOKE.....	109	hydrocodone/ibuprofen.....	20
GYNAZOLE.....	41	hydrocort.....	164
H		hydrocortisone.....	104, 119, 123, 124, 164, 165, 166
HADLIMA.....	53	hydrogen peroxide.....	156
HAEGARDA.....	170	hydromorphone hcl.....	21
halcinonide.....	164	hydroxychloroquine.....	51
HALCION.....	155	hydroxyurea.....	54
halobetasol.....	164	hydroxyzine.....	44
HALOBETASOL.....	164	HYMPAVZI.....	76
HALOG.....	164	hyoscyamine.....	114
haloperidol.....	154	HYPER.....	173
HALUCORT.....	160	HYRIMOZ.....	52, 53
HARVONI.....	69	HYSINGLA ER.....	21
HEALTHWISE.....	136	HYZAAR.....	83
HEALTHY.....	132, 136, 191	I	
HELIDAC.....	114	ibandronate.....	175
HEMADY.....	123	IBRANCE.....	57
HEMANGEOL.....	86	IBUDONE.....	20
HEMICLOR.....	103		

Índice de medicamentos

ibuprofen.....	20, 25	INSULIN.....	45, 46, 47, 48, 49, 50, 125, 130, 136, 138, 192, 193
ibuprofen/oxycodone hcl.....	20	INSULIN GLARGINE.....	49
icatibant.....	170	INSUPEN.....	136
ICLUSIG.....	57	INTELENCE.....	66
icosapent.....	111	INTRAROSA.....	120
IDACIO.....	53	INTUNIV.....	85, 148
IDAOXIA.....	161	INVACARE.....	132
IDHIFA.....	59	INVEGA.....	152
IFE-BIMIX.....	171	INVELTYS.....	105
IFE-PG20.....	171	INVOKAMET.....	48
IHEALTH.....	101, 130	INVOKANA.....	46
ILARIS.....	176	iodine.....	110, 166
ILEVRO.....	105	IODOFLEX.....	166
ILUMYA.....	157	IODOSORB.....	166
imatinib.....	57	IOPIDINE.....	106
IMBRUVICA.....	57	IPOL.....	74
IMCIVREE.....	61	ipratropium.....	104
imipramine.....	147	ipratropium/albuterol sulfate.....	28
imipramine hcl.....	147	ipratropium bromide.....	27
imiquimod.....	160	irbesartan.....	82, 83, 84
IMIQUIMOD.....	160	irbesartan/hydrochlorothiazide.....	83
IMKELDI.....	57	IRESSA.....	57
IMPAVIDO.....	51	ISENTRESS.....	67
IMPEKLO.....	164	isoflurane.....	23
IMPOYZ.....	164	isomethept/dichlphn/acetaminop.....	18
IMURAN.....	129	isomethepten/caf/acetaminophen.....	18
IMVEXXY.....	126	isoniazid.....	32
INBRIJA.....	62	isopropyl.....	175
INCONTROL.....	132, 136, 192	ISOPTO.....	106, 107
INCRELEX.....	125	ISORDIL.....	79
INCRUSE ELLIPTA.....	27	isosorbide.....	79, 87, 193
indapamide.....	103	isotretinoin.....	157
INDERAL.....	86	isoxsuprine.....	87
INDICLOR.....	102	isradipine.....	78
INDOCIN.....	19	ISTALOL.....	106
indomethacin.....	26	ISTURISA.....	120
INFANRIX.....	75	ITOVEBI.....	57
INFASURF.....	169	itraconazole.....	42
INFLECTRA.....	53	ivermectin.....	51, 61, 161, 162
INGREZZA.....	92	IWILFIN.....	57
INJECT.....	132	IXCHIQ.....	75
INLYTA.....	57	IYUZEH.....	106
INNOPRAN.....	86	J	
INOVA.....	160	JADENU.....	174
INPEFA.....	45, 170	JAKAFI.....	55
INPEN.....	130	JANSSEN.....	73
INQOVI.....	54	JANUMET.....	47
INREBIC.....	57	JANUVIA.....	46
INSPIRACHAMBER.....	139	JARDIANCE.....	46

Índice de medicamentos

JATENZO	120	KRINTAFEL	51
JENTADUETO	47	KRISTALOSE	117
JOENJA	169	K-TAB	110
JORNAY	149	KUVAN	174
JOURNAVX	20	KYLEENA	100
JUBLIA	43	KYNAMRO	88
JULUCA	64	KYNMOBI	62
JUXTAPID	88	KYZATREX	120
JYLAMVO	54	L	
JYNARQUE	103	labetalol	82
JYNNEOS	75	LACRISERT	104
K		lactulose	111, 117
KADIAN	21	LAGEVRIO (EUA)	70
KALBITOR	170	LAMICTAL	95
KALETRA	67	lamivudine	65, 66, 69
KALYDECO	169	lamivudine/zidovudine	65
KAPSPARGO	86	lamotrigine	95, 96
KAPVAY	148	LAMPIT	51
KARBINAL	44	LANCET	133
KATERZIA	78	lancets	132
KAZANO	47	LANCETS	130, 131, 132, 133, 134
KEFLEX	33	LANOXIN	79
KENALOG	164	lanreotide	126
KEPPRA	95	LANREOTIDE	126
KERAFOAM	160	lansoprazole	114, 118
keralyt	160	lanthanum	109, 110
KERALYT	160	LANTUS	50
KERYDIN	43	lapatinib	57, 59
KESIMPTA	92	LASIX	102
ketoconazole	42, 43	LASTACAPT	45
ketoprofen	19, 26	latanoprost	106, 107
ketorolac	19, 104, 105	LATUDA	152
KEVEYIS	172	LAZANDA	21
KEVZARA	128	LEDIPASVIR	69
KINERET	24	leflunomide	24
KINRIX	75	lenalidomide	56
KISQALI	56	LENVIMA	57
KISQALI FEMARA	56	LESCOL	89
KITABIS	31	L.E.T.	23
KLARON	158	LETAIRIS	80
KLISYRI	60	letrozole	55
KLONOPIN	93	leucovorin	170
klor-con	110	LEUKERAN	54
Kloxxado	41	LEUKINE	97
KOMBIGLYZE	48	leuprolide	56
KORLYM	48	LEUPROLIDE	56
KOSELUGO	55	levalbuterol hcl	27
K-PHOS	111	LEVBIID	114
KRAZATI	55	LEVEMIR	50

Índice de medicamentos

levetiracetam	95, 96	LOCOID.....	164
LEVITRA.....	171	LOCORT.....	124
levobunolol.....	106	LODINE.....	26
levocarnitine	175	LODOCO.....	170
levofloxacin.....	30, 36	LODOSYN.....	64
levonorgest/eth.estradiol/iron	99	LOESTRIN.....	99
levonorgestrel/ethin.estradiol.....	99	lofexidine	176
levothyroxine	168	LOKELMA.....	110
LEVOTHYROXINE.....	168	LOMAIRA.....	60
LEVSIN.....	114	LOMOTIL.....	112
LEVULAN.....	60	LONHALA MAGNAIR.....	27
LEXAPRO.....	144	LONSURF.....	54
LEXETTE.....	164	loperamide.....	112
LEXIVA.....	67	LOPID.....	90
LIALDA.....	115	lopinavir/ritonavir.....	67
LIBERVANT	94	LOPRESSOR.....	86
LIBRAX.....	112	LOPROX.....	43
LICART.....	157	lorazepam	142
lidocaine.....	23, 101, 119, 165	LORBRENA.....	57
LIDOCAINE.....	119	LOREEV.....	142
lidocaine 5% ointment.....	23	LORTAB.....	20
lidocaine hcl.....	23	LORZONE.....	140
LIDOCAN.....	23	losartan.....	83, 84
LIDODERM.....	23	losartan/hydrochlorothiazide.....	83
LIKMEZ.....	32	LOTEMAX.....	105
LILETTA.....	100	LOTENSIN.....	81, 84
linezolid.....	35	loteprednol.....	105
LINZESS.....	116	LOTREL.....	81
liothyronine.....	168	LOTRONEX.....	116
LIPITOR.....	89	lovastatin.....	89
LIPOFEN.....	90	LOVAZA.....	111
LIQUID.....	102	LOVENOX.....	40, 41
LIRAGLUTIDE.....	45	loxapine.....	154
lisdexamfetamine.....	148	lubiprostone.....	117
lisinopril.....	81, 84	LUCEMYRA.....	176
lisinopril/hydrochlorothiazide.....	81	LULICONAZOLE.....	43
lissamine.....	101	Lumakras.....	55
LITEAIRE.....	139	LUMIGAN.....	107
LITE TOUCH.....	132, 136, 138, 194	LUMRYZ.....	154
LITETOUCH.....	139	LUNESTA.....	155
LITFULO.....	25	LUPANETA.....	125
lithium.....	143	LUPKYNIS.....	129
LITHOBID.....	143	LUPRON.....	56, 125
LITHOSTAT.....	111	lurasidone.....	154
LIVALO.....	88, 89	LUXIQ.....	164
Livmarli.....	116	LUZU.....	43
LIVTENCITY.....	68	LYNPARZA.....	58
L-MESITRAN.....	162	LYRICA.....	96, 176
l-norgest.....	99	LYSODREN.....	59

Índice de medicamentos

LYSTEDA	76	MESTINON.....	71
LYTGOBI	58	metaxalone.....	140, 141
LYUMJEV	50	metformin.....	46, 47, 48
LYVISPAH.....	140	METFORMIN.....	46
M		methadone hcl.....	21
MACROBID	35	methamphetamine	72
MACRODANTIN	35	methazolamide.....	102
mafenide.....	39	methenamine	32
MAGELLAN.....	130	methimazole.....	167, 168
MALARONE	51	METHITEST	120
maprotiline	148	methocarbamol	140, 141
MARINOL.....	112	methotrexate	54
MARPLAN.....	143	methoxsalen	157
MATULANE.....	59	methscopolamine.....	114
MAVENCLAD	92	methyldopa.....	85
MAXICOMFORT	136	methylergonovine	125
MAXIDEX.....	105	METHYLIN	149
MAXITROL	30	methylphenidate	149, 150, 151
MAYZENT	92	METHYLPHENIDATE	150
meclizine.....	113	methylprednisolone	124
MECLIZINE.....	113	methyl salicylate.....	160
meclofenamate sodium.....	26	methyltestosterone.....	120
MEDIHONEY	162	metoclopramide	116
MEDISENSE	132	metolazone	103
MEDLANCE.....	132	METOPIRONE.....	102
MEDROL	124	metoprolol	86
medroxyprogesterone	98, 126	METROCREAM.....	161
mefenamic acid	19	METROGEL	38, 161
mefloquine.....	51	metronidazole.....	32, 38, 161, 162
megestrol.....	60, 178	METRONIDAZOLE	32, 162
MEKINIST.....	55, 56, 195	metyrosine	85
MEKTOVI.....	56	mexiletine	77
meloxicam	26	MEZPAROX	165
melphalan.....	54	MIACALCIN	127
memantine	91	MICARDIS.....	83, 84
MENACTRA.....	74	miconazole.....	41
MENEST	122	MICONAZOLE-ZINC OXIDE-PETROLTM	43
MENOPUR	127	MICROCHAMBER.....	139
MENOSTAR.....	122	MICROGESTIN.....	99
MENQUADFI	74	MICROLET.....	132
MENVEO	74	MICROSPACER.....	139
meperidine hcl.....	21	MICRO THIN.....	132
MEPHYTON	179	midazolam	155
meprobamate	142	midodrine	73
MEPRON.....	52	MIEBO.....	104
mercaptopurine	54	MIFEPREX.....	172
mesalamine	115	mifepristone.....	48, 172, 196
mesna.....	170	miglitol.....	46
MESNEX.....	170	miglustat.....	173

Índice de medicamentos

millipred.....	124	MULPLETA.....	98
MILLIPRED.....	124	MULTAQ.....	77
MIMYX.....	160	mupirocin.....	39
MINI.....	53, 131, 135, 136, 138	MURI-LUBE.....	175
MINIMED.....	130	MUSE.....	171
MINI PEN.....	136	mvn.....	178
MINIPRESS.....	82	MYCAPSSA.....	126
MINITRAN.....	79	MYCOBUTIN.....	33
MINIVELLE.....	122	mycophenolate.....	128, 129
MINOCIN.....	37	MYDAYIS.....	72
minocycline.....	37	MYDRIACYL.....	107
MINOCYCLINE.....	37	Myfembree.....	125
MINOLIRA.....	37	MYFORTIC.....	129
minoxidil.....	85	MYGLUCOHEALTH.....	132
MIPLYFFA.....	173	MYHIBBIN.....	129
mirabegron.....	174, 177	MYLERAN.....	54
MIRCERA.....	97	MYORISAN.....	158
MIRENA.....	100	MYRBETRIQ.....	174, 177, 197
mirtazapine.....	142	MYSOLINE.....	96
misoprostol.....	25, 113, 114	MYTESI.....	112
MITIGARE.....	24	N	
MITOSOL.....	108	nabumetone.....	26
MIUDELLA.....	100	nadolol.....	86
M-M-R II.....	75	naftifine.....	43
MOBIC.....	26	NAFTIN.....	43
MOBILE.....	132	NALFON.....	26
modafinil.....	154, 155	NALOCET.....	20
MODERNA.....	74	naloxone.....	22, 41, 176
moexipril.....	84	NALOXONE.....	41
molindone.....	154	naltrexone.....	41
MOLNUPIRAVIR.....	70	NAMENDA.....	91
MOMETACURE.....	165	NAMZARIC.....	91
mometasone.....	104, 165	NAPROSYN.....	25, 26
MONOLET.....	132	naproxen.....	19, 25, 26
MONSEL's.....	76	naratriptan hcl.....	18
montelukast sodium.....	29	NARCAN.....	41
MONUROL.....	32	NARDIL.....	143
MORPHABOND ER.....	21	NASCOBAL.....	178
morphine sulfate.....	21	NASONEX.....	104
MOTEGRITY.....	116	NATACYN.....	41
MOTOFEN.....	112	NATAZIA.....	99
MOTPOLY.....	96	nateglinide.....	47
MOVANTIK.....	41	NATESTO.....	121
MOVIPREP.....	117	NATROBA.....	61
MOXATAG.....	35	NAYZILAM.....	94
MOXEZA.....	30	NEBUPENT.....	52
moxifloxacin.....	36	nebusal.....	173
moxifloxacin hcl.....	30	NEBUSAL.....	173
MS CONTIN.....	21	NEEDLES.....	135, 136, 137, 138

Índice de medicamentos

nefazodone	145	nizatidine	116
neomycin	29, 30, 31, 156, 197	NOC DURNA	121
neomycin/bacit/p-myx/hydrocort.....	30	NOCTIVA	121
neomycin/polymyxin b/dexametha	30	NORCO	20
neomycin/polymyxin b/hydrocort.....	30	NORDITROPIN.....	124
neomycin/polymyxn b/gramicidin	31	norelgestromin/ethin.estradiol	99
neomycin sulf/bacitracin/poly	30	noreth.....	99
NEORAL	129	norethind	122
NEO-SYNALAR.....	38	norethindrone.....	99, 122, 126
NERLYNX	58	norethin-ee.....	99
NESINA	46	norethin-eth estrad	122
neuac.....	158	NORGESIC.....	141
NEUAC	158	norgestimate.....	99
NEULASTA	97	norgestrel	99
NEULUMEX.....	102	NORITATE.....	162
NEUPOGEN	97	NORLIQVA.....	78
NEUPRO.....	63	NORPACE	77
NEURONTIN.....	96	NORTHERA	73
NEVANAC	105	nortriptyline.....	148
nevirapine	66	NORVASC.....	78
NEXAVAR	58	NORVIR.....	67
NEXIUM	118	NOURIANZ.....	63
NEXLETOL.....	88	NOVA	132
NEXLIZET	88	NOVAREL	127
NEXPLANON.....	98	NOVAVAX.....	73
Nextstellis.....	99	NOVOFINE	136
NGENLA.....	124	NOVOLOG	50, 130
niacin.....	90, 91	NOVOPEN	130
NIACOR.....	90	NOXAFIL	42
NIASPAN.....	91	NUBEQA	54
nicardipine	78	NUCALA.....	29
NICOTROL	167	NUCORT.....	165
nifedipine.....	77, 78	NUCYNTA	21, 22
NILANDRON	54	NUCYNTA ER	22
nilutamide.....	54	NUEDEXTA.....	92
nimodipine.....	78	NUJO.....	128
NINLARO	58	NULEV	114
nisoldipine	78	NULIBRY	173
nitazoxanide.....	61	NULYTELY	117
nitisinone	173	NUMOISYN.....	171
NITRO-DUR.....	79	NUPLAZID.....	144
nitrofurantoin.....	35	NURTEC ODT.....	18
nitroglycerin	79, 80	NUTROPIN	124
nitroglycerin 0.4% ointment.....	117	NUVARING.....	98
NITROLINGUAL.....	80	NUVESSA.....	38
NITROMIST	80	NUVIGIL.....	154, 155
NITROSTAT.....	80	NUZYRA	37
NITYR.....	173	NYMALIZE	78
NIVESTYM	97	NYPOZI.....	98

Índice de medicamentos

nystatin	42, 43	opium/belladonna alkaloids	22
NYVEPRIA.....	98	OPSUMIT.....	80
O		OPSYNVI.....	81
OBREDON.....	101	OPTICHAMBER.....	139
OBSTETRIX.....	141, 178	OPVEE.....	41
OBTREX.....	141	ORACEA.....	37
OALIVA.....	115	ORACIT.....	111
octreotide.....	126	ORALAIR.....	73
OCUFLOX.....	31	ORAMAGICRX.....	171
ODACTRA.....	73	ORAPRED.....	124
ODEFSEY.....	68	ORAVIG.....	42
ODOMZO.....	55	ORENCIA.....	24
OFEV.....	169	ORENITRAM.....	80
ofloxacin.....	29, 31, 36, 198	ORFADIN.....	173
OGSIVEO.....	58	ORGOVYX.....	57
OHTUVAYRE.....	29	ORIAHNN.....	125
OJEMDA.....	55	ORILISSA.....	125
OJJAARA.....	58	ORKAMBI.....	169
olanzapine	152, 153, 154	ORLADEYO.....	170
olmesartan.....	82, 83, 84	orphenadrine	141
olmesartan/amlodipin/hcthiazid	82	ORTHO.....	99, 109
olmesartan-hctz	83	oseltamivir	68
olopatadine.....	45, 103	OSENI.....	45
OLPRUVA.....	111	OSMOLEX.....	62, 63
OLUMIANT.....	25	OSMOPREP.....	117
OLUX.....	165	OSPHENA.....	172
OMECLAMOX.....	114	OTEZLA.....	24
omega-3.....	111	OTOVEL.....	30
omeppi.....	118	OTREXUP.....	24
omeprazole.....	118, 119	OVACE.....	159
OMNARIS.....	104	OVIDREL.....	127
OMNIPOD.....	130	oxandrolone.....	121
OMNIPRED.....	105	oxaprozin.....	25, 26
OMNITROPE.....	124	OXAPROZIN.....	26
OMVOH.....	128	OXAYDO.....	22
ON CALL.....	132	oxazepam.....	142
ondansetron.....	113	oxcarbazepine.....	96
ONDANSETRON.....	113	OXERVATE.....	108
ONETOUCH.....	132	OXIANUJI.....	128
ONEXTON.....	158	oxiconazole.....	43
ONFI.....	94	OXISTAT.....	43
ONGENTYS.....	62	OXSORALEN.....	157
ONGLYZA.....	46	OXTELLAR.....	96
ON-THE-GO.....	132	oxybutynin.....	178
ONUREG.....	54	OXYCODONE.....	22
OPDIVO.....	59	oxycodone hcl.....	20, 22
OPFOLDA.....	173	oxycodone hcl/acetaminophen	20
OPIPZA.....	153	OXYCODONE HCL ER.....	22
opium.....	22, 112	oxymorphone hcl.....	22

Índice de medicamentos

OXYTROL	178
OZEMPIC	45
OZOBAX	141
P	
pacerone	77
PACNEX	160
PAIN EASE MEDIUM STREAM SPRAY	23
PALFORZIA	73
paliperidone	152
PALYNZIQ	73
PAMELOR	148
PANCREAZE	117
PANDEL	165
PANRETIN	60
pantoprazole	118, 119
PAPAVERINE	171
PARAGARD	100
paregoric	112
PAREMYD	108
paricalcitol	172
PARLODEL	63
PARNATE	143
paromomycin	51
paroxetine	145, 173
PASER	33
PATADAY	45
PAXIL	145
PAZEO	45
pazopanib hcl	56, 58, 59, 199
PCE	34
PEDIARIX	75
PEDVAXHIB	75
peg3350	117
PEGANONE	96
PEGASYS	70
PEGINTRON	70
PEMAZYRE	58
PENBRAYA	74
penicillamine	24
PENNSAID	157
PENTACEL	75
pentamidine	52
PENTASA	115
pentazocine hcl/naloxone hcl	22
PENTIPS	135, 136, 137
pentoxifylline	77
PEPCID	116
PERCOCET	20
PERFECT	136

PERIDEX	170
perindopril	84
permethrin	61
perphenazine	147, 154
PERTZYE	117
PEXEVA	145
PFIZER	74
PHARMABASE	161
PHEBURANE	111
phenazopyridine hcl	23
phendimetrazine	60
phenelzine	143
phenobarb	114
phenobarbital	114, 154
PHENOBARBITAL	114
phenoxybenzamine	73
phentermine	60
PHENTOLAMINE	171
phenylephrine	44, 106
PHENYTEK	96
phenytoin	94, 96
PHESGO	56
PHEXXI	98
PHOSLYRA	110
PHOSPHOLINE	107
PHYSIOLYTE	156
PHYSIOSOL	156
phytonadione	179
PICATO	60
PIFELTRO	66
pilocarpine	73, 106, 107
pimecrolimus	128
pimozide	151
pindolol	86
pioglitazone	47, 48
PIP	132, 136, 200
PIQRAY	58
pirfenidone	172
piroxicam	25, 26
pitavastatin	89
PLAQUENIL	51
PLATINUM	101
PLAVIX	64
PLEGRIDY	92
PLENVU	117
PLIXDA	167
PNEUMOVAX	74
pnv	141
POCKET	139

Índice de medicamentos

PODOCON.....	160	PRIFTIN.....	33
podofilox.....	161	PRIOSEC.....	119
POKONZA.....	110	PRIMAQUINE.....	51
POLIBAR.....	102	PRIMEAIRE.....	139
polydimethylsiloxanes.....	161	primidone.....	96
polymyxin.....	29, 30, 31, 156	PRIMLEV.....	20
POMALYST.....	56	PRIMSOL.....	32
Ponvory.....	92	PRINIVIL.....	84
posaconazole.....	42	PRISMASOL.....	111
POTABA.....	178	PRISTIQ.....	146
potassium.....	19, 35, 84, 109, 110, 111, 166	probenecid.....	26
POTASSIUM.....	103, 110, 111, 119	probenecid/colchicine.....	26
potassium bicarbonate.....	110	PROCARDIA.....	78
potassium iodide/iodine.....	110	PROCARE.....	139
PRADAXA.....	41	PROCHAMBER.....	139
PRALUENT.....	88	prochlorperazine.....	113
pramipexole.....	63	PRO COMFORT.....	132, 133, 137, 139, 201
PRAMOSONE.....	165, 166	PROCORT.....	119
prasugrel.....	64	PROCRIT.....	97
PRAVACHOL.....	89	PROCTOFOAM.....	119
pravastatin.....	89	PROCYSBI.....	177
praziquantel.....	51	PRODIGY.....	133
prazosin.....	82	progesterone.....	126
PR BENZOYL PEROXIDE.....	161	PROGLYCEM.....	109
PRECISIONGLIDE.....	136	PROGRAF.....	129
PRECOSE.....	46	PROLENSA.....	105
PRED.....	105	PROMACTA.....	98
prednicarbate.....	163, 165	promethazine.....	44, 100, 113
prednisolone.....	30, 105, 124	PROMETRIUM.....	126
prednisone.....	124	PRONAL.....	161
pregabalin.....	96	propafenone.....	77
PREGNYL.....	127	propantheline.....	112
PREMARIN.....	122, 126	proparacaine.....	105
PREMPHASE.....	123	propranolol.....	86
PREMPRO.....	123	propylthiouracil.....	168
prenatal.....	141	PROQUAD.....	75
PRENATAL.....	141	PROSCAR.....	177
PREPIDIL.....	125	PROSTIN.....	125
PREPOPIK.....	117	protectives2.....	161
PRESSURE.....	106, 107, 132	PROTONIX.....	119
PRESTALIA.....	81	protriptyline.....	148
PRETOMANID.....	33	PROVERA.....	98, 126
PREVACID.....	118	PROVIGIL.....	154, 155
PREVENT.....	137	PROVOCHOLINE.....	101
PREVIDENT.....	108, 109, 200	PROZAC.....	145
PREVNAR.....	74	PSORCON.....	165
PREVYMIS.....	68	PULMICORT.....	28
PREZCOBIX.....	65	PULMOZYME.....	169
PREZISTA.....	65	PURE.....	133, 137, 201

Índice de medicamentos

PURE COMFORT.....	133
PURIXAN	55
PUSH BUTTON.....	133
PYLERA.....	114
pyrazinamide.....	33
PYRIDIUM.....	23
pyridostigmine.....	71
PYRIDOSTIGMINE.....	71
pyrimethamine.....	51

Q

QBRELIS.....	84
QBREXZA.....	162
QELBREE.....	142
QINLOCK.....	58
QLOSI.....	107
QMIIZ ODT.....	26
QNASL.....	104
QSYMIA.....	60
QTERN.....	47
QUADRACEL.....	75
QUALAQUIN.....	51
QUARTETTE.....	99
quazepam.....	155
QUAZEPAM.....	155
QUDEXY.....	96
QUESTRAN.....	90
quetiapine.....	152, 153
QUILLICHEW.....	150
QUILLIVANT.....	150
quinapril.....	81, 83, 84
quinapril/hydrochlorothiazide.....	81
quinidine.....	77
quinine.....	51
QUVIVQ.....	156
QVAR.....	28

R

rabeprazole.....	117, 119
RABEPRAZOLE.....	119
RADIAGEL.....	174
RADIAPLEXRX.....	161
RADICAVA ORS.....	91
RADIOGARDASE.....	174
RAGWITEK.....	73
raloxifene.....	175
ramelteon.....	155
ramipril.....	83, 84
RANEXA.....	77
ranitidine.....	116
ranolazine.....	77

RAPAFLO.....	177
RAPAMUNE.....	129
RAPLIXA.....	76
rasagiline.....	62, 63
RAVICTI.....	111
RAYA.....	137
RAYALDEE.....	172
RAYASAL.....	161
RAYOS.....	124
RAZADYNE.....	71
READI.....	102
READYLANCE.....	133
REBIF.....	92
RECLAST.....	127
RECOMBIVAX.....	75
RECORLEV.....	120
RECOTHROM.....	76
RECTIV.....	117
REGIMEX.....	60
REGLAN.....	116
REGRANEX.....	159
RELAGARD.....	50
RELENZA.....	68
RELEXXII.....	150
RELIAMED.....	133
RELION.....	202
RELISTOR.....	41
RELTONE.....	115
RELYVRIO.....	91
REMERON.....	142
REMICADE.....	53
RENACIDIN.....	111
RENAGEL.....	110
REVELA.....	110
repaglinide.....	47, 48
REPATHA.....	88
REPLACEMENT PEDIATRIC MONITOR.....	130
RESPA.....	100
RESTASIS.....	108
RESTIZAN.....	160
RESTORIL.....	155
RETACRIT.....	97
RETEVMO.....	58
RETIN.....	167
RETROVIR.....	66
REVATIO.....	80
REVLIMID.....	56
REVUFORJ.....	58
REXULTI.....	153

Índice de medicamentos

REYATAZ.....	67	RUZURGI.....	93
REZDIFFRA.....	171	RYALTRIS.....	104, 159
REZLIDHIA.....	59	RYBELSUS.....	45
REZUROCK.....	176	RYCLORA.....	44
REZVOGLAR.....	45	RYDAPT.....	58
RHOPRESSA.....	107	RYTARY.....	63
ribasphere.....	70	RYTHMOL.....	77
RIDAURA.....	24	RYVENT.....	44
rifabutin.....	33	S	
RIFAMATE.....	33	SABRIL.....	96
rifampin.....	33	SAF-CLENS.....	162
RIFATER.....	33	SAFETY.....	130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 202
RIGHTEST.....	133	SAFYRAL.....	99
RILUTEK.....	91	SAIZEN.....	124, 125
riluzole.....	91	SALAGEN.....	73
rimantadine.....	68	SALICATE.....	161
RIMI.....	43	salicylic.....	160, 161
RIMSO-50.....	23	SALIMEZ.....	161
ringer's.....	156	SALKERA.....	161
RINVOQ.....	25	salsalate.....	24
RIOMET.....	46	SALVAX.....	161
risedronate.....	175	SAMSCA.....	102
RISPERDAL.....	152	SANCUSO.....	113
risperidone.....	152	SANDIMMUNE.....	129
RITALIN.....	151	SANDOSTATIN.....	126
RITEFLO.....	139	SANTYL.....	166
ritonavir.....	67	SAPHRIS.....	152
rivaroxaban.....	39	sapropterin.....	174
rivastigmine.....	71	SARAFEM.....	145
RIVFLOZA.....	174	SAVAYSA.....	39, 40
rizatriptan benzoate.....	19	SAVELLA.....	176
ROBAXIN.....	141	SAXENDA.....	61
ROBINUL.....	112	SCALACORT.....	165
ROCALTROL.....	179	SCEMBLIX.....	58, 203
ROCKLATAN.....	107	scopolamine.....	113
ropinirole.....	63	SEASONIQUE.....	99
ROSANIL.....	39	secobarbital.....	154
rosuvastatin.....	88, 89	SECUADO.....	152
Roszet.....	87	SECURESAFE.....	137
ROTARIX.....	74	SEGLUROMET.....	48
ROTATEQ.....	74	selegiline.....	63
ROWASA.....	115	selenium.....	159
ROXYBOND.....	22	SELZENTRY.....	65, 66
ROZEREM.....	155	SEMGLEE.....	50
ROZLYTREK.....	58	SEN-SERTER.....	130
RUBRACA.....	58	SENSIPAR.....	171
RUCONEST.....	170	SEREVENT DISKUS.....	28
rufinamide.....	94, 96	SERNIVO.....	165
RUKOBIA.....	66	SEROQUEL.....	152, 153

Índice de medicamentos

SEROSTIM.....	125	SOFOSBUVIR	69
sertraline.....	145	SOGROYA.....	125
sevelamer.....	110	SOHONOS.....	174
sevoflurane.....	23	solifenacin.....	177
SEYSARA	37	SOLQUA	45
SFROWASA.....	115	SOLODYN.....	37
SHINGRIX.....	75	SOLOSEC.....	31
SIGNIFOR.....	126	SOLOXIDE	37
SIKLOS	76	SOLTAMOX.....	60
sildenafil.....	80, 171	SOLUS.....	133
SILENOR.....	156	SOMA	141
SILICONE.....	139	SOMATULINE.....	126
SILIQ	157	SOMAVERT	172
silodosin.....	177	SOOLANTRA.....	162
SILVADENE.....	39	SORBITOL.....	156
silver.....	39, 161, 166	SORIATANE	157
SIMLANDI.....	53	SORILUX	159
SIMPONI	53	sotalol.....	85, 86
simvastatin.....	87, 89	SOTYKTU	157
SIMVASTATIN.....	89	SOTYLIZE	86
SINEMET.....	63	SOVALDI	69
SINGLE-LET	133	SPACE CHAMBER.....	139
SINGULAIR.....	29	SPECTRACEF.....	33
sirolimus.....	129	SPEVIGO	157
SIRTURO	33	SPIKEVAX.....	74
SITAGLIPTIN.....	46, 48	spinosad.....	61
SITAVIG.....	68	SPIRIVA RESPIMAT	27
SITZMARKS	102	spironolact	103
SIVEXTRO	35	spironolactone	103
SKELAXIN	141	SPORANOX	42
SKLICE	61	SPRAVATO.....	142
SKY	137	SPRITAM.....	96
SKYCLARYS.....	174	SPRYCEL	58
SKYLA	100	sps.....	110
SKYRIZI.....	157	SSKI	110
SKYTROFA	125	STALEVO.....	63
SLYND	99	STARLIX	47
SMARTEST.....	133	stavudine.....	66
SMART SENSE	133	STEGLATRO.....	46
sodium chloride.....	117	STEGLUJAN.....	47
SODIUM CHLORIDE.....	156	STELARA.....	128
sodium chloride for inhalation	173	STENDRA.....	171
sodium chloride irrig	156	STERILANCE.....	133
SODIUM CITRATE.....	39	STERILE.....	133
sodium fluoride.....	108, 109	STIMATE	121
sodium phenylbutyrate	111	STIMUFEND.....	98
sodium polystyrene	110	STIOLTO RESPIMAT	28
sod, pot chlor/mag/sod, pot phos	156	STIVARGA.....	58
SOFDRA	162	STRATTERA.....	151

Índice de medicamentos

STRENSIQ	173
STRIBILD	68
STRIVERDI	28
STROMECTOL	51
SUBOXONE	176
SUCRAID	116
sucralfate	113, 114
SUFLAVE	117
SULAR	78
SULCONAZOLE	43
sulfacetamide	30, 39, 158, 159
sulfact sod/sulur/avob/otn/oct	39
sulfadiazine	31, 39
sulfamethoxazole/trimethoprim	31
SULFAMYLON	39
sulfasalazine	115
sulindac	26
sumatriptan	19
SUNLENCA	64
SUNOSI	154, 155
SUPER THIN	132, 133
SUPRANE	23
SUPRAX	33, 34
SUPREP	117
SURE	133, 137, 138, 204
SURE-TOUCH	133
SURGIFOAM	76
SURGISEAL	162
SURVANTA	169
SUTAB	117
SUTENT	58
SYMAX	114
SYMBICORT	28
SYMBYAX	154
SYMDEKO	169
SYMFI	68
SYMJEPI	71
SYMLINPEN	46
SYMPAZAN	94
SYMPROIC	41
SYMTUZA	65
SYNALAR	38, 165
SYNAREL	125
SYNDROS	112
SYNERA	23
SYNJARDY	48
SYNTHROID	168
SYPRINE	174

T

TABLOID	55
TABRECTA	58
TACLONEX	166
tacrolimus	128, 129
tadalafil	80, 170, 171, 204
TADLIQ	80
TAFINLAR	55
TAGITOL	102
TAGRISSO	58
TAKHZYRO	73
TALICIA	114
TALTZ	157
TALZENNA	58
TAMIFLU	68
tamoxifen	60
tamsulosin	177
TAPAZOLE	168
TAPERDEX	124
TARCEVA	58
TARGADOX	37
TARGRETIN	54, 60
TARKA	81
TARPEYO	124
TASCENSO	93
TASIGNA	58
TASMAR	63
tavaborole	43
TAVALISSE	169
TAVNEOS	76
TAYTULLA	99
tazarotene	159
TAZAROTENE	167
TAZORAC	159
TAZVERIK	56
TC99M	101
TDVAX	75
TECFIDERA	93
TECHLITE	133, 137, 205
TEGRETOL	96
TEGSEDI	172
TEKTRUNA	87
TELCARE	133
telmisartan	83, 84, 85
telmisartan-hctz	83
temazepam	155
TEMIXYS	65
TEMOVATE	165
TENIVAC	75
tenofovir	65, 66, 67

Índice de medicamentos

TENORETIC	86	tizanidine	141
TENORMIN.....	86	TLANDO.....	120
TEPMETKO.....	58	TOBI	31
terazosin.....	82	TOBRADEX.....	30
terbinafine.....	42	TOBRADEX EYE DROPS.....	30
terconazole.....	41	tobramycin.....	30, 31, 32
teriflunomide	92, 93	TOBRAMYCIN	32
teriparatide.....	171	tobramycin/dexamethasone	30
TERIPARATIDE.....	171	TOBREX.....	31
TERSI.....	159	TOLAK.....	60
TESSALON.....	100	tolbutamide	47
TESTIM	121	tolcapone	63, 64
testosterone	120, 121, 122	TOLECTIN 600.....	19
TESTOSTERONE	120, 121	tolmetin sodium	26
tetrabenazine	92	TOLSURA	42
tetracaine	105	tolterodine.....	178
tetracycline.....	37	tolvaptan.....	102
TETRAVISC.....	105, 106	TOLVAPTAN.....	102
TEXACORT.....	165	TOPAMAX	96
TEZSPIRE	175	TOPCARE.....	133, 137, 205
THALITONE.....	103	TOPICORT.....	165
THALOMID.....	32	topiramate	96
THEO-24.....	29	TOPIRAMATE	96
theophylline.....	29	TOPROL.....	86
THIN.....	102, 131, 132, 133, 134	toremifene.....	60
THIOLA	177	torsemide.....	102
thioridazine.....	154	TOUJEO.....	50
thiothixene.....	154	TOVIAZ.....	178
THROMBI.....	76	TRACLEER.....	80
THROMBIN	76	TRADJENTA	46
THYQUIDITY	168	TRAMADOL	22
thyroid.....	168	tramadol er.....	22
THYROID.....	168	tramadol hcl.....	20, 22
THYROLAR.....	168	TRAMADOL HCL.....	22
tiagabine	95, 96	tramadol hcl/acetaminophen	20
TIAZAC.....	78	trandolapril	81, 84
TIBSOVO	59	tranexamic	76
ticagrelor	64	TRANSDERM	113
ticlopidine	64	TRANXENE.....	142
TIGLUTIK.....	91	tranylcypromine	143
TIKOSYN	77	TRAVATAN.....	107
timolol.....	86, 106, 107	travoprost.....	107
TIMOPTIC.....	107	trazodone.....	146
TINDAMAX	50	TRECATOR.....	33
tinidazole	50, 51	TRELEGY ELLIPTA	28
tiopronin	177	TREMFYA.....	128, 157
TIROSINT	168	TRESIBA.....	50
TISSEEL.....	162	TRETIN	167
TIVICAY.....	67	tretinoin.....	59, 158, 166, 167

Índice de medicamentos

TREXALL.....	55	TYBLUME.....	99
TREZIX.....	21	TYBOST.....	169
triamcinolone.....	164, 165, 170	TYENNE.....	128
triamterene.....	103	TYKERB.....	59
triazolam.....	155	TYMLOS.....	127
TRIBENZOR.....	82	TYRVAYA.....	174
trichloroacetic.....	162	TYVASO.....	80, 81
TRICHLOROACETIC.....	162	U	
TRICOR.....	91	UBRELVY.....	19
TRIDESILON.....	165	UCERIS.....	120, 124
trientine.....	174	UDENYCA.....	98
trifluoperazine.....	154	UKONIQ.....	59
trifluridine.....	68	ULESFIA.....	62
TRIGLIDE.....	91	ULORIC.....	24, 25
trihexyphenidyl.....	62	ULTANE.....	23
TRIJARDY.....	48	ULTICARE.....	137
TRIKAFTA.....	169	ULTIGUARD.....	137
TRILEPTAL.....	96	ULTILET.....	134, 137, 206
TRILIPIX.....	91	ULTRA.....	27, 28, 131, 132, 133, 134, 136, 137, 138, 157, 206
trimethobenzamide.....	113	ULTRACARE.....	137
trimethoprim.....	31, 32	ULTRACET.....	20
trimipramine.....	148	ULTRAFOAM.....	76
TRIMO-SAN.....	50	ULTRALANCE.....	134
TRINTELLIX.....	147	ULTRAM.....	22
TRIUMEQ.....	65	ULTRATLC.....	134
TROKENDI.....	97	UNDECATREX.....	120
tropicamide.....	107, 108	UNIFINE.....	135, 136, 137, 138
TROPICAMIDE.....	108	UNILET.....	130, 132, 134
tropium.....	178	UNISTIK.....	131, 134, 135
TRUDHESA.....	19	UNIVERSAL.....	131, 135
TRUE.....	133, 137, 206	UPNEEQ.....	106
TRUE COMFORT.....	133, 137, 138	UPTRAVI.....	81
true folic acid.....	178	URAMAXIN.....	161
TRUEPLUS.....	134, 137, 206	urea.....	39, 42, 52, 161
TRULANCE.....	116	UROCIT.....	111
TRULICITY.....	45	UROQID.....	111
TRUMENBA.....	74	UROXATRAL.....	177
TRUQAP.....	58	URSO.....	115
TRUSOPT.....	107	ursodiol.....	114, 115
TRUVADA.....	65	UTA.....	32
TRYNGOLZA.....	88	V	
TUKYSA.....	58	VAFSEO.....	120
TURALIO.....	58, 59	VAGIFEM.....	126
TUSSICAPS.....	100	valacyclovir.....	69
TUXARIN.....	100	VALCHLOR.....	60
TUZISTRA.....	100	VALCYTE.....	69
TWINRIX.....	75	valganciclovir.....	69
TWIRLA.....	99	VALIUM.....	142
TWIST.....	131, 133, 134, 162	valproic.....	97

Índice de medicamentos

valsartan	82, 83, 84, 85	VIIBRYD	147
valsartan/hydrochlorothiazide	83	VIJOICE	169
VALTOCO	94	VIMPAT	97
VALTREX	69	VIOKACE	117
VANCOGIN	38	VIRACEPT	67
vancomycin	38	VIRAMUNE	66
VANFLYTA	59	VIREAD	66, 67
VANOS	165	VISTARIL	44
vardenafil	171	VISTOGARD	170
varenicline	167	VITAFOL	141
VARIBAR	102	vite ac/grape/hyaluronic acid	160
VARIVAX	75	VITRAKVI	59
VARUBI	113	VIVAGUARD	135, 207
VASCEPA	111	VIVELLE	123
VASERETIC	81	VIVJOA	42
VASHE	156	VIZIMPRO	59
VASOTEC	84	VOGELXO	121
VAXELIS	75	VOLTAREN	157
VECAMYL	85	VOQUEZNA	114, 119
VECTICAL	159	VOQUEZNA DUAL PAK	114
VELPHORO	110	VOQUEZNA TRIPLE PAK	114
VELSIPITY	93	voriconazole	42
VELTASSA	110	VORTEX	140
VELTIN	158	VOSEVI	69
VEMLIDY	69	VOTRIENT	59
VENCLEXTA	59	VOWST	115
venlafaxine	146, 147	VOXZOGO	174
VENTAVIS	81	VOYDEYA	76
verapamil	77, 79, 81	VRAYLAR	153
VERDESO	165	VUITY	107
VEREGEN	70	VUMERITY	93
VERELAN	79	VUSION	43
VERIFINE	135, 138, 207	VYALEV	64
VERKAZIA	108	VYKAT	60
VERQUVO	79	VYLEESI	151
VERSACLOZ	153	VYNDAMAX	174
VERZENIO	59	VYNDAQEL	174
VESICARE	177, 178	VYTORIN	87
VEVYE	108	VYVANSE	148
VFEND	42	VYVGART	174
V-GO	130	VYZULTA	107
VIAGRA	171	W	
VIBERZI	116	WAINUA	172
VIBRAMYCIN	38	WAKIX	97
VICTOZA	45	warfarin	39
VIDEX	66	water for irrigation	156
vigabatrin	96, 97	Wegovy	61
VIGAFYDE	97	WELCHOL	90
VIGAMOX	31	WELLBUTRIN	143, 144

Índice de medicamentos

WIDE SEAL DIAPHRAGM	100	YONSA	54
WINLEVI	52	YOSPRALA	64
WINREVAIR	80	YUFLYMA	53
WYNZORA	166	YUSIMRY	53
X		Z	
XADAGO	64	zafirlukast	29
XALATAN	107	zaleplon	156
XALKORI	59	ZANAFLEX	141
XANAX	142	ZARONTIN	97
XARELTO	40	ZARXIO	98
XATMEP	55	ZAVESCA	173
XCLAIR	160	ZAVZPRET	19
XCOPRI	97, 208	ZCORT	124
XDEMVI	61	Zegalogue	109
XELJANZ	25	ZEGERID	119
XELODA	55	ZEJULA	59
XELPROS	107	ZELAPAR	64
XELSTRYM	72	ZELBORAF	55
XENAZINE	92	ZELNORM	116
XENICAL	61	ZEMPLAR	172
XENLETA	35	ZENATANE	158
XEPI	39	ZENPEP	117
XERESE	70	ZENZEDI	72
XERMELO	112	ZEPATIER	70
XHANCE	104	ZEPBOUND	61
XIFAXAN	36	ZEPOSIA	93
XIGDUO	48	ZERVIAE	45
XIIDRA	108	ZESTORETIC	81
XIMINO	38	ZESTRIL	84
XOFLUZA	69	ZETIA	91
XOLAIR	29	ZETONNA	104
XOLEGEL	44	ZIAC	86
XOPENEX	27	ZIAGEN	66
XOSPATA	59	ZIANA	158
XPHOZAH	110	zidovudine	65, 66
XPOVIO	59	ZIEXTENZO	98
XTAMPZA ER	22	ZILBRYSQ	172
XTANDI	54	zileuton	27
XULTOPHY	45	ZILXI	39
XUREA	161	ZIMHI	41
XURIDEN	109	zinc	161
XYOSTED	121	ZIOPTAN	107
XYREM	154	ziprasidone	152, 153
XYWAV	154	ZIRGAN	68
Y		ZITHROMAX	34, 35
YASMIN	99	ZITUVIO	46
YAZ	99	ZOCOR	89
YERVOY	59	ZOFRAN	113

ZOHYDRO ER	22
ZOKINVY	169
ZOLADEX	56
ZOLINZA	54
zolmitriptan	19
ZOLOFT	145
zolpidem	155, 156
ZOLPIMIST	156
ZOMACTON.....	125
ZOMIG	19
ZONACORT	124
ZONALON.....	159
ZONEGRAN	97
ZONISADE.....	97
zonisamide.....	97
ZONTIVITY	64
ZORTRESS.....	129
ZORYVE	159
ZOSTAVAX.....	75
ZOVIRAX.....	69, 70
ZTLIDO.....	23
ZUBSOLV.....	176
ZURZUVAE.....	142, 143
ZYCLARA	160
ZYDELIG.....	59
ZYKADIA.....	59
ZYLET.....	30
ZYLOPRIM	25
ZYMAXID	31
ZYPITAMAG.....	89
ZYPREXA	153
ZYTIGA	54
ZYVOX	35

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