



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

Cobertura a partir del 1 de enero de 2026

Para el estado de California

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

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

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

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

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



¿Qué encontrará adentro?	Página
Información sobre esta Lista de medicamentos	3
• Preguntas frecuentes	3
• Palabras que quizás necesite conocer	10
• Acerca de esta Lista de medicamentos	12
• Cómo leer esta Lista de medicamentos	12
• Cómo encontrar su medicamento	15
Lista de medicamentos con receta	18
Exclusiones y limitaciones de la cobertura	166
Índice de medicamentos	167

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

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

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

¿Tiene preguntas?

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

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

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

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes

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

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

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

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

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

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

R. Para ayudar a reducir sus costos de cuidado de la salud totales, su plan no cubre determinados medicamentos de marca de alto costo que tienen alternativas de menor costo que pueden tratar la misma condición. Si su medicamento no está cubierto y su médico considera que un medicamento diferente no es adecuado para usted, el personal del consultorio puede pedirnos que lo cubramos a través de nuestro proceso de revisión.

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

de medicamentos, y no existe la opción de pedirnos que lo cubramos a través de nuestro proceso de revisión. Por ejemplo, su plan no cubre (o “excluye”) medicamentos 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 cignaforhcp.com.

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

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

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

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.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

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

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

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

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

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

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

R. Cuando su farmacéutico trate de despacharle la receta, verá que el medicamento necesita nuestra aprobación para tener cobertura. Como usted no obtuvo la aprobación de antemano, su plan no cubrirá el costo. En ese caso, pídale a su médico que se 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 y del Nivel 3.
2. **Inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com para ver información sobre su cobertura de farmacia.** También puede usar la herramienta *Price a Medication* (Conozca los precios de los medicamentos) para ver cuánto puede costarle su medicamento en las diferentes farmacias de la red de su plan.
3. Consulte el documento de cobertura denominado **Resumen de beneficios.**

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- **Medicamentos y productos de cuidado preventivo cubiertos en virtud de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (PPACA), también conocida como la “reforma del cuidado de salud”:**
 - **Anticonceptivos:** Cobertura del 100% o sin costos compartidos (\$0). Determinados anticonceptivos con receta están disponibles sujetos al costo compartido aplicable.
 - **Productos para dejar de consumir tabaco:** Hasta dos (2) tratamientos de 90 días por año del plan tienen cobertura del 100% o sin costos compartidos (\$0). Determinados productos para dejar de consumir tabaco con receta están disponibles sujetos al costo compartido aplicable.
 - **Determinadas vitaminas:** Cobertura del 100% o sin costos compartidos (\$0). Todas las demás vitaminas con receta están disponibles sujetas al costo compartido y deducible aplicable (si corresponde).
- **Determinados productos de venta libre (OTC):** Si tiene una receta de su médico, estos productos tienen cobertura del 100% o no tienen costos compartidos (\$0). Todos los demás productos OTC están excluidos de la cobertura.
- **Medicamentos de fertilidad orales:** Tienen cobertura según el costo compartido del nivel aplicable. Para algunos planes, los medicamentos de fertilidad inyectables están cubiertos por el beneficio médico.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

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

Palabras que quizás necesite conocer

- **Medicamento de marca:** Un medicamento que se comercializa con un nombre exclusivo, protegido por una marca. En este Formulario, los medicamentos de marca están escritos en MAYÚSCULA.
- **Coseguro:** Un porcentaje del costo de un beneficio de cuidado de la salud cubierto que usted paga después de haber pagado el deducible, si se aplica un deducible al beneficio de cuidado de la salud.
- **Copago:** Una cantidad fija en dólares que usted paga por un beneficio de cuidado de la salud cubierto después de haber pagado el deducible, si se aplica un deducible al beneficio de cuidado de la salud.
- **Deducible:** La cantidad que usted paga por beneficios de cuidado de la salud cubiertos que están sujetos al deducible antes de que su aseguradora de salud empiece a pagar. Si su póliza de seguro de salud tiene un deducible, puede tener un solo deducible o deducibles separados para beneficios médicos y beneficios de medicamentos con receta. Una vez que pague su deducible, por lo general pagará solo un copago o coseguro por los beneficios de cuidado de la salud cubiertos. Su compañía de seguros paga el resto.
- **Nivel de medicamentos:** Un grupo de medicamentos con receta que corresponde a un nivel específico de costo compartido en su póliza de seguro de salud. El nivel de medicamentos en el cual se incluye un medicamento con receta determina la parte del costo del medicamento que usted debe pagar.
- **Solicitud de excepción:** Una solicitud de cobertura de un medicamento no incluido en el Formulario. Si usted, la persona que usted designe o el proveedor de cuidado de la salud que le emite recetas presentan una solicitud de cobertura de un medicamento no incluido en el Formulario, su aseguradora debe cubrir el medicamento no incluido en el Formulario cuando sea médicamente necesario que usted tome el medicamento.
- **Circunstancias apremiantes:** Cuando usted sufre una condición médica que puede poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad para recuperar su funcionamiento pleno, o cuando usted se está realizando un tratamiento con un medicamento no incluido en el Formulario.
- **Formulario o Lista de medicamentos con receta:** La lista de medicamentos cubiertos por su póliza de seguro de salud en virtud del beneficio de medicamentos con receta de la póliza.
- **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 Performance de 3 niveles de Cigna Healthcare, que entrará en vigor el 1 de enero de 2026. **La Lista de medicamentos se actualiza bastante seguido**; por eso, es posible que no estén incluidos todos los medicamentos que cubre su plan. Además, también es posible que su plan no cubra todos estos medicamentos. Inicie sesión en la aplicación myCigna o en **myCigna.com** para ver qué medicamentos cubre su plan.

Cómo leer esta Lista de medicamentos

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

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

Niveles

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

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

* Los medicamentos están incluidos en la categoría terapéutica y clase proporcionadas por First Databank.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Cómo leer esta Lista de medicamentos (cont.)

Letras (siglas) en la columna Notas

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

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

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Cómo leer esta Lista de medicamentos (cont.)

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

ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)			Categoría terapéutica y clase describe la condición para cuyo tratamiento se usa el medicamento.
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura	
ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS Y BARBITÚRICOS			
butalbital/acetaminophen	T1		
ANALGÉSICOS, COMB. DE SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS			
butalbital-aspirin-cafeine 50-325-40	T1	QL (6 tabs/day)	Requisitos y límites de cobertura le informa si su plan tiene requisitos adicionales antes de cubrir el medicamento.
butalbital-asa-cafeine cap (Fiorinal)	T1	QL (6 caps/day)	
FIORINAL (butalbital-aspirin-cafeine)	T3	QL (6 caps/day)	
ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS			
butalbital/acetaminophen/cafeine	T3		Nivel del medicamento le da una idea de cuánto puede llegar a pagar por un medicamento.
butalbital/acetaminophen/cafeine (Esgic)	T3	QL (6 caps/day)	
butalbital-acetaminophen-cafeine 50-300-40 (Fioricet)	T1	QL (6 caps/day)	
butalbital-acetaminophen-cafeine 50-325-40 (Esgic)	T1	QL (6 tabs/day)	
ESGIC 50-325-40 MG TABLET (butalbital-acetaminophen-cafeine)	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	Los medicamentos están enumerados en orden alfabético (de la A a la Z) dentro de cada columna (según el inglés).
diflunisal	T1	HD	
PREPARACIONES ANTIMIGRAÑOSAS			
AIMOVIG AUTOINJECTOR	T2	PA	Los medicamentos de marca están escritos en MAYÚSCULA.
AJOVY AUTOINJECTOR	T2	PA	
AJOVY SYRINGE	T2	PA	
almotriptan malate	T1	QL (12 tabs/30 days)	Los medicamentos genéricos están escritos en minúscula cursiva.
CAFERGOT (ergotamine-cafeine)	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/cafeine	T1		
ergotamine tartrate/cafeine (Cafergot)	T1	QL (40 tabs/28 days)	

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Cómo encontrar su medicamento

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

Condición	Página	Condición	Página
Analgésicos (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	18-24	Agentes inhibidores del factor de necrosis tumoral antiinflamatorios (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	50, 51
Analgésicos (condiciones urinarias)	24	Antineoplásicos (cáncer)	51-58
Anestésicos (varios)	24	Antineoplásicos (condiciones cutáneas)	58
Anestésicos (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	24	Medicamentos contra la obesidad (control del peso)	58, 59
Anestésicos (condiciones urinarias)	25	Antiparasitarios (infecciones)	59
Antialérgicos (alergia y rociadores nasales)	25	Medicamentos antiparkinsonianos (enfermedad de Parkinson)	59-61
Antiartríticos (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	25-28	Medicamentos antiplaquetarios (diluyentes de la sangre/anticoagulantes)	61
Antiasmáticos (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	28-31	Antivíricos (SIDA/VIH)	61-64
Antibióticos (alergia/rociadores nasales)	31	Antivíricos (condiciones oculares)	64
Antibióticos (medicamentos para los oídos)	31	Antivíricos (infecciones)	64-66
Antibióticos (condiciones oculares)	31-33	Antivíricos (condiciones cutáneas)	66
Antibióticos (infecciones)	33-38	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (alergia/rociadores nasales)	66
Antibióticos (condiciones cutáneas)	38, 39	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (enfermedad de Alzheimer)	66
Anticoagulantes (diluyentes de la sangre/ anticoagulantes)	39-41	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (trastorno de déficit de atención e hiperactividad)	67, 68
Antídotos (condiciones gastrointestinales/ piroxis)	41	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	68
Antídotos (abuso de sustancias)	41, 42	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (condiciones urinarias)	68
Antimicóticos (condiciones oculares)	42	Productos biológicos (alergia/rociadores nasales)	68, 69
Antimicóticos (productos femeninos)	42	Productos biológicos (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	69
Antimicóticos (infecciones)	42	Productos biológicos (varios)	69
Antimicóticos (condiciones cutáneas)	43	Productos biológicos (vacunas)	69-71
Antihistamínicos y descongestivos combinados (alergia/rociadores nasales)	43	Sangre (modificadores de la sangre/ trastornos hemorrágicos)	71, 72
Antihistamínicos (alergia/rociadores nasales)	43, 44	Sangre (diluyentes de la sangre/ anticoagulantes)	72
Antihistamínicos (condiciones oculares)	44	Medicamentos para enfermedades cardíacas (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	72-75
Antihiper glucémicos (diabetes)	44-48		
Antiinfecciosos (productos femeninos)	48		
Antiinfecciosos (infecciones)	48		
Antiinfecciosos/Varios (infecciones)	48, 49		
Antiinfecciosos/Varios (varios)	49		
Antiinfecciosos/Varios (condiciones cutáneas)	49		

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)	75	Gastrointestinales (condiciones gastrointestinales/pirosis)	104-110
Cardiovasculares (alergia/rociadores nasales)	75, 76	Gastrointestinales (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	110
Cardiovasculares (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	76-82	Hormonas (agentes hormonales)	110-116
Cardiovasculares (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	82-85	Hormonas (infertilidad)	116
Cardiovasculares (medicamentos para el colesterol)	85	Hormonas (varias)	116
Cardiovasculares (varios)	85, 86	Hormonas (productos para la osteoporosis)	116, 117
Medicamentos para el sistema nervioso central (enfermedad de Alzheimer)	86, 87	Inmunosupresores (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	117
Medicamentos para el sistema nervioso central (varios)	87	Inmunosupresores (condiciones cutáneas)	117, 118
Medicamentos para el sistema nervioso central (esclerosis múltiple)	87, 88	Inmunosupresores (medicamentos para trasplante)	118
Medicamentos para el sistema nervioso central (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	88-90	Dispositivos y suministros médicos varios, no farmacológicos (diabetes)	118-130
Medicamentos para el sistema nervioso central (trastornos convulsivos)	91	Dispositivos y suministros médicos varios, no farmacológicos (varios)	130-135
Medicamentos para el sistema nervioso central (trastornos del sueño/sedantes)	91	Relajantes musculares (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	136
Factores estimulantes de colonias (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)	91	Vitaminas prenatales (nutritivas/alimenticias)	136-137
Factores estimulantes de colonias (cáncer)	91-93	Medicamentos psicoterapéuticos (ansiedad/depresión/trastorno bipolar)	137-141
Anticonceptivos (productos anticonceptivos)	93	Medicamentos psicoterapéuticos (trastorno de déficit de atención e hiperactividad)	141-143
Preparaciones para la tos/el resfrío (alergia/rociadores nasales)	94	Medicamentos psicoterapéuticos (varios)	143
Preparaciones para la tos/el resfrío (medicamentos para la tos/el resfrío)	94	Medicamentos psicoterapéuticos (esquizofrenia/antipsicóticos)	143-146
DIAGNÓSTICO (Diabetes)	95, 96	Medicamentos psicoterapéuticos (trastornos del sueño/sedantes)	146
Diagnóstico (varios)	96, 97	SEDANTES/HIPNÓTICOS (Trastornos del sueño/sedantes)	146, 147
Diuréticos (diuréticos)	97	Preparaciones cutáneas (varias)	147
Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (alergia/rociadores nasales)	97, 98	Preparaciones cutáneas (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	148
Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (medicamentos para los oídos)	98-101	Preparaciones cutáneas (condiciones cutáneas)	148-155
Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (condiciones oculares)	101	Agentes para dejar de fumar (productos para dejar de fumar)	155
Elect./calóricos/H2O (medicamentos para el colesterol)	101	Preparaciones para la tiroides (agentes hormonales)	155, 156
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Productos dentales)	101, 102	Productos farmacológicos no clasificados (SIDA/VIH)	156
Elect./calóricos/H2O (diabetes)	102	Productos farmacológicos no clasificados (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	156, 157
Elect./calóricos/H2O (varios)	102, 103		
Elect./calóricos/H2O (nutritivos/alimenticios)	103		
Gastrointestinales (medicamentos para el colesterol)	104-110		

Información sobre esta Lista de medicamentos

Cómo encontrar su medicamento (cont.)

Condición	Página	Condición	Página
Productos farmacológicos no clasificados (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)	157	Productos farmacológicos no clasificados (productos para la osteoporosis)	162
Productos farmacológicos no clasificados (medicamentos para la presión arterial/ para el corazón)	157	Productos farmacológicos no clasificados (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	163
Productos farmacológicos no clasificados (cáncer)	158	Productos farmacológicos no clasificados (abuso de sustancias)	163
Productos farmacológicos no clasificados (productos dentales)	158	Productos farmacológicos no clasificados (medicamentos para trasplante)	163
Productos farmacológicos no clasificados (disfunción eréctil)	158, 159	Productos farmacológicos no clasificados (condiciones urinarias)	163, 164
Productos farmacológicos no clasificados (condiciones gastrointestinales/pirosis)	159	Productos farmacológicos no clasificados (control del peso)	164
Productos farmacológicos no clasificados (agentes hormonales)	159	Vitaminas (nutritivas/alimenticias)	164, 165
Productos farmacológicos no clasificados (varios)	159-162		

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		
butalbital/acetaminophen	T1	
ANALGÉSICOS, COMB. DE SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
butalb-aspirin-caffe 50-325-40	T1	QL (6 tabs/day)
butalbital-asa-cafeine cap (Fiorinal)	T1	QL (6 caps/day)
FIORINAL (butalbital-aspirin-cafeine)	T3	QL (6 caps/day)
ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
butalb/acetaminophen/cafeine	T3	
butalb/acetaminophen/cafeine (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
ANALGÉSICOS, NO OPIOIDES		
JOURNAVX	T3	QL (30 tabs/90 days)
PREPARACIONES ANTIMIGRAÑOSAS		
AIMOVIG AUTOINJECTOR	T2	PA
AJOVY	T2	PA
almotriptan malate	T1	QL (12 tabs/30 days)
CAFERGOT (ergotamine-cafeine)	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/cafeine	T1	
ergotamine tartrate/cafeine (Cafergot)	T1	QL (40 tabs/28 days)
frovatriptan succinate	T1	QL (18 tabs/30 days)
isomethept/dichlphn/acetaminop	T1	
isomethepten/caf/acetaminophen	T1	
<i>naratriptan hcl</i>	T1	QL (9 tabs/30 days)

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES ANTIMIGRAÑOSAS (cont.)		
NURTEC ODT	T2	PA QL (16 tabs/30 days)
<i>rizatriptan 10 mg odt (Maxalt Mlt)</i>	T1	QL (12 tabs/30 days)
<i>rizatriptan 10 mg tablet (Maxalt)</i>	T1	QL (12 tabs/30 days)
<i>rizatriptan 5 mg odt</i>	T1	QL (12 tabs/30 days)
<i>rizatriptan 5 mg tablet</i>	T1	QL (12 tabs/30 days)
<i>rizatriptan ODT(Maxalt Mlt)</i>	T1	QL (12 tabs/30 days)
<i>rizatriptan tablet (Maxalt)</i>	T1	QL (12 tabs/30 days)
<i>sumatriptan</i>	T1	QL (2 boxes/30 days)
<i>sumatriptan 4 mg/0.5 ml cart</i>	T1	QL (4ml/30 days)
<i>sumatriptan 4 mg/0.5 ml inject</i>	T1	QL (4ml/30 days)
<i>sumatriptan 6 mg/0.5 ml cart</i>	T1	QL (4ml/30 days)
<i>sumatriptan 6 mg/0.5 ml inject</i>	T1	QL (4ml/30 days)
<i>sumatriptan 6 mg/0.5 ml syrng</i>	T1	QL (4ml/30 days)
<i>sumatriptan 6 mg/0.5 ml vial</i>	T1	QL (5ml/30 days)
<i>sumatriptan succ 100 mg tablet</i>	T1	QL (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)
UBRELVY	T2	PA QL (0.67 tabs/day)
ZAVZPRET	T2	PA QL (6 units/30 days)
zolmitriptan	T1	QL (12 tabs/30 days)
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA		
<i>diclofenac potassium</i>	T1	HD
<i>ketorolac 10 mg tablet</i>	T1	QL (20 tabs/25 days)
<i>ketorolac 15 mg/ml syringe</i>	T1	QL (40 ml/30 days)
<i>ketorolac 15 mg/ml vial</i>	T1	QL (40 ml/30 days)
<i>ketorolac 30 mg/ml carpupject</i>	T1	
<i>ketorolac 30 mg/ml isecure syr</i>	T1	QL (20ml/30 days)
<i>ketorolac 30 mg/ml syringe</i>	T1	QL (20ml/30 days)
<i>ketorolac 30 mg/ml vial</i>	T1	QL (20ml/30 days)
<i>ketorolac 300 mg/10 ml vial</i>	T1	
<i>ketorolac 60 mg/2 ml carpupject</i>	T1	QL (20ml/30 days)
<i>ketorolac 60 mg/2 ml syringe</i>	T1	QL (20ml/30 days)
<i>ketorolac 60 mg/2 ml vial</i>	T1	QL (20ml/30 days)
<i>mefenamic acid</i>	T1	HD

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANALGÉSICOS NO SALICILATOS		
<i>acetamin-codein 300-30 mg/12.5</i>	T1	
<i>acetaminop-codeine 120-12 mg/5</i>	T1	
<i>acetaminophen-cod #2 tablet</i>	T1	PA
<i>acetaminophen-cod #3 tablet</i>	T1	PA
<i>acetaminophen-cod #4 tablet</i>	T1	PA
APADAZ	T3	
BENZHYDROCODONE-ACETAMINOPHEN	T1	
<i>hydrocodone/acetaminophen</i>	T1	PA
<i>hydrocodone/acetaminophen (Hydrocodone-acetaminophen)</i>	T1	PA
<i>hydrocodone/acetaminophen (Norco)</i>	T1	PA
HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN	T1	PA
LORTAB	T1	PA
NALOCET	T1	PA
NORCO (<i>lorcet hd</i>)	T3	PA
NORCO (<i>lorcet plus</i>)	T3	PA
NORCO (<i>lorcet</i>)	T3	PA
<i>oxycodone hcl/acetaminophen (Nalocet)</i>	T1	PA
<i>oxycodone hcl/acetaminophen (Percocet)</i>	T1	PA
<i>oxycodone hcl/acetaminophen (Primlev)</i>	T1	PA
PERCOCET (<i>oxycodone-acetaminophen</i>)	T3	PA
PRIMLEV	T1	PA
<i>tramadol hcl/acetaminophen (Ultracet)</i>	T1	
ULTRACET (<i>tramadol hcl-acetaminophen</i>)	T3	
COMBINACIÓN DE ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS		
<i>hydrocodone/ibuprofen</i>	T1	PA
<i>hydrocodone/ibuprofen (Ibudone)</i>	T1	PA
IBUDONE	T1	PA
<i>ibuprofen/oxycodone hcl</i>	T1	PA
COMB. DE ANALGÉSICOS OPIOIDES, NO SALICILATOS Y XANTINAS		
ACETAMIN-CAFF-DIHYDROCODEINE	T1	PA
<i>acetaminophen/caff/dihydrocod (Acetamin-caff-dihydrocodeine)</i>	T1	PA
<i>acetaminophen/caff/dihydrocod (Trezix)</i>	T1	PA

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
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)
BUPRENEX	T3	
<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
DURAGESIC (<i>fentanyl</i>)	T3	PA
<i>fentanyl</i>	T1	PA
<i>fentanyl</i> (Duragesic)	T1	PA
FENTANYL 25 MCG/0.5 ML SYRINGE	T3	PA
<i>fentanyl 1,000mcg/50-0.9% nacl</i>	T1	
<i>fentanyl citrate</i> (Actiq)	T1	PA
<i>fentanyl citrate/pf</i>	T1	PA
<i>fentanyl/ropivacaine/ns/pf</i>	T1	
FENTORA	T3	PA
<i>hydrocodone bitartrate</i> (Hysingla Er)	T1	PA
<i>hydrocodone bitartrate</i> (Zohydro Er)	T1	PA
HYDROMORPHONE 0.25 MG/0.5 ML	T3	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 sulf 1,000 mg/20 ml</i>	T1	PA
<i>morphine sulf 1,000 mg/20 ml</i>	T1	PA

T1 — Habitualmente genéricos

T2 — Habitualmente marcas preferidas

T3 — Habitualmente marcas no preferidas

PA — Autorización previa

QL — Límite a la cantidad

ST — Tratamiento escalonado

AGE — Requisito de edad

SP — Medicamentos de especialidad

HD — Puede requerir entrega a domicilio

PPACA — Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANALGÉSICOS OPIOIDES (cont.)		
<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
NUCYNTA ER	T3	PA
<i>opium/belladonna alkaloids</i>	T1	PA
OXAYDO	T3	PA
<i>oxycodone hcl</i>	T1	PA
OXYCODONE HCL ER	T1	PA
<i>oxymorphone hcl</i>	T1	PA
<i>pentazocine hcl/naloxone hcl</i>	T1	PA
ROXYBOND	T3	PA
TRAMADOL HCL 75 MG TABLET	T3	QL (< 18 yo 5 tabs/day)
<i>tramadol er 100 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
<i>tramadol er 200 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
<i>tramadol er 300 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
TRAMADOL HCL ER 100 MG CAPSULE	T1	QL (1 cap/day)
<i>tramadol hcl er 100 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
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)
<i>tramadol hcl er 300 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
ULTRAM (<i>tramadol hcl</i>)	T3	QL (8 tabs/day)
XTAMPZA ER	T2	PA
ZOHYDRO ER (<i>hydrocodone bitartrate er</i>)	T3	PA
ANALGÉSICOS OPIOIDES Y SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
<i>codeine/butalbital/asa/cafein</i> (Fiorinal With Codeine #3)	T1	PA
FIORINAL WITH CODEINE #3 (<i>butalbital compound-codeine</i>)	T3	PA
ANALGÉSICOS OPIOIDES, NO SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
<i>butalbit/acetamin/caff/codeine</i>	T1	PA
<i>butalbit/acetamin/caff/codeine</i> (Fioricet With Codeine)	T1	PA
FIORICET WITH CODEINE (<i>butalb-acetaminoph-caff-codeine</i>)	T3	PA

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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
RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS, ANALGÉSICOS SALICILATOS, OPIOIDES		
carisoprodol/aspirin/codeine	T1	PA
ANALGÉSICOS (Condiciones urinarias)		
AGENTES ANALGÉSICOS DE LAS VÍAS URINARIAS		
ELMIRON	T2	
RIMSO-50	T2	
ANESTÉSICOS (Varios)		
ANESTÉSICOS GENERALES, PARA INHALACIÓN		
desflurane (Suprane)	T1	
isoflurane	T1	
isoflurane	T3	
sevoflurane (Ultane)	T1	
SUPRANE	T3	
ULTANE (sevoflurane)	T3	
lidocaine hcl (Xylocaine)	T1	
lidocaine hcl/pf		
ANESTÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
ANESTÉSICOS LOCALES		
lidocaine hcl 2% 200 mg/10 ml (Xylocaine-Mpf)	T1	
lidocaine hcl 4% 200 mg/5 ml	T1	
MARCAINE-EPINEPHRINE	T3	
ANESTÉSICOS LOCALES TÓPICOS		
L.E.T. (LIDO-EPINEPH-TETRA)	T3	QL (145gm/30 days)
lidocaine 5% ointment	T1	
lidocaine hcl	T1	
lidocaine hcl	T3	
lidocaine/prilocaine	T1	
LIDODERM (lidocaine)	T3	
PAIN EASE MEDIUM STREAM SPRAY	T3	
SYNERA	T3	
ZTLIDO	T2	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANESTÉSICOS (Condiciones urinarias)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANESTÉSICOS/ANALGÉSICOS DE LAS VÍAS URINARIAS (COLORANTES AZODERIVADOS)		
phenazopyridine hcl (Pyridium)	T1	
PYRIDIUM (phenazopyridine hcl)	T3	
ANTIALÉRGICOS (Alergia/rociadores nasales)		
ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS		
cromolyn 100 mg/5 ml oral conc (Gastrocrom)	T1	
GASTROCROM (cromolyn sodium)	T3	
ANTIARTRÍTICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS, SALICILATOS		
DISALCID (salsalate)	T3	HD
salsalate (Disalcid)	T1	HD
AGENTES ANTIARTRÍTICOS Y QUELANTES		
DEPEN (penicillamine)	T3	PA SP
penicillamine	T3	PA SP
penicillamine (Depen)	T3	PA SP
AGENTES ANTIARTRÍTICOS, ANTAGONISTAS DE LOS FOLATOS		
OTREXUP	T2	PA
ANTIINFLAM. ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-I		
KINERET	T3	PA QL (28 syringes/28 days) SP
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS/ANTIARTRÍTICOS, VARIOS		
GEL-ONE	T3	PA SP HD
GENVISC 850	T3	PA SP
SUPARTZ FX	T3	PA SP HD
TRIVISC	T3	PA SP
VISCO-3	T3	PA SP HD
ANTIINFLAMATORIOS, INHIBIDORES DE LA SÍNTESIS DE PIRIMIDINAS		
ARAVA (leflunomide)	T3	HD
leflunomide (Arava)	T1	HD
ANTIINFLAMATORIOS, INHIB. DE LA FOSFODIESTERASA-4 (PDE4)		
OTEZLA 28 DAY STARTER PACK	T3	PA QL (1 pack/180 days) SP HD
OTEZLA 30 MG TABLET	T3	PA QL (2 tabs/day) SP HD
ANTIINFLAMATORIOS, MOD. SELECT. COESTIM., INHIBIDORES DE CÉLULAS T		
ORENCIA	T3	PA QL (4 syringes/28 days) SP HD
ORENCIA CLICKJECT	T3	PA QL (4 injectors/28 days) SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
COLCHICINA		
<i>colchicine 0.6 mg capsule (Mitigare)</i>	T1	HD
<i>colchicine 0.6 mg tablet (Colcrys)</i>	T1	HD
COLCRYS (<i>colchicine</i>)	T3	HD
MITIGARE (<i>colchicine</i>)	T2	HD
SALES DE ORO		
RIDAURA	T2	
TRAT. DE LA HIPERURICEMIA - INHIBIDORES DE LA XANTINA OXIDASA		
<i>allopurinol</i>	T1	
<i>febuxostat 40 mg tablet (Uloric)</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>febuxostat 80 mg tablet (Uloric)</i>	T1	HD
ULORIC 40 MG TABLET (<i>febuxostat</i>)	T3	QL (1 tab/day) HD
ULORIC 80 MG TABLET (<i>febuxostat</i>)	T3	HD
ZYLOPRIM (<i>allopurinol</i>)	T3	HD
INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK)		
CIBINQO	T2	PA QL (30 tabs/30 days) SP
LEQSEVI	T3	PA QL(2 tabs/day) SP HD
LITFULO	T3	PA QL(1 cap/day) SP HD
OLUMIANT	T3	PA QL (1 tab/day) SP HD
RINVOQ	T2	PA QL (1 tab/day) SP HD
RINVOQ LQ	T2	PA QL(12 mls/day) SP HD
XELJANZ 1 MG/ML SOLUTION	T2	PA QL (480ml/22 days) SP HD
XELJANZ 10 MG TABLET	T2	PA QL (2 tabs/day) SP HD
XELJANZ 5 MG TABLET	T2	PA QL (2 tabs/day) SP HD
XELJANZ XR	T2	PA QL (1 tab/day) SP HD
ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (INHIB. NO ESPECÍFICOS DE LA COX) Y ANÁLOGOS DE LA PROSTAGLANDINA		
ARTHROTEC 50 (<i>diclofenac sodium-misoprostol</i>)	T3	ST HD
ARTHROTEC 75 (<i>diclofenac sodium-misoprostol</i>)	T3	ST HD
<i>diclofenac sodium-misoprostol</i> (Arthrotec 50)	T1	HD
<i>diclofenac sodium-misoprostol</i> (Arthrotec 75)	T1	HD
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA		
ANAPROX DS (<i>naproxen sodium ds</i>)	T3	ST HD
CALDOLOR	T3	
DAYPRO (<i>oxaprozin</i>)	T3	ST HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA (cont.)		
<i>diclofenac sod dr 25 mg tab</i>	T1	HD
<i>diclofenac sod dr 50 mg tab</i>	T1	HD
<i>diclofenac sod dr 75 mg tab</i>	T1	HD
<i>diclofenac sod ec 25 mg tab</i>	T1	HD
<i>diclofenac sod ec 50 mg tab</i>	T1	HD
<i>diclofenac sod ec 75 mg tab</i>	T1	HD
<i>diclofenac sodium</i>	T1	HD
EC-NAPROSYN (<i>naproxen</i>)	T3	ST HD
<i>etodolac</i>	T1	HD
<i>etodolac</i> (Lodine)	T1	HD
FELDENE (<i>piroxicam</i>)	T3	ST HD
<i>fenoprofen calcium</i> (Nalfon)	T1	HD
<i>flurbiprofen</i>	T1	HD
<i>ibuprofen</i>	T1	HD
<i>indomethacin</i>	T1	HD
<i>ketoprofen 25 mg. 75 mg capsule</i>	T1	HD
LODINE (<i>etodolac</i>)	T3	ST HD
<i>meclofenamate sodium</i>	T1	HD
<i>meloxicam</i> (Mobic)	T1	HD
MOBIC (<i>meloxicam</i>)	T3	ST HD
<i>nabumetone</i>	T1	HD
NALFON 600 MG TABLET (<i>profeno</i>)	T1	ST HD
NAPROSYN TABLET (<i>naproxen</i>)	T3	ST HD
<i>naproxen</i> (Ec-naprosyn)	T1	HD
<i>naproxen</i> (Naprosyn)	T1	HD
<i>naproxen sodium</i> (Anaprox Ds)	T1	HD
<i>oxaprozin 600 mg caplet</i> (Daypro)	T1	HD
<i>oxaprozin 600 mg tablet</i> (Daypro)	T1	HD
OXAPROZIN 300 MG CAPSULE	T3	HD
<i>piroxicam</i>	T1	HD
QMIIZ ODT 15 MG TABLET	T3	ST HD
QMIIZ ODT 7.5 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST HD
<i>sulindac</i>	T1	HD
<i>tolmetin sodium</i> (Tolectin 600)	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

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, INHIBIDOR SELECTIVO DE LA CICLOOXIGENASA-2 (COX-2)		
CELEBREX 100 MG CAPSULE (<i>celecoxib</i>)	T3	QL (2 caps/day) ST
CELEBREX 200 MG CAPSULE (<i>celecoxib</i>)	T3	QL (2 caps/day) ST
CELEBREX 400 MG CAPSULE (<i>celecoxib</i>)	T3	QL (1 cap/day) ST
CELEBREX 50 MG CAPSULE (<i>celecoxib</i>)	T3	QL (2 caps/day) ST
<i>celecoxib 100 mg capsule</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
ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias)		
INHIBIDORES DE LA 5-LIPOXIGENASA		
<i>zileuton</i>	T1	HD
ANTICOLINÉRGICOS, DE INHALACIÓN ORAL, ACCIÓN PROLONGADA		
INCRUSE ELLIPTA	T2	HD
LONHALA MAGNAIR REFILL	T3	PA HD
LONHALA MAGNAIR STARTER	T3	PA HD
SPIRIVA RESPIMAT	T2	HD
ANTICOLINÉRGICOS, DE INHALACIÓN ORAL, ACCIÓN RÁPIDA		
ATROVENT HFA	T2	HD
<i>ipratropium bromide</i>	T1	HD
AGENTES ADRENÉRGICOS BETA		
<i>albuterol sulf 2 mg/5 ml syrup</i>	T1	HD
<i>albuterol sulfate 2 mg tab</i>	T1	HD
<i>albuterol sulfate 4 mg tab</i>	T1	HD
<i>albuterol sulfate er 4 mg tab</i>	T1	HD
<i>albuterol sulfate er 8 mg tab</i>	T1	HD
<i>metaproterenol sulfate</i>	T1	HD
<i>terbutaline sulfate</i>	T1	HD
AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS, ACCIÓN RÁPIDA		
<i>albuterol 15 mg/3 ml solution</i>	T1	
<i>albuterol 75 mg/15 ml soln</i>	T1	
<i>albuterol 100 mg/20 ml soln</i>	T1	
<i>albuterol 2.5 mg/0.5 ml sol</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

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS, ACCIÓN RÁPIDA (cont.)		
<i>albuterol 5 mg/ml solution</i>	T1	
<i>albuterol sul 0.63 mg/3 ml sol</i>	T1	
<i>albuterol sul 1.25 mg/3 ml sol</i>	T1	
<i>albuterol sul 2.5 mg/3 ml soln</i>	T1	
<i>albuterol hfa 90 mcg inhaler</i> (Proair 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
STRIVERDI RESPIMAT	T2	QL(1 inhaler/30 days) HD
AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS POR VÍA ORAL, ACCIÓN PROLONGADA		
SEREVENT DISKUS	T2	HD
COMBO DE ADRENÉRGICOS BETA Y ANTICOLINÉRGICOS, INHALADOS		
ANORO ELLIPTA	T2	HD
BEVESPI AEROSPHERE	T2	HD
COMBIVENT RESPIMAT	T2	
<i>ipratropium/albuterol sulfate</i>	T1	HD
STIOLTO RESPIMAT INHAL SPRAY	T2	HD
COMBO DE AGENTES ADRENÉRGICOS BETA Y GLUCOCORTICOIDES, INHALADOS		
ADVAIR HFA	T2	HD
AIRDUO DIGIHALER	T3	ST HD
AIRSUPRA	T2	PA QL(2 inhalers/28 days) HD
BREO ELLIPTA 100-25 MCG INHALR	T2	HD
BREO ELLIPTA 100-25 MCG INHALR	T2	QL(1 inhaler/30 days) HD
BREO ELLIPTA 200-25 MCG INHALR	T2	HD
BREO ELLIPTA 200-25 MCG INHALR	T2	QL(1 inhaler/30 days) HD
BREO ELLIPTA 50-25 MCG INHALER	T2	QL(1 inhaler/30 days) HD
<i>budesonide/formoterol fumarate</i> (Symbicort)	T1	QL HD
DULERA	T2	HD
<i>fluticasone propion/salmeterol</i>	T1	HD
<i>fluticasone-salmeterol 100-50</i> (Advair Diskus)	T1	QL(1 inhaler/30 days)
<i>fluticasone-salmeterol 250-50</i> (Advair Diskus)	T1	QL(1 Inhaler/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

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
COMBO DE AGENTES ADRENÉRGICOS BETA Y GLUCOCORTICOIDES, INHALADOS (cont.)		
fluticasone-salmeterol 500-50 (Advair Diskus)	T1	QL(1 inhaler/30 days)
FLUTICASONE-SALMETEROL 113-14	T1	QL(1 inhaler/30 days) HD
FLUTICASONE-SALMETEROL 232-14	T1	QL(1 inhaler/30 days) HD
FLUTICASONE-SALMETEROL 55-14	T1	QL(1 inhaler/30 days) HD
SYMBICORT	T2	HD
ADRENÉRGICOS BETA-ANTICOLINÉRGICOS-GLUCOCORT., INHALADOS		
BREZTRI AEROSPHERE	T2	
TRELEGY ELLIPTA	T2	
GLUCOCORTICOIDES, PARA INHALACIÓN ORAL		
ALVESCO	T2	HD
ASMANEX HFA	T2	QL(1 Inhaler/30 days) HD
ASMANEX TWISTHALER 110 MCG #30	T2	QL(1 inhaler/30 days) HD
ASMANEX TWISTHALER 220 MCG #14	T2	HD
ASMANEX TWISTHALER 220 MCG #30	T2	QL(1 inhaler/30 days) HD
ASMANEX TWISTHALER 220 MCG #60	T2	QL(1 inhaler/30 days) HD
ASMANEX TWISTHALER 220 MCG #120	T2	QL(1 inhaler/30 days) HD
budesonide (Pulmicort)	T1	HD
FLOVENT DISKUS	T2	HD
FLOVENT HFA	T2	HD
FLUTICASONE PROP 100MCG DISKUS	T3	QL HD
FLUTICASONE PROP 250 MCG DISK	T3	QL HD
FLUTICASONE PROP 50 MCG DISKUS	T3	QL HD
PULMICORT (budesonide)	T3	HD
PULMICORT FLEXHALER	T2	HD
QVAR REDHALER	T2	
ANTAGONISTAS ALFA DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-5 (IL-5), ANTICUERPOS MONOCLONALES		
FASENRA PEN	T3	PA SP HD
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LEUCOTRIENOS		
ACCOLATE (zafirlukast)	T3	HD
montelukast sodium (Singulair)	T1	HD
SINGULAIR (montelukast sodium)	T3	
zafirlukast (Accolate)	T1	HD
ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS, INHALADOS ORALMENTE		
cromolyn 20 mg/2 ml neb soln	T1	QL (480ml/30 days) HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICUERPOS MONOCLONALES A LA INMUNOGLOBULINA E (IGE)		
XOLAIR	T2	PA SP HD
ANTICUERPOS MONOCLONALES - ANTAGONISTAS DE LA INTERLEUCINA-5		
NUCALA	T2	PA SP HD
MUCOLÍTICOS		
acetylcysteine	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
roflumilast 250 mcg tablet (Daliresp)	T3	QL (28 tabs/180 days) HD
roflumilast 500 mcg tablet (Daliresp)	T3	QL (2 tabs/day) HD
XANTINAS		
aminophylline	T1	
THEO-24	T2	HD
theophylline anhydrous	T1	
ANTIBIÓTICOS (Alergia/rociadores nasales)		
PREPARACIONES NAALES ANIBIÓTICAS		
BACTROBAN NASAL	T2	
ANTIBIÓTICOS (Medicamentos para los oídos)		
PREPARACIONES ÓTICAS, ANIBIÓTICAS		
ciprofloxacin hcl	T1	
CORTISPORIN-TC	T3	
neomycin/polymyxin b/hydrocort	T1	
ofloxacin	T1	
PREPARACIONES ÓTICAS, ANIBIÓTICOS ANTIINFLAMATORIOS		
CIPRO HC	T2	
ciprofloxacin hcl/dexameth (Ciprodex)	T1	
CIPROFLOXACIN HCL-FLUOCINOLONE	T3	
OTOVEL	T3	
ANTIBIÓTICOS (Condiciones oculares)		
COMBINACIONES DE ANIBIÓTICOS PARA LOS OJOS Y GLUCOCORTICOIDES		
MAXITROL (neomycin-polymyxin-dexameth)	T3	
neomycin/bacit/p-myx/hydrocort	T1	
neomycin/polymyxin b/dexametha (Maxitrol)	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Condiciones oculares) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
COMBINACIONES DE ANTIBIÓTICOS PARA LOS OJOS Y GLUCOCORTICOIDES (cont.)		
neomycin/polymyxin b/hydrocort	T1	
TOBRADEX EYE DROPS (tobramycin-dexamethasone)	T3	
TOBRADEX EYE OINTMENT	T2	
TOBRADEX ST	T2	
tobramycin/dexamethasone (Tobradex)	T1	
ZYLET	T3	
SULFONAMIDAS PARA LOS OJOS		
BLEPH-10 (sulfacetamide sodium)	T3	
BLEPHAMIDE	T2	
sulfacetamide sodium	T1	
sulfacetamide sodium (Bleph-10)	T1	
sulfacetamide/prednisolone sp	T1	
ANTIBIÓTICOS OFTÁLMICOS		
AZASITE	T2	
BACIGUENT (bacitracin)	T3	
bacitracin (Baciguent)	T1	
bacitracin/polymyxin b sulfate	T1	
BESIVANCE	T2	
CILOXAN	T2	
erythromycin base	T1	
gatifloxacin	T1	
gentamicin sulfate	T1	
levofloxacin	T1	
MOXEZA (moxifloxacin)	T3	
moxifloxacin hcl (Moxeza)	T1	
moxifloxacin hcl (Vigamox)	T1	
neomycin sulf/bacitracin/poly	T1	
neomycin/polymyxn b/gramicidin	T1	
OCUFLOX (ofloxacin)	T3	
ofloxacin (Ocuflor)	T1	
polymyxin b sulf/trimethoprim	T1	
tobramycin 0.3% eye drop (Tobrex)	T1	
TOBREX	T2	
VIGAMOX (moxifloxacin)	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Condiciones oculares) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS OFTÁLMICOS (cont.)		
ZYMAXID (gatifloxacin)	T3	
ANTIBIÓTICOS (Infecciones)		
ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS DE 2.º GENERACIÓN-ANTIBACTERIANOS		
SOLOSEC	T2	
AGENTES ANTIBACTERIANOS TIPO SULFONAMIDAS ABSORBIBLES		
BACTRIM (sulfamethoxazole-trimethoprim)	T3	
BACTRIM DS (sulfamethoxazole-trimethoprim)	T3	
AGENTES ANTIBACTERIANOS TIPO SULFONAMIDAS ABSORBIBLES		
sulfadiazine	T1	
sulfamethoxazole/trimethoprim	T1	
sulfamethoxazole/trimethoprim	T3	
sulfamethoxazole/trimethoprim (Bactrim Ds)	T1	
sulfamethoxazole/trimethoprim (Bactrim)	T1	
ANTIBIÓTICOS AMINOGLUCÓSIDOS		
ARIKAYCE	T3	PA SP
gentamicin sulfate	T1	
gentamicin sulfate/pf	T1	
KITABIS PAK	T3	PA QL (10ml/day) SP HD
neomycin sulfate	T1	
TOBI PODHALER	T2	PA QL (28 days therapy/56 days) SP HD
tobramycin 1,200 mg/30 ml vial	T1	
tobramycin 1.2 gm vial	T1	PA
tobramycin 1.2 gram/30 ml vial	T1	
tobramycin 10 mg/ml vial	T1	
tobramycin 300 mg/4 ml ampule	T3	QL (8 ml/day) SP HD
tobramycin 300 mg/5 ml ampule	T3	PA QL (10ml/day) SP HD
tobramycin 40 mg/ml vial	T1	
tobramycin 80 mg/2 ml vial	T1	
TOBRAMYCIN PAK 300 MG/5 ML	T3	PA QL (10ml/day) SP HD
AGENTES ANTIBACTERIANOS-ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS		
FLAGYL (metronidazole)	T3	
LIKMEZ		
metronidazole (Flagyl)	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS, ANTIBACTERIANOS, VARIOS		
<i>fosfomicin tromethamine</i> (Monurol)	T1	
<i>methenamine hippurate</i>	T1	
<i>methenamine mandelate</i>	T1	
MONUROL (<i>fosfomicin tromethamine</i>)	T3	
PRIMSOL	T2	
<i>trimethoprim</i>	T1	
URIBEL	T3	
URIBEL TABS (<i>methenam/m.blue/salicyl/hyoscy</i>)	T3	
UTA	T3	
ANTILEPROSOS		
<i>dapsone</i>	T1	
THALOMID	T3	PA SP HD
AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS		
<i>ethambutol hcl</i>	T1	HD
<i>isoniazid</i>	T1	HD
PASER	T2	HD
<i>pyrazinamide</i>	T1	HD
<i>rifabutin</i>	T1	HD
TRECTOR	T2	HD
ANTIBIÓTICOS ANTITUBERCULOSOS		
<i>cycloserine</i>	T1	
PRETOMANID	T3	PA QL (1 tab/day)
PRIFTIN	T3	
RIFAMATE	T2	
<i>rifampin</i>	T1	
RIFATER	T2	
ANTIBIÓTICOS ANTITUBERCULOSOS (cont.)		
SIRTURO	T3	SP
BETALACTAMASAS		
CAYSTON	T3	PA QL (3ml/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 CARBAPENÉMICOS (TIENAMICINAS)		
<i>imipenem/cilastatin sodium</i> (Primaxin)	T1	
<i>meropenem iv 1 gm vial</i>	T1	
<i>meropenem iv 500 mg vial</i>	T1	
<i>meropenem</i>	T1	
PRIMAXIN (<i>imipenem/cilastatin sodium</i>)	T3	
RECARBRIO	T3	
VABOMERE	T3	
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 1.ª GENERACIÓN		
<i>cefadroxil</i>	T1	
<i>cefazolin-dextrose</i>	T1	
CEFAZOLIN 3 GM VIAL	T3	
<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>cefotaxime</i>	T1	
<i>cefprozil</i>	T1	
<i>cefuroxime axetil</i>	T1	
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 3.ª GENERACIÓN		
<i>cefdinir</i>	T1	
<i>cefixime</i>	T1	
<i>cefixime</i> (Suprax)	T1	
<i>cefepodoxime proxetil</i>	T1	
<i>ceftriaxone sodium</i>	T1	
SUPRAX (<i>cefixime</i>)	T3	
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 4.ª GENERACIÓN		
<i>cefepime hcl</i>	T1	
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 5.ª GENERACIÓN		
ZERBAXA	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	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS LINCOSAMIDAS (cont.)		
CLEOCIN PEDIATRIC (<i>clindamycin (pediatric)</i>)	T3	
<i>clindamycin hcl</i> (Cleocin Hcl)	T1	
<i>clindamycin palmitate hcl</i> (Cleocin Pediatric)	T1	
CLINDAMYCIN PHOSPHATEL-D5W	T3	
ANTIBIÓTICOS MACRÓLIDOS		
<i>azithromycin 1 gm pwd packet</i> (Zithromax)	T1	
<i>azithromycin 100 mg/5 ml susp</i> (Zithromax)	T1	
<i>azithromycin 200 mg/5 ml susp</i> (Zithromax)	T1	
<i>azithromycin 250 mg tablet</i> (Zithromax)	T1	
<i>azithromycin 500 mg tablet</i> (Zithromax Tri-pak)	T1	
<i>azithromycin 600 mg tablet</i>	T1	
<i>clarithromycin</i>	T1	
DIFICID 200 MG TABLET	T3	QL (28 tabs/28 days)
DIFICID 40 MG/ML SUSPENSION	T3	QL (5ml/day)
ERYPED 200 (<i>erythromycin ethylsuccinate</i>)	T3	
<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> (Ery-tab)	T1	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	T1	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> (Eryped 200)	T1	
<i>erythromycin stearate</i>	T1	
PCE	T3	
ZITHROMAX 1 GM POWDER PACKET (<i>azithromycin</i>)	T3	
ZITHROMAX SUSP (<i>azithromycin</i>)	T3	
ZITHROMAX 250 MG TABLET (<i>azithromycin</i>)	T3	
ZITHROMAX 250 MG Z-PAK TABLET (<i>azithromycin</i>)	T3	
ZITHROMAX 500 MG TABLET (<i>azithromycin</i>)	T3	
ZITHROMAX TRI-PAK (<i>azithromycin</i>)	T3	
AGENTES ANTIBACTERIANOS DERIVADOS DE NITROFURANOS		
FURADANTIN (<i>nitrofurantoin</i>)	T3	
MACROBID (<i>nitrofurantoin mono-macro</i>)	T3	
<i>nitrofurantoin</i> (Furadantin)	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIBACTERIANOS DERIVADOS DE NITROFURANOS (cont.)		
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	T1	
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst</i> (Macrobid)	T1	
ANTIBIÓTICOS OXAZOLIDINONAS		
<i>linezolid</i> (Zyvox)	T1	PA
SIVEXTRO	T3	PA
ZYVOX (<i>linezolid</i>)	T3	PA
ANTIBIÓTICOS DE PENICILINA		
<i>amoxicillin</i>	T1	
<i>amoxicillin/potassium clav</i>	T1	
<i>ampicillin trihydrate</i>	T1	
<i>dicloxacillin sodium</i>	T1	
EXTENCILLINE	T3	
LENTOCILIN S	T3	
MOXATAG	T3	
<i>penicillin v potassium</i>	T1	
DERIVADOS DE LA PLEUROMUTILINA		
XENLETA	T3	PA QL (10 tabs/30 days)
ANTIBIÓTICOS DE QUINOLONAS		
AVELOX (<i>moxifloxacin hcl</i>)	T3	
BAXDELA	T3	PA
CIPRO 10% SUSPENSION (<i>ciprofloxacin</i>)	T2	
CIPRO 250 MG TABLET (<i>ciprofloxacin hcl</i>)	T3	
CIPRO 5% SUSPENSION (<i>ciprofloxacin</i>)	T2	
CIPRO 500 MG TABLET (<i>ciprofloxacin hcl</i>)	T3	
<i>ciprofloxacin 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)

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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		
coremino er 135 mg tablet	T1	
coremino er 45 mg tablet	T1	QL (1 tab/day)
coremino er 90 mg tablet	T1	
demeclocycline hcl	T1	
doxycycline hyclate	T1	
doxycycline monohydrate	T1	
minocycline er 115 mg tablet	T1	
minocycline er 45 mg tablet	T1	QL (1 tab/day)
minocycline er 55 mg tablet	T1	
minocycline er 65 mg tablet	T1	
minocycline er 80 mg tablet	T1	
minocycline er 90 mg tablet	T1	
minocycline hcl	T1	
NUZYRA	T3	PA QL (30 tablets/28 days) SP
tetracycline hcl	T1	
VIBRAMYCIN 50 MG/5 ML SYRUP	T2	
ANTIBIÓTICOS VAGINALES		
clindamycin phosphate (Cleocin)	T1	
metronidazole (Metrogel-vaginal)	T1	
ANTIBIÓTICOS DE VANCOMICINA Y DERIVADOS		
vancomycin 50 mg/ml solution	T1	
vancomycin 250 mg/5ml oral sol (Firvanq)	T1	
vancomycin hcl 125 mg capsule	T1	
vancomycin hcl 250 mg capsule	T1	
VANCOMYCIN HCL 1.75 GRAM VIAL	T3	
VANCOMYCIN HCL 2 GRAM VIAL	T3	
vancomycin hcl (Firvanq)	T1	
ANTIBIÓTICOS (Condiciones cutáneas)		
ANTIBIÓTICOS TÓPICOS Y ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS		
CORTISPORIN	T3	
NEO-SYNALAR	T3	
ANTIBIÓTICOS TÓPICOS		
BENZAMYCIN (erythromycin-benzoyl peroxide)	T3	
CENTANY	T3	
CENTANY AT	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Condiciones cutáneas) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS TÓPICOS (cont.)		
CLEOCIN T (<i>clindamycin phosphate</i>)	T3	
CLINDACIN ETZ KIT	T3	
CLINDACIN PAC	T3	
<i>clindamycin phosphate</i>	T1	
<i>clindamycin phosphate</i> (Cleocin T)	T1	
<i>clindamycin phosphate</i> (Evoclin)	T1	
<i>erythromycin base in ethanol</i>	T1	
<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i> (Benzamycin)	T1	
EVOCLIN (<i>clindamycin phosphate</i>)	T3	
<i>gentamicin sulfate</i>	T1	
<i>mupirocin</i> (Centany)	T1	
<i>mupirocin calcium</i>	T1	
XEPI	T3	
SULFONAMIDAS TÓPICAS		
AVAR 9.5-5% CLEANSING PADS	T3	
<i>avar cleanser</i> (Rosanil)	T1	
AVAR LS	T3	
<i>mafenide acetate</i>	T1	
ROSANIL (<i>sodium sulfacetamide-sulfur</i>)	T1	
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	
SULFAMILYLON 8.5% CREAM	T2	
SULFAMILYLON POWDER PACKET (<i>mafenide acetate</i>)	T3	
ANTICOAGULANTES (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)		
ANTICOAGULANTES CUMARÍNICOS		
<i>warfarin sodium</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
CITRATOS COMO ANTICOAGULANTES		
ACD SOLUTION A	T3	
ACD-A	T3	
ANTICOAG SODIUM CITRATE 4% SOL	T3	
CITRATE PHOSPHATE DEXTROSE	T1	
SODIUM CITRATE	T1	
INHIBIDORES DIRECTOS DEL FACTOR XA		
BEVYXXA	T3	QL (42 caps/42 days)
ELIQUIS	T2	
SAVAYSA 15 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day)
SAVAYSA 30 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day)
SAVAYSA 60 MG TABLET	T3	PA
XARELTO	T2	
HEPARINA Y PREPARACIONES RELACIONADAS		
ARIXTRA (<i>fondaparinux sodium</i>)	T3	QL (1 syringe/day) SP
<i>enoxaparin 100 mg/ml syringe</i> (Lovenox)	T1	QL (2 syringes/day) SP
<i>enoxaparin 120 mg/0.8 ml syr</i> (Lovenox)	T1	QL (2 syringes/day) SP
<i>enoxaparin 30 mg/0.3 ml syr</i> (Lovenox)	T1	QL (2 syringes/day) SP
<i>enoxaparin 300 mg/3 ml vial</i> (Lovenox)	T1	QL (1 vial/day) SP
<i>enoxaparin 40 mg/0.4 ml syr</i> (Lovenox)	T1	QL (2 syringes/day) SP
<i>enoxaparin 60 mg/0.6 ml syr</i> (Lovenox)	T1	QL (2 syringes/day) SP
<i>enoxaparin 80 mg/0.8 ml syr</i> (Lovenox)	T1	QL (2 syringes/day) SP
<i>fondaparinux sodium</i> (Arixtra)	T1	QL (1 syringe/day) SP
FRAGMIN	T1	QL (2 ml/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 1,000 unit/500 ml-ns</i>	T1	
HEPARIN 2,000 UNIT/1,000 ML-NS (<i>heparin sodium, porcine/ns/pf</i>)	T3	
<i>heparin 2,000 unit/1,000 ml-ns</i> (<i>Heparin Sodium-0.9% NaCl</i>)	T1	
HEPARIN 2,500 UNIT/500 ML-NS	T1	
HEPARIN 30,000 UNIT/1,000-NS	T1	
HEPARIN 5,000 UNIT/1,000 ML-NS	T1	
HEPARIN 5,000 UNIT/500 ML-NS	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HEPARINA Y PREPARACIONES RELACIONADAS (cont.)		
heparin 50,000 unit/5 ml vial	T1	
heparin sod 1,000 unit/ml vial	T1	
heparin sod 10,000 unit/ml vl	T1	
heparin sod 20,000 unit/ml vl	T1	
heparin sod 2,000 unit/ml vl	T1	
heparin sod 5,000 unit/0.5 ml	T1	
HEPARIN SOD 5,000 UNIT/0.5 ML	T1	
heparin sod 5,000 unit/0.5 ml (Heparin Sodium)	T1	
heparin sod 5,000 unit/ml syrg	T3	
heparin sod 5,000 unit/ml vial	T1	
LOVENOX 100 MG/ML SYRINGE (enoxaparin sodium)	T3	QL (2 syringes/day) SP
LOVENOX 120 MG/0.8 ML SYRINGE (enoxaparin sodium)	T3	QL (2 syringes/day) SP
LOVENOX 150 MG/ML SYRINGE (enoxaparin sodium)	T3	QL (2 syringes/day) SP
LOVENOX 30 MG/0.3 ML SYRINGE (enoxaparin sodium)	T3	QL (2 syringes/day) SP
LOVENOX 300 MG/3 ML VIAL (enoxaparin sodium)	T3	QL (1 vial/day) SP
LOVENOX 40 MG/0.4 ML SYRINGE (enoxaparin sodium)	T3	QL (2 syringes/day) SP
LOVENOX 60 MG/0.6 ML SYRINGE (enoxaparin sodium)	T3	QL (2 syringes/day) SP
LOVENOX 80 MG/0.8 ML SYRINGE (enoxaparin sodium)	T3	QL (2 syringes/day) SP

INHIBIDORES DE LA TROMBINA, SELECTIVOS, DIRECTOS Y REVERSIBLES

ARGATROBAN 250MG/2.5ML VIAL	T3	SP
dabigatran etexilate	T1	

ANTÍDOTOS (Condiciones gastrointestinales/pirosis)

ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES OPIOIDES MU, CON ACCIÓN PERIFÉRICA

MOVANTIK	T2	PA
RELISTOR	T3	PA
SYMPROIC	T3	PA

ANTÍDOTOS (Abuso de sustancias)

ANTAGONISTAS OPIOIDES

KLOXXADO	T2	PA QL (2 sprays/30 days)
naloxone 0.4 mg/ml carpuject, vial	T1	
NALOXONE 2 MG AUTO-INJECTOR	T3	QL (0.8ml/day)
naloxone 2 mg/2 ml syringe	T1	
naloxone 4 mg/10 ml vial	T1	
naltrexone hcl	T1	QL(180 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

ANTÍDOTOS (Abuso de sustancias) (cont.)

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

ANTIMICÓTICOS (Condiciones oculares)

AGENTES ANTIMICÓTICOS OFTÁLMICOS		
NATACYN	T2	

ANTIMICÓTICOS (Productos femeninos)

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

ANTIMICÓTICOS (Infecciones)

AGENTES ANTIMICÓTICOS		
ANCOBON (<i>flucytosine</i>)	T3	
<i>clotrimazole</i>	T1	
CRESEMBA	T3	PA
CRESEMBA 74.5 MG CAPSULE	T3	PA
<i>fluconazole</i>	T1	
<i>flucytosine</i> (Ancobon)	T1	
<i>itraconazole</i>	T1	
<i>ketoconazole</i>	T1	
NOXAFIL 300 MG/16.7 ML VIAL	T3	
ORAVIG	T3	
<i>terbinafine hcl</i>	T1	
VFEND (<i>voriconazole</i>)	T3	PA
VIVJOA	T3	PA SP
<i>voriconazole</i> (Vfend)	T1	PA

ANTIBIÓTICOS ANTIMICÓTICOS		
<i>griseofulvin ultramicrosize</i> (Gris-peg)	T1	
<i>griseofulvin, microsize</i>	T1	
GRIS-PEG (<i>griseofulvin ultramicrosize</i>)	T3	
<i>nystatin</i>	T1	
MICAFUNGIN	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIMICÓTICOS (Condiciones cutáneas)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIMICÓTICO TÓPICO/ANTIINFLAMATORIO, AGENTE ESTEROIDE		
<i>clotrimazole/betamethasone dip</i>	T1	
ANTIMICÓTICOS TÓPICOS		
<i>ciclodan 0.77% cream</i>	T1	
CICLODAN 0.77% CREAM KIT	T3	
<i>ciclodan 8% solution</i>	T1	
<i>ciclopirox</i>	T1	
<i>ciclopirox olamine</i>	T1	
<i>ciclopirox olamine (Loprox)</i>	T1	
<i>econazole nitrate</i>	T1	
ECOZA	T3	
EXODERM	T1	
<i>ketoconazole</i>	T1	
<i>ketoconazole/skin cleanser 28</i>	T1	
LOPROX (<i>ciclopirox</i>)	T3	
LULICONAZOLE	T1	
<i>naftifine hcl</i>	T1	
<i>naftifine hcl (Naftin)</i>	T1	
NAFTIN (<i>naftifine hcl</i>)	T2	
<i>nystatin</i>	T1	
<i>nystatin/triamcinolone acet</i>	T1	
ANTIISTAMÍNICOS Y DESCONGESTIVOS COMBINADOS (Alergia/rociadores nasales)		
COMBINACIÓN DE ANTIISTAMÍNICOS DE 1.ª GENERACIÓN Y DESCONGESTIVOS		
<i>phenylephrine hcl/prometh hcl</i>	T1	
COMBINACIÓN DE ANTIISTAMÍNICOS DE 2.ª GENERACIÓN Y DESCONGESTIVOS		
CLARINEX-D 12 HOUR	T3	
ANTIISTAMÍNICOS (Alergia/rociadores nasales)		
ANTIISTAMÍNICOS - 1.ª GENERACIÓN		
<i>carbinoxamine maleate</i>	T1	
<i>clemastine fumarate</i>	T1	
<i>hydroxyzine hcl</i>	T1	
<i>hydroxyzine pamoate</i>	T1	
<i>hydroxyzine pamoate (Vistaril)</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 (Alergia/rociadores nasales) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIISTAMÍNICOS - 1.ª GENERACIÓN (cont.)		
<i>promethazine hcl</i>	T1	
VISTARIL (<i>hydroxyzine pamoate</i>)	T3	
ANTIISTAMÍNICOS - 2.ª GENERACIÓN		
<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 tablet</i> (Clarinet)	T1	HD

ANTIISTAMÍNICOS (Condiciones oculares)

ANTIISTAMÍNICOS PARA LOS OJOS		
<i>azelastine hcl 0.05% drops</i>	T1	
BEPREVE	T3	
<i>epinastine hcl</i>	T1	
LASTACFT	T3	
<i>olopatadine hcl 0.1% eye drops</i>	T1	
<i>olopatadine hcl 0.2% eye drop</i> (Pataday)	T1	
PATADAY (<i>olopatadine hcl</i>)	T3	
PAZEO	T2	
ZERVATE	T2	

ANTIIPERGLUCÉMICOS (Diabetes)

ANTIIPERGLUCÉMICOS, MIMÉTICOS DE INCRETINA (AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-I)		
BYDUREON	T2	QL (4 vials/28 days) ST HD
BYDUREON BCISE	T2	QL (4 pens/28 days) ST
BYDUREON PEN	T2	QL (4 pens/28 days) ST HD
OZEMPIC 0.25-0.5 MG DOSE PEN	T2	QL (2 pens/28 days) ST HD
OZEMPIC 1 MG DOSE PEN (1.5 ML)	T2	QL (2 pens/28 days) ST HD
OZEMPIC 1 MG DOSE PEN (3 ML)	T2	QL (3ml/21 days) ST HD
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 (2ML/28 Days) ST
TRULICITY 4.5 MG/0.5 ML PEN	T2	QL (2ML/28 Days) ST

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INSULINA, ACCIÓN PROLONGADA-AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-1		
SOLIQUA 100-33	T2	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS-BLOQUEADORES DE LOS RECEPTORES DE GLUCOCORTICOIDES		
<i>mifepristone 300 mg tablet</i> (Korlym)	T2	HD
ANTIHIPERGLUCÉM.-INHIB. DEL COTRANSPORT. DE SOD./GLUC. TIPO 2 (SGLT-2)		
FARXIGA	T2	QL (1 tab/day) ST
JARDIANCE	T2	QL (1 tab/day) ST HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE DOPAMINA		
CYCLOSET	T3	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE LA ALFA-GLUCOSIDASA		
<i>acarbose</i> (Precose)	T1	HD
GLYSET (<i>miglitol</i>)	T3	HD
<i>miglitol</i> (Glyset)	T1	HD
PRECOSE (<i>acarbose</i>)	T3	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO ANÁLOGOS DE AMILINA		
SYMLINPEN 60	T2	
SYMLINPEN 120	T2	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO BIGUANIDAS		
GLUCOPHAGE XR (<i>metformin hcl er</i>)	T3	HD
<i>metformin hcl</i>	T1	HD
<i>metformin hcl</i> (Glucophage Xr)	T1	HD
<i>metformin hcl</i> (Riomet)	T1	HD
RIOMET (<i>metformin hcl</i>)	T3	HD
RIOMET ER	T3	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE DPP-4		
JANUVIA	T2	QL (1 tab/day) ST HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO ESTIMULANTES DE LIBERACIÓN DE INSULINA		
AMARYL (<i>glimepiride</i>)	T3	HD
<i>chlorpropamide</i>	T1	HD
<i>glimepiride</i> (Amaryl)	T1	HD
<i>glipizide 5 mg tablet</i>	T1	HD
<i>glipizide 10 mg tablet</i>	T1	HD
GLIPIZIDE 2.5 MG TABLET	T3	HD
GLUCOTROL (<i>glipizide</i>)	T3	HD
GLUCOTROL XL (<i>glipizide xl</i>)	T3	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO ESTIMULANTES DE LIBERACIÓN DE INSULINA (cont.)		
<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
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS Y BIGUANIDAS		
ACTOPLUS MET (<i>pioglitazone-metformin</i>)	T3	HD
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i> (Actoplus Met)	T1	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS Y SULFONILUREAS		
DUETACT (<i>pioglitazone-glimepiride</i>)	T3	HD
<i>pioglitazone hcl/glimepiride</i> (Duetact)	T1	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, COMB. DE INHIBIDORES DE DPP-4 Y BIGUANIDAS		
JANUMET	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
JANUMET XR 100-1,000 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day) ST HD
JANUMET XR 50-1,000 MG TABLET	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
JANUMET XR 50-500 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day) ST HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, ESTIM. DE LIBERACIÓN DE INSULINA-BIGUANIDAS		
<i>glipizide/metformin hcl</i>	T1	HD
<i>glyburide/metformin hcl</i>	T1	HD
<i>repaglinide/metformin hcl</i>	T1	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS (AGONISTAS DE PPARG)		
ACTOS (<i>pioglitazone hcl</i>)	T3	HD
AVANDIA	T3	HD
<i>pioglitazone hcl</i> (Actos)	T1	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS-COMB. DE INHIBIDORES DE SGLT-2 Y BIGUANIDAS		
SYNJARDY	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
SYNJARDY XR 10-1,000 MG TABLET	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
SYNJARDY XR 12.5-1,000 MG TAB	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
SYNJARDY XR 25-1,000 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day) ST HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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
ANTIHIPLERGLUCÉMICOS-COMB. DE INHIBIDORES DE SGLT-2 Y BIGUANIDAS (cont.)		
SYNJARDY XR 5-1,000 MG TABLET	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
XIGDUO XR 10 MG-1,000 MG TAB	T2	QL (1 tab/day) ST HD
XIGDUO XR 10 MG-500 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day) ST HD
XIGDUO XR 2.5 MG-1,000 MG TAB	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
XIGDUO XR 5 MG-1,000 MG TABLET	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
XIGDUO XR 5 MG-500 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day) ST HD
ANTIHIPERGLUCÉM.-COMB. DE INHIB. DE SGLT-2, INHIB. DE DPP-4 Y BIGUANIDAS		
TRIJARDY XR	T2	QL (1 tab/day) ST HD
INSULINAS		
BASAGLAR KWIKPEN U-100	T2	QL (1.5ml/day) HD
HUMALOG	T2	QL (1.5ml/day) HD
HUMALOG 100 UNIT/ML VIAL	T2	QL (1.5ml/day) HD
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	T2	QL (1.5ml/day) HD
HUMALOG KWIKPEN U-100	T2	QL (1.5 ml/day) HD
HUMALOG KWIKPEN U-200	T2	QL (1 ml/day) HD
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	T2	QL (2ml/day) HD
HUMALOG MIX 75-25	T2	QL (2ml/day) HD
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	T2	QL (2ml/day) HD
HUMULIN N 100 UNIT/ML VIAL	T2	QL(1.5 mls/day) HD
HUMULIN R U-500	T2	QL (1 ml/day) HD
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	T2	QL (1 ml/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 (2 ml/day) HD
INSULIN GLARGINE-YFGN	T3	QL(1.5 mls/day) HD
INSULIN LISPRO	T3	QL(1.5 mls/day) HD
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN	T3	QL(1.5 mls/day) HD
INSULIN LISPRO KWIKPEN U-100	T3	QL(1.5 mls/day) HD
INSULIN LISPRO PROTAMINE MIX	T3	QL(2 mls/day) HD
LEVEMIR	T2	QL (1.5ml/day) HD
LEVEMIR FLEXTOUCH	T2	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 (1 ml/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.)		
SEMGLEE (YFGN)	T2	PA QL(1.5 mls/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	
ANTISÉPTICOS VAGINALES		
acetic acid/oxyquinoline	T1	
XACIATO	T3	
RELAGARD	T3	
RELAGARD (<i>fem ph</i>)	T3	
TRIMO-SAN	T3	
ANTIINFECCIOSOS (Infecciones)		
ANTIBIÓTICOS DE PENICILINA		
<i>amoxicillin</i>	T1	
<i>amoxicillin/potassium clav</i> (Augmentin Es-600)	T1	
ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Infecciones)		
ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS DE 2.ª GENERACIÓN-ANTIBACTERIANOS		
TINDAMAX (<i>tinidazole</i>)	T3	
<i>tinidazole</i>	T1	
<i>tinidazole</i> (Tindamax)	T1	
AMEBICIDAS		
<i>paromomycin sulfate</i>	T1	
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

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MEDICAMENTOS CONTRA LA MALARIA		
<i>atovaquone/proguanil hcl</i> (Malarone)	T1	
<i>chloroquine ph 250 mg tablet</i>	T1	QL (56 tabs/365 days)
<i>chloroquine ph 500 mg tablet</i>	T1	
COARTEM	T3	PA QL (24 tabs/30 days)
<i>hydroxychloroquine sulfate</i> (Plaquenil)	T1	
KRINTAFEL	T3	PA QL (2 tabs/30 days)
MALARONE (<i>atovaquone-proguanil hcl</i>)	T3	PA
<i>mefloquine hcl</i>	T1	
PLAQUENIL (<i>hydroxychloroquine sulfate</i>)	T3	PA QL (30 tabs/365 days)
PRIMAQUINE (<i>primaquine phosphate</i>)	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	
MEDICAMENTOS ANTIPROTOZOARIOS, VARIOS		
<i>atovaquone</i>	T1	
BENZNIDAZOLE	T3	
IMPAVIDO	T3	PA
LAMPIT	T3	
NEBUPENT (<i>pentamidine isethionate</i>)	T3	
<i>pentamidine isethionate</i> (Nebupent)	T1	
ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Varios)		
AGENTES ANTIBACTERIANOS, VARIOS		
<i>glycine urologic solution</i>	T1	
<i>glycine urologic solution</i>	T3	
AGENTES SECADORES ANTISÉPTICOS TÓPICOS		
<i>formaldehyde</i>	T1	
ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Condiciones cutáneas)		
ANTIMICÓTICOS TÓPICOS		
CICLODAN 8% KIT	T3	
<i>ciclopirox/urea/camph/men/euc</i> (Ciclodan)	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

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAMATORIOS INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL		
ADALIMUMAB-AACF(CF)	T3	QL (2 pens/syringes/28 days) SP
ADALIMUMAB-ADB(M)(CF)	T2	PA QL (2 pens/syringes/28 days) SP HD
ADALIMUMAB-RYVK(CF) AUTOINJECT	T2	PA QL (2 pens/syringes/28 days) SP HD
AMJEVITA(CF)	T3	PA QL (2 Syringes/28 days) SP HD
AMJEVITA(CF) AUTOINJECTOR	T3	PA QL (2 auto-injs/28 days) SP HD
AVSOLA	T2	PA SP
CIMZIA 200 MG VIAL KIT	T2	PA QL (1 kit/28 days) SP HD
CIMZIA 2X200 MG/ML SYRINGE KIT	T2	PA QL (1 kit/28 days) SP HD
CIMZIA 2X200 MG/ML(X3) START KT	T2	PA QL (1 kit/year) SP HD
CYLTEZO (CF)	T2	PA QL (1 starter kit/365 days) SP
CYLTEZO(CF) PEN	T2	PA QL (2 pens/28 days) SP
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS	T2	PA QL (1 starter kit/365 days) SP
ENBREL 25 MG KIT	T2	PA QL (8 vials/28 days) SP HD
ENBREL 25 MG/0.5 ML SYRINGE	T2	PA QL (8 syringes/28 days) SP HD
ENBREL 25 MG/0.5 ML VIAL	T2	PA QL (4 ml/28 days) SP HD
ENBREL 50 MG/ML SYRINGE	T2	PA QL (4 syringes/28 days) SP HD
ENBREL MINI	T2	PA QL (4 cartridges/28 days) SP HD
ENBREL SURECLICK	T2	PA QL (4 syringes/28 days) SP HD
HUMIRA	T2	PA QL (2 syringes/28 days) SP HD
HUMIRA PEN	T2	PA QL (2 pens/28 days) SP HD
HUMIRA PEN PSOR-UEITS-ADOL HS	T2	PA QL (1 kit/year) SP HD
HUMIRA(CF)	T2	PA QL (2 syringes/28 days) SP HD
HUMIRA(CF) PEDIATRIC CROHN'S	T2	PA QL (1 kit/year) SP
HUMIRA(CF) PEN 40 MG/0.4 ML	T2	PA QL (2 pens/28 days) SP HD
HUMIRA(CF) PEN 80 MG/0.8 ML	T2	PA QL (1 kit/year) SP HD
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC	T2	PA QL (4 kits/365 dayS) SP HD
INFLECTRA	T3	PA SP HD
REMICADE	T2	PA SP HD
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR	T2	PA QL (2 auto-injs/28 days) SP HD
SIMPONI 100 MG/ML PEN INJECTOR	T2	PA QL (1 injector/28 days) SP HD
SIMPONI 100 MG/ML SYRINGE	T3	PA QL (1 syringe/28 days) SP HD
SIMPONI 50 MG/0.5 ML PEN INJEC	T3	PA QL (1 injector/28 days) SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

AGENTES INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL ANTIINFLAMATORIOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAMATORIOS INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL (cont.)		
SIMPONI 50 MG/0.5 ML SYRINGE	T3	PA QL (1 syringe/28 days) SP HD
SIMPONI ARIA	T2	PA SP HD
ANP - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES X RETINOIDES (RXR) SELECTIVOS		
<i>bexarotene</i> (Targretin)	T1	PA SP HD
ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer)		
ANTIBIÓTICOS ANTINEOPLÁSICOS		
ADRIAMYCIN (<i>doxorubicin hcl</i>)	T3	PA SP
ANTINEOPLÁSICOS, INHIBIDORES DE LA HISTONA DEACETILASA (HDAC)		
FARYDAK	T3	PA SP HD
ZOLINZA	T3	PA SP HD
ANTINEOPLÁSICOS, ANTICUERPOS MONOCLONALES RECOMBINANTES INHIBIDORES DEL VEGF HUMANO		
VEGZELMA	T3	PA SP
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS - ALQUILANTES		
ALKERAN (<i>melphalan</i>)	T3	SP
<i>bendamustine 100 mg vial</i> (Treanda)	T1	PA SP HD
<i>bendamustine 25 mg vial</i> (Treanda)	T1	PA SP HD
BENDAMUSTINE 100 MG/4 ML VIAL	T3	PA HD
<i>cisplatin</i>	T1	PA SP
CISPLATIN 50MG VIAL	T3	PA SP
CYCLOPHOSPHAMIDE	T3	
<i>cyclophosphamide</i>	T1	SP HD
GLEOSTINE	T3	
HYDREA (<i>hydroxyurea</i>)	T3	
<i>hydroxyurea</i> (Hydrea)	T1	
LEUKERAN	T2	
<i>melphalan hcl</i> (Alkeran)	T3	PA CSL
MYLERAN	T2	
TEMODAR 100 MG VIAL	T3	PA SP
TEMODAR 140 MG CAPSULE (temozolomide)	T3	PA SP HD CSL
<i>temozolomide</i>	T1	PA SP HD
VIVIMUSTA	T3	PA SP
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS - ANTIANDROGÉNICOS		
<i>abiraterone acetate</i>	T1	PA SP HD
<i>bicalutamide</i> (Casodex)	T1	
CASODEX (<i>bicalutamide</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

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS - ANTIANDROGÉNICOS (cont.)		
ERLEADA 240MG TABLET	T3	PA SP HD
ERLEADA 60MG TABLET	T3	PA SP HD CSL
<i>flutamide</i>	T1	
<i>nilutamide</i>	T1	QL (4 tabs/day)
NUBEQA	T3	PA SP HD
TREANDA (<i>bendamustine hcl</i>)	T3	PA SP
XTANDI	T3	PA SP HD
FÁRMACOS INMUNOCONJUGADOS ANTINEOPLÁSICOS		
ZIIHERA	T3	
ANTINEOPLÁSICOS - ANTIMETABOLITOS		
<i>capecitabine</i> (Xeloda)	T1	PA SP HD
<i>clofarabine</i>	T3	PA SP
DACOGEN 50 MG VIAL	T3	PA SP
<i>gemcitabine</i>	T3	PA SP
GEMCITABINE 1MG/10ML	T3	PA SP
GEMCITABINE 1.5MG/15ML	T3	PA SP
GEMCITABINE 2MG/20ML	T3	PA SP
GEMCITABINE 200MG/2ML VIAL	T3	PA SP
INQOVI	T3	PA SP HD
JYLAMVO	T3	CSL
LONSURF	T3	PA SP HD
<i>mercaptopurine</i>	T1	
<i>methotrexate sodium</i>	T1	
ONUREG	T3	PA QL (14 tabs/28 Days) SP
PEMRYDI RTU	T3	PA
PURIXAN	T3	SP
TABLOID	T3	
TREXALL	T2	
VIDAZA	T3	PA
XATMEP	T3	
XELODA (<i>capecitabine</i>)	T3	PA SP HD
ANTINEOPLÁSICOS, ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-MUERTE PROGRAMADA-I (PD-I)		
LOQTORZI	T3	SP
TECENTRIQ HYBREZA	T3	PA SP
ZYNYZ	T3	PA SP
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA AROMATASA		
<i>anastrozole</i> (Arimidex)	T1	HD PPACA

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA AROMATASA (cont.)		
ARIMIDEX (<i>anastrozole</i>)	T3	HD
AROMASIN (<i>exemestane</i>)	T3	HD
<i>exemestane</i> (Aromasin)	T1	HD PPACA
FEMARA (<i>letrozole</i>)	T3	HD
<i>letrozole</i> (Femara)	T1	HD
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA BRAF		
TAFINLAR 10 MG TABLET FOR SUSP	T2	PA QL(30 tabs/day) SP HD CSL
TAFINLAR CAPSULES	T3	PA QL(4 caps/day) SP HD CSL
OJEMDA TABLET	T3	PA QL(1 packet/28 Days) SP CSL
OJEMDA 25 MG/ML ORAL SUSP	T3	PA QL(8 bottles/28 days) SP CSL
ZELBORAF	T3	PA SP HD
ANTINEOPLÁSTICOS-COMB. DE INHIBIDORES DE ENZIMAS Y AGENTES ANTIANDROGÉNICOS		
AKEEGA	T3	PA QL(2 TABS/DAY) SP CSL
DAURISMO	T3	PA SP HD
ERIVEDGE	T3	PA SP HD
ODOMZO	T3	PA SP HD CSL
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK)		
JAKAFI	T1	PA SP HD
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDOR DE LA PROTEÍNA KRAS		
LUMAKRAS 120 MG TABLET	T3	PA QL(8 tabs/day) SP HD CSL
LUMAKRAS 240 MG TABLET	T3	PA QL(4 tabs/day) SP HD CSL
LUMAKRAS 320 MG TABLET	T3	PA QL(3 tabs/day) SP HD CSL
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA MEK1 Y MEK2		
COTELLIC	T3	PA SP HD
GOMEKLI	T3	PA SP HD
KOSELUGO 10 MG CAPSULE	T3	PA QL (10 capsules/day) SP
KOSELUGO 25 MG CAPSULE	T3	PA QL (4 caps/day) SP
MEKINIST	T3	PA SP HD
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE MICROTÚBULOS		
<i>eribulin mesylate</i> (Halaven)	T1	PA SP
HALAVEN (<i>eribulin mesylate</i>)	T3	PA SP
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA MTOR		
AFINITOR (<i>everolimus</i>)	T3	PA SP HD
AFINITOR DISPERZ	T3	PA SP
<i>everolimus 2.5 mg tablet</i>	T1	PA SP HD
<i>everolimus 5 mg tablet</i>	T1	PA SP HD
<i>everolimus 7.5 mg tablet</i>	T1	PA SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA PROTEÍNA METILTRANSFERASA		
TAZVERIK	T3	PA SP
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA TOPOISOMERASA I		
HYCAMTIN	T3	PA SP HD
ANTINEOPLÁSTICOS COMB. - INHIBIDORES DE LA QUINASA Y LA AROMATASA		
KISQALI FEMARA CO-PACK	T3	PA QL (1 pack/28 days) SP HD CSL
KISQALI 600MG	T3	PA QL(63/28 days) SP HD CSL
KISQALI 400MG	T3	PA QL(42/28 days) SP HD CSL
KISQALI 200MG	T3	PA QL(21/28 days) SP HD CSL
ANTINEOPLÁSTICOS - ANTICUERPOS MONOCLONALES BLOQUEADORES DE LOS RECEPTORES DEL EGF		
OGIVRI	T3	PA SP
PHESGO	T3	PA SP HD
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS INMUNOMODULADORES		
<i>lenalidomide</i>	T1	PA QL(1 cap/day) SP HD CSL
AGONISTAS DE LHRH (GNRH) ANTINEOPLÁSTICOS, SUPR. HIPOFISARIOS		
POMALYST	T2	PA SP HD
REVLIMID	T3	PA SP HD
<i>leuprolide acetate</i>	T1	PA SP HD
ZOLADEX	T3	PA SP HD
ANTAGONISTAS DE LHRH (GNRH) ANTINEOPLÁSTICOS, SUPR. HIPOFISARIOS		
FIRMAGON	T3	PA SP HD
ORGOVYX	T3	PA SP
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS		
ALECENSA	T2	PA QL(8 tabs/day) SP HD CSL
ALUNBRIG 30 MG TABLET	T2	PA QL(2 tabs/day) SP CSL
ALUNBRIG 90 MG TABLET	T2	PA QL(1 tab/day) SP CSL
ALUNBRIG 90 MG-180 MG TAB PACK	T2	PA QL(1 tab/day) SP CSL
ALUNBRIG 180 MG TABLET	T2	PA QL(1 tab/day) SP CSL
AYVAKIT	T3	PA QL (1 tab/day) SP
BALVERSA	T3	PA SP
BOSULIF	T3	PA QL(3 caps/day) SP HD CSL
BORTEZOMIB 3.5MG IV VIAL	T3	PA SP
BORUZU	T3	PA SP
BRUKINSA	T3	PA QL (4 caps/day) SP
CABOMETYX	T3	PA SP HD
CALQUENCE	T3	PA SP
CAPRELSA	T3	PA SP
COMETRIQ	T3	PA SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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.)		
COPIKTRA	T3	PA SP
<i>dasatinib 20 mg tablet</i>	T1	PA QL(3 tabs/day) SP CSL
<i>dasatinib 70 mg tablet</i>	T1	PA QL(2 tabs/day) SP CSL
<i>dasatinib 50 mg, 80 mg, 100 mg, 140 mg tablet</i>	T1	PA QL(1 tab/day) SP CSL
DANZITEN	T2	PA SP CSL
ENSACOVE 25 MG CAPSULE	T2	PA QL(9 caps/day) SP CSL
ENSACOVE 100 MG CAPSULE	T2	PA QL (2 caps/day) SP CSL
<i>erlotinib hcl</i>	T3	PA SP HD
EXKIVITY	T3	PA SP HD
FOTIVDA	T3	PA QL (30 caps/30 days) SP HD
FRUZAQLA 1 MG CAPSULE	T2	PA QL(84 caps/28 days) SP CSL
FRUZAQLA 5 MG CAPSULE	T2	PA QL(21 caps/28 days) SP CSL
GAVRETO	T3	PA QL (4 tabs/Day) SP CSL
<i>gefitinib</i>	T3	PA SP HD CSL
GILOTRIF	T3	PA SP HD
GLEEVEC (<i>imatinib mesylate</i>)	T3	PA SP HD
IBRANCE	T3	PA QL (21 caps/28 days) SP HD
IBTROZI 200 MG CAPSULE	T3	PA SP HD
<i>imatinib mesylate</i> (Gleevec)	T3	SP HD
IMBRUVICA	T3	PA SP
IMKELDI	T3	PA SP HD
INLYTA	T3	PA SP HD
INREBIC	T3	PA SP HD
IRESSA	T3	PA SP HD
ITOVEBI	T3	PA SP HD CSL
IWILFIN	T3	PA QL(8 tabs/day) SP CSL
KISQALI 200 MG DAILY DOSE	T3	PA QL(21 tabs/28 days) SP HD CSL
KISQALI 400 MG DAILY DOSE	T3	PA QL(42 tabs/28 days) SP HD CSL
KISQALI 600 MG DAILY DOSE	T3	PA QL(63 tabs/28 days) SP HD CSL
<i>lapatinib ditosylate</i> (Tykerb)	T3	PA SP HD
LENVIMA	T3	PA SP HD
LORBRENA	T2	PA SP HD
LYNPARZA	T2	PA SP HD
LYTGOBI 12 MG DAILY DOSE (3X 4MG TB)	T3	PA QL(3 tabs/day) SP CSL
LYTGOBI 16 MG DAILY DOSE (4X 4MG TB)	T3	PA QL(4 tabs/day) SP CSL
LYTGOBI 20 MG DAILY DOSE (5X 4MG TB)	T3	PA QL(5 tabs/day) SP CSL
NERLYNX	T3	PA SP HD

T1 — Habitualmente genéricos

T2 — Habitualmente marcas preferidas

T3 — Habitualmente marcas no preferidas

PA — Autorización previa

QL — Límite a la cantidad

ST — Tratamiento escalonado

AGE — Requisito de edad

SP — Medicamentos de especialidad

HD — Puede requerir entrega a domicilio

PPACA — Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS (cont.)		
NINLARO	T3	PA SP HD
OGSIVEO	T3	PA QL(6 tabs/day) SP CSL
OJJAARA	T3	PA QL(1 tab/day) SP CSL
<i>pazopanib hcl</i> (Votrient)	T1	PA QL(4 tabs/day) SP HD CSL
PEMAZYRE	T3	PA QL (14 tabs/21 days) SP
PIQRAY	T2	PA SP HD
QINLOCK	T3	PA QL (3 tabs/day) SP
RETEVMO 40 MG CAPSULE	T3	PA QL (6 caps/day) SP HD
RETEVMO 80 MG CAPSULE	T3	PA QL (4 tabs/day) SP HD
ROMVIMZA	T3	PA QL (8 caps/28 days) SP CSL
REVUFORJ	T3	PA QL(2 tabs/day) SP CSL
ROZLYTREK	T3	PA SP HD
RUBRACA	T2	PA SP
RYDAPT	T3	PA SP HD
SCEMBLIX 20 MG TABLET	T2	PA QL(2 tabs/day) SPCSL
SCEMBLIX 40 MG, 100 MG TABLET	T2	PA SP CSL
STIVARGA	T3	PA SP HD CSL
SUTENT	T3	PA SP HD
TALZENNA	T3	PA QL(1 cap/day) SP HD
TABRECTA	T3	PA QL (4 tabs/day) SP HD
TAGRISSO	T3	PA SP HD
TURALIO 125 MG CAPSULE	T3	PA QL(4 caps/day) SP CSL
TURALIO 200 MG CAPSULE	T3	PA SP CSL
TASIGNA	T3	PA SP HD
TEPMETKO	T3	PA QL (2 tabs/day) SP
TRUQAP	T3	PA QL(64 tabs/28 days) SP CSL
TUKYSA	T3	PA SP
TYKERB (<i>lapatinib</i>)	T3	PA SP HD
UKONIQ	T3	PA QL (4 tabs/day) SP
VANFLYTA	T3	PA QL(2 tabs/day) SP CSL
VERZENIO	T3	PA QL (2 tabs/day) SP HD
VITRAKVI	T3	PA SP HD
VIZIMPRO	T3	PA SP HD
XALKORI 150 MG PELLET	T3	PA QL(4 pellets/day) SP HD CSL
XALKORI 20 MG PELLET	T3	PA QL(4 pellets/day) SP HD CSL
XALKORI 200 MG CAPSULE	T3	PA QL(4 caps/day) SP HD CSL

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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.)		
XALKORI 50 MG PELLET	T3	PA QL(4 pellets/day) SP HD CSL
XOSPATA	T3	PA SP
ZEJULA	T2	PA QL(1 tab/day) SP CSL
ZYDELIG	T2	PA SP HD
ANTINEOPLÁSICOS - COMB. DE INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS		
AVMAPKI-FAKZYNJA	T3	PA SP CSL
ANTINEOPLÁSICOS, ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-MUERTE PROGRAMADA-I (PD-I)		
LOQTORZI	T3	PA SP
OPDIVO	T3	PA SP HD
TECENTRIQ HYBREZA	T3	PA SP HD
TEVIMBRA	T3	PA SP
ANTINEOPLÁSICOS-INHIBIDORES DE LINFOMA DE CÉLULAS B-2 (BCL-2)		
VENCLEXTA	T3	PA SP
VENCLEXTA STARTING PACK	T3	PA SP
ANTINEOPLÁSICOS-INHIBIDORES DE LA ISOCITRATO DESHIDROGENASA		
IDHIFA	T3	PA SP HD
REZLIDHIA	T3	PA QL(2 caps/day) SP CSL
TIBSOVO	T3	PA SP
FÁRMACOS INMUNOCONJUGADOS ANTINEOPLÁSICOS		
ENHERTU	T3	PA SP HD
IMDELLTRA	T3	PA SP
VYLOY	T3	PA SP
ANTINEOPLÁSICOS, VARIOS		
<i>docetaxel vial (Docivyx)</i>	T1	PA SP
MATULANE	T3	SP
<i>paclitaxel protein-bound 100mg</i>	T1	PA SP
PACLITAXEL PROTEIN-BOUND 100MG	T2	PA SP
<i>tretinoin 10 mg capsule</i>	T3	PA
ANTINEOPLÁSICOS-INHIB. SELECT. DE LA EXP. NUCLEAR (SINE)		
XPOVIO	T3	PA SP
ANTICUERPO MONOCLONAL AL RECEPTOR ANTÍGENO DEL LINFOCITO T CITOTÓXICO (CTLA-4)		
IMJUDO	T3	PA SP HD
YERVOY	T3	PA SP HD
INMUNOMODULADORES		
ACTIMMUNE	T3	PA SP HD
INTRON A	T3	PA SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MODULADORES SELECTIVOS DE RECEPTORES ESTROGÉNICOS (SERM)		
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		
<i>megestrol acetate</i>	T1	
ANTINEOPLÁSICOS (Condiciones cutáneas)		
ANTINEOPLÁSICOS TÓPICOS FOTOACT., LESIONES PREMALIGNAS		
LEVULAN	T3	SP
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS TÓPICOS PARA LESIONES PREMALIGNAS		
EFUDEX (<i>fluorouracil</i>)	T3	
FLUOROPLEX	T2	
<i>fluorouracil</i>	T1	
<i>fluorouracil</i> (Efudex)	T1	
PANRETIN	T3	SP HD
PICATO	T2	
TOLAK	T3	
VALCHLOR	T3	SP HD
MEDICAMENTOS CONTRA LA OBESIDAD (Control del peso)		
ANOREXÍGENOS CONTRA LA OBESIDAD		
ADIPEX-P (<i>phentermine hcl</i>)	T3	PA
<i>benzphetamine hcl</i>	T1	
<i>benzphetamine hcl</i> (Regimex)	T1	
<i>diethylpropion hcl</i>	T1	
LOMAIRA	T1	
<i>phendimetrazine tartrate</i>	T1	
<i>phentermine hcl</i>	T1	
<i>phentermine hcl</i> (Adipex-p)	T1	
QSYMIA	T3	PA
REGIMEX (<i>benzphetamine hcl</i>)	T3	
AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA MELANOCORTINA 4 CONTRA LA OBESIDAD		
IMCIVREE	T3	PA QL (9 ml/22 days) SP
AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DEL PÉPTIDO SIMILAR AL GLUCAGÓN TIPO I CONTRA LA OBESIDAD		
SAXENDA	T3	PA
ANOREXÍGENOS CONTRA LA OBESIDAD		
WEGOVY	T2	PA QL (1 box/month))

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS CONTRA LA OBESIDAD (Control del peso) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGONISTAS DE LOS RECEPTORES 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)		
XDEMVI	T3	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>permethrin</i> (Elimite)	T1	
SKLICE (<i>ivermectin</i>)	T3	
<i>spinosad</i> (Natroba)	T1	
ULESFIA	T3	
MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS (Enfermedad de Parkinson)		
MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, ANTICOLINÉRGICOS		
<i>benztropine mesylate</i>	T1	HD
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	T1	HD
MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, OTROS		
<i>amantadine hcl</i>	T1	HD
APOKYN	T3	PA SP HD
AZILECT 0.5 MG TABLET (<i>rasagiline mesylate</i>)	T3	QL (1 tab/day) HD
AZILECT 1 MG TABLET (<i>rasagiline mesylate</i>)	T3	HD
<i>bromocriptine mesylate</i>	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa</i>	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa</i> (Sinemet 10-100)	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa</i> (Sinemet 25-100)	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa</i> (Sinemet 25-250)	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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>carbidopa/levodopa/entacapone</i> (Stalevo 100)	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i> (Stalevo 125)	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i> (Stalevo 50)	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i> (Stalevo 75)	T1	HD
DUOPA	T3	SP HD
<i>entacapone</i>	T1	HD
INBRIJA	T3	PA SP HD
KYNMOBI	T2	PA HD
NEUPRO	T3	HD
NOURIANZ	T3	PA QL (1 tab/day) SP HD
OSMOLEX ER	T3	QL (1 tab/day) HD
<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>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 (<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
INHIBIDORES DE LA DESCARBOXILASA		
<i>carbidopa</i>	T1	
MEDICAMENTOS ANTIPLAQUETARIOS (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)		
INHIBIDORES DE LA AGRUPACIÓN PLAQUETARIA		
AGGRASTAT	T3	
<i>aspirin/dipyridamole</i>	T1	HD
<i>cilostazol</i>	T1	HD
<i>clopidogrel bisulfate</i>	T1	HD
<i>clopidogrel bisulfate</i> (Plavix)	T1	HD
<i>dipyridamole 50 mg/10 ml vial</i>	T1	HD
EFFIENT (<i>prasugrel hcl</i>)	T3	HD
<i>eptifibatide</i>	T1	
PLAVIX (<i>clopidogrel</i>)	T3	HD
<i>prasugrel hcl</i> (Effient)	T1	HD
<i>ticlopidine hcl</i>	T1	HD
<i>tirofiban-0.9% sodium chloride</i>	T1	
ZONTIVITY	T3	HD
AGENTES REDUCTORES DE PLAQUETAS		
AGRYLIN (<i>anagrelide hcl</i>)	T3	
<i>anagrelide hcl</i>	T1	
<i>anagrelide hcl</i> (Agrylin)	T1	
ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH)		
ANTIRRETROVIRALES-INHIBIDORES DE LA CÁPSIDE		
SUNLENCA 463.5 MG/1.5 ML VIAL	T3	PA SP
SUNLENCA TABLET	T3	PA QL(5 tabs/180 days) SP
ANTIRRETROVIRALES-COMB. DE INHIBIDORES DE LA INTEGRASA Y NNRTI		
CABENUVA	T3	PA SP
JULUCA	T3	SP
ANTIRRETROVIRALES-COMB. DE INHIBIDORES DE LA INTEGRASA Y NRTI		
DOVATO	T3	SP

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIRRETROVIRALES-COMB. DE NRTI E INHIBIDORES DE LA INTEGRASA		
TRIUMEQ PD	T3	QL (1 tab/day) SP
ANTIRRETROVIRALES-NUCLEÓSIDOS, NUCLEÓTIDOS, INHIB. DE LA PROTEASA		
SYMTOZA	T3	SP
ANTIVÍRICOS - ESPEC. PARA VIH, INHIB. DE LA PROTEASA NO PEPTÍDICOS		
APTIVUS	T3	PA SP
darunavir (Prezista)	T1	SP
PREZCOBIX	T3	PA SP
PREZISTA	T2	SP
ANTIVÍRICOS - ESPEC. PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS-NUCLEÓTIDOS		
CIMDUO	T3	PA SP
DESCOVY	T3	SP PPACA
emtricitabine-tenofv 100-150mg	T1	SP
emtricitabine-tenofv 133-200mg	T1	SP
emtricitabine-tenofv 167-250mg	T1	SP
emtricitabine-tenofv 200-300mg	T1	SP PPACA
TEMIXYS	T3	PA SP
ANTIVÍRICOS - ESPEC. PARA VIH, COMB. ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS, RTI		
abacavir sulfato/lamivudine	T1	PA SP
abacavir/lamivudine/zidovudine	T1	PA SP
lamivudine/zidovudine	T1	SP
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, ANTAG. DEL CO-RECEPTOR CCR5		
SELZENTRY	T2	PA SP
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA FIJACIÓN DE LA CD4		
RUKOBIA	T3	PA QL (2 tablets/day) SP
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA FUSIÓN		
FUZEON	T3	PA SP
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, NO NUCLEÓSIDOS, RTI		
EDURANT	T3	PA SP
efavirenz	T1	PA SP
nevirapine	T1	PA SP
PIFELTRO	T3	PA SP
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS, RTI		
abacavir sulfato	T1	PA SP
emtricitabine (Emtriva)	T1	PA SP

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS, RTI (cont.)		
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	T3	PA SP
lamivudine 10 mg/ml oral soln	T1	SP
lamivudine tablet	T1	PA SP
zidovudine	T1	SP
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓTIDOS, RTI		
tenofovir disoproxil fumarate	T1	PA SP
VIREAD	T3	PA SP
VIREAD POWDER	T3	PA SP
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, COMB. DE INHIBIDORES DE LA PROTEASA		
lopinavir/ritonavir	T1	
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA PROTEASA		
atazanavir sulfate	T1	PA SP
EVOTAZ	T3	PA SP
fosamprenavir calcium	T1	PA SP
NORVIR	T3	SP
APRETUDE	T3	PA SP
REYATAZ	T3	PA SP
ritonavir	T3	SP
ANTIVÍRICOS - INHIBIDORES DE LA TRANSFERENCIA DE CADENA DE LA INTEGRASA DEL VIH-I		
ISENTRESS	T3	SP
ISENTRESS HD	T3	PA SP
TIVICAY	T3	SP
TIVICAY PD	T3	SP
ANTIVÍRICO - INHIBIDOR DE LA ARN POLIMERASA		
LAGEVRIO 200 MG CAP (EUA)	T2	QL (1 pack/120 days)
ANTIRRETROV., COMB. DE NUCLEÓSIDOS, NUCLEÓTIDOS Y RTI NO NUCLEÓSIDOS		
DELSTRIGO	T3	PA SP
efavirenz/emtricit/tenofovr df (Atripla)	T3	PA SP
efavirenz/lamivu/tenofov disop (Symfi Lo)	T3	SP
efavirenz/lamivu/tenofov disop (Symfi)	T3	SP
emtricit/rilpivirine/tenof df (Complera)	T1	QL (1 tab/day) SP
ODEFSEY	T3	PA SP

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIRRETROV.-NUCLEÓSIDOS, RTI NUCLEÓTIDOS, INHIBIDORES DE LA INTEGRASA		
BIKTARVY	T3	SP
GENVOYA	T3	SP
STRIBILD	T3	PA SP
ANTIVÍRICOS (Condiciones oculares)		
ANTIVÍRICOS PARA LOS OJOS		
trifluridine	T1	
ZIRGAN	T3	
ANTIVÍRICOS (Infecciones)		
ANTIVÍRICOS, GENERALES		
acyclovir	T1	
famciclovir	T1	
FLUMADINE (rimantadine hcl)	T3	
GANCICLOVIR	T3	SP
LIVTENCITY	T3	PA QL (4 tabs/day) SP
oseltamivir 6 mg/ml suspension (Tamiflu)	T1	QL (180ml/30 days)
oseltamivir phos 30 mg capsule (Tamiflu)	T1	QL (20/30 days)
oseltamivir phos 45 mg capsule (Tamiflu)	T1	QL (10 caps/30 days)
oseltamivir phos 75 mg capsule (Tamiflu)	T1	QL (10/30 days)
PREVMIS	T3	SP HD
RELENZA	T3	QL (20/30 days)
ribavirin (Virazole)	T1	SP HD
rimantadine hcl (Flumadine)	T1	
TAMIFLU 30 MG CAPSULE (oseltamivir phosphate)	T3	QL (20/30 days)
TAMIFLU 45 MG CAPSULE (oseltamivir phosphate)	T3	QL (10/30 days)
TAMIFLU 6 MG/ML SUSPENSION (oseltamivir phosphate)	T3	QL (180ml/30 days)
TAMIFLU 75 MG CAPSULE (oseltamivir phosphate)	T3	QL (10/30 days)
valacyclovir hcl (Valtrex)	T1	
valganciclovir hcl	T1	
VALTREX (valacyclovir)	T3	
VIRAZOLE	T3	SP HD
XOFLUZA	T3	QL (2 tabs/30 days)
HEP. C - COMBO DE INHIB. DE NS5A, NS3/4A, NS5B NUCLEÓTIDOS		
VOSEVI	T3	PA SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (Infecciones) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
VIRUS DE LA HEP. C, INH. DE LA POLIMERASA NS5B ANÁLOGA DE NUCLEÓTIDOS		
SOVALDI 150 MG PELLET PACKET	T3	PA QL (1 tab/day) SP HD
SOVALDI 200 MG PELLET PACKET	T3	PA QL (1 tab/day) SP HD
SOVALDI 200 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day) SP HD
SOVALDI 400 MG TABLET	T3	PA SP HD
VIRUS DE LA HEP. C - COMBO DE INHIB. DE LA POLIMERASA NS5B Y NS5A		
EPCLUSA 200 MG-50 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/Day) SP HD
EPCLUSA 400 MG-100 MG TABLET	T3	PA SP HD
HARVONI 33.75-150 MG PELLET PK	T3	PA QL (1 tab/day) SP HD
HARVONI 45-200 MG PELLET PACKET	T3	PA QL (1 tab/day) SP HD
HARVONI 45-200 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day) SP HD
HARVONI 90-400 MG TABLET	T3	PA SP HD
LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR	T3	PA SP HD
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS B		
adefovir dipivoxil	T1	SP HD
BARACLUDE	T3	SP HD
entecavir 0.5 mg tablet	T1	QL (1 tab/day) SP HD
entecavir 1 mg tablet	T1	SP HD
EPIVIR HBV (lamivudine hbv)	T3	SP
lamivudine (Epiriv Hbv)	T1	SP
VEMLIDY	T3	SP HD
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C		
PEGASYS	T3	PA SP HD
PEGINTRON	T3	PA SP HD
ribasphere 200 mg capsule	T1	SP HD
ribasphere 200 mg tablet	T1	SP HD
ribasphere 400 mg tablet	T1	SP
ribasphere 600 mg tablet	T1	SP
ribasphere ribapak 200-400 mg	T1	SP HD
ribasphere ribapak 400-400 mg	T1	SP HD
ribasphere ribapak 400-400 mg	T1	SP HD
ribasphere ribapak 600-400 mg	T1	SP HD
ribasphere ribapak 600-400 mg	T1	SP HD
ribasphere ribapak 600-600 mg	T1	SP HD
ribasphere ribapak 600-600 mg	T1	SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C (cont.)		
RIBASPHERE RIBAPAK	T1	SP HD
ribavirin	T1	SP HD
VIRUS DE LA HEPATITIS C - COMB. DE INHIB. DE NS5A Y NS3/4A		
ZEPATIER	T3	PA SP HD
ANTIVÍRICOS (Infecciones)		
INHIBIDOR DE LA PROTEASA PRINCIPAL (MPRO)		
PAXLOVID	T2	QL (1 pkg/120 days)
INHIBIDOR DE LA ARN POLIMERASA		
MOLNUPIRAVIR	T3	QL (1 pkg/120 days)
ANTIVÍRICOS (Condiciones cutáneas)		
AGENTES TÓPICOS PARA EL TRATAMIENTO DE VERRUGAS GENITALES-VPH		
VEREGEN	T3	
MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Alergia/rociadores nasales)		
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANAFILAXIA		
epinephrine (Epinephrine)	T1	QL (2 packs/30 days)
NEFFY	T2	4 units/30 days
MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Enfermedad de Alzheimer)		
INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA		
ARICEPT (donepezil hcl)	T3	HD
BLOXIVERZ (neostigmine methylsulfate)	T3	
donepezil hcl	T1	HD
donepezil hcl (Aricept)	T1	HD
EXELON (rivastigmine)	T3	HD
galantamine er 16 mg capsule (Razadyne Er)	T1	HD
galantamine er 24 mg capsule (Razadyne Er)	T1	HD
galantamine er 8 mg capsule (Razadyne Er)	T1	QL (1 cap/day) HD
galantamine hbr	T1	HD
neostigmine methylsulfate (Bloxiverz)	T1	
pyridostigmine bromide (Mestinon)	T1	HD
physostigmine salicylate	T1	
RAZADYNE ER 16 MG CAPSULE (galantamine er)	T3	HD
RAZADYNE ER 24 MG CAPSULE (galantamine er)	T3	HD
RAZADYNE ER 8 MG CAPSULE (galantamine er)	T3	QL (1 cap/day) HD
rivastigmine (Exelon)	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ADRENÉRGICOS, AROMÁTICOS, SIN CATECOLAMINAS		
ADDERALL (<i>dextroamphetamine-amphetamine</i>)	T3	PA 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
<i>dextroamp-amphet er 10 mg cap</i>	T1	PA QL (1 cap/ day)
<i>dextroamp-amphet er 15 mg cap</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dextroamp-amphet er 20 mg cap</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dextroamp-amphet er 25 mg cap</i>	T1	PA QL (1 per day)
<i>dextroamp-amphet er 30 mg cap</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dextroamp-amphet er 5 mg cap</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dextroamphetamine er 10 mg cap</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dextroamphetamine er 15 mg cap</i>	T1	PA QL (3/day)
<i>dextroamphetamine er 5 mg cap</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dextroamphetamine sulfate</i>	T1	PA
<i>dextroamphetamine sulfate</i>	T3	PA ST
<i>dextroamphetamine/amphetamine</i> (Adderall Xr)	T1	PA QL(1 cap/day)
<i>dextroamphetamine/amphetamine</i> (Adderall)	T1	PA
<i>dextroamphetamine/amphetamine</i> (Mydayis)	T1	PA QL(1 cap/day)
DYANAVAL XR	T3	PA QL (8ml/day)
EVEKEO (<i>amphetamine sulfate</i>)	T3	PA ST
EVEKEO ODT	T3	PA
<i>lisdexamfetamine 10 mg capsule</i> (Vyvanse)	T1	PA QL(1 cap/day)
<i>lisdexamfetamine 20 mg capsule</i> (Vyvanse)	T1	PA QL(1 cap/day)
<i>lisdexamfetamine 30 mg capsule</i> (Vyvanse)	T1	PA QL(1 cap/day)
<i>lisdexamfetamine 40 mg capsule</i> (Vyvanse)	T1	PA QL(1 cap/day)
<i>lisdexamfetamine 50 mg capsule</i> (Vyvanse)	T1	PA QL(1 cap/day)
<i>lisdexamfetamine 60 mg capsule</i> (Vyvanse)	T1	PA QL(1 cap/day)
<i>lisdexamfetamine 70 mg capsule</i> (Vyvanse)	T1	PA QL(1 cap/day)
<i>methamphetamine hcl</i>	T1	PA
MYDAYIS (<i>dextroamphetamine/amphetamine</i>)	T3	PA QL(1 cap/day)
VYVANSE 10 MG CAPSULE (<i>lisdexamfetamine dimesylate</i>)	T2	PA QL(1 cap/day)
VYVANSE 20 MG CAPSULE (<i>lisdexamfetamine dimesylate</i>)	T2	PA QL(1 cap/day)
VYVANSE 30 MG CAPSULE (<i>lisdexamfetamine dimesylate</i>)	T2	PA QL(1 cap/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 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.)		
VYVANSE 40 MG CAPSULE (<i>lisdexamfetamine dimesylate</i>)	T2	PA QL(1 cap/day)
VYVANSE 50 MG CAPSULE (<i>lisdexamfetamine dimesylate</i>)	T2	PA QL(1 cap/day)
VYVANSE 60 MG CAPSULE (<i>lisdexamfetamine dimesylate</i>)	T2	PA QL(1 cap/day)
VYVANSE 70 MG CAPSULE (<i>lisdexamfetamine dimesylate</i>)	T2	PA QL(1 cap/day)
XELSTRYM	T3	PA QL(1 patch/day)
ZENZEDI	T3	PA ST

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

AGENTES VASOCONSTRICTORES ADRENÉRGICOS		
<i>droxidopa</i> (Northera)	T3	SP HD
<i>midodrine hcl</i>	T1	
AGENTES ADRENÉRGICOS, CATECOLAMINAS		
<i>epinephrine 1 mg/10 ml luerjet</i>	T1	
<i>epinephrine 1 mg/ml vial</i>	T1	
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA		
DIBENZYLINE (<i>phenoxybenzamine hcl</i>)	T3	HD
<i>phenoxybenzamine hcl</i> (Dibenzylamine)	T1	HD

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Varios)

AGENTES BLOQUEADORES NEUROMUSCULARES		
DAXXIFY	T3	PA SP
MYOBLOC	T3	PA SP HD

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Condiciones urinarias)

AGENTES PARASIMPATICOMIMÉTICOS		
<i>bethanechol chloride</i>	T1	HD
<i>cevimeline hcl</i> (Evoxac)	T1	HD
EVOXAC (<i>cevimeline hcl</i>)	T3	HD
<i>guanidine hcl</i>	T1	HD
<i>pilocarpine hcl</i> (Salagen)	T1	HD
SALAGEN (<i>pilocarpine hcl</i>)	T3	HD
URECHOLINE (<i>bethanechol chloride</i>)	T3	HD

PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Alergia/rociadores nasales)

EXTRACTOS ALERGÉNICOS, TERAPÉUTICOS		
GRASTEK	T2	PA QL (1 tab/day)
ODACTRA	T2	PA QL (1 tab/day)

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Alergia/rociadores nasales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EXTRACTOS ALERGÉNICOS, TERAPÉUTICOS (cont.)		
ORALAIR	T3	PA QL (1 tab/day)
RAGWITEK	T3	PA QL (1 tab/day)
PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)		
INHIBIDORES DE CALICREÍNA PLASMÁTICA		
TAKHZYRO	T3	PA SP HD
PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Varios)		
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA FENILCETONURIA - FENILALANINA AMONIO LIASA		
PALYNZIQ	T3	PA SP HD
PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas)		
VACUNAS CONTRA EL COVID-19		
COMIRNATY	T3	PPACA
JANSSEN	T2	PPACA
MODERNA	T2	PPACA
NOVAVAX	T3	PPACA
PFIZER	T2	PPACA
SPIKEVAX	T3	PPACA
VACUNAS CONTRA VIRUS ENTÉRICOS		
IPOLE	T2	PPACA
ROTARIX	T3	PPACA
ROTATEQ	T3	PPACA
VACUNAS CONTRA COCOS GRAMNEGATIVOS		
BEXSERO	T2	PPACA
MENACTRA	T2	
MENQUADFI	T2	PPACA
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP	T2	PPACA
PENBRAYA	T3	PPACA
TRUMENBA	T2	PPACA
VACUNAS CONTRA COCOS GRAMPOSITIVOS		
CAPVAXIVE	T3	PPACA
PNEUMOVAX 23	T2	PPACA
PREVNAR	T2	
VACUNAS CONTRA EL VIRUS DE LA INFLUENZA		
AFLURIA TRIVALENT	T2	PPACA

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
VACUNAS CONTRA EL VIRUS DE LA INFLUENZA (cont.)		
EZ FLU 2	T2	PPACA
FLUAD TRIVALENT	T2	PPACA
FLUARIX TRIVALENT	T2	PPACA
FLUBLOK TRIVALENT	T2	PPACA
FLUCELVAX TRIVALENT	T2	PPACA
FLULAVAL TRIVALENT	T2	PPACA
FLUMIST QUAD TRIVALENT	T3	PPACA
FLUVIRIN	T2	PPACA
FLUZONE HIGH-DOSE TRIVALENT	T2	PPACA
FLUZONE TRIVALENT	T2	PPACA
VACUNAS/TOXOIDES CONTRA BACILOS TOXIGÉNICOS		
BCG VACCINE (TICE STRAIN)	T2	SP
PREPARACIONES, COMBINACIONES DE VACUNAS/TOXOIDES		
ACTHIB	T2	PPACA
ADACEL TDAP	T2	PPACA
BOOSTRIX TDAP	T2	PPACA
DAPTACEL DTAP	T2	PPACA
DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS-PED	T2	
HIBERIX	T2	PPACA
INFANRIX DTAP	T2	PPACA
KINRIX	T2	PPACA
M-M-R II VACCINE	T2	PPACA
PEDVAXHIB	T2	PPACA
PENTACEL	T2	PPACA
PROQUAD	T2	PPACA
QUADRACEL DTAP-IPV	T2	PPACA
TDVAX	T2	PPACA
TENIVAC	T2	PPACA
VAXELIS	T2	PPACA
VACUNAS ANTIVIRALES/DE CÉLULAS TUMORÍGENAS		
ACAM2000	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
VACUNAS ANTIVIRALES/DE CÉLULAS TUMORÍGENAS (cont.)		
ENGERIX-B ADULT	T2	PPACA
ENGERIX-B PEDIATRIC-ADOLESCENT	T2	PPACA
ERVEBO (NATIONAL STOCKPILE)	T3	
GARDASIL 9	T2	PPACA
HEPLISAV-B	T2	PPACA
IXCHIQ	T3	PPACA
JYNNEOS	T3	
MRESVIA	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		
ADZYNMA	T3	PA SP
CABLIVI	T3	PA SP
AGENTES ANTIFIBRINOLÍTICOS		
AMICAR (<i>aminocaproic acid</i>)	T3	SP HD
<i>aminocaproic acid</i> (Amicar)	T1	SP HD
LYSTEDA (<i>tranexamic acid</i>)	T3	SP
<i>tranexamic acid</i> (Lysteda)	T1	SP
TRANEXAMIC ACID-NACL	T3	SP
TRANEXAMIC 1,000 MG/100ML-NACL	T3	SP
FACTORES ANTIHEMOFÍLICOS		
ALTUVILLO	T3	PA SP HD
INHIBIDORES DEL COMPLEMENTO (C3)		
BKEMV	T3	SP
EMPAVELI	T3	PA SP
EPYSQI	T3	SP
FABHALTA	T2	PA QL(2 caps/day) SP
TAVNEOS	T3	PA QL(6 caps/day) SP
VEOPOZ	T3	SP
VOYDEYA	T2	PA QL(1 packet/28 days) SP
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEMOFILIA, SIN REEMPLAZO DE FACTOR		
ALHEMO PEN	T2	PA SP

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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 HEMOFILIA, SIN REEMPLAZO DE FACTOR (cont.)		
HEMLIBRA	T2	PA SP HD
HYMPAVZI PEN	T2	PA SP
AGENTES PARA LA ANEMIA DREPANOCÍTICA		
DROXIA	T3	
OXBRYTA 300MG TAB for SUSP	T3	QL (5 tabs/day) SP
SIKLOS	T3	PA
HEMOSTÁTICOS TÓPICOS		
ASTRINGYN	T3	
AVITENE	T3	
ENDO-AVITENE	T3	
EVICEL	T3	
gelatin sponge, absorb/porcine (Gelfoam)	T1	
GELFOAM	T3	
GELFOAM (surgifoam)	T3	
GELFOAM COMPRESSED	T3	
MONSEL'S	T3	
RAPLIXA	T3	
RECOTHROM	T3	
SURGIFOAM	T1	
SYRINGE AVITENE	T3	
TACHOSIL	T3	
THROMBIN-JMI	T3	
THROMBI-PAD	T3	
ULTRAFOAM	T3	
SANGRE (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)		
AGENTES HEMORREOLÓGICOS		
pentoxifylline	T1	HD
SANGRE (Varios)		
AGENTES DE TERAPIA CELULAR/GENÉTICA - HEMATOPOYÉTICA		
OMISIRGE	T3	
MEDICAMENTOS PARA ENFERMEDADES CARDÍACAS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)		
AGENTES ANTIANGINOSOS Y ANTIISQUÉMICOS, NO HEMODINÁMICOS		
ranolazine (Ranexa)	T1	QL (4 tabs/day) HD
ANTIARRÍTMICOS		
adenosine	T1	
amiodarone hcl	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

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

T1 — Habitualmente genéricos

T2 — Habitualmente marcas preferidas

T3 — Habitualmente marcas no preferidas

PA — Autorización previa

QL — Límite a la cantidad

ST — Tratamiento escalonado

AGE — Requisito de edad

SP — Medicamentos de especialidad

HD — Puede requerir entrega a 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.)		
CLEVIPREX	T3	
diltiazem hcl	T1	
diltiazem 24h er(la) 120 mg tb (Cardizem La)	T1	QL(1 tab/day) HD
diltiazem 24h er(la) 180 mg tb (Cardizem La)	T1	HD
diltiazem 24h er(la) 240 mg tb (Cardizem La)	T1	HD
diltiazem 24h er(la) 300 mg tb (Cardizem La)	T1	HD
diltiazem 24h er(la) 360 mg tb (Cardizem La)	T1	HD
diltiazem 24h er(la) 420 mg tb (Cardizem La)	T1	HD
diltiazem hcl (Cardizem La)	T1	HD
diltiazem hcl (Tiazac)	T1	HD
felodipine	T1	HD
isradipine	T1	
nicardipine hcl	T1	HD
nifedipine (Adalat Cc)	T1	HD
nifedipine (Procardia)	T1	HD
nimodipine	T1	HD
nisoldipine er 17 mg tablet (Sular)	T1	HD
nisoldipine er 20 mg tablet	T1	QL (1 tab/day) HD
nisoldipine er 25.5 mg tablet	T1	HD
nisoldipine er 30 mg tablet	T1	HD
nisoldipine er 34 mg tablet (Sular)	T1	HD
nisoldipine er 40 mg tablet	T1	HD
nisoldipine er 8.5 mg tablet (Sular)	T1	HD
NORLIQVA	T3	QL(10 mls/day) HD
NORLIQVA ORAL SOLN	T2	PA QL
NORVASC (amlodipine besylate)	T3	
NYMALIZE	T3	
PROCARDIA (nifedipine)	T3	HD
SULAR (nisoldipine)	T3	HD
TIAZAC (tiadylt er)	T3	HD
verapamil hcl	T1	HD
verapamil hcl (Calan Sr)	T1	HD
verapamil hcl (Verelan Pm)	T1	HD
verapamil hcl (Verelan)	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO (cont.)		
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
REDUCTORES DE LA FRECUENCIA CARDÍACA, INHIB. SELECTIVOS DE LA CORRIENTE I (F) DEL SA		
CORLANOR 5 MG TABLET (<i>ivabradine hcl</i>)	T2	PA HD
CORLANOR 5 MG/5 ML ORAL SOLN	T2	PA SP HD
CORLANOR 7.5 MG TABLET (<i>ivabradine hcl</i>)	T2	PA HD
<i>ivabradine hcl</i> (Corlanor)	T1	PA HD
ESTIMULADOR DE LA GUANILATO CICLASA SOLUBLE (SGC)		
VERQUVO	T2	QL(1 tab/day)
VASODILADORES, CORONARIOS		
DILATRATE-SR	T3	HD
<i>isosorbide dinitrate 5mg tab</i>	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> (Nitrostat)	T1	HD
<i>nitroglycerin</i> (Nitro-dur)	T1	HD
<i>nitroglycerin</i> (Nitromist)	T1	HD
<i>nitroglycerin 400 mcg spray</i> (Nitrolingual)	T1	HD
NITROLINGUAL	T3	HD
NITROMIST	T3	HD
NITROSTAT	T3	HD
CARDIOVASCULARES (Alergia/rociadores nasales)		
AGENTES SIMPATICOMIMÉTICOS		
IMMPHENTIV	T3	
REZIPRES	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

CARDIOVASCULARES (Asma/EPOC/condiciones respiratorias)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIP. PULM., ESTIMULADOR DE LA GUANILATO CICLASA SOLUBLE		
ADEMPAS	T3	PA SP HD
ANTIHIP. PULM., INHIB. SEL. DE LA FOSFODIESTERASA T5 DE C-GMP		
<i>sildenafil 10 mg/ml oral susp</i> (Revatio)	T1	PA SP HD
<i>sildenafil 20 mg tablet</i> (Revatio)	T1	PA SP HD
REVATIO 10 MG/12.5 ML VIAL	T3	PA SP HD
<i>tadalafil</i> (Adcirca)	T1	PA SP HD
<i>tadalafil 20 mg tablet</i> (Adcirca)	T1	PA SP HD
ANTIHIP. PULMONAR, ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES DE ENDOTELINA		
<i>ambrisentan</i> (Letairis)	T1	PA SP HD
<i>bosentan</i> (Tracleer)	T1	PA SP HD
LETAIRIS (<i>ambrisentan</i>)	T3	PA SP HD
OPSUMIT	T3	PA SP HD
TRACLEER 125 MG TABLET (<i>bosentan</i>)	T3	PA SP HD
TRACLEER 32 MG TABLET FOR SUSP	T3	PA SP HD
TRACLEER 62.5 MG TABLET (<i>bosentan</i>)	T3	PA SP HD
AGENTE ANTIHIPERTENSIVO PULMONAR, ACTRIIA-FC		
WINREVAIR	T3	PA SP HD
ANTIHIPERTENSIVOS PULMONARES, TIPO PROSTACICLINAS		
ORENITRAM ER	T3	PA SP HD
ORENITRAM MONTH 1 TITRATION KT	T3	PA QL(168 tabs/180 days) SP HD
ORENITRAM MONTH 2 TITRATION KT	T3	PA QL(336 tabs/180 days) SP HD
ORENITRAM MONTH 3 TITRATION KT	T3	PA QL(252 tabs/180 days) SP HD
TYVASO DPI	T2	PA SP HD
TYVASO INSTITUTIONAL START KIT	T3	PA SP HD
TYVASO REFILL KIT	T3	PA SP HD
TYVASO STARTER KIT	T3	PA SP HD
UPTRAVI	T3	PA SP HD
VELETRI VIAL	T3	PA SP
VENTAVIS	T3	PA SP HD
YUTREPIA	T2	PA SP HD
ANTIHIP. PULMONAR-ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES DE ENDOTELINA-INHIB. DE LA PDE5 DEL GMPC		
OPSYNVI	T3	PA QL(1 tab/day) SP HD
CARDIOVASCULARES (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)		
COMBINACIÓN DE INHIBIDORES DE LA ECA-BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO		
<i>amlodipine besylate/benazepril</i>	T1	HD
<i>amlodipine besylate/benazepril</i> (Lotrel)	T1	HD
LOTREL (<i>amlodipine besylate-benazepril</i>)	T3	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
COMBINACIÓN DE INHIBIDORES DE LA ECA-BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO (cont.)		
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
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA/BETA		
<i>carvedilol</i> (Coreg)	T1	HD
<i>carvedilol er 10 mg capsule</i> (Coreg Cr)	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>carvedilol er 20 mg capsule</i> (Coreg Cr)	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>carvedilol er 40 mg capsule</i> (Coreg Cr)	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>carvedilol er 80 mg capsule</i> (Coreg Cr)	T1	HD
COREG (<i>carvedilol</i>)	T3	ST HD
COREG CR 10 MG CAPSULE (<i>carvedilol er</i>)	T3	QL (1 cap/day) ST HD
COREG CR 20 MG CAPSULE (<i>carvedilol er</i>)	T3	QL (1 cap/day) ST HD
COREG CR 40 MG CAPSULE (<i>carvedilol er</i>)	T3	QL (1 cap/day) ST HD
COREG CR 80 MG CAPSULE (<i>carvedilol er</i>)	T3	ST HD
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA		
CARDURA (<i>doxazosin mesylate</i>)	T3	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA (cont.)		
CARDURA XL	T3	HD
doxazosin mesylate (Cardura)	T1	HD
LABELALOL HCL 10 MG/2 ML SYRNG	T3	
labetalol hcl 100 mg tablet	T1	
labetalol hcl 100 mg/20 ml vl	T1	
labetalol hcl 20 mg/4 ml crpjt	T1	
labetalol hcl 20 mg/4 ml syrng	T1	
labetalol hcl 20 mg/4 ml vial	T1	
labetalol hcl 200 mg tablet	T1	
labetalol hcl 200 mg/40 ml vl	T1	
labetalol hcl 300 mg tablet	T1	
MINIPRESS (prazosin hcl)	T3	HD
prazosin hcl (Minipress)	T1	HD
terazosin hcl	T1	HD
ANTAG. DE RECEPT. DE ANGIOTENSINA-BLOQ. DE LOS CANALES DE CALCIO-TIAZIDAS		
amlodipine/valsartan/hcthiiazid (Exforge Hct)	T1	HD
EXFORGE HCT (amlodipine-valsartan-hctz)	T3	HD
olmesartan/amlodipin/hcthiiazid (Tribenzor)	T1	HD
TRIBENZOR (olmesartan-amlodipine-hctz)	T3	HD
COMB. INHIBIDOR DEL RECEPT. DE ANGIOTENSINA-DE LA NEPRILISINA (ARNI)		
ENTRESTO SPRINKLE	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	QL (1 tab/day) ST HD
BENICAR HCT 40-12.5 MG TABLET (olmesartan-hydrochlorothiazide)	T3	ST HD
BENICAR HCT 40-25 MG TABLET (olmesartan-hydrochlorothiazide)	T3	ST HD
candesartan/hydrochlorothiazid (Atacand Hct)	T1	HD
DIOVAN HCT (valsartan-hydrochlorothiazide)	T3	ST HD
HYZAAR (losartan-hydrochlorothiazide)	T3	ST HD
irbesartan/hydrochlorothiazide (Avalide)	T1	HD
losartan/hydrochlorothiazide (Hyzaar)	T1	HD
MICARDIS HCT 40-12.5 MG TABLET (telmisartan-hydrochlorothiazid)	T3	QL (1 tab/day) ST HD
MICARDIS HCT 80-12.5 MG TABLET (telmisartan-hydrochlorothiazid)	T3	ST HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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
COMB. DE ANTAG. DE RECEPT. DE ANGIOTENSINA-DIURÉTICOS TIAZÍDICOS (cont.)		
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	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
<i>benazepril hcl</i>	T1	HD
<i>benazepril hcl</i> (Lotensin)	T1	HD
<i>captopril</i>	T1	HD
<i>enalaprilat dihydrate</i>	T1	
<i>enalapril maleate</i> (Vasotec)	T1	HD
<i>fosinopril sodium</i>	T1	HD
<i>lisinopril</i> (Zestril)	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERTENSIVOS, INHIBIDORES DE LA ECA (cont.)		
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
<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
ANTIHIPERTENSIVOS, ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ANGIOTENSINA		
ATACAND (<i>candesartan cilexetil</i>)	T3	ST HD
BENICAR 20 MG TABLET (<i>olmesartan medoxomil</i>)	T3	QL (1 tab/day) ST HD
BENICAR 40 MG TABLET (<i>olmesartan medoxomil</i>)	T3	ST HD
BENICAR 5 MG TABLET (<i>olmesartan medoxomil</i>)	T3	ST HD
<i>candesartan cilexetil</i> (Atacand)	T1	HD
DIOVAN (<i>valsartan</i>)	T3	ST HD
EDARBI 80 MG TABLET	T3	ST HD
<i>eprosartan mesylate</i>	T1	HD
<i>irbesartan</i> (Avapro)	T1	HD
<i>losartan potassium</i> (Cozaar)	T1	HD
MICARDIS 20 MG TABLET (<i>telmisartan</i>)	T3	QL (1 tab/day) ST HD
MICARDIS 40 MG TABLET (<i>telmisartan</i>)	T3	QL (1 tab/day) ST HD
MICARDIS 80 MG TABLET (<i>telmisartan</i>)	T3	ST HD
<i>olmesartan medoxomil 20 mg tab</i> (Benicar)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>olmesartan medoxomil 40 mg tab</i> (Benicar)	T1	HD
<i>olmesartan medoxomil 5 mg tab</i> (Benicar)	T1	HD
<i>telmisartan 20 mg tablet</i> (Micardis)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>telmisartan 40 mg tablet</i> (Micardis)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>telmisartan 80 mg tablet</i> (Micardis)	T1	HD
<i>valsartan</i> (Diovan)	T1	HD
VALSARTAN 20 MG/5 ML SOLUTION	T3	ST HD

T1 — Habitualmente genéricos

T2 — Habitualmente marcas preferidas

T3 — Habitualmente marcas no preferidas

PA — Autorización previa

QL — Límite a la cantidad

ST — Tratamiento escalonado

AGE — Requisito de edad

SP — Medicamentos de especialidad

HD — Puede requerir entrega a 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, BLOQUEADORES GANGLIONARES		
VECAMYL	T1	
ANTIHIPERTENSIVOS, VARIOS		
DEMSEY (metyrosine)	T3	HD
metyrosine (Demser)	T1	HD
nitroprusside sodium (Nitropress)	T1	
ANTIHIPERTENSIVOS, SIMPATOLÍTICOS		
CATAPRES-TTS 1 (clonidine)	T3	HD
CATAPRES-TTS 2 (clonidine)	T3	HD
CATAPRES-TTS 3 (clonidine)	T3	HD
clonidine (Catapres-tts 1)	T1	HD
clonidine (Catapres-tts 2)	T1	HD
clonidine (Catapres-tts 3)	T1	HD
clonidine hcl (Catapres)	T1	HD
guanfacine hcl	T1	HD
methylodopate hcl	T1	
methyldopa	T1	HD
methyldopa/hydrochlorothiazide	T1	HD
ANTIHIPERTENSIVOS, VASODILATADORES		
hydralazine hcl	T1	HD
minoxidil	T1	HD
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS BETA		
acebutolol hcl	T1	HD
atenolol (Tenormin)	T1	HD
betaxolol hcl	T1	HD
atenolol (Tenormin)	T1	HD
betaxolol hcl	T1	HD
bisoprolol fumarate	T1	HD
BREVIBLOC	T3	
BYSTOLIC 10 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day) ST HD
BYSTOLIC 2.5 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day) ST HD
BYSTOLIC 20 MG TABLET	T2	ST HD
BYSTOLIC 5 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day) ST HD

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS BETA (cont.)		
<i>esmolol</i>	T1	
INNOPRAN XL	T3	ST HD
<i>metoprolol succinate</i> (Toprol XL)	T1	HD
<i>metoprolol tartrate</i>	T1	HD
<i>metoprolol tartrate</i> (Lopressor)	T1	HD
<i>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>	T1	
<i>sotalol hcl</i> (Betapace Af)	T1	HD
SOTYLIZE	T3	HD
<i>timolol maleate</i>	T1	HD
BETABLOQUEANTES Y TIAZIDAS, DIURÉTICOS TIAZÍDICOS		
<i>atenolol/chlorthalidone</i> (Tenoretic 100)	T1	HD
<i>atenolol/chlorthalidone</i> (Tenoretic 50)	T1	HD
<i>bisoprolol/hydrochlorothiazide</i> (Ziac)	T1	HD
<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>nadolol/bendroflumethiazide</i>	T1	HD
<i>propranolol/hydrochlorothiazid</i>	T1	HD
INHIBIDOR DE LA RENINA, DIRECTO		
<i>aliskiren 150 mg tablet</i> (Tekturna)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>aliskiren 300 mg tablet</i> (Tekturna)	T1	HD
COMB. DE INHIBIDORES DIRECTOS DE LA RENINA Y DIURÉTICOS TIAZÍDICOS		
TEKTURNA HCT	T2	HD
COMBINACIÓN DE VASODILADORES		
<i>isosorbide dinit/hydralazine</i> (Bidil)	T1	QL (6 tabs/day) HD
BIDIL	T3	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/simvastatin</i> (Vytorin)	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
ANTIHIPERLIP. - INHIB. DE HMG-COA REDUCT.-INHIB. DE AB. DE COLEST. (cont.)		
ROSZET	T3	PA HD
VYTORIN (ezetimibe-simvastatin)	T3	ST HD
ANTIHIPERLIP. - INHIB. DE HMG-COA REDUCT.-BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO		
amlodipine-atorvast 10-10 mg (Caduet)	T1	HD
amlodipine-atorvast 10-20 mg (Caduet)	T1	HD
amlodipine-atorvast 10-40 mg (Caduet)	T1	HD
amlodipine-atorvast 10-80 mg (Caduet)	T1	HD
amlodipine-atorvast 2.5-10 mg	T1	HD
amlodipine-atorvast 2.5-20 mg	T1	QL (1 tab/day) HD
amlodipine-atorvast 2.5-40 mg	T1	QL (1 tab/day) HD
amlodipine-atorvast 5-10 mg (Caduet)	T1	HD
amlodipine-atorvast 5-20 mg (Caduet)	T1	QL (1 tab/day) HD
amlodipine-atorvast 5-40 mg (Caduet)	T1	QL (1 tab/day) HD
amlodipine-atorvast 5-80 mg (Caduet)	T1	HD
CADUET 10 MG-10 MG TABLET (amlodipine-atorvastatin)	T3	HD
CADUET 10 MG-20 MG TABLET (amlodipine-atorvastatin)	T3	HD
CADUET 10 MG-40 MG TABLET (amlodipine-atorvastatin)	T3	HD
CADUET 10 MG-80 MG TABLET (amlodipine-atorvastatin)	T3	HD
CADUET 5 MG-10 MG TABLET (amlodipine-atorvastatin)	T3	HD
CADUET 5 MG-20 MG TABLET (amlodipine-atorvastatin)	T3	QL (1 tab/day) HD
CADUET 5 MG-40 MG TABLET (amlodipine-atorvastatin)	T3	QL (1 tab/day) HD
CADUET 5 MG-80 MG TABLET (amlodipine-atorvastatin)	T3	HD
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIB. DE LA SÍNTESIS DE LA APO B-100		
KYNAMRO	T3	PA SP
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDOR DE ATP-CITRATO LIASA		
NEXLETOL	T2	PA QL (1 tab/day)
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDORES DE MTP		
JUXTAPID	T3	PA SP HD
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDORES DE PCSK9		
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)

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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)		
<i>atorvastatin 20 mg tablet</i>	T1	HD PPACA
<i>atorvastatin 40 mg tablet</i>	T1	HD
<i>atorvastatin 80 mg tablet</i>	T1	HD
<i>fluvastatin sodium</i>	T1	HD PPACA
<i>fluvastatin sodium (Lescol XL)</i>	T1	HD PPACA
LIVALO	T2	PA QL ST
LIVALO 1 MG TABLET (<i>pitavastatin calcium</i>)	T2	ST QL(1 tab/day) HD
LIVALO 2 MG TABLET (<i>pitavastatin calcium</i>)	T2	ST QL(1 tab/day) HD
LIVALO 4 MG TABLET (<i>pitavastatin calcium</i>)	T2	ST HD
<i>lovastatin 10 mg tablet</i>	T1	HD
<i>lovastatin 20 mg tablet</i>	T1	HD PPACA
<i>lovastatin 40 mg tablet</i>	T1	HD PPACA
<i>pitavastatin 1 mg tablet</i>	T1	QL HD PPACA
<i>pitavastatin 2 mg tablet</i>	T1	QL HD PPACA
<i>pitavastatin 4 mg tablet (Livalo)</i>	T1	HD PPACA
<i>pitavastatin 1 mg tablet (Livalo)</i>	T1	QL(1 tab/day) HD PPACA
<i>pitavastatin 2 mg tablet (Livalo)</i>	T1	QL(1 tab/day) HD PPACA
<i>pitavastatin 4 mg tablet</i>	T1	HD PPACA
<i>pravastatin sodium</i>	T1	HD PPACA
<i>pravastatin sodium (Pravachol)</i>	T1	HD PPACA
<i>rosuvastatin calcium 10 mg tab (Crestor)</i>	T1	QL (1 tab/day) HD PPACA
<i>rosuvastatin calcium 20 mg tab (Crestor)</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>rosuvastatin calcium 40 mg tab (Crestor)</i>	T1	HD
<i>rosuvastatin calcium 5 mg tab (Crestor)</i>	T1	QL (1 tab/day) HD PPACA
<i>simvastatin 10 mg tablet (Zocor)</i>	T1	HD PPACA
<i>simvastatin 20 mg tablet (Zocor)</i>	T1	HD PPACA
<i>simvastatin 40 mg tablet (Zocor)</i>	T1	HD PPACA
<i>simvastatin 5 mg tablet</i>	T1	HD
<i>simvastatin 80 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
SECUESTRADORES DE SALES BILIARES		
<i>cholestyramine (with sugar) (Questran)</i>	T1	HD
<i>cholestyramine/aspartame</i>	T1	HD
<i>cholestyramine/aspartame (Questran Light)</i>	T1	HD
<i>colesevelam hcl (Welchol)</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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.)		
COLESTID 1 GM TABLET (<i>colestipol hcl</i>)	T3	HD
COLESTID FLAVORED GRANULES	T2	HD
COLESTID FLAVORED GRANULES	T3	HD
COLESTID GRANULES	T3	HD
COLESTID GRANULES (<i>colestipol hcl</i>)	T3	HD
COLESTID GRANULES PACKET (<i>colestipol hcl</i>)	T3	HD
<i>colestipol hcl</i> (Colestid)	T1	HD
QUESTRAN (<i>cholestyramine</i>)	T3	HD
QUESTRAN LIGHT (<i>prevalite</i>)	T3	HD
LIPOTRÓPICOS		
<i>ezetimibe</i> (Zetia)	T1	HD
<i>fenofibrate nanocrystallized</i> (Tricor)	T1	HD
<i>fenofibrate, micronized</i>	T1	HD
<i>fenofibric acid</i> (choline) (Trilipix)	T1	HD
<i>fenofibric acid</i> (Fibricor)	T1	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> (Niaspan)	T1	HD
NIASPAN (<i>niacin er</i>)	T3	HD
TRICOR (<i>fenofibrate</i>)	T3	ST HD
TRIGLIDE	T3	ST HD
TRILIPIX (<i>fenofibric acid</i>)	T3	ST HD
ZETIA (<i>ezetimibe</i>)	T3	HD
CARDIOVASCULARES (Varios)		
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ENDOTELINA-ANGIOTENSINA		
FILSPARI	T2	PA QL(1 tab/day) SP
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA VENOSCLEROSIS		
<i>sodium tetradecyl sulfate</i>	T1	
MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Enfermedad de Alzheimer)		
TRATAMIENTO DEL ALZHEIMER, ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES NMDA		
<i>memantine hcl</i>	T1	HD
<i>memantine hcl er 14 mg capsule</i> (Namenda Xr)	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>memantine hcl er 21 mg capsule</i> (Namenda Xr)	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
TRATAMIENTO DEL ALZHEIMER, ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES NMDA (cont.)		
<i>memantine hcl er 28 mg capsule</i> (Namenda Xr)	T1	HD
<i>memantine hcl er 7 mg capsule</i> (Namenda Xr)	T1	QL (1 cap/day) HD
NAMENDA	T2	HD
NAMENDA XR 14 MG CAPSULE (<i>memantine hcl er</i>)	T3	QL (1 cap/day) HD
NAMENDA XR 21 MG CAPSULE (<i>memantine hcl er</i>)	T3	HD
NAMENDA XR 28 MG CAPSULE (<i>memantine hcl er</i>)	T3	HD
NAMENDA XR 7 MG CAPSULE (<i>memantine hcl er</i>)	T3	QL (1 cap/day) HD
NAMENDA XR TITRATION PACK	T3	QL (112/365 days) HD
TRATAMIENTO DEL ALZHEIMER, ANTAG. DE LOS RECEPTORES NMDA-INHIB. DE COLINA		
NAMZARIC 14 MG-10 MG CAPSULE	T3	QL (2 caps/day) HD
NAMZARIC 21 MG-10 MG CAPSULE	T3	QL (2 caps/day) HD
NAMZARIC 28 MG-10 MG CAPSULE	T3	QL (2 caps/day) HD
NAMZARIC 7 MG-10 MG CAPSULE	T3	QL (2 caps/day) HD
NAMZARIC TITRATION PACK	T3	QL (112/365 days) HD
ANTICUERPOS MONOCLONALES DIRIGIDOS CONTRA LAS AMILOIDES		
ADUHELM	T3	PA SP
MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Varios)		
AGENTES PARA LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA		
<i>edaravone</i>	T1	PA SP
EDARAVONE VIAL	T3	PA SP
QALSODY	T3	
RADICAVA ORS	T3	PA QL (50ml/28days) SP
RILUTEK (<i>riluzole</i>)	T3	SP HD
<i>riluzole</i> (Rilutek)	T3	SP HD
TIGLUTIK	T3	PA SP
MEDICAMENTOS PARA TRATAR TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO		
AUSTEDO	T3	PA SP HD
AUSTEDO XR	T3	PA QL SP HD
AUSTEDO XR 6 MG TABLET	T3	PA QL(3 tabs/day) SP HD
AUSTEDO XR 12 MG TABLET	T3	PA QL(1 tab/day) SP HD
AUSTEDO XR 18 MG TABLET	T3	PA QL(1 tab/day) SP HD
AUSTEDO XR 24 MG TABLET	T3	PA QL(2 tabs/day) SP HD
AUSTEDO XR TITRATION KIT(WK1-4)	T3	PA QL(1 kit/180 days) SP HD
INGREZZA	T3	PA QL (1 tab/day) SP
INGREZZA INITIATION PK (TARDIV)	T3	PA QL (28 caps/year) SP
<i>tetrabenazine</i>	T1	PA SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA EL AFECTO PSEUDOBULBAR (PBA), ANTAGONISTAS DE NMDA		
NUEDEXTA	T3	QL (4 caps/day)
MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Esclerosis múltiple)		
XANTINAS		
<i>caffeine citrate</i>	T1	HD
AGENTES PARA TRATAR LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE		
AVONEX	T3	PA SP HD
AVONEX PEN	T3	PA SP HD
BAFIERTAM	T3	PA SP HD
BETASERON	T3	PA SP HD
BRIUMVI	T3	PA SP
<i>dimethyl fumarate</i>	T1	HD
GILENYA	T3	PA SP HD
<i>glatopa</i>	T1	HD
<i>glatiramer acetate</i>	T1	PA SP HD
KESIMPTA PEN	T3	PA SP HD
MAVENCLAD	T3	PA SP HD
MAYZENT	T3	PA SP HD
OCREVUS	T2	PA SP
PLEGRIDY	T3	PA SP HD
PLEGRIDY PEN	T3	PA SP HD
PONVORY	T3	PA SP HD
REBIF	T3	PA SP HD
REBIF REBIDOSE	T3	PA SP HD
<i>teriflunomide</i> (Aubagio)	T1	
VUMERITY	T3	PA SP HD
AGENTES PARA EL TRAT. DE TRAST. DE LA TRANSMISIÓN NEUROMUSC., BLOQ. DE LOS CAN. DE POT.		
<i>dalfampridine</i>	T1	PA SP HD
FIRDAPSE	T3	PA QL (8 tabs/day) SP
RUZURGI	T3	PA SP
MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
INHIBIDORES DEL PÉPTIDO RELACIONADO CON EL GEN DE LA CALCITONINA (CGRP)		
EMGALITY SYRINGE	T2	PA

T1 — Habitualmente genéricos

T2 — Habitualmente marcas preferidas

T3 — Habitualmente marcas no preferidas

PA — Autorización previa

QL — Límite a la cantidad

ST — Tratamiento escalonado

AGE — Requisito de edad

SP — Medicamentos de especialidad

HD — Puede requerir entrega a domicilio

PPACA — Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MODULADOR DE LOS RECEPTORES DE ESFINGOSINA 1-FOSFATO (SIP)		
VELSIPITY	T2	PA QL(30 tabs/30 days) SP HD
AGENTES PARA LA NEURALGIA POSTHERPÉTICA		
<i>gabapentin</i> (Gralise)	T2	PA SP HD
MODULADOR DE LOS RECEPTORES DE ESFINGOSINA 1-FOSFATO (SIP)		
ZEPOSIA	T2	PA SP HD
MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos convulsivos)		
ANTICONVULSIVOS - TIPO BENZODIAZEPINAS		
<i>clobazam</i> (Onfi)	T1	HD
<i>clonazepam</i> (Klonopin)	T1	HD
DIASTAT ACUDIAL (<i>diazepam</i>)	T3	PA HD
<i>diazepam 10 mg rectal gel syst</i> (Diastat Acudial)	T1	HD
<i>diazepam 2.5 mg rectal gel sys</i> (Diastat)	T1	HD
<i>diazepam 20 mg rectal gel syst</i>	T1	HD
KLONOPIN (<i>clonazepam</i>)	T3	PA HD
LIBERVANT	T3	QL(10 films/30 days) HD
NAYZILAM	T2	PA QL (5 kits/30 days) HD
ONFI (<i>clobazam</i>)	T3	PA HD
VALTOCO	T2	PA QL (5 boxes/30 Days) HD
ANTICONVULSIVOS - TIPO CANNABINOIDES		
EPIDIOLEX	T3	PA SP HD
ANTICONVULSIVOS		
BRIVIACT	T3	PA HD
<i>carbamazepine</i>	T1	HD
CARBAMAZEPINE 200 MG TAB CHEW	T3	HD
<i>carbamazepine</i> (Carbatrol)	T1	HD
<i>carbamazepine</i> (Tegretol Xr)	T1	HD
<i>carbamazepine</i> (Tegretol)	T1	HD
CARBATROL (<i>carbamazepine er</i>)	T3	PA HD
CELONTIN	T2	HD
CEREBYX (fosphenytoin sodium)	T3	
DIACOMIT	T3	PA SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONVULSIVOS (cont.)		
MODULADOR DE LOS RECEPTORES DE ESFINGOSINA 1-FOSFATO (SIP)		
VELSIPITY	T2	PA QL(30 tabs/30 days) SP HD
DILANTIN 50 MG INFATAB (<i>phenytoin</i>)	T3	PA HD
DILANTIN-125 (<i>phenytoin</i>)	T3	PA HD
<i>divalproex sodium</i> (Depakote Er)	T1	HD
<i>divalproex sodium</i> (Depakote Sprinkle)	T1	HD
<i>divalproex sodium</i> (Depakote)	T1	HD
<i>ethosuximide</i> (Zarontin)	T1	HD
<i>felbamate</i>	T1	HD
FINTEPLA	T3	PA SP HD
<i>fosphenytoin sodium</i> (Cerebyx)	T1	
FYCOMPA 0.5 MG/ML ORAL SUSP	T2	PA HD
<i>gabapentin</i>	T1	HD
<i>gabapentin</i> (Neurontin)	T1	HD
KEPPRA 500 MG/5 ML VIAL	T3	
<i>lamotrigine</i>	T1	HD
<i>levetiracetam</i>	T1	
LYRICA (<i>pregabalin</i>)	T3	PA HD
NEURONTIN (<i>gabapentin</i>)	T3	PA HD
<i>oxcarbazepine</i> (Oxtellar Xr)	T1	HD
OXTELLAR XR	T3	PA HD
PEGANONE	T2	HD
PHENYTEK (<i>phenytoin sodium extended</i>)	T3	PA HD
<i>phenytoin</i>	T1	HD
<i>phenytoin</i> (Dilantin)	T1	HD
<i>phenytoin</i> (Dilantin-125)	T1	HD
<i>phenytoin sodium extended</i> (Dilantin)	T1	HD
<i>phenytoin sodium extended</i> (Phenytek)	T1	HD
<i>pregabalin</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

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

T1 — Habitualmente genéricos

T2 — Habitualmente marcas preferidas

T3 — Habitualmente marcas no preferidas

PA — Autorización previa

QL — Límite a la cantidad

ST — Tratamiento escalonado

AGE — Requisito de edad

SP — Medicamentos de especialidad

HD — Puede requerir entrega a domicilio

PPACA — Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos del sueño/sedantes)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
TRATAMIENTO DE LA NARCOLEPSIA-ANTAGONISTAS/AGONISTAS INVERSOS DE LOS RECEPT. H3		
WAKIX	T3	PA QL (2 tabs/day) SP HD
FACTORES ESTIMULANTES DE COLONIAS (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)		
ERITROPOYESIS-AGENTES ESTIMULANTES		
ARANESP	T3	PA SP
EPOGEN	T3	PA SP
MIRCERA	T3	PA SP
PROCRIT	T3	PA SP
RETACRIT	T3	PA SP
ESTIMULANTES DE LEUCOCITOS (RECuento DE GLÓBULOS BLANCOS)		
FULPHILA	T3	PA SP
GRANIX	T3	PA SP
LEUKINE	T3	SP
ZIEXTENZO	T3	PA SP
NEULASTA	T3	PA SP
NEULASTA ONPRO	T3	PA SP HD
NEUPOGEN	T3	PA SP
NIVESTYM	T3	SP HD
NYPOZI	T3	PA SP
NYVEPRIA	T3	PA SP
ROLVEDON	T2	PA SP
STIMUFEND	T3	PA SP
UDENYCA	T3	PA SP
ZARXIO	T3	SP HD
ZIEXTENZO	T3	PA SP
AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE TROMBOPOYETINA		
DOPTLET	T2	PA SP HD
MULPLETA	T3	PA SP HD
FACTORES ESTIMULANTES DE COLONIAS (Cáncer)		
ANTAGONISTA DEL RECEPTOR DE QUIMIOCINAS CXCR4		
XOLREMDI	T3	PA QL(4 caps/day) SP CSL
ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos)		
ANTICONCEPTIVOS, INTRAVAGINALES, SISTÉMICOS		
ANNOVERA	T3	
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol (Nuvaring)</i>	T1	PPACA
NUVARING (<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</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

ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONCEPTIVOS, IMPLANTABLES		
NEXPLANON	T3	SP PPACA
ANTICONCEPTIVOS, INYECTABLES		
DEPO-PROVERA 150 MG/ML SYRINGE (<i>medroxyprogesterone acetate</i>)	T3	
DEPO-PROVERA 150 MG/ML VIAL (<i>medroxyprogesterone acetate</i>)	T3	
DEPO-SUBQ PROVERA 104	T2	
<i>medroxyprogesterone 150 mg/ml</i> (Depo-provera)	T1	PPACA
ANTICONCEPTIVOS, ORALES		
BALCOLTRA (<i>levonorgest/eth.estradiol/iron</i>)	T3	HD
BEYAZ (<i>rajani</i>)	T3	HD
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i>	T1	HD PPACA
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	T1	HD PPACA
<i>drospir/eth estra/levomefol ca</i> (Beyaz)	T1	HD PPACA
<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
GENERESS FE (<i>norethin-eth estra-ferrous fum</i>)	T3	HD
<i>levonorgestrel/ethin.estradiol</i>	T1	HD PPACA
<i>levonorgest/eth.estradiol/iron</i> (Balcoltra)	T1	HD PPACA
<i>l-norgest/e.estradiol-e.estrad</i>	T1	HD PPACA
<i>l-norgest/e.estradiol-e.estrad</i> (Quartette)	T1	HD PPACA
LOESTRIN (<i>norethindron-ethinyl estradiol</i>)	T3	HD
LOESTRIN FE (<i>norethindrone-eth estradiol-fe</i>)	T3	HD
MICROGESTIN 24 FE (<i>tarina 24 fe</i>)	T3	HD
NATAZIA	T3	HD
NEXTSTELLIS	T3	HD
<i>noreth-ethinyl estradiol/iron</i>	T1	HD PPACA
<i>noreth-ethinyl estradiol/iron</i> (Generess Fe)	T1	HD PPACA
<i>noreth-ethinyl estradiol/iron</i> (Generess Fe)	T3	HD PPACA
<i>norethind-eth estrad 1-0.02 mg</i> (Loestrin)	T1	HD PPACA
<i>norethindrone</i> (Ortho Micronor)	T1	HD PPACA

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONCEPTIVOS, ORALES (cont.)		
<i>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>norgestrel-ethinyl estradiol</i>	T1	HD PPACA
ORTHO MICRONOR (<i>tulana</i>)	T3	HD
QUARTETTE (<i>rivelsa</i>)	T3	HD
SAFYRAL (<i>tydemy</i>)	T3	HD
SLYND	T3	HD
TAYTULLA (<i>norethin-eth estra-ferrous fum</i>)	T3	HD
TYBLUME	T3	HD
YASMIN 28 (<i>zumandimine</i>)	T3	HD
YAZ (<i>vestura</i>)	T3	HD
ANTICONCEPTIVOS TRANSDÉRMICOS		
<i>norelgestromin/ethin.estradiol</i>	T1	HD PPACA
TWIRLA	T3	HD PPACA
DIAFRAGMAS/CAPUCHONES CERVICALES		
CAYA CONTOURED	T1	PPACA
FEMCAP	T1	PPACA
WIDE SEAL DIAPHRAGM	T1	PPACA
DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)		
KYLEENA	T3	SP PPACA
LILETTA	T3	SP PPACA
MIRENA	T3	SP PPACA
PARAGARD T 380-A	T3	SP PPACA
SKYLA	T3	SP PPACA
PREPARACIONES PARA LA TOS/EL RESFRÍO (Alergia/rociadores nasales)		
COMB. DE ANTIHIST.-DESCONGEST.-ANTICOLINÉRGICOS DE 1.ª GENERACIÓN		
RESPA A.R.	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LA TOS/EL RESFRÍO (Medicamentos para la tos/el resfrío)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTITUSIVOS NO OPIOIDES		
<i>benzonatate</i>	T1	
<i>benzonatate</i> (Tessalon Perle)	T1	
TESSALON PERLE (<i>benzonatate</i>)	T3	
ANTITUS. NO OPIOIDES-ANTIHISTAMÍNICOS DE I.ª GENERACIÓN-DESCONGESTIVOS		
<i>brompheniramine/pseudoephed/dm</i> (Bromfed Dm)	T1	
COMB. DE ANTITUSIVOS NO OPIOIDES-ANTIHISTAMÍNICOS DE I.ª GENERACIÓN		
<i>promethazine/dextromethorphan</i>	T1	
ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTIHISTAMÍNICOS DE I.ª GENERACIÓN-DESCONGESTIVOS		
<i>hydrocodone/cpm/pseudoephed</i>	T1	PA
<i>promethazine/phenyleph/codeine</i>	T1	PA QL (480ml/22 days)
<i>promethazine/phenyleph/codeine</i>	T1	PA QL (480ml/30 days)
ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTIHISTAMÍNICOS DE I.ª GENERACIÓN		
<i>hydrocodone/chlorphen p-stirex</i>	T1	PA
<i>promethazine-codeine solution</i>	T1	PA QL (480ML/22 Days)
<i>promethazine-codeine syrup</i>	T1	PA QL (480ml/30 days)
TUXARIN ER	T3	PA QL (2 tabs/day)
TUZISTRA XR	T3	PA QL (960ml/30 days)
COMBINACIONES DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTICOLINÉRGICOS		
HYCODAN (<i>hydromet</i>)	T3	PA QL (480ml/22 days)
<i>hydrocodone bit/homatrop me-br</i> (Hycodan)	T1	PA QL (480ml/22 days)
<i>hydrocodone-homatropine 5-1.5</i>	T1	PA QL (180 tabs/30 days)
<i>hydrocodone-homatropine soln</i> (Hycodan)	T1	PA QL (480ml/30 days)
HYDROCODONE-HOMATROPINE SYRUP	T1	PA QL (480ml/30 days)
COMBINACIÓN DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-EXPECTORANTES		
HYDROCODONE-GUAIFENESIN	T1	PA QL (960ml/30 days)
OBREDON	T3	PA QL (960ml/30 days)
DIAGNÓSTICO (Diabetes)		
DIAGNÓSTICO DEL NIVEL DE AZÚCAR EN SANGRE		
FREESTYLE INSULINX	T2	
FREESTYLE INSULINX TEST STRIPS	T2	
FREESTYLE LITE TEST STRIP	T2	
FREESTYLE PRECISION NEO	T2	
FREESTYLE TEST STRIPS	T2	
PRECISION XTRA TEST STRIPS	T2	
RELION TRUE METRIX TEST STRIP	T2	
TRUE METRIX GLUCOSE TEST STRIP	T2	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

DIAGNÓSTICO (Varios)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO CARDIOVASCULAR, AGENTES NO RADIOPACOS		
<i>regadenoson</i>	T1	
PREPARACIONES DE DIAGNÓSTICO, VARIAS		
ADVANCED DNA MEDICATED COLLECT	T3	
ARIDOL	T3	
PREPARACIONES DE DIAGNÓSTICO, VARIAS		
<i>lidocaine hcl/glycerin</i> (Advanced Dna Medicated Collect)	T1	
PROVOCHOLINE	T3	
TC99M SULFUR COLLOID PREP	T1	
AGENTES PARA EL DIAGNÓSTICO OCULAR		
AK-FLUOR	T3	
<i>fluorescein sodium</i>	T1	
<i>ful-glo 1 mg ophth strip</i>	T1	
FUL-GLO EYE STRIPS	T3	
<i>lissamine green</i>	T1	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOPACOS GASTROINTESTINALES		
ENTERO VU	T3	
E-Z DISK	T3	
E-Z-HD	T3	
E-Z-PAQUE	T3	
E-Z-PASTE	T3	
GASTROMARK	T3	
LIQUID E-Z PAQUE	T3	
LIQUID POLIBAR PLUS	T3	
NEULUMEX	T3	
POLIBAR ACB	T3	
READI-CAT 2	T3	
SITZMARKS	T3	
TAGITOL V	T3	
VARIBAR HONEY, NECTAR, PUDDING	T3	
VARIBAR THIN HONEY	T3	
VARIBAR THIN LIQUID	T3	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO DE LA FUNCIÓN METABÓLICA		
METOPIRONE	T2	
ELEMENTOS RADIOFARMACÉUTICOS		
INDICLOR	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

DIAGNÓSTICO (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOPACOS URINARIOS		
CYSTO-CONRAY II	T3	
CYSTOGRAFIN	T3	
diatrizoate meglumine, sodium (Gastrografin)	T1	
GASTROGRAFIN (md-gastroview)	T3	
DIURÉTICOS (Diuréticos)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ARGININA VASOPRESINA (AVP)		
TOLVAPTAN 15 MG TABLET	T3	SP
tolvaptan 30 mg tablet (Samsca)	T3	SP
INHIBIDORES DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA		
acetazolamide	T1	HD
methazolamide	T1	HD
DIURÉTICOS DE ASA		
bumetanide	T1	HD
ethacrynate sodium (Sodium Edecrin)	T1	
FUROSCIX	T3	QL (2 kits/30 days) HD
furosemide (Lasix)	T1	HD
torsemide	T1	HD
SODIUM EDECRIN (ethacrynate sodium)	T3	
DIURÉTICOS OSMÓTICOS		
osmitrol 20% (100 gm/500 ml)	T2	
osmitrol 20% (50 gm/250 ml)	T2	
OSMITROL 10% (50 GM/500 ML) (mannitol)	T3	
OSMITROL 5% (50 GM/1,000 ML) (mannitol)	T3	
DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO		
amiloride hcl	T1	HD
CAROSPIR (Spironolactone)	T2	HD
eplerenone (Inspra)	T1	HD
INSPIRA (eplerenone)	T3	HD
KERENDIA	T3	PA QL (30 tabs/30 days) SP
spironolactone (Aldactone)	T1	HD
triamterene (Dyrenium)	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

DIURÉTICOS (Diuréticos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO EN COMBINACIÓN		
ALDACTAZIDE (<i>spironolactone-hctz</i>)	T3	HD
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
CAROSPIR SUSP	T2	PA
DYAZIDE (<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>)	T3	HD
TIAZIDA Y DIURÉTICOS AFINES		
<i>spironolact/hydrochlorothiazid</i> (Aldactazide)	T1	HD
<i>triamterene/hydrochlorothiazid</i> (Dyazide)	T1	HD
<i>chlorthalidone</i>	T1	
DIURIL	T2	HD
<i>hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>indapamide</i>	T1	HD
<i>metolazone</i>	T1	HD
SODIUM DIURIL (<i>chlorothiazide sodium</i>)	T2	
PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Alergia/rociadores nasales)		
ANTIHIISTAMÍNICOS NAALES		
<i>azelastine 0.1% (137 mcg) spry</i>	T1	HD
<i>azelastine 0.15% nasal spray</i>	T1	HD
<i>olopatadine 665 mcg nasal spry</i> (Patanase)	T1	HD
PATANASE (<i>olopatadine hcl</i>)	T3	HD
COMB. DE ANTIHIISTAMÍNICOS NAALES Y ANTIINFLAM. ESTEROIDEOS		
<i>azelastine/fluticasone</i>	T1	HD
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS NAALES		
<i>flunisolide</i>	T1	HD
<i>fluticasone prop 50 mcg spray</i>	T1	HD
<i>mometasone furoate 50 mcg spry</i>	T1	QL (4 bots/30 days) 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	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 (Medicamentos para los oídos) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
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	T2	
MIEBO	T2	QL (4 bottles/30 days)
ANTIINFECCIOSOS PARA LOS OJOS (CON RECETA ÚNICAMENTE)		
BETADINE	T2	
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS PARA LOS OJOS		
ACUVAIL	T3	
ALREX	T3	
<i>bromfenac sodium</i>	T1	
BROMSITE (<i>bromfenac sodium</i>)	T2	
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	T1	
<i>diclofenac 0.1% eye drops</i>	T1	
EYSUVIS	T2	QL (8.3ml/14 days)
FLAREX	T2	
<i>fluorometholone (Fml)</i>	T1	
<i>flurbiprofen sodium</i>	T1	
FML (<i>fluorometholone</i>)	T3	
FML FORTE	T2	
ILEVRO	T3	
INVELTYS	T2	
<i>ketorolac 0.4% ophth solution (Acular Ls)</i>	T1	
<i>ketorolac 0.5% ophth solution (Acular)</i>	T1	
LOTEMAX 0.5% EYE OINT	T2	
LOTEMAX SM	T2	
<i>loteprednol etabonate (Alrex)</i>	T1	
<i>loteprednol etabonate (Lotemax)</i>	T1	
MAXIDEX	T2	
OMNIPRED (<i>prednisolone acetate</i>)	T3	
PRED MILD	T2	
<i>prednisolone acetate (Pred Forte)</i>	T1	
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS PARA LOS OJOS (cont.)		
PROLENSA	T3	
AKTEN	T3	
ALCAINE (<i>proparacaine hcl</i>)	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> (Altaflur Benox)	T3	
<i>proparacaine hcl</i> (Alcaine)	T1	
<i>proparacaine/fluorescein sod</i>	T1	
<i>proparacaine/fluorescein sod</i>	T2	
<i>tetracaine hcl</i>	T1	
TETRAVISC	T2	
TETRAVISC FORTE	T2	
ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS PARA LOS OJOS		
ALOCRIL	T3	
ALOMIDE	T2	
<i>cromolyn 4% eye drops</i>	T1	
PREPARACIONES OCULARES, VARIAS (SIN RECETA)		
GELFILM	T3	
VASOCONSTRICTORES PARA LOS OJOS		
<i>phenylephrine hcl</i>	T1	
MIÓTICOS Y OTROS REDUCTORES DE LA PRESIÓN INTRAOCULAR		
<i>apraclonidine hcl</i> (Iopidine)	T1	HD
<i>betaxolol hcl</i>	T1	HD
BETIMOL	T2	HD
BETOPTIC S	T2	HD
<i>bimatoprost</i>	T1	QL (10 gm/30 days) HD
<i>brimonidine tartrate</i>	T1	HD
<i>brimonidine tartrate</i> (Alphagan P)	T1	HD
<i>brinzolamide</i> (Azopt)	T1	HD
<i>carteolol hcl</i>	T1	HD
<i>dorzolamide hcl</i> (Trusopt)	T1	HD
<i>dorzolamide hcl/timolol maleat</i> (Cosopt)	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MIÓTICOS Y OTROS REDUCTORES DE LA PRESIÓN INTRAOCULAR (cont.)		
<i>dorzolamide/timolol/pf</i> (Cosopt Pf)	T1	HD
IOPIDINE 0.5% EYE DROPS (<i>apraclonidine hcl</i>)	T3	HD
IOPIDINE 1% EYE DROPS	T2	HD
ISOPTO CARPINE (<i>pilocarpine hcl</i>)	T3	HD
<i>latanoprost</i>	T1	HD
<i>levobunolol hcl</i>	T1	HD
PHOSPHOLINE IODIDE	T2	HD
<i>pilocarpine hcl</i> (Isopto Carpine)	T1	HD
RHOPRESSA	T3	
ROCKLATAN	T3	
SIMBRINZA	T2	HD
<i>timolol maleate</i> (Istalol)	T1	HD
<i>timolol maleate</i> (Timoptic-xe)	T1	HD
<i>timolol maleate/pf</i> (Timoptic Ocudose)	T1	HD
<i>travoprost</i>	T1	HD
TRUSOPT (<i>dorzolamide hcl</i>)	T3	HD
MIDRIÁTICOS		
<i>atropine 1% eye drops</i>	T1	HD
<i>atropine sulfate</i>	T1	HD
<i>atropine sulfate</i> (Isopto Atropine)	T1	HD
ATROPINE SULFATE-0.9% NACL	T3	HD
CYCLOGYL 0.5% EYE DROPS (<i>cyclopentolate hcl</i>)	T3	HD
CYCLOGYL 1% EYE DROPS (<i>cyclopentolate hcl</i>)	T3	HD
CYCLOGYL 2% EYE DROPS (<i>cyclopentolate hcl</i>)	T2	HD
CYCLOMYDRIL	T2	HD
<i>cyclopentolate hcl</i> (Cyclogyl)	T1	HD
<i>homatropine hbr</i>	T1	HD
MYDRIACYL (<i>tropicamide</i>)	T3	HD
PAREMYD	T3	HD
<i>tropicamide</i>	T1	HD
<i>tropicamide</i> (Mydriacyl)	T1	HD
ANTAGONISTAS DEL FACTOR DE CRECIMIENTO ENDOTELIAL VASC. OFT.		
PAVBLU	T3	PA SP
AGENTES ANTIFIBRÓTICOS OFTÁLMICOS		
MITOSOL	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
ANTIINFLAMATORIOS OFTÁLMICOS, TIPO INMUNOMODULADOR		
CEQUA	T3	HD
RESTASIS	T2	HD
RESTASIS MULTIDOSE	T2	HD
VEVYE	T3	QL HD
XIIDRA	T2	HD
AGENTES OFTÁLMICOS REDUCTORES DE LA CISTINA		
CYSTADROPS	T3	PA QL (20ml/21 days) SP
CYSTARAN	T3	PA QL (120ml/28 days) SP
PREPARACIONES OFTÁLMICAS, VARIAS		
PROVISC	T3	SP
TOTALVISC	T3	SP
FACTOR DE CRECIMIENTO DEL NERVI OFTÁLMICO HUMANO (HNGF)		
OXERVATE	T3	PA SP HD
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Medicamentos para el colesterol)		
SUPLEMENTOS DE LÍPIDOS ORALES		
DOJOLVI	T3	PA SP HD
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Productos dentales)		
PREPARACIONES CON FLÚOR		
FRAICHE 5000 PREVI	T3	
FRAICHE 5000 SENSITIVE	T3	
PREVIDENT 1.1% GEL (sodium fluoride)	T3	
PREVIDENT 5000 BOOSTER PLUS	T3	
PREVIDENT 5000 ENAMEL PROTECT	T3	
PREVIDENT 5000 ORTHO DEFENSE	T3	
PREVIDENT 5000 PLUS (sodium fluoride 5000 plus)	T3	
PREVIDENT 5000 SENSITIVE	T3	
PREVIDENT DENTAL RINSE	T2	
PREVIDENT KIDS	T2	
sodium fluoride/potassium nit (Prevident 5000 Sensitive)	T1	
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Diabetes)		
AGENTES PARA TRATAR LA HIPOGLUCEMIA (HIPERGLUCÉMICOS)		
BAQSIMI	T2	QL (2/30 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

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA TRATAR LA HIPOGLUCEMIA (HIPERGLUCÉMICOS) (cont.)		
<i>diazoxide</i> (Proglycem)	T1	
GLUCAGEN	T2	QL (2 pens/30 days)
<i>glucagon 1 mg emergency kit</i> (Glucagon Emergency Kit)	T1	QL (2 pens/30 days)
GVOKE HYPOPEN PACK	T3	QL (2 packs/22 days)
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE	T3	QL (2 syringes/30 days)
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE	T3	QL (2 syringes/30 days)
PROGLYCEM (<i>diazoxide</i>)	T3	
ZEGALOGUE	T2	QL (2 units/23 days)
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Varios)		
SOLUCIONES IV: DEXTROSA-AGUA		
GLUCOSE IN WATER (DEXTROSE 5 % IN WATER)	T1	
SUPLEMENTOS DE ÁCIDO NUCLEICO/NUCLEÓTIDOS		
XURIDEN	T3	PA SP
SUPLEMENTOS DE ÁCIDO NUCLEICO/NUCLEÓTIDOS		
AMINO ACID 3.5%-D10W	T3	
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Nutritivos/alimenticios)		
REPOSICIÓN DE CALCIO		
<i>calcium gluc 2,000mg/100ml-nacl</i>	T1	
<i>calcium gluc 1,000mg/50ml-nacl</i>	T1	
REDUCTORES DE ELECTROLITOS		
AURYXIA	T3	QL (12 tabs/day)
<i>calcium acetate</i>	T1	
<i>lanthanum carbonate</i> (Fosrenol)	T1	
LOKELMA	T2	
PHOSLYRA	T3	
<i>sevelamer carbonate</i> (Renvela)	T1	
<i>sevelamer hcl</i> (Renagel)	T1	
<i>sodium polystyrene sulfon/sorb</i>	T1	
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	T1	
<i>sps 15 gm/60 ml suspension</i>	T1	
<i>sps 30 gm/120 ml enema susp</i>	T3	
VELPHORO	T2	
VELTASSA	T2	
AGENTES QUE CONTIENEN YODO		
<i>potassium iodide/iodine</i>	T1	
SSKI	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
REPOSICIÓN DE HIERRO		
CITRANATAL BLOOM	T3	
FERAHEME	T3	PA
HEMOCYTE PLUS (mv-mins no.73/iron fum/folic)	T3	
INJECTAFER	T3	PA
MONOFERRIC	T3	PA
<i>mv-mins no.73/iron fum/folic (Hemocyte Plus)</i>	T1	
SOLUCIONES Y COMBINACIONES DE AMINOÁCIDOS PARENTERALES		
AA 3%-D10W-CALCIUM-HEPARIN	T3	
REPOSICIÓN DE POTASIO		
EFFER-K 10 MEQ TABLET EFF	T3	
EFFER-K 20 MEQ TABLET EFF	T3	
<i>effe-r-k 25 meq tablet eff</i>	T1	
<i>klor-con 10 meq tablet (K-tab Er)</i>	T1	
<i>klor-con 10 meq tablet (K-tab Er)</i>	T3	
<i>klor-con 8 meq tablet</i>	T1	
<i>klor-con 8 meq tablet</i>	T3	
<i>potassium bicarbonate/cit ac</i>	T1	
POTASSIUM CL ER 15 MEQ TABLET	T3	
<i>potassium chloride</i>	T2	
<i>potassium chloride</i>	T3	
<i>potassium chloride (K-tab Er)</i>	T1	
REPOSICIÓN DE PROTEÍNAS		
AQNEURSA	T3	PA SP

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Condiciones urinarias)

SOLUCIONES PARA DIÁLISIS		
PRISMASOL	T3	
MODIFICADORES DEL PH URINARIO		
K-PHOS NO.2	T2	HD
K-PHOS ORIGINAL	T2	HD
ORACIT	T3	HD
<i>potassium citrate (Urocit-k)</i>	T1	HD
<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
REPOSICIÓN DE ZINC		
<i>zinc sulfate</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Medicamentos para el colesterol)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
LIPOTRÓPICOS		
<i>icosapent ethyl</i> (Vascepa)	T1	HD
LOVAZA (<i>triklo</i>)	T3	HD
<i>omega-3 acid ethyl esters</i> (Lovaza)	T1	HD
VASCEPA	T2	PA HD
GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis)		
INHIBIDORES DE AMONÍACO		
AMMONUL (<i>sodium phenylacet-sod benzoate</i>)	T3	
<i>lactulose 10 gm/15 ml solution</i>	T1	
LITHOSTAT	T2	HD
OLPRUVA	T3	PA SP HD
PHEBURANE	T2	PA QL(8 Bottles/30 Days) SP HD
<i>sodium phenylbutyrate</i> (Buphenyl)	T3	SP HD
ANTICOLINÉRGICOS, AMONIO CUATERNARIO		
<i>chlordiazepoxide/clidinium br</i>	T1	
CUVPOSA	T3	
GLYCATÉ	T3	
<i>glycopyrrolate</i> (Glycate)	T1	
<i>glycopyrrolate</i> (Robinul Forte)	T1	
<i>glycopyrrolate</i> (Robinul)	T1	
<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	T3	PA SP
ANTIDIARREICOS		
<i>diphenoxylate hcl/atropine</i>	T1	
<i>diphenoxylate hcl/atropine</i> (Lomotil)	T1	
<i>loperamide hcl</i>	T1	
MOTOFEN	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIDIARREICOS (cont.)		
<i>opium tincture</i>	T1	PA
<i>paregoric</i>	T1	
ANTIEMÉTICOS - TIPO CANNABINOIDES		
<i>dronabinol</i>	T1	
AGENTES ANTIEMÉTICOS/ANTIVÉRTIGO		
AKYNZEO	T3	QL (4 caps/28 days)
ANZEMET	T3	PA QL (5 tabs/30 days) SP
<i>aprepitant 125 mg capsule</i>	T1	QL (4 caps/28 days)
<i>aprepitant 125-80-80 mg pack (Emend)</i>	T1	QL (12 caps/28 days)
<i>aprepitant 40 mg capsule</i>	T1	QL (1 cap/28 days)
<i>aprepitant 80 mg capsule (Emend)</i>	T1	QL (8 caps/28 days)
BONJESTA	T3	
CINVANTI	T3	
COMPAZINE (<i>prochlorperazine maleate</i>)	T3	
COMPAZINE (<i>prochlorperazine</i>)	T3	
<i>doxylamine succinate/vit b6 (Diclegis)</i>	T1	QL (4 tabs/day)
EMEND 125 MG POWDER PACKET	T3	QL (12 caps/28 days)
EMEND 150 MG VIAL (<i>fosaprepitant dimeglumine</i>)	T3	
FOCINVEZ	T3	
<i>fosaprepitant dimeglumine (Emend)</i>	T1	
<i>granisetron hcl</i>	T1	
<i>granisetron hcl/pf</i>	T1	
<i>ondansetron hcl</i>	T1	
<i>ondansetron hcl/pf</i>	T1	
<i>palonosetron hcl (Posfrea)</i>	T1	
<i>prochlorperazine (Compazine)</i>	T1	
<i>prochlorperazine maleate (Compazine)</i>	T1	
<i>promethazine hcl</i>	T1	
<i>promethazine hcl</i>	T3	
SANCUSO	T3	PA QL (4 patches/30 days)
<i>scopolamine (Transderm-scop)</i>	T1	
SUSTOL	T3	
TIGAN (<i>trimethobenzamide hcl</i>)	T3	
TRANSDERM-SCOP (<i>scopolamine</i>)	T3	
<i>trimethobenzamide hcl</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIEMÉTICOS/ANTIVÉRTIGO (cont.)		
<i>trimethobenzamide hcl</i> (Tigan)	T1	
VARUBI	T3	PA QL (4 tabs/28 days)
PREPARACIONES ANTIULCEROSAS		
CYTOTEC (<i>misoprostol</i>)	T3	HD
<i>misoprostol</i> (Cytotec)	T1	HD
<i>sucralfate</i> (Carafate)	T1	HD
ANTIULCEROSOS-AGENTES CONTRA LA H. PYLORI		
<i>bismuth/metronid/tetracycline</i> (Pylera)	T1	
<i>lansoprazole/amoxicilin/clarith</i>	T1	
ALCALOIDES DE BELLADONA		
<i>atropine 0.25 mg/5 ml syringe</i>	T1	
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
LEVBID (<i>symax-sr</i>)	T3	HD
LEVSIN (<i>oscimin</i>)	T3	HD
LEVSIN-SL (<i>symax-sl</i>)	T3	HD
<i>methscopolamine bromide</i>	T1	HD
NULEV (<i>symax</i>)	T1	HD
<i>phenobarb/hyoscy/atropine/scop</i> (Donnatal)	T1	HD
<i>phenobarb/hyoscy/atropine/scop</i> (Phenobarbital-belladonna)	T1	HD
<i>phenobarbital-belladonna elixir</i> (Donnatal)	T1	HD
<i>phenobarbital-belladonna elixir</i> (Phenobarbital-belladonna)	T1	HD
PHENOBARBITAL-BELLADONNA ELIXR (<i>phenohydro</i>)	T3	HD
SYMAX DUOTAB	T2	HD
SALES BILIARES		
ACTIGALL (<i>ursodiol</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
SALES BILIARES (cont.)		
CHENODAL	T3	SP HD
CHOLBAM	T3	PA SP HD
CTEXLI	T3	PA SP
URSO (<i>ursodiol</i>)	T3	HD
URSO FORTE (<i>ursodiol</i>)	T3	HD
<i>ursodiol</i> (Actigall)	T1	HD
<i>ursodiol</i> (Urso Forte)	T1	HD
<i>ursodiol</i> (Urso)	T1	HD
INFLAM. CRÓNICA DIAG. DE COLON, 5-A-SALICILATO, TRAT. RECTAL		
<i>mesalamine 1,000 mg supp</i> (Canasa)	T1	
<i>mesalamine 4 gm/60 ml enema</i> (Sfrowasa)	T1	
<i>mesalamine 4 gm/60 ml kit</i>	T1	
SFROWASA (<i>mesalamine</i>)	T3	
TRAT. FARMAC.-INFLAM. CRÓNICA DIAG. DE COLON, 5-AMINOSALICILATO		
APRISO (<i>mesalamine er</i>)	T3	HD
<i>balsalazide disodium</i>	T1	HD
<i>mesalamine</i>	T1	HD
<i>mesalamine</i> (Apriso)	T1	HD
<i>mesalamine 800 mg dr tablet</i>	T1	HD
<i>mesalamine dr 1.2 gm tablet</i> (Lialda)	T1	HD
PENTASA 500 MG CAPSULE (<i>mesalamine</i>)	T3	HD
<i>sulfasalazine</i> (Azulfidine)	T1	HD
AGONISTAS DEL RECEPTOR X FARNESOIDE (FXR), ANÁLOGOS DEL ÁCIDO BILIAR		
OALIVA	T3	PA SP HD
TRASPLANTE DE MICROBIOTA FECAL (TMF)		
VOWST	T3	PA QL(12 caps/56 days) SP
ENZIMAS GÁSTRICAS		
SUCRAID	T3	PA SP
INHIBIDORES DE LOS RECEPTORES DE HISTAMINA H2		
<i>cimetidine</i>	T1	HD
<i>cimetidine hcl</i>	T1	HD
<i>famotidine</i>	T1	HD
<i>nizatidine</i>	T1	HD
<i>ranitidine 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

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE, COMB. DE AGONISTAS/ANTAGONISTAS DE RECEPT. OPIOIDES		
VIBERZI	T2	HD
AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE-C/CIC, AGONISTAS DE LA GUANILATO CICLASA C		
LINZESS	T2	
TRULANCE	T2	
ESTIMULANTES DE LA MOTILIDAD INTESTINAL		
metoclopramide hcl	T1	
metoclopramide hcl (Reglan)	T1	
REGLAN (metoclopramide hcl)	T3	
AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE, ANTAGONISTAS DEL 5-HT3		
alosetron hcl	T3	SP HD
LAXANTES Y CATÁRTICOS		
bisac/nac/nahco3/kcl/peg 3350	T1	PPACA
lactulose	T1	
lactulose 10 gm/15 ml solution	T1	
lactulose 20 gm/30 ml solution	T1	
lubiprostone (Amitiza)	T1	
NULYTELY	T3	PPACA
peg3350/sod sul/nac/kcl/asb/c	T1	PPACA
peg3350/sod sulf, bicarb, cl/kcl	T1	PPACA
PREPOPIK	T2	PPACA
sodium chloride/nahco3/kcl/peg	T1	PPACA
PREPARACIONES ANORRECTALES LOCALES CON NITRATO		
nitroglycerin 0.4% ointment (Rectiv)	T1	
RECTIV	T3	
ENZIMAS PANCREÁTICAS		
PANCREAZE	T2	HD
VIOKACE	T3	HD
ZENPEP	T2	HD
BLOQUEADORES DE ÁCIDO COMPETITIVOS DE POTASIO (PCABS)		
VOQUEZNA	T3	PA QL(1 tab/day)

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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		
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 60 MG CAPSULE (<i>dexlansoprazole</i>)	T2	QL (1 cap/day) HD
<i>dexlansoprazole dr 30 mg cap</i> (Dexilant)	T1	QL (2 caps/day)
<i>dexlansoprazole dr 60 mg cap</i> (Dexilant)	T1	QL (1 caps/day)
<i>esomeprazole dr 10 mg packet</i>	T1	QL (4 packets/day) HD
<i>esomeprazole dr 20 mg packet</i>	T1	QL (2 packs/day) HD
<i>esomeprazole dr 40 mg packet</i>	T1	QL (1 packet/day) HD
<i>esomeprazole mag dr 20 mg cap</i>	T1	QL (20ml/day) HD
<i>esomeprazole mag dr 40 mg cap</i>	T1	QL (1 cap/day) HD
ESOMEPRAZOLE STRONTIUM	T3	QL (1 cap/day) HD
<i>lansoprazole dr 15 mg capsule</i> (Prevacid)	T1	QL (2 caps/day) HD
<i>lansoprazole dr 30 mg capsule</i> (Prevacid)	T1	QL (30 caps/30 days) HD
<i>lansoprazole odt 15 mg tablet</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>lansoprazole odt 30 mg tablet</i>	T1	QL (30 tabs/30 days) HD
NEXIUM DR 2.5 MG PACKET	T2	QL (480 packs/30 days) HD
NEXIUM DR 5 MG PACKET	T2	QL (240 packs/30 days) HD
NEXIUM I.V. (<i>esomeprazole sodium</i>)	T3	
<i>omeprazole dr 10 mg capsule</i>	T1	QL (120 caps/30 days) HD
<i>omeprazole dr 20 mg capsule</i>	T1	QL (2 caps/day) HD
<i>omeprazole dr 40 mg capsule</i>	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>pantoprazole 40 mg suspension</i> (Protonix)	T1	QL (1 dose/day) HD
<i>pantoprazole sod dr 20 mg tab</i> (Protonix)	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>pantoprazole sod dr 40 mg tab</i> (Protonix)	T1	QL (1 tab/day) HD
PANTOPRAZOLE SODIUM-0.9% NACL	T3	HD
PREVACID DR 15 MG CAPSULE (<i>lansoprazole</i>)	T3	QL (60 caps/30 days) ST
PREVACID DR 30 MG CAPSULE (<i>lansoprazole</i>)	T3	QL (30 caps/30 days) ST
PRILOSEC DR 10 MG SUSPENSION	T3	QL (120 packs/30 days) HD
PRILOSEC DR 2.5 MG SUSPENSION	T3	QL (480 packs/30 days) HD
PROTONIX 40 MG SUSPENSION (<i>pantoprazole sodium</i>)	T3	QL (30 packs/30 days) ST
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
PROTONIX IV (<i>pantoprazole sodium</i>)	T3	
<i>rabeprazole sodium</i> (Aciphex)	T1	QL (30 tabs/30 days) HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES RECTALES		
hydrocortisone acetate	T1	
SBS - ANÁLOGOS DEL PÉPTIDO SIMILAR AL GLUCAGÓN TIPO 2 (GLP-2)		
GATTEX	T3	PA SP HD
GASTROINTESTINALES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
PREP. PARA LAS HEMORROIDES, ANTIINFLAM. ESTEROIDEOS-ANEST. LOCALES		
ANA-LEX	T1	
ANALPRAM HC 1% CREAM	T3	
hydrocortisone/lidocaine/aloe	T1	
hydrocortisone/pramoxine (Analpram Hc)	T1	
lidocaine/hydrocortisone ac	T1	
LIDOCAINE-HYDROCORTISONE	T1	
PROCORT	T3	
PROCTOFOAM-HC	T2	
PREP. RECTALES/DE COLON, GLUCOCORT. (NO HEMORR.)		
budesonide 2 mg rectal foam	T1	QL (2 kits/180 days)
CORTENEMA (hydrocortisone)	T3	
hydrocortisone (Cortenema)	T1	
HORMONAS (Agentes hormonales)		
PREP. DE ANDRÓGENOS/ESTRÓGENOS PARA DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA		
INTRAROSA	T3	
AGENTES ANDROGÉNICOS		
ANADROL-50	T2	PA
ANDROGEL 1% (25 MG/2.5 G) PKT (testosterone)	T3	PA QL (150gm/30 days)
ANDROGEL 1% (50 MG/5 G) PKT (testosterone)	T3	PA QL (2 packs/day)
ANDROGEL 1.62% GEL PUMP (testosterone)	T3	PA QL (150gm/30 days)
ANDROGEL 1.62%(1.25G) GEL PCKT (testosterone)	T3	PA QL (2 packs/day)
ANDROGEL 1.62%(2.5G) GEL PCKT (testosterone)	T3	PA QL (150gm/30 days)
DEPO-TESTOSTERONE	T3	
DEPO-TESTOSTERONE (testosterone cypionate)	T3	
METHITEST	T1	
methyltestosterone	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.)		
<i>oxandrolone</i>	T1	PA
<i>testosterone 1% (50 mg/5 g) pk</i> (Testosterone)	T1	PA QL (2 packs/day)
<i>testosterone 1% (25mg/2.5g) pk</i> (AndroGel)	T1	PA QL (150gm/30 days)
<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 30 mg/1.5 ml pump</i>	T1	PA QL (180ml/30 days)
<i>testosterone 50 mg/5 gram gel</i>	T1	PA QL (2 tubes/day)
TESTOSTERONE 50 MG/5 GRAM PKT	T1	PA QL (2 packs/day)
<i>testosterone cypionate</i> (Depo-testosterone)	T1	
<i>testosterone enanthate</i>	T1	
HORMONAS ANTIDIURÉTICAS Y VASOCONSTRICTORAS		
<i>desmopressin</i> (nonrefrigerated)	T1	HD
<i>desmopressin acetate</i> (Ddavn)	T1	HD
NOCTIVA	T3	PA
STIMATE	T3	SP
COMBINACIONES DE ESTRÓGENOS Y PROGESTINAS		
BIJUVA	T3	
COMBINACIONES DE ESTRÓGENOS/ANDRÓGENOS		
<i>estrogen, ester/me-testosterone</i> (Estratest H.S.)	T1	HD
AGENTES ESTROGÉNICOS		
ACTIVELLA (<i>mimvey lo</i>)	T3	HD
ACTIVELLA (<i>mimvey</i>)	T3	HD
ALORA	T3	QL (16 patches/28 days) HD
CLIMARA (<i>estradiol (once weekly)</i>)	T3	HD
CLIMARA PRO	T3	HD
COMBIPATCH	T3	HD
DEPO-ESTRADIOL	T3	HD
DIVIGEL	T2	HD
ELESTRIN	T3	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ESTROGÉNICOS (cont.)		
<i>estradiol</i> (Climara)	T1	HD
<i>estradiol</i> (Vivelle-dot)	T1	QL (8 patches/21) days HD
<i>estradiol 0.025 mg patch(2/wk)</i> (Minivelle)	T1	QL(16 patches/28 days) HD
<i>estradiol 0.025 mg patch(2/wk)</i> (Vivelle-Dot)	T1	QL(16 patches/28 days) HD
<i>estradiol 0.0375mg patch(2/wk)</i> (Minivelle)	T1	QL(16 patches/28 days) HD
<i>estradiol 0.0375mg patch(2/wk)</i> (Vivelle-Dot)	T1	QL(16 patches/28 days) HD
<i>estradiol 0.05 mg patch (2/wk)</i> (Minivelle)	T1	QL(16 patches/28 days) HD
<i>estradiol 0.05 mg patch (2/wk)</i> (Vivelle-Dot)	T1	QL(16 patches/28 days) HD
<i>estradiol 0.06% 1.25g gel pump</i> (EstroGel)	T1	HD
<i>estradiol 0.075 mg patch(2/wk)</i> (Minivelle)	T1	QL(16 patches/28 days) HD
<i>estradiol 0.075 mg patch(2/wk)</i> (Vivelle-Dot)	T1	QL(16 patches/28 days) HD
<i>estradiol 0.1 mg patch (2/wk)</i> (Minivelle)	T1	QL(16 patches/28 days) HD
<i>estradiol 0.1 mg patch (2/wk)</i> (Vivelle-Dot)	T1	QL(16 patches/28 days) HD
<i>estradiol 0.5 mg tablet</i> (Estrace)	T1	HD
<i>estradiol 1 mg tablet</i> (Estrace)	T1	HD
<i>estradiol 2 mg tablet</i> (Estrace)	T1	HD
<i>estradiol valerate</i> (Delestrogen)	T1	HD
<i>estradiol/norethindrone acet</i> (Activella)	T1	HD
ESTROGEL (<i>estradiol</i>)	T3	HD
EVAMIST	T3	HD
FEMHRT (<i>norethindron-ethinyl estradiol</i>)	T3	HD
MENEST	T3	HD
MENOSTAR	T3	QL (8 patches/28 days) HD
MINIVELLE (<i>Jyllana</i>)	T3	QL (16 patches/28 days) HD
<i>norethind-eth estrad 0.5-2.5</i> (Femhrt)	T1	HD
<i>norethindrone ac/eth estradiol</i>	T1	HD
<i>norethindrone ac/eth estradiol</i> (Femhrt)	T1	HD
<i>norethin-eth estrad 1 mg-5 mcg</i>	T1	HD
PREMARIN	T2	HD
PREMPHASE	T2	HD
PREMPRO	T2	HD
VIVELLE-DOT (<i>Jyllana</i>)	T3	QL (16 patches/28 days) HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
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		
<i>budesonide</i>	T1	PA QL (56 tabs/180 days)
<i>budesonide</i> (Entocort Ec)	T1	
<i>cortisone acetate</i>	T1	
<i>deflazacort</i> (Emflaza)	T1	PA SP HD
<i>dexamethasone</i>	T1	
<i>dexamethasone sodium phosp/pf</i>	T1	
EMFLAZA	T3	PA SP HD
ENTOCORT EC (<i>budesonide ec</i>)	T3	
UCERIS 9 MG ER TABLET (<i>budesonide</i>)	T3	PA QL(1 tab/day)
<i>hydrocortisone</i> (Cortef)	T1	
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	
HORMONA LIBERADORA DE HORMONA DEL CRECIMIENTO (GHRH) Y ANÁLOGOS		
EGRIFTA	T3	PA SP HD
EGRIFTA SV	T3	PA SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HORMONAS DEL CRECIMIENTO		
GENOTROPIN	T3	PA SP HD
NORDITROPIN FLEXPRO	T3	PA SP HD
OMNITROPE	T3	PA SP HD
SEROSTIM	T3	PA SP
SKYTROFA	T3	SP HD
SOGROYA	T3	PA SP
HORMONAS DE FACTOR DE CRECIMIENTO INSULÍNICO TIPO I (IGF-I)		
INCRELEX	T3	PA SP HD
COMB. DE PROGESTINA Y ANÁLOGOS AGONISTAS DE LA LHRH (GNRH)		
LUPANETA PACK	T3	PA SP HD
ANÁLOGOS AGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), SUPRESORES HIPOFISARIOS		
LUPRON DEPOT	T3	PA SP HD
TRIPTODUR	T3	PA SP
SYNAREL	T3	PA SP HD
COMB. DE PROGESTINA Y ESTRÓGENOS ANTAGONISTAS DE LA LHRH (GNRH)		
MYFEMBREE	T2	PA QL (24 month therapy)
ORIAHNN	T2	PA QL (2 capsules/day)
ANTAGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), AGENTES SUPRESORES HIPOFISARIOS		
CETROTIDE	T3	PA SP
<i>ganirelix acet 250 mcg/0.5 ml (Ganirelix Acetate)</i>	T3	PA SP
GANIRELIX ACET 250 MCG/0.5 ML (<i>ganirelix acetate</i>)	T3	PA SP
ORILISSA 150 MG TABLET	T2	PA QL (1 tab/day)
ORILISSA 200 MG TABLET	T2	PA QL (6 months therapy/lifetime)
SUP. HIPOF. AGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), PUBERTAD PRECOZ CENTRAL		
FENSOLVI	T3	PA SP
LUPRON DEPOT-PED	T3	PA SP HD
MINERALOCORTICOIDES		
<i>fludrocortisone acetate</i>	T1	HD
OXITÓCICOS		
carboprost 250 mcg/ml ampul (Hemabate)	T1	
CARBOPROST 250 MCG/ML SYRINGE	T3	
CERVIDIL	T3	
<i>methylergonovine maleate</i>	T1	
PREPIDIL	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
OXITÓCICOS (cont.)		
PROSTIN E2 VAGINAL SUPPOSITORY	T3	
HORMONAS PARATIROIDEAS		
YORVIPATH	T3	
AGENTES SUPRESORES HIPOFISARIOS		
<i>cabergoline</i>	T1	QL (16 tabs/28 days) HD
CRENESSITY 50 MG CAPSULE	T3	PA QL(2 caps/day) SP
CRENESSITY 100 MG CAPSULE	T3	PA QL SP
CRENESSITY 50 MG/ML SOLUTION	T3	PA QL(8 mls/day) SP
CRENESSITY	T3	PA, QL, SP
<i>danazol</i>	T1	HD
AGENTES PROGESTACIONALES		
AYGESTIN (<i>norethindrone acetate</i>)	T3	HD
CRINONE 4% GEL	T3	PA HD
DEPO-PROVERA 400 MG/ML VIAL	T3	HD
<i>hydroxyprogesterone</i>	T1	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> (Aygestin)	T1	HD
<i>progesterone, micronized</i> (Prometrium)	T1	HD
AGENTES SOMATOSTÁTICOS		
LANREOTIDE	T3	PA SP HD
<i>lanreotide 120 mg/0.5 ml syrng</i>	T1	PA SP HD
<i>octreotide acetate</i> (Sandostatin)	T1	PA SP HD
SANDOSTATIN (<i>octreotide acetate</i>)	T3	PA SP HD
SANDOSTATIN LAR DEPOT	T3	PA SP
SIGNIFOR	T3	PA SP
SIGNIFOR LAR	T3	PA SP
SOMATULINE DEPOT	T3	PA SP HD
ESTRÓGENOS VAGINALES PARA DISFUNCIÓN SEXUAL		
IMVEXXY 10 MCG MAINTENANCE PAK	T3	QL (16/28 days) HD
IMVEXXY 10 MCG STARTER PACK	T3	QL (36/28 days) HD
IMVEXXY 4 MCG MAINTENANCE PACK	T3	QL (16/28 days) HD
IMVEXXY 4 MCG STARTER PACK	T3	QL (36/28 days) HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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
PREPARACIONES DE ESTRÓGENOS VAGINALES (cont.)		
ESTRACE (estradiol)	T3	HD
estradiol	T1	QL (36 tabs/28 days) HD
estradiol 0.01% cream	T1	HD
estradiol 10 mcg vaginal insrt	T1	QL (36 tabs/28 days) HD
ESTRING	T2	QL (2 rings/90 days) HD
FEMRING	T3	HD
PREMARIN	T2	HD
VAGIFEM (yuvaferm)	T3	QL (36 tabs/28 days)
HORMONAS (Infertilidad)		
PREPARACIONES PARA ESTIMULAR LA FERTILIDAD, SIN FSH		
clomiphene citrate	T1	
HORMONAS FOLICULOESTIMULANTES Y LUTEINIZANTES		
MENOPUR	T3	PA SP
HORMONA FOLICULOESTIMULANTE (FSH)		
FOLLISTIM AQ	T3	PA SP
GONAL-F	T3	PA SP
GONAL-F RFF	T3	PA SP
GONAL-F RFF REDI-JECT	T3	PA SP
GONADOTROPINA CORIÓNICA HUMANA (HCG)		
CHORIONIC GONAD 10,000 UNIT VL	T3	PA SP
CHORIONIC GONAD 12,000 UNIT VL	T3	SP
NOVAREL	T3	PA SP
PREGNYL	T3	PA SP
AGENTES PARA FACILITAR/MANTENER EL EMBARAZO, HORMONALES		
CRINONE 8% GEL	T2	
ENDOMETRIN	T3	
hydroxyprogest 1,250 mg/5 ml	T1	PA
hydroxyprogest 250 mg/ml vial	T1	PA
MAKENA	T3	PA
HORMONAS (Varias)		
ANÁLOGOS DE LA HORMONA LEPTINA		
MYALEPT	T3	PA SP HD
HORMONAS (Productos para la osteoporosis)		
AGENTES QUE ESTIMULAN LA FORMACIÓN DE HUESO - PÉPTIDOS LIB. DE PTH		
teriparatide 600 mcg/2.4ml pen	T1	PA QL(0.09 mls/day) SP HD
TERIPARATIDE 620 MCG/2.48 ML	T3	PA QL(0.09 mls/day) SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Productos para la osteoporosis) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA		
<i>calcitonin, salmon, synthetic</i>	T1	HD
JUBBONTI	T2	PA SP
RECLAST 5 MG/100 ML SOLUTION	T3	
MIACALCIN	T2	HD
WYOST	T2	PA SP
<i>zoledronic acid 4 mg vial</i>		
ZOLEDRONIC ACID 4MG/100ML	T3	

INMUNOSUPRESORES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)

ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE LA IL-23, ANTICUERPOS MONOCLONALES		
OMVOH 100 MG/ML SYRINGE	T2	PA QL SP HD
OMVOH 300 MG/15 ML VIAL	T2	PA SP HD
ANTAGONISTAS ALFA DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-4 (IL-4), ANTICUERPOS MONOCLONALES		
DUPIXENT PEN	T3	PA SP HD
DUPIXENT SYRINGE	T3	PA SP HD
INHIBIDORES DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-6 (IL-6)		
ACTEMRA	T3	PA QL (4 syringes/28 days) SP HD
ACTEMRA ACTPEN	T3	PA QL (4 pens/28 days) SP HD
ENSPRYNG	T3	PA SP HD
KEVZARA 150 MG/1.14 ML PEN INJ	T3	PA QL (2 pens/28 days) SP HD
KEVZARA 150 MG/1.14 ML SYRINGE	T3	PA QL (2 syringes/28 days) SP HD
KEVZARA 200 MG/1.14 ML PEN INJ	T3	PA QL (2 pens/28 days) SP HD
KEVZARA 200 MG/1.14 ML SYRINGE	T3	PA QL (2 syringes/28 days) SP HD
TYENNE	T3	PA SP
TYENNE AUTOINJECTOR	T3	PA QL(3.6 ml/28 days) SP
ANTICUERPOS MONOCLONALES-INHIB. DE LA INTERLEUCINA HUMANA I2/23		
STELARA 45 MG/0.5 ML SYRINGE	T3	PA QL (1 syringe/84 days) SP HD
STELARA 45 MG/0.5 ML VIAL	T3	PA QL (1 vial/84 days) SP HD
STELARA 90 MG/ML SYRINGE	T3	PA QL (1 syringe/84 days) SP HD
USTEKINUMAB-TTWE	T2	PA QL(1 syringe/84 days) SP HD
YESINTEK	T2	PA QL(1 syringe/84 days) SP

INMUNOSUPRESORES (Condiciones cutáneas)

AGENTES INMUNOSUPRESORES TÓPICOS		
ELIDEL (<i>pimecrolimus</i>)	T3	
NEMLUVIO	T2	PA SP
<i>pimecrolimus</i> (Elidel)	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 (Condiciones cutáneas) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES INMUNOSUPRESORES TÓPICOS		
PROTOPIC (<i>tacrolimus</i>)	T3	
<i>tacrolimus ointment</i> (Protopic)	T1	

INMUNOSUPRESORES (Medicamentos para trasplante)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INMUNOSUPRESORES		
ASTAGRAF XL	T3	SP HD
AZASAN	T3	SP HD
<i>azathioprine</i> (Imuran)	T3	SP HD
CELLCEPT (<i>mycophenolate mofetil</i>)	T3	SP HD
<i>cyclosporine</i> (Sandimmune)	T3	SP HD
<i>cyclosporine, modified</i> (Neoral)	T3	SP HD
ENVARUS XR	T3	SP HD
<i>everolimus 0.25 mg tablet</i> (Zortress)	T3	SP HD
<i>everolimus 0.5 mg tablet</i> (Zortress)	T3	SP HD
<i>everolimus 0.75 mg tablet</i> (Zortress)	T3	SP HD
IMURAN (<i>azathioprine</i>)	T3	SP HD
LUPKYNIS	T3	PA QL(6 caps/day) SP
<i>mycophenolate mofetil</i> (Cellcept)	T3	SP HD
<i>mycophenolate sodium</i> (Myfortic)	T1	SP HD
PROGRAF	T3	SP HD
PROGRAF (<i>tacrolimus</i>)	T3	SP HD
<i>sirolimus</i> (Rapamune)	T1	SP HD
<i>tacrolimus ointment</i>	T1	
<i>tacrolimus 0.5 mg capsule</i> (ir) (Prograf)	T1	SP HD
<i>tacrolimus 1 mg capsule</i> (ir) (Prograf)	T1	SP HD
<i>tacrolimus 5 mg capsule</i> (ir) (Prograf)	T1	SP HD
ZORTRESS (<i>everolimus</i>)	T3	SP HD

INMUNOSUPRESORES - ANTICUERPOS MONOCLONALES QUE INHIBEN LA FUNCIÓN DEL LINFOCITO T

SIMULECT	T2	SP
----------	----	----

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes)

SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS

2TEK CONTROL SOLUTION	T1	
2TEK GLUCOSE-WRIST MONITOR KIT	T3	
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCING DEV	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.)		
ACCU-CHEK GUIDE CONTROL SOLN	T1	
ACCU-CHEK SMARTVIEW CONTRL SOL	T1	
ACCU-CHEK SOFTCLIX	T1	
ACCU-TREND GLUCOSE CONTROL	T1	
ADJUSTABLE LANCING DEVICE	T1	
ADVANCED LANCING DEVICE	T1	
ADVOCATE CONTROL SOLUTION	T1	
ADVOCATE LANCING DEVICE	T1	
ADVOCATE RAPID-SAFE LANCING DV	T1	
ADVOCATE REDI-CODE+ CTRL SOLN	T1	
AGAMATRIX CONTROL	T1	
ALKALINE BATTERIES	T1	
ALTERNATE SITE LANCING DEVICE	T1	
AQUA LANCE LANCING DEVICE	T1	
ASSURE 4 CONTROL SOLUTION	T1	
ASSURE DOSE	T1	
ASSURE PRISM	T1	
AT HOME A1C	T1	
AUTOJECT 2	T1	
AUTO-LANCET MINI	T1	
AUTOLET IMPRESSION	T1	
AUTOLET LANCING DEVICE	T1	
AUTOLET PLUS	T1	
BLOOD GLUCOSE CONTROL	T1	
BLULINK DIABETIC TEST BUNDLE	T3	
BLULINK GLUCOSE MONITOR SYST	T3	
BREEZE 2	T1	
CAREONE	T1	
CARESENS	T1	
CARETOUCH CONTROL SOLUTION	T1	
CARETOUCH LANCING DEVICE	T1	
CEQR SIMPLICITY	T2	
CHEMSTRIP BG DIARY	T1	
CHOSEN LANCING DEVICE	T1	
CLEVER CHOICE CONTROL SOLUTION	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)		
CLEVER CHOICE CONTROL SOLUTION	T1	
CONTOUR METER	T3	
CONTOUR PLUS BLUE	T3	
CONTOUR NEXT CONTROL SOLUTION	T1	
CONTOUR SOLUTION	T1	
COOL CONTROL SOLUTION	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)
DIATRUE	T1	
DROPLET GENTEEL LANCING DEVICE	T1	
DROPLET LANCING DEVICE	T1	
EASY MINI EJECT LANCING DEVICE	T1	
EASY PLUS II CONTROL SOLN HIGH	T1	
EASY PLUS II CONTROL SOLN LOW	T1	
EASY STEP CONTROL SOLUTION	T1	
EASY TALK CONTROL SOLN LOW	T1	
EASY TALK HIGH CONTROL SOLN	T1	
EASY TALK PLUS II HIGH CONTROL	T1	
EASY TALK PLUS II LOW CTRL SLN	T1	
EASY TOUCH BLULINK CTRL SOLN	T1	
EASY TOUCH CONTROL SOLUTION	T1	
EASY TOUCH LANCING DEVICE	T1	
EASY TRAK CONTROL SOLN HIGH	T1	
EASY TRAK CONTROL SOLN LOW	T1	
EASY TRAK II CONTROL SOLUTION	T1	
EASYGLUCO PLUS CONTROL NORMAL	T1	
EASYMAX	T1	
EASYMAX NORMAL CONTROL SOLN	T1	
ELEMENT COMPACT CONTROL SOLN	T1	
ELEMENT CONTROL SOLUTION	T1	
EMBRACE EVO LEVEL 1 CTRL SOLN	T1	
EMBRACE GLUC CONTROL SOLN HIGH	T1	
EMBRACE GLUCOSE CONTROL SOLN	T1	
EMBRACE LANCING DEVICE	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)		
EMBRACE PRO	T1	
EMBRACE TALK CONTROL SOLUTION	T1	
EMBRACE WAVE PLUS GLUCOSE MTR	T3	
ENLITE SERTER	T1	
EVENCARE G2 CONTROL SOLUTION	T1	
EVENCARE G3 CONTROL SOLUTION	T1	
EVOLUTION CONTROL SOLUTION	T1	
EZ-VAC	T1	
FORA CONTROL SOLUTION	T1	
FORA LANCING DEVICE	T1	
FORA TN'GO ADVANCE MULTIFN MTR	T3	
FORACARE GDH	T1	
FORTISCARE	T1	
FREESTYLE CONTROL SOLUTION	T1	
FREESTYLE LIBRE 2 PLUS SENSOR	T2	PA QL (2 units/30 days)
FREESTYLE LIBRE 2 READER	T2	PA QL (1 reader/day)
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR	T2	PA QL (2 sensors/21 days)
FREESTYLE LIBRE 3 PLUS SENSOR	T2	PA QL (2 units/28 days)
FREESTYLE LIBRE 10 DAY READER	T2	PA QL (1 reader/day)
FREESTYLE LIBRE 10 DAY SENSOR	T2	PA QL (3/30 days)
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER	T2	PA QL (1 reader/day)
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR	T2	PA QL (2/28 days)
FREESTYLE TEST STRIP	T2	
GE100 CONTROL SOLUTION NORMAL	T1	
GE333 BLOOD GLUCOSE SYSTEM	T3	
GENTEEL VACUUM LANCING DEVICE	T1	
GLUCOCARD 01 CONTROL	T1	
GLUCOCARD EXPRESSION CNTRL SLN	T1	
GLUCOCARD SHINE CONTROL SOLN	T1	
GLUCOCOM AUTOLINK	T1	
GLUCOCOM CONTROL SOLUTION	T1	
GLUCOSE CONTROL	T1	
GOJJI GLUCOSE CONTROL SOLUTION	T1	
GOJJI LANCING DEVICE	T1	
GUARDIAN RT CHARGER	T1	
GUARDIAN RT STARTER KIT	T1	
GUARDIAN RT SYSTEM	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.)		
GUARDIAN TEST PLUG	T1	
GUARDIAN TRANSMITTER TAPE	T1	
HEALTHPRO GLUCOSE CONTROL SOLN	T1	
HEALTHY ACCENTS AUTOLET	T1	
HUMAPEN LUXURA HD	T1	
HYPOLANCE	T1	
IHEALTH CONTROL SOLN LEVEL 2	T1	
IHEALTH GLUCO PLUS METER	T3	
INCONTROL LANCING DEVICE	T1	
INFINITY CONTROL SOLUTION	T1	
INFINITY VOICE CONTROL SOLN	T1	
INPEN (FOR HUMALOG)	T1	
INPEN (FOR NOVOLOG OR FIASP)	T1	
INSUL-CAP	T1	
INSUL-EZE	T1	
LANCING DEVICE	T1	
LANCING SYSTEM	T1	
LANZO	T1	
LITE TOUCH	T1	
MAGNI-GUIDE MAGNIFIER	T1	
MEDISENSE	T1	
MEDISENSE GLUCOSE KETONE	T1	
MEDISENSE GLUCOSE KETONE CONTR	T1	
MEDTRONIC REMOTE CONTROL	T1	
MICRODOT HIGH-LOW CONTROL SOL	T1	
MICRODOT NORMAL CONTROL SOLUT	T1	
MICROLET 2	T1	
MICROLET NEXT LANCING DEVICE	T1	
MINI LANCING DEVICE	T1	
MINIMED QUICK-SERTER	T1	
MOBILE LANCETS	T2	
MULTI-LANCET	T1	
MYGLUCOHEALTH CONTROL SOLUTION	T1	
NOVAMAX PLUS GLU-KET	T1	
NOVOPEN ECHO	T1	
OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS)	T2	QL(30 crtgs/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

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)		
OMNIPOD 5 DEXG7G6 INTRO(GEN 5)	T2	QL(1 unit/365 days)
OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS (GEN 5)	T2	QL(30 CRTGS/30 DAYS)
OMNIPOD 5 INTRO(G6/LIBRE2PLUS)	T2	QL
ON CALL EXPRESS CONTROL SOLN	T1	
ON CALL LANCING DEVICE	T1	
ON CALL PLUS CONTROL	T1	
ON CALL PLUS LANCING DEVICE	T1	
ON CALL VIVID CONTROL	T1	
ONETOUCH DELICA PLUS LANC DEV	T1	
ONETOUCH ULTRA CONTROL SOLN	T1	
ONETOUCH ULTRASOFT 2 LANCET	T2	
ONETOUCH VERIO HIGH CNTRL SOLN	T1	
ONETOUCH VERIO MID CNTRL SOLN	T1	
OPTUMRX GLUCOSE CONTROL SOLN	T1	
OVAL TAPE	T1	
PIP GLUCOSE CONTROL SOLUTION	T1	
PRO COMFORT SAFETY LANCET	T2	
PRODIGY CONTROL SOLUTION	T1	
PRODIGY LANCING DEVICE	T1	
REFUAH PLUS GLUCOSE CONTROL	T1	
RELIAMED MINI LANCING DEVICE	T1	
REPLACEMENT PEDIATRIC MONITOR	T1	
RIGHTEST CONTROL SOLUTION	T1	
RIGHTEST GD500	T1	
SAFE-CLIP	T1	
SEN-SERTER	T1	
SIL-SERTER	T1	
SMARTDIABETES VANTAGE	T1	
SMARTEST	T1	
SOLUS V2 CONTROL SOLUTION	T1	
SOLUS V2 LANCING DEVICE	T1	
SURE COMFORT LANCING PEN	T1	
SUREFLEX	T1	
SURE-PEN	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.)		
SURE-TEST EASYPLUS MINI SOLN	T1	
TELCARE CONTROL SOLUTION	T1	
TRUE METRIX	T1	
TRUECONTROL	T1	
TRUEDRAW	T1	
ULTI-LANCE	T1	
ULTRATRAK CONTROL SOLUTION	T1	
ULTRATRAK ULTIMATE CNTRL SOLN	T1	
UNISTIK 2	T1	
UNISTIK 3	T1	
UNISTIK 3 COMFORT	T1	
UNISTIK 3 NEONATAL	T1	
UNISTRIP	T1	
VERASENS CONTROL SOLUTION	T1	
V-GO 20	T2	
V-GO 30	T2	
V-GO 40	T2	
VIVAGUARD INO CONTROL SOLUTION	T1	
VIVAGUARD LANCING DEVICE	T1	
WAVESENSE CONTROL SOLUTION	T1	
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I)		
CHOSEN LANCET	T1	
CHOSEN SAFETY LANCET	T1	
PERFECT POINT SAFETY LANCETS		
AGUJAS/DISPOSITIVOS SIN AGUJA		
1ST TIER UNIFINE PENTIPS	T1	
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS	T1	
ABOUTIME PEN NEEDLE	T1	
ADVOCATE PEN NEEDLES	T1	
AQINJECT PEN NEEDLE	T1	
ASSURE ID PEN NEEDLE	T1	
AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE	T1	
BLUNT NEEDLE	T1	
CAREFINE PEN NEEDLE	T1	
CARETOUCH HYPODERMIC 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.)		
CARETOUCH PEN NEEDLE	T1	
CLICKFINE	T1	
COMFORT EZ PEN NEEDLE	T1	
COMFORT EZ PRO SAFETY PEN NDL	T1	
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE	T1	
DROPLET MICRON PEN NEEDLE	T1	
DROPLET PEN NEEDLE	T1	
DROPSAFE PEN NEEDLE	T1	
EASY COMFORT PEN NEEDLE	T1	
EASY COMFORT PEN NEEDLES	T1	
EASY GLIDE PEN NEEDLE	T1	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE	T1	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLES	T1	
EASY TOUCH HYPODERMIC NEEDLE	T1	
EASY TOUCH PEN NEEDLE	T1	
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE	T1	
EASYPPOINT NEEDLE	T1	
ECLIPSE NEEDLE	T1	
EMBRACE PEN NEEDLE	T1	
EXEL HUBER NEEDLE	T1	
EXEL HYPODERMIC NEEDLE	T1	
FILTER ASPIRATOR NEEDLE	T1	
FILTER NEEDLE	T1	
FLOW-EZE	T1	
HEALTHWISE PEN NEEDLE	T1	
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP	T1	
HYPODERMIC NEEDLE	T1	
INCONTROL PEN NEEDLE	T1	
INSULIN PEN NEEDLE	T1	
INSUPEN	T1	
INSUPEN PEN NEEDLE	T1	
INTEGRA NEEDLE	T1	
INTEGRA PRECISIONGLIDE NEEDLE	T1	
LIFESHIELD BLUNT CANNULA	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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.)		
LITE TOUCH	T1	
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE	T1	
MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE	T1	
MICRODOT INSULIN PEN NEEDLE	T1	
MINI PEN NEEDLE	T1	
MINI ULTRA-THIN II	T1	
MONOJECT BLOOD COLLECTION	T1	
MONOJECT FILTER NEEDLE	T1	
NANO 2ND GEN PEN NEEDLE	T1	
NEEDLES	T1	
needles,safety huber,disposable	T1	
NOKOR ADMIX NEEDLE	T1	
NOKOR NEEDLE	T1	
NOVOFINE 32	T1	
NOVOFINE AUTOCOVER	T1	
NOVOFINE PLUS	T1	
NOVOTWIST	T1	
PEN NEEDLES	T1	
PENTIPS	T1	
PHASEAL PROTECTOR	T1	
PIP PEN NEEDLE	T1	
POLY HUB NEEDLE	T1	
PRECISIONGLIDE	T1	
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE	T1	
PRO COMFORT PEN NEEDLE	T1	
PURE COMFORT PEN NEEDLE	T1	
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE	T1	
RAYA SURE PEN NEEDLE	T1	
REGULAR BEVEL NEEDLES	T1	
RELION PEN NEEDLES	T1	
SAFETY PEN NEEDLE	T1	
SAFETYGLIDE NEEDLE	T1	
SECURESAFE PEN NEEDLE	T1	
SHORT BEVEL NEEDLES	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGUJAS/DISPOSITIVOS SIN AGUJA (cont.)		
SKY SAFETY PEN NEEDLE	T1	
SPECIALTY USE NEEDLES	T1	
SURE COMFORT	T1	
SURE COMFORT PEN NEEDLE	T1	
SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE	T1	
SURE-FINE PEN NEEDLES	T1	
TECHLITE PEN NEEDLE	T1	
TERUMO SURGUARD2	T1	
TERUMO SURGUARD2	T1	
THIN WALL NEEDLES	T1	
TOPCARE CLICKFINE	T1	
TRANSFER NEEDLE	T1	
TRUE COMFORT PEN NEEDLE	T1	
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLE	T1	
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE	T1	
TRUEPLUS PEN NEEDLE	T1	
ULTICARE PEN NEEDLE	T1	
ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE	T1	
ULTIGUARD SAFEPACK-PEN NEEDLE	T1	
ULTILET PEN NEEDLE	T1	
ULTRA FLO PEN NEEDLE	T1	
ULTRA THIN	T1	
ULTRACARE PEN NEEDLE	T1	
ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE	T1	
ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE	T1	
ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE	T1	
ULTRA-FINE ORIGINAL PEN NEEDLE	T1	
ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE	T1	
ULTRA-THIN II	T1	
UNIFINE PEN NEEDLE	T1	
UNIFINE PENTIPS	T1	
UNIFINE PENTIPS PLUS	T1	
UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW	T1	
UNIFINE SAFECONTROL	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.)		
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE	T1	
VERIFINE PEN NEEDLE	T1	
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE	T1	
YALE NEEDLES	T1	
JERINGAS Y ACCESORIOS		
ADVOCATE SYRINGES	T1	
ASSURE ID INSULIN SAFETY	T1	
CARETOUCH INSULIN SYRINGE	T1	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE	T1	
DROPLET INSULIN SYRINGE	T1	
DROPSAFE INSULIN SYRINGE	T1	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE	T1	
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE	T1	
EASY TOUCH	T1	
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN	T1	
EASY TOUCH INSULIN SAFETY	T1	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE	T1	
EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN	T1	
EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN	T1	
EASY TOUCH UNI-SLIP	T1	
EASY-TOUCH INSULIN SYRINGE	T1	
ECLIPSE SYRINGE	T1	
FREESTYLE PRECISION	T1	
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE	T1	
INSULIN SYRINGE	T1	
INSULIN SYRINGE U-500	T1	
LITE TOUCH	T1	
LITETOUCH INSULIN SYRINGE	T1	
LUER-LOK SYRINGE	T1	
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG	T1	
MAGELLAN INSULIN SYRINGE	T1	
MAXI-COMFORT	T1	
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE	T1	
MINIMED RESERVOIR 1.8 ML	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
JERINGAS Y ACCESORIOS (cont.)		
MINIMED RESERVOIR 3 ML	T3	
MONOJECT	T1	
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRNG	T1	
MONOJECT INSULIN SYRINGE	T1	
PARADIGM RESERVOIR 1.8 ML	T1	
PARADIGM RESERVOIR 3 ML	T3	
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE	T1	
PRODIGY INSULIN SYRINGE	T1	
SAFESNAP INSULIN SYRINGE	T1	
SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE	T1	
SECURESAFE INSULIN SYRINGE	T1	
SURE COMFORT	T1	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE	T1	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE	T1	
syringe and needle, insulin, 1ml	T1	
syringe-needle, insulin, 0.5 ml	T1	
syring-needl, disp, insulin, 0.3 ml	T1	
TECHLITE INSULIN SYRINGE	T1	
TERUMO INSULIN SYRINGE	T1	
THINPRO INSULIN SYRINGE	T1	
TOPCARE ULTRA COMFORT	T1	
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE	T1	
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE	T1	
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE	T1	
ULTICARE INSULIN SYRINGE	T1	
ULTIGUARD SAFE 1ML 30G 12.7MM	T3	
ULTIGUARD SAFE0.3ML 30G 12.7MM	T3	
ULTIGUARD SAFE0.5ML 30G 12.7MM	T1	
ULTIGUARD SAFEPACK 1ML 31G 8MM	T3	
ULTIGUARD SAFEPK 0.3ML 31G 8MM	T3	
ULTIGUARD SAFEPK 0.5ML 31G 8MM	T1	
ULTILET INSULIN SYRINGE	T1	
ULTRA COMFORT	T1	
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

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

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Varios)

EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I)		
1ST TIER UNILET COMFORTOUCH	T1	
2-IN-1 LANCET DEVICE	T1	
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET DRUM	T1	
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO	T1	
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO PLUS	T1	
ACCU-CHEK SOFTCLIX	T1	
ACTI-LANCE	T1	
ADVANCED TRAVEL LANCETS	T1	
ADVOCATE 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	
BLULINK BG SYSTEM REFILL	T3	
BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS	T1	
BUTTERFLY TOUCH LANCET	T1	
CAREONE	T1	
CARETOUCH TWIST LANCET	T1	
CLEVER CHEK LANCETS	T1	
COAGUCHEK	T1	
COLOR LANCETS	T1	
COMFORT EZ	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)		
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 UNISTIK 2	T1	
GLUCOCOM LANCETS	T1	
GOJJI LANCETS	T1	
HEALTHY ACCENTS UNILET LANCET	T1	
INCONTROL SUPER THIN LANCETS	T1	
INCONTROL ULTRA THIN LANCETS	T1	
INJECT EASE LANCETS	T1	
INVACARE LANCETS	T1	
<i>lancets</i>	T1	
LANCETS	T1	
LANCETS THIN	T1	
LANCETS ULTRA THIN	T1	
LITE TOUCH	T1	
MEDISENSE THIN LANCETS	T1	
MEDLANCE PLUS	T1	
MEDLANCE PLUS SPECIAL BLADE	T1	
MICRO THIN LANCETS	T1	
MICROLET	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

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

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)		
SMART SENSE LANCETS	T1	
SMARTEST LANCET	T1	
SOLUS V2 28G LANCETS	T1	
SOLUS V2 LANCETS	T1	
STERILANCETL	T1	
STERILE LANCETS	T1	
SUPER THIN LANCETS	T1	
SURE COMFORT LANCETS	T1	
SURE-LANCE	T1	
SURE-TOUCH	T1	
TECHLITE LANCETS	T1	
TELCARE ULTRA THIN 30G LANCETS	T1	
THIN LANCETS	T1	
TOPCARE UNIVERSAL1 LANCET	T1	
TOPCARE UNIVERSAL1 THIN LANCET	T1	
TRUE COMFORT LANCET	T1	
TRUE COMFORT SAFETY LANCET	T1	
TRUEPLUS LANCETS	T1	
TWIST LANCETS	T1	
TWIST TOP LANCET	T1	
ULTILET BASIC	T1	
ULTILET CLASSIC	T1	
ULTILET LANCETS	T1	
ULTILET SAFETY	T1	
ULTRA THIN LANCETS	T1	
ULTRA THIN PLUS LANCETS	T1	
ULTRA-CARE LANCETS	T1	
ULTRALANCE	T1	
ULTRA-THIN II	T1	
ULTRATLC LANCETS	T1	
UNILET COMFORTOUCH	T1	
UNILET EXCELITE	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)		
UNILET EXCELITE II	T1	
UNILET GP LANCET	T1	
UNILET LANCET	T1	
UNISTIK 3	T1	
UNISTIK 3 EXTRA	T1	
UNISTIK 3 NORMAL	T1	
UNISTIK COMFORT	T1	
UNISTIK CZT	T1	
UNISTIK EXTRA	T1	
UNISTIK NORMAL	T1	
UNISTIK PRO	T1	
UNISTIK SAFETY	T1	
UNISTIK TOUCH	T1	
UNIVERSAL 1	T1	
VERIFINE SAFETY LANCET MINI	T1	
VERIFINE UNIVERSAL LANCET	T1	
VIVAGUARD LANCET	T1	
AGUJAS/DISPOSITIVOS SIN AGUJA		
NEEDLES	T1	
AYUDAS, DISPOSITIVOS, EQUIPOS RESPIRATORIOS		
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER	T2	QL (1 unit/year)
AEROCHAMBER MINI	T2	QL (1 unit/year)
AEROCHAMBER MV	T2	QL (1 unit/year)
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU	T2	QL (1 unit/year)
AEROCHAMBER WITH FLOWSIGNAL	T2	QL (1 unit/year)
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS	T2	QL (1 unit/year)
AEROTRACH PLUS	T2	QL (1 unit/year)
AEROVENT PLUS	T2	QL (1 unit/year)
BREATHERITE	T2	QL (1 unit/year)
BREATHERITE SPACER-ADULT MASK	T2	QL (1 unit/year)
BREATHERITE SPACER-INFANT MASK	T2	QL (1 unit/year)
BREATHERITE SPACER-LARGE MASK	T2	QL (1 mask/365 days)
BREATHERITE SPACER-LG CHLD MSK	T2	QL (1 unit/year)
BREATHERITE SPACER-MEDIUM MASK	T2	QL (1 mask/365 days)
BREATHERITE SPACER-NEONATE MSK	T2	QL (1 unit/year)

T1 — Habitualmente genéricos

T2 — Habitualmente marcas preferidas

T3 — Habitualmente marcas no preferidas

PA — Autorización previa

QL — Límite a la cantidad

ST — Tratamiento escalonado

AGE — Requisito de edad

SP — Medicamentos de especialidad

HD — Puede requerir entrega a 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-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)
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 MASK	T2	QL (1 unit/year)
VORTEX	T2	QL (1 unit/year)
VORTEX HOLDING CHAMBER-CHILD, TODDLER	T2	QL (1 unit/year)
VORTEX VHC FROG MASK	T2	QL (1 unit/year)
VORTEX VHC LADYBUG MASK	T2	QL (1 unit/year)
JERINGAS Y ACCESORIOS		
LITE TOUCH INSULIN SYR	T1	
SURE COMFORT SYRINGE	T1	
ULTRA-THIN II	T1	
IMPLANTES PARA AUMENTO DEL VOLUMEN DE TEJIDO		
BARRIGEL (hyaluronate sodium, stabilized)	T3	PA SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

RELAJANTES MUSCULARES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS		
<i>baclofen</i>	T1	HD
<i>carisoprodol</i> (Soma)	T1	
<i>carisoprodol/aspirin</i>	T1	
<i>chlorzoxazone</i>	T1	
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	T1	
<i>cyclobenzaprine hcl</i> (Fexmid)	T1	
DANTRIUM (<i>dantrolene sodium</i>)	T3	
<i>dantrolene sodium</i>	T1	
<i>dantrolene sodium</i> (Dantrium)	T1	
FEXMID (<i>cyclobenzaprine hcl</i>)	T3	
FLEQSUVY (<i>baclofen</i>)	T3	HD
<i>metaxalone</i>	T1	
<i>metaxalone</i> (Skelaxin)	T1	
<i>methocarbamol</i>	T1	
<i>orphenadrine citrate</i>	T1	
OZOBAX DS	T3	
ROBAXIN-750 (<i>methocarbamol</i>)	T3	
SKELAXIN (<i>metaxalone</i>)	T3	
<i>tizanidine hcl</i> (Zanaflex)	T1	
ZANAFLEX (<i>tizanidine hcl</i>)	T3	
VITAMINAS PRENATALES (Nutritivas/alimenticias)		
PREPARACIONES DE VITAMINAS PRENATALES		
ATABEX EC	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	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS PRENATALES (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINAS PRENATALES (cont.)		
<i>pnv 80/iron fum/folic/dss/dha</i>	T1	
<i>pnv no.154/iron fum/folic acid</i>	T1	
<i>pnv/ferrous fum/docusate/folic</i>	T1	
<i>pnv/iron, carb/docusat/folic ac</i>	T1	
<i>prenatal 12/iron/folic/dss/om3 (Obtrex Dha)</i>	T1	
<i>PRENATAL 19</i>	T1	
<i>prenatal 34/iron/folic/dss/dha</i>	T1	
<i>prenatal vits15/iron/folic/dss</i>	T1	
<i>VITAFOL FE+</i>	T2	
MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar)⁹		
ANTIDEPRESIVOS ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES ALFA 2		
<i>mirtazapine</i>	T1	HD
<i>mirtazapine (Remeron)</i>	T1	HD
MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS - BENZODIAZEPINAS		
<i>alprazolam</i>	T1	
<i>alprazolam (Xanax Xr)</i>	T1	
<i>alprazolam (Xanax)</i>	T1	
<i>chlordiazepoxide hcl</i>	T1	
<i>clorazepate dipotassium</i>	T1	
<i>clorazepate dipotassium (Tranxene T-tab)</i>	T1	
<i>diazepam 10 mg tablet (Valium)</i>	T1	
<i>diazepam 2 mg tablet (Valium)</i>	T1	
<i>diazepam 5 mg tablet (Valium)</i>	T1	
<i>diazepam 5 mg/5 ml solution</i>	T1	
<i>diazepam 5 mg/ml oral conc</i>	T1	
<i>lorazepam</i>	T1	
<i>oxazepam</i>	T1	
<i>TRANXENE T-TAB (clorazepate dipotassium)</i>	T3	
<i>XANAX XR (alprazolam xr)</i>	T3	
MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS		
<i>buspirone hcl</i>	T1	
<i>meprobamate</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIDEPRESIVOS - ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES NMDA		
SPRAVATO	T3	PA SP
ANTIDEPRESIVOS - DEPRESIÓN POSPARTO (PPD)		
ZURZUVAE 20 MG CAPSULE	T3	PA QL(28 caps/270 days) SP HD
ZURZUVAE 25 MG CAPSULE	T3	PA QL(28 caps/270 days) SP HD
MEDICAMENTOS PARA TRASTORNO BIPOLAR		
EQUETRO	T3	HD
<i>lithium carbonate</i> (Lithobid)	T1	HD
<i>lithium citrate</i>	T1	HD
MAOI - ANTIDEPRESIVOS NO SELECTIVOS E IRREVERSIBLES		
MARPLAN	T3	QL (12 tabs/day)
<i>phenelzine sulfate</i> (Nardil)	T1	
<i>tranylcypromine sulfate</i>	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)
INHIB. DE LA RECAPT. DE NOREPINEFRINA Y DOPAMINA (NDRI)		
<i>bupropion hcl 100 mg tablet</i>	T1	QL (4 tabs/day) HD
<i>bupropion hcl 75 mg tablet</i>	T1	QL (6 tabs/day) HD
<i>bupropion hcl sr 100 mg tablet</i> (Wellbutrin Sr)	T1	QL (4 tabs/day) HD
<i>bupropion hcl sr 150 mg tablet</i> (Wellbutrin Sr)	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>bupropion hcl sr 200 mg tablet</i> (Wellbutrin Sr)	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>bupropion hcl xl 150 mg tablet</i>	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>bupropion hcl xl 300 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
AGONISTAS INVERSOS SELECTIVOS DE SEROTONINA 5-HT_{2A} (SSIA)		
NUPLAZID	T3	PA SP HD
INHIBIDOR SELECTIVO DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (SSRI)		
<i>citalopram hbr 10 mg tablet</i> (Celexa)	T1	QL (6 tabs/day) HD
<i>citalopram hbr 10 mg/5 ml soln</i>	T1	QL (30ml/day) HD
<i>citalopram hbr 20 mg tablet</i> (Celexa)	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>citalopram hbr 20 mg/10 ml sol</i>	T1	QL (30ml/day) HD
<i>citalopram hbr 40 mg tablet</i> (Celexa)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>escitalopram 10 mg tablet</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>escitalopram 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

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>escitalopram 5 mg tablet</i>	T1	QL (4 tabs/day) HD
<i>escitalopram oxalate 5 mg/5 ml</i>	T1	QL (20ml/day) HD
<i>fluoxetine hcl</i>	T1	QL (4 caps/28 days) HD
<i>fluoxetine 20 mg/5 ml soln cup</i>	T1	QL (20 mls/day) HD
<i>fluoxetine hcl 10 mg capsule (Prozac)</i>	T1	QL (8 caps/day) HD
<i>fluoxetine hcl 20 mg capsule (Prozac)</i>	T1	QL (4 caps/day) HD
<i>fluoxetine hcl 20 mg tablet</i>	T1	HD
<i>fluoxetine hcl 40 mg capsule (Prozac)</i>	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
<i>paroxetine cr 12.5 mg tablet (Paxil Cr)</i>	T1	QL (6 tabs/day) HD
<i>paroxetine cr 25 mg tablet (Paxil Cr)</i>	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>paroxetine cr 37.5 mg tablet (Paxil Cr)</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>paroxetine er 12.5 mg tablet (Paxil Cr)</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>paroxetine er 25 mg tablet (Paxil Cr)</i>	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>paroxetine er 37.5 mg tablet (Paxil Cr)</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>paroxetine hcl 10 mg tablet (Paxil)</i>	T1	QL (6 tabs/day) HD
<i>paroxetine hcl 20 mg tablet (Paxil)</i>	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>paroxetine hcl 30 mg tablet (Paxil)</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>paroxetine hcl 40 mg tablet (Paxil)</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>SARAFEM (fluoxetine hcl)</i>	T3	ST HD
<i>sertraline 20 mg/ml oral conc (Zoloft)</i>	T1	QL (10ml/day) HD
<i>sertraline hcl 100 mg tablet (Zoloft)</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>sertraline hcl 25 mg tablet (Zoloft)</i>	T1	QL (8 tabs/day) HD
<i>sertraline hcl 50 mg tablet (Zoloft)</i>	T1	QL (4 tabs/day) HD
INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN/ANTAGONISTAS DE LA SEROTONINA-2 (SARI)		
<i>nefazodone hcl</i>	T1	HD
<i>trazodone hcl</i>	T1	HD
INHIB. DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA-NOREPINEFRINA (SNRI)		
<i>desvenlafaxine succnt er 100mg (Pristiq)</i>	T1	QL (4 tabs/day) HD
<i>desvenlafaxine succnt er 25 mg (Pristiq)</i>	T1	QL (16 tabs/day) HD

T1 — Habitualmente genéricos

T2 — Habitualmente marcas preferidas

T3 — Habitualmente marcas no preferidas

PA — Autorización previa

QL — Límite a la cantidad

ST — Tratamiento escalonado

AGE — Requisito de edad

SP — Medicamentos de especialidad

HD — Puede requerir entrega a domicilio

PPACA — Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIB. DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA-NOREPINEFRINA (SNRI) (cont.)		
<i>desvenlafaxine succinate er 50 mg</i> (Pristiq)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>duloxetine hcl dr 20 mg cap</i>	T1	QL (6 caps/day) HD
<i>duloxetine hcl dr 30 mg cap</i>	T1	QL (4 caps/day) HD
<i>duloxetine hcl dr 40 mg cap</i>	T1	QL (3 caps/day) HD
<i>duloxetine hcl dr 60 mg cap</i>	T1	QL (2 caps/day) HD
FETZIMA 20-40 MG TITRATION PAK	T3	QL (28 caps/180 days) ST
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	QL (2 tabs/day) ST HD
PRISTIQ ER 25 MG TABLET (<i>desvenlafaxine succinate er</i>)	T3	QL (16 tabs/day) ST HD
PRISTIQ ER 50 MG TABLET (<i>desvenlafaxine succinate er</i>)	T3	QL (1 tab/day) ST HD
<i>venlafaxine hcl 100 mg tablet</i>	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>venlafaxine hcl 25 mg tablet</i>	T1	QL (15 tabs/day) HD
<i>venlafaxine hcl 37.5 mg tablet</i>	T1	QL (10 tabs/day) HD
<i>venlafaxine hcl 50 mg tablet</i>	T1	QL (7 tabs/day) HD
<i>venlafaxine hcl 75 mg tablet</i>	T1	QL (5 tabs/day) HD
<i>venlafaxine hcl er 150 mg cap</i> (Effexor Xr)	T1	QL (2 caps/day) HD
<i>venlafaxine hcl er 150 mg tab</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>venlafaxine hcl er 225 mg tab</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>venlafaxine hcl er 37.5 mg cap</i> (Effexor Xr)	T1	QL (8 caps/day) HD
<i>venlafaxine hcl er 37.5 mg tab</i>	T1	QL (8 tabs/day) HD
<i>venlafaxine hcl er 75 mg cap</i> (Effexor Xr)	T1	QL (4 caps/day) HD
<i>venlafaxine hcl er 75 mg tab</i>	T1	QL (4 tabs/day) HD
SSRI Y ANTIDEPRESIVOS AGONISTAS PARCIALES DE 5HT_{1A}		
VIIBRYD 10 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST HD
VIIBRYD 10-20 MG STARTER PACK	T3	ST HD
VIIBRYD 20 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST HD
VIIBRYD 40 MG TABLET	T3	ST HD
SSRI, ANTIDEPRESIVOS MODULADORES DE RECEPTORES DE SEROTONINA		
TRINTELLIX 10 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day) ST
TRINTELLIX 20 MG TABLET	T2	ST
TRINTELLIX 5 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day) ST

T1 — Habitualmente genéricos

T2 — Habitualmente marcas preferidas

T3 — Habitualmente marcas no preferidas

PA — Autorización previa

QL — Límite a la cantidad

ST — Tratamiento escalonado

AGE — Requisito de edad

SP — Medicamentos de especialidad

HD — Puede requerir entrega a 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
COMBINACIONES DE ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS-BENZODIAZEPINAS		
amitriptyline/chlordiazepoxide	T1	HD
COMBINACIONES DE ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS-FENOTIAZINAS		
perphenazine/amitriptyline hcl	T1	HD
ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS, INHIB. NO SELECT. DE LA RECAPTACIÓN REL.		
amitriptyline hcl	T1	HD
amoxapine	T1	HD
clomipramine hcl	T1	HD
desipramine hcl	T1	HD
doxepin 10 mg capsule	T1	HD
doxepin 10 mg/ml oral conc	T1	HD
doxepin 100 mg capsule	T1	HD
doxepin 150 mg capsule	T1	HD
doxepin 25 mg capsule	T1	HD
doxepin 50 mg capsule	T1	HD
doxepin 75 mg capsule	T1	HD
imipramine hcl	T1	HD
imipramine pamoate	T1	HD
maprotiline hcl	T1	HD
nortriptyline hcl	T1	HD
protriptyline hcl	T1	HD
trimipramine maleate	T1	HD

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

ADRENÉRGICOS, AROMÁTICOS, SIN CATECOLAMINAS		
lisdexamfetamine (Vyvanse)	T1	PA QL (1 tab/day)
MYDAYIS	T2	QL
VYVANSE 10 MG CAPSULE (lisdexamfetamine dimesylate)	T3	PA QL (1 cap/day)
VYVANSE 10 MG CHEWABLE TABLET (lisdexamfetamine dimesylate)	T3	PA QL (1 tab/day)
VYVANSE 20 MG CAPSULE (lisdexamfetamine dimesylate)	T3	PA QL (1 cap/day)
VYVANSE 20 MG CHEWABLE TABLET (lisdexamfetamine dimesylate)	T3	PA QL (1 tab/day)
VYVANSE 30 MG CAPSULE (lisdexamfetamine dimesylate)	T3	PA QL (1 cap/day)
VYVANSE 30 MG CHEWABLE TABLET (lisdexamfetamine dimesylate)	T3	PA QL (1 tab/day)
VYVANSE 40 MG CAPSULE (lisdexamfetamine dimesylate)	T3	PA QL (1 cap/day)
VYVANSE 40 MG CHEWABLE TABLET (lisdexamfetamine dimesylate)	T3	PA QL (1 tab/day)
VYVANSE 50 MG CAPSULE (lisdexamfetamine dimesylate)	T3	PA QL (1 cap/day)
VYVANSE 50 MG CHEWABLE TABLET (lisdexamfetamine dimesylate)	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
ADRENÉRGICOS, AROMÁTICOS, SIN CATECOLAMINAS (cont.)		
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 cap/day)
TRAT. PARA EL ADHD - AGONISTAS SELECTIVOS DE LOS RECEPTORES ALFA 2		
clonidine hcl (Kapvay)	T1	
guanfacine hcl (Intuniv)	T1	HD
TRAT. PARA EL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (ADHD)/NARCOLEPSIA		
DAYTRANA (methylphenidate)	T3	PA QL (1 patch/day)
DAYTRANA 10 MG/9 HR PATCH	T3	PA QL (1 patch/day)
DAYTRANA 15 MG/9 HR PATCH	T3	PA QL (1 per day)
DAYTRANA 20 MG/9 HOUR PATCH	T3	PA QL (1 patch/day)
DAYTRANA 30 MG/9 HOUR PATCH	T3	PA QL (1 patch/day)
dexmethylphenidate hcl	T1	PA QL (1 cap/day)
dexmethylphenidate hcl (Focalin)	T1	PA QL (1 cap/day)
FOCALIN (dexmethylphenidate hcl)	T3	PA ST
METHYLIN (methylphenidate hcl)	T3	PA
methylphenidate (Daytrana)	T1	PA QL (1 patch/day)
methylphenidate 10 mg/9hr ptch (Daytrana)	T1	PA QL (1 patch/day)
methylphenidate 15 mg/9hr ptch (Daytrana)	T1	PA QL (1 patch/day)
methylphenidate 20 mg/9hr ptch (Daytrana)	T1	PA QL (1 patch/day)
methylphenidate 30 mg/9hr ptch (Daytrana)	T1	PA QL (1 patch/day)
methylphenidate er 10 mg cap	T1	QL (1 per day)
methylphenidate er 10 mg tab	T1	PA QL (2 tabs/day)
methylphenidate er 15 mg cap	T1	QL (1 per day)
methylphenidate er 18 mg tab	T1	PA QL (1 tab/day)
methylphenidate er 18 mg tab (Relexxii)	T1	PA QL (1 tab/day)
methylphenidate er 20 mg cap	T1	QL (1 cap/day)
methylphenidate er 20 mg tab	T1	PA QL (3 tabs/day)
methylphenidate er 27 mg tab	T1	PA QL (1 tab/day)
methylphenidate er 30 mg cap	T1	QL (1 per day)
methylphenidate er 36 mg tab	T1	PA QL (2 tabs/day)
methylphenidate er 40 mg cap	T1	QL (1 per day)
methylphenidate er 50 mg cap	T1	QL (1 per day)
methylphenidate er 54 mg tab	T1	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.)		
<i>methylphenidate er 60 mg cap</i>	T1	QL (1 per 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)	T1	PA
<i>methylphenidate la 10 mg cap</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>methylphenidate la 20 mg cap</i>	T1	PA QL (1 per day)
<i>methylphenidate la 30 mg cap</i>	T1	PA QL (1 per day)
<i>methylphenidate la 40 mg cap</i>	T1	PA QL (1 per day)
<i>methylphenidate la 60 mg cap</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
QUILLICHEW ER	T3	PA QL (1 tab/day)
QUILLIVANT XR	T3	PA QL (12ml/day)
RITALIN (<i>methylphenidate hcl</i>)	T3	PA ST

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

<i>atomoxetine hcl 10 mg capsule</i> (Strattera)	T1	HD
<i>atomoxetine hcl 100 mg capsule</i> (Strattera)	T1	HD
<i>atomoxetine hcl 18 mg capsule</i> (Strattera)	T1	HD
<i>atomoxetine hcl 25 mg capsule</i> (Strattera)	T1	HD
<i>atomoxetine hcl 40 mg capsule</i> (Strattera)	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>atomoxetine hcl 60 mg capsule</i> (Strattera)	T1	HD
<i>atomoxetine hcl 80 mg capsule</i> (Strattera)	T1	HD
SUPARTZ FX 25MG/2.5ML SYR	T3	PA SP

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Varios)

AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE DESEO SEXUAL HIPOACTIVO (HSDD)

ADDYI	T3	PA QL (1 tab/day)
VYLEESI	T1	PA QL (8 injectors/30 days) SP

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Esquizofrenia/antipsicóticos)⁹

ANTIPSIC., ANTAG. DE LA DOPAMINA, DIFENILBUTILPIPERIDINAS

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

ANTIPSICÓTICOS, ATÍPICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA

ABILIFY MAINTENA	T2	
<i>asenapine maleate</i> (Saphris)	T1	
CAPLYTA	T3	ST QL (1 tabs/caps/day)
<i>clozapine</i>	T1	

T1 — Habitualmente genéricos

T2 — Habitualmente marcas preferidas

T3 — Habitualmente marcas no preferidas

PA — Autorización previa

QL — Límite a la cantidad

ST — Tratamiento escalonado

AGE — Requisito de edad

SP — Medicamentos de especialidad

HD — Puede requerir entrega a domicilio

PPACA — Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIPSICÓTICOS, ATÍPICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA (cont.)		
<i>clozapine</i> (Clozapine Odt)	T1	
<i>clozapine</i> (Clozaril)	T1	
CLOZAPINE ODT	T1	
CLOZARIL (clozapine)	T3	ST
ERZOFRI	T3	QL
INVEGA ER 1.5 MG TABLET (<i>paliperidone er</i>)	T2	ST
INVEGA ER 3 MG TABLET (<i>paliperidone er</i>)	T2	QL (1 tab/day) ST
INVEGA ER 6 MG TABLET (<i>paliperidone er</i>)	T2	ST
INVEGA ER 9 MG TABLET (<i>paliperidone er</i>)	T2	ST
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75 ML	T2	
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SYRG	T2	
INVEGA SUSTENNA 234 MG/1.5 ML	T2	
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25 ML	T2	
INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5 ML	T2	
INVEGA TRINZA	T2	
<i>lurasidone hcl 120 mg tablet</i> (Latuda)	T1	
<i>lurasidone hcl 20 mg tablet</i> (Latuda)	T1	
<i>lurasidone hcl 40 mg tablet</i> (Latuda)	T1	QL(1 tab/day)
<i>lurasidone hcl 60 mg tablet</i> (Latuda)	T1	QL(1 tab/day)
<i>lurasidone hcl 80 mg tablet</i> (Latuda)	T1	
<i>olanzapine</i>	T1	
<i>paliperidone er 1.5 mg tablet</i>	T1	
<i>paliperidone er 3 mg tablet</i> (Invega)	T1	QL (1 tab/day)
<i>paliperidone er 6 mg tablet</i> (Invega)	T1	
<i>paliperidone er 9 mg tablet</i> (Invega)	T1	
<i>quetiapine fumarate</i> (Seroquel Xr)	T1	
<i>quetiapine fumarate</i> (Seroquel)	T1	
<i>risperidone</i>	T1	
<i>risperidone microspheres</i>	T1	QL
<i>risperidone microspheres</i> (Risperdal Consta)	T1	QL(4 vials/28 days)
<i>risperidone</i> (Risperdal)	T1	
SAPHRIS (<i>asenapine maleate</i>)	T3	ST
SECUADO	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 (<i>quetiapine fumarate</i>)	T3	ST
SEROQUEL XR (<i>quetiapine fumarate er</i>)	T3	ST
<i>ziprasidone hcl</i>	T1	
ZYPREXA	T3	
ANTIPSICÓTICOS-ATÍPICOS, AG. PARCIAL DE D3/D2-5HT MIXTOS		
VRAYLAR 1.5 MG CAPSULE	T3	QL (1 cap/day) ST
VRAYLAR 3 MG CAPSULE	T3	QL (1 cap/day) ST
VRAYLAR 4.5 MG CAPSULE	T3	ST
VRAYLAR 6 MG CAPSULE	T3	ST
ANTIPSICÓTICOS-ATÍPICOS, AG. PARCIAL DE D2/5HT MIXTOS		
ABILIFY ASIMTUFII	T3	
<i>aripiprazole</i>	T1	
<i>aripiprazole 1 mg/ml solution</i>	T1	
<i>aripiprazole 10 mg tablet</i>	T1	
<i>aripiprazole 15 mg tablet</i>	T1	
<i>aripiprazole 2 mg tablet</i>	T1	
<i>aripiprazole 20 mg tablet</i>	T1	
<i>aripiprazole 30 mg tablet</i>	T1	
<i>aripiprazole 5 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
REXULTI 0.25 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST
REXULTI 0.5 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST
REXULTI 1 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST
REXULTI 2 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST
REXULTI 3 MG TABLET	T3	ST
REXULTI 4 MG TABLET	T3	ST
ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA		
<i>loxapine succinate</i>	T1	
ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, TIOXANTENOS		
<i>thiothixene</i>	T1	
ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, BUTIROFENONAS		
<i>haloperidol</i>	T1	
<i>haloperidol lactate</i>	T1	

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, DIHIDROINDOLONAS		
<i>molindone hcl</i>	T1	
ANTIPSICÓTICOS, FENOTIAZINAS		
<i>chlorpromazine hcl</i>	T1	
<i>fluphenazine hcl</i>	T1	
<i>perphenazine</i>	T1	
<i>thioridazine hcl</i>	T1	
<i>trifluoperazine hcl</i>	T1	
SSRI-ANTIPSIC., ATÍPICOS, ANTAG. DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA		
<i>olanzapine/fluoxetine hcl</i>	T1	
<i>olanzapine/fluoxetine hcl</i> (Symbyax)	T1	
MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Trastornos del sueño/sedantes)		
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA NARCOLEPSIA Y LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO		
<i>armodafinil</i>	T1	PA
<i>modafinil</i>	T1	PA
SUNOSI	T2	PA QL (1 tab/day)
SEDANTES/HIPNÓTICOS (Trastornos del sueño/sedantes)		
AGENTE TIPO SEDANTE ANTINARCOLEPSIA Y ANTICATAPLEXIA		
LUMRYZ	T3	PA QL (1 pack/day) SP HD
LUMRYZ STARTER PACK	T3	SP HD
SODIUM OXYBATE 0.5 G/ML SOLN	T3	PA QL(18 mls/day) SP HD
XYWAV	T3	PA SP HD
BARBITÚRICOS		
<i>phenobarbital</i>	T1	
<i>secobarbital sodium</i>	T3	PA
HIPNÓTICOS, AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA MELATONINA MT1/MT2		
HETLIOZ	T3	PA SP HD
HETLIOZ LQ	T3	PA SP HD
<i>ramelteon</i> (Rozerem)	T3	QL (1 tab/day)
<i>tasimelteon</i>	T1	PA SP
HIPNÓTICOS SEDANTES - BENZODIAZEPINAS		
DORAL	T3	
<i>estazolam</i>	T1	
HALCION (<i>triazolam</i>)	T3	
<i>midazolam 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

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HIPNÓTICOS SEDANTES - BENZODIAZEPINAS (cont.)		
QUAZEPAM	T1	
<i>quazepam</i> (Quazepam)	T1	
<i>temazepam</i>	T1	
<i>triazolam</i>	T1	
<i>triazolam</i> (Halcion)	T1	
HIPNÓTICOS SEDANTES, NO BARBITÚRICOS		
DAYVIGO	T2	QL (1 tab/day) ST
<i>doxepin hcl 3 mg tablet</i> (Silenor)	T1	QL (1 tab/day)
<i>doxepin hcl 6 mg tablet</i> (Silenor)	T1	
<i>eszopiclone</i> (Lunesta)	T1	
<i>flurazepam hcl</i>	T1	
<i>zaleplon</i>	T1	
<i>zolpidem tart er 12.5 mg tab</i>	T1	
<i>zolpidem tart er 6.25 mg tab</i>	T1	QL (1 tab/day)
<i>zolpidem tartrate</i>	T1	
PREPARACIONES CUTÁNEAS (Varias)		
IRRIGANTES		
<i>acetic acid</i>	T1	
<i>neomycin sulf/polymyxin b sulf</i>	T1	
PHYSIOLYTE	T3	
PHYSIOSOL	T3	
<i>ringer's solution</i>	T1	
<i>ringer's solution, lactated</i>	T1	
<i>sod, pot chlor/mag/sod, pot phos</i>	T3	
<i>sodium chloride irrig solution</i>	T1	
SORBITOL	T1	
SORBITOL-MANNITOL	T1	
VASHE WOUND	T3	
VASHE WOUND THERAPY	T3	
<i>water for irrigation, sterile</i>	T1	
AGENTES OXIDANTES		
SORBITOL	T1	
AGENTES ANTIPSORIÁSICOS, SISTÉMICOS		
<i>acitretin</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 (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIPSORIÁSICOS, SISTÉMICOS (cont.)		
COSENTYX	T3	PA SP
ILUMYA	T3	PA QL (1 syringe/84 days) SP HD
<i>methoxsalen</i> (Oxsoralen-ultra)	T1	
OXSORALEN-ULTRA (<i>methoxsalen</i>)	T3	
SKYRIZI (2 SYRINGES) KIT	T3	PA QL (1 kit/84 days) SP HD
SILIQ	T3	PA QL (2 inj/15 days) SP HD
SOTYKTU	T2	PA QL (1 tab/day) SP HD
SPEVIGO 150 MG/ML SYRINGE	T3	PA QL (2 mls/28 days) SP HD
SPEVIGO 450 MG/7.5 ML VIAL	T3	PA SP HD
TALTZ AUTOINJECTOR	T3	PA QL (1 injector/28 days) SP HD
TALTZ SYRINGE	T3	PA QL (1 syringe/28 days) SP HD
TREMFYA 200 MG/2 ML SYRINGE	T2	PA QL (2 mls/28 days) SP
TREMFYA PEN	T2	PA QL (2 syringe/28 days) SP HD
ANTIINFLAMATORIOS TÓPICOS, ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS		
DICLAREAL	T3	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 1.3% PATCH	T2	PA QL (1 patch/day) HD
VOLTAREN (<i>diclofenac sodium</i>)	T3	PA QL (1000gm/30 days) HD
PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas)		
AGENTES ANTIACNÉ, SISTÉMICOS		
ACUTANE	T1	
AMNESTEEM	T1	
CLARAVIS	T1	
isotretinoin	T1	
MYORISAN	T1	
ZENATANE	T1	
AGENTES ANTIACNÉ, TÓPICOS		
ACZONE 7.5% GEL PUMP	T3	
<i>adapalene/benzoyl peroxide</i>	T1	
<i>clindamycin phos/benzoyl perox</i> (Onexton)	T1	
<i>clindamycin phos/benzoyl perox</i>	T1	
<i>clindamycin/tretinoin</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 ANTIACNÉ, TÓPICOS (cont.)		
<i>dapsone</i>	T1	
KLARON (<i>sulfacetamide sodium</i>)	T3	
ONEXTON	T3	
<i>sulfacetamide sodium</i> (Klaron)	T1	
ANTITRANSPIRANTES		
DRYSOL	T2	
ANTIPRURIGINOSOS, TÓPICOS		
ALEVICYN PLUS	T3	
AGENTES ANTIPSORIÁSICOS		
<i>anthralin</i>	T1	
BIMZELX	T3	PA QL(10 mls/365 days) SP HD
BIMZELX AUTOINJECTOR	T3	PA QL(10 mls/365 days) SP HD
<i>calcipotriene</i>	T1	
<i>calcipotriene 0.005% cream</i> (Dovonex)	T1	
CALCIPOTRIENE 0.005% FOAM	T3	
<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)
COSENTYX	T3	SP HD
DOVONEX (<i>calcipotriene</i>)	T3	
<i>tazarotene 0.05% cream</i> (Tazorac)	T1	
ANTISÉPTICOS, GENERALES		
ALCOHOL SWAB	T1	
CURITY ALCOHOL PREPS	T1	
DROPSAFE PREP PADS	T1	
EASY COMFORT ALCOHOL PAD	T1	
INCONTROL ALCOHOL PADS	T1	
PRO COMFORT ALCOHOL PADS	T1	
PURE COMFORT ALCOHOL PAD	T1	
SINGLE USE SWAB	T1	
SURE COMFORT ALCOHOL	T1	
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS	T1	
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS	T1	
ULTILET ALCOHOL SWAB	T1	
PAÑOS CON PREP. DE ALCOHOL		
alcohol antiseptic pads	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PAÑOS CON PREP. DE ALCOHOL (cont.)		
ALCOHOL SWABS	T1	
ALCOHOL WIPES	T1	
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD	T1	
EASY TOUCH PAÑOS CON PREP. DE ALCOHOL	T1	
GUAIACOL	T1	
SURE-PREP PAÑOS CON PREP. DE ALCOHOL	T1	
WEBCOL	T1	
AGENTES ANTISEBORREICOS		
<i>tazarotene</i>	T1	
VECTICAL (<i>calcitriol</i>)	T3	QL (800gm/30 days)
OVACE PLUS	T3	
<i>selenium sulfide</i>	T1	
<i>sulfacetamide sodium</i>	T1	
TERSI FOAM	T3	
PREPARACIONES PARA ÚLCERAS POR DIABETES, TÓPICAS		
REGRANEX	T3	PA QL (2 tubs/30 days)
EMOLIENTES		
<i>emollient combination no.60</i> (Restizan)	T3	
HALUCORT	T3	
MIMYX (<i>prumyx</i>)	T3	
RESTIZAN	T1	
<i>vite ac/grape/hyaluronic acid</i> (Atopiclair)	T1	
XCLAIR	T3	
INMUNOMODULADORES		
<i>imiquimod</i>	T1	
RUBEFACIENTES/CONTRAIRRITANTES		
<i>methyl salicylate</i>	T1	
QUTENZA	T3	
QUERATOLÍTICOS		
BENZEFOAM	T3	
BENZEPRO	T1	
<i>benzoyl peroxide</i> (Enzoclear)	T1	
<i>benzoyl peroxide</i> (Pacnex)	T1	
ENZOCLEAR	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)

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

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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		
<i>azelaic acid</i>	T1	
<i>ivermectin</i>	T1	
<i>metronidazole</i>	T1	
SOOLANTRA (<i>ivermectin</i>)	T3	
ADHESIVOS PARA TEJIDOS/HERIDAS		
ARTISS	T3	
SURGISEAL STYLUS	T3	
SURGISEAL TEARDROP	T3	
SURGISEAL TWIST	T3	
TISSEEL VHSD	T3	
ANTIINFLAM. TÓPICO, INHIB. DE LA FOSFODIESTERASA-4 (PDE4)		
EUCRISA	T2	
ZORYVE 0.15% CREAM	T2	PA QL(60 gms/30 days)
AGENTES TÓPICOS, VARIOS		
GORDON'S UREA	T3	
MEDIHONEY	T3	
L-MESITRAN SOFT	T3	
SAF-CLENS AF	T1	
<i>trichloroacetic acid</i>	T3	
TRICHLOROACETIC ACID	T1	
DERIVADOS DE LA PLEUROMUTILINA, ANTIBIÓTICOS TÓPICOS		
ALTABAX	T3	
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS		
ALA-SCALP (<i>scalacort</i>)	T3	ST
<i>alclometasone dipropionate</i>	T1	
<i>amcinonide 0.1% cream</i>	T1	
<i>amcinonide 0.1% lotion</i>	T1	
AQUA GLYCOLIC HC	T3	
<i>betamethasone dipropionate</i>	T1	
<i>betamethasone valerate</i>	T1	
<i>betamethasone valerate</i> (Luxiq)	T1	
<i>betamethasone/propylene glyc</i>	T1	
<i>betamethasone/propylene glyc</i> (Diprolene)	T1	
BRYHALI	T3	ST
CAPEX SHAMPOO	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.)		
<i>clobetasol propionate</i>	T1	
<i>clobetasol propionate</i> (Temovate)	T1	
<i>clobetasol propionate/emoll</i>	T1	
CLOCORTOLONE PIVALATE	T1	
CLODAN 0.05% KIT	T3	ST
<i>clodan 0.05% shampoo</i>	T1	
CLODERM	T3	ST
DERMA-SMOOTHIE-FS (<i>fluocinolone acetonide</i>)	T3	ST
DERMATOP (<i>prednicarbate</i>)	T3	ST
<i>desonide</i> (Desowen)	T1	
DESOWEN (<i>desonide</i>)	T3	ST
<i>desoximetasone</i> (Topicort)	T1	
DIPROLENE (<i>betamethasone diprop augmented</i>)	T3	ST
<i>fluocinolone acetonide</i>	T1	
<i>fluocinolone acetonide</i> (Derma-smoothe-fs)	T1	
<i>fluocinolone acetonide</i> (Synalar)	T1	
<i>fluocinolone/shower cap</i> (Derma-smoothe-fs)	T1	
<i>fluocinonide</i>	T1	
<i>fluocinonide/emollient base</i>	T1	
<i>fluticasone prop 0.005% oint</i>	T1	
<i>fluticasone prop 0.05% cream</i>	T1	
<i>fluticasone prop 0.05% lotion</i>	T1	
<i>halobetasol prop 0.05% foam</i>	T1	
<i>halobetasol propionate</i> (Ultravate)	T1	
<i>hydrocortisone</i>	T1	
<i>hydrocortisone</i> (Ala-scalp)	T1	
<i>hydrocortisone butyrate</i>	T1	
<i>hydrocortisone valerate</i>	T1	
LUXIQ (<i>betamethasone valerate</i>)	T3	ST
MOMETACURE	T3	
<i>mometasone furoate 0.1% cream</i>	T1	
<i>mometasone furoate 0.1% oint</i>	T1	
<i>mometasone furoate 0.1% soln</i>	T1	
NUCORT	T3	ST

T1 — Habitualmente genéricos

T2 — Habitualmente marcas preferidas

T3 — Habitualmente marcas no preferidas

PA — Autorización previa

QL — Límite a la cantidad

ST — Tratamiento escalonado

AGE — Requisito de edad

SP — Medicamentos de especialidad

HD — Puede requerir entrega a 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>prednicarbate</i> (Dermatop)	T1	
SCALACORT DK	T3	ST
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
ULTRAVATE (<i>halobetasol propionate</i>)	T3	ST
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS-ANESTÉSICOS LOCALES		
ANALPRAM HC	T3	
EPIFOAM	T3	
<i>hydrocortisone/pramoxine</i> (Pramosone)	T1	
<i>lidocaine/hydrocortisone ac</i>	T1	
MEZPAROX-HC	T1	
PRAMOSONE 1% LOTION	T2	
PRAMOSONE 1%-1% CREAM	T2	
PRAMOSONE 1%-1% OINTMENT	T2	
PRAMOSONE 2.5%-1% CREAM	T3	
PRAMOSONE 2.5%-1% LOTION	T3	
PRAMOSONE 2.5%-1% OINTMENT	T2	
ANTIPARASITARIOS TÓPICOS		
<i>malathion</i> (Ovide)	T1	
OVIDE (<i>malathion</i>)	T3	
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	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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
ANÁLOGOS DE VIT. D/ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS		
<i>calcipotriene/betamethasone</i>	T1	
TACLONEX 0.005%-0.064% SUSPENS (<i>calcipotriene/betamethasone</i>)	T3	
ENZIMAS TÓPICAS/DE LAS MEMBR. MUCOSAS/SUBCUT.		
SANTYL	T2	QL (60gm/30 days)
DERIVADOS DE LA VITAMINA A		
<i>adapalene 0.1% cream</i>	T1	PA
<i>adapalene 0.3% gel pump</i>	T1	PA
PLIXDA	T1	PA
RETIN-A MICRO PUMP 0.08% GEL (<i>tretinoin microspheres</i>)	T3	PA
<i>tretinoin 0.01% gel</i>	T1	
<i>tretinoin 0.025% cream</i>	T1	PA
<i>tretinoin 0.025% gel</i>	T1	
<i>tretinoin 0.05% cream</i>	T1	PA
<i>tretinoin 0.05% gel</i>	T1	PA
<i>tretinoin 0.1% cream</i>	T1	PA
AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR (Productos para dejar de fumar)⁸		
AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR (ESTIM. GANGLIONARES, OTROS)		
NICOTROL	T2	PPACA
NICOTROL NS	T2	PPACA
AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR-AGONISTA PARCIAL DE LOS RECEPT. DE NICOTINA		
CHANTIX	T2	
<i>varenicline 1 mg cont month bx</i>	T1	PPACA
AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR, OTROS		
<i>bupropion hcl sr 150 mg tablet</i>	T1	PPACA
PREPARACIONES PARA LA TIROIDES (Agentes hormonales)		
PREPARACIONES ANTITIROIDEAS		
<i>methimazole (Tapazole)</i>	T1	HD
<i>propylthiouracil</i>	T1	HD
TAPAZOLE (<i>methimazole</i>)	T3	HD
HORMONAS TIROIDEAS		
ARMOUR THYROID	T3	HD
CYTOMEL (<i>lithyronine sodium</i>)	T3	HD
LEVOTHYROXINE	T3	HD
<i>levothyroxine sodium</i> (Synthroid)	T1	HD
<i>levothyroxine sodium</i> (Synthroid)	T3	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HORMONAS TIROIDEAS (cont.)		
<i>liothyronine sodium</i> (Cytomel)	T1	HD
SYNTHROID (<i>unithroid</i>)	T3	HD
<i>thyroid, pork</i>	T1	HD
<i>thyroid, pork</i> (Armour Thyroid)	T1	HD
<i>thyroid, pork</i> (Wp Thyroid)	T1	HD
THYROLAR-1	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

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (SIDA/VIH)

INHIBIDORES DEL CITOCROMO P450

TYBOST	T3	SP
--------	----	----

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

FIBROSIS QUÍSTICA-COMB. DE POTENCIADOR DE CFTR Y CORRECTOR

ALYFTREK 10-50-125 MG TABLET	T3	PA QL(2 tabs/day) SP HD
ALYFTREK 4-20-50 MG TABLET	T3	PA QL(3 tabs/day) SP HD
BRONCHITOL 40 MG INHALE CAPSULE	T3	PA SP
ORKAMBI 100 MG-125 MG TABLET	T3	PA QL (4 tabs/day) SP HD
ORKAMBI GRANULE PKT	T3	PA QL (2 packs/day) SP HD
ORKAMBI 200 MG-125 MG TABLET	T3	PA QL (4 tabs/day) SP HD
SYMDEKO	T3	PA QL (2 tabs/day) SP HD
TRIKAFTA 100-50-75 MG/150 MG	T3	PA QL(3 tabs/day) SP HD
TRIKAFTA 100-50-75 MG/75MG PKT	T3	PA QL(3 tabs/day) HD
TRIKAFTA 50-25-37.5 MG/75 MG	T3	PA QL(3 tabs/day) SP HD
TRIKAFTA 80-40-60MG/59.5MG PKT	T3	PA QL(3 tabs/day) HD

FIB. QUÍSTICA-POTENCIADOR DE LA REG. DE LA CONduc. TRANSMEMB. (CFTR)

KALYDECO 5.8 MG GRANULES PKT	T3	PA QL SP HD
KALYDECO 150 MG TABLET	T3	PA QL (2 tabs/day) SP HD
KALYDECO 25 MG GRANULES PACKET	T3	PA QL (2 packs/day) SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
FIB. QUÍSTICA-POTENCIADOR DE LA REG. DE LA CONDOC. TRANSMEMB. (CFTR) (cont.)		
KALYDECO 50 MG GRANULES PACKET	T3	PA QL (2 packs/day) SP HD
KALYDECO 75 MG GRANULES PACKET	T3	PA QL (2 packs/day) SP HD
SURFACTANTES PULMONARES		
CUROSURF	T3	
INFASURF	T3	
SURVANTA	T3	
MUCOLÍTICOS		
PULMOZYME	T3	PA SP HD
FIBROSIS PULMONAR - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS		
OFEV	T3	PA SP HD
INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS		
JOENJA	T3	PA QL (2 tabs/day) SP
PROLASTIN C	T3	PA SP HD
VIJOICE 125mg, 50mg	T3	PA QL (30 tabs/30 days) SP
VIJOICE 250mg	T3	PA QL (2 tabs/30 days) SP
ZEMAIRA	T3	PA SP
ZOKINVY	T3	PA QL (4 caps/day) SP
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)		
INHIBIDORES DE LA TIROSINA QUINASA DEL BAZO		
TAVALISSE	T2	PA SP
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)		
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA BRADIQUININA B2		
icatibant acetate	T3	PA SP HD
INHIBIDORES DE LA ESTERASA CI		
BERINERT	T3	PA SP HD
CINRYZE	T3	PA SP HD
HAEGARDA	T3	PA SP HD
RUCONEST	T3	PA SP HD
INHIBIDORES DE CALICREÍNA PLASMÁTICA		
KALBITOR	T3	PA SP HD
ORLADEYO	T3	PA QL (1 caps/day) SP

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Cáncer)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES DE RESCATE/ANTÍDOTOS PARA QUIMIOTERAPIA		
<i>leucovorin calcium</i>	T1	
MESNEX	T3	SP
VISTOGARD	T3	SP
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Productos dentales)		
PREPARACIONES Y AYUDAS DENTALES		
<i>chlorhexidine gluconate</i> (Peridex)	T1	
PERIDEX (<i>periogard</i>)	T1	
<i>triamcinolone acetonide</i>	T1	
INHIBIDORES DE LA COLAGENASA PERIODONTAL		
<i>doxycycline hyclate</i>	T1	
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 (6 tabs/30 days) ST
CIALIS 20 MG TABLET (<i>tadalafil</i>)	T3	QL (6 tabs/30 days) ST
CIALIS 5 MG TABLET (<i>tadalafil</i>)	T3	QL (8 tabs/30 days) ST
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	
PAPAVERINE-PHENTOLAMINE	T1	
PAPAVERINE-PHENTOLMN-ALPROSTDIL	T1	
PHENTOLAMINE-ALPROSTADIL	T1	
<i>sildenafil 100 mg tablet</i> (Viagra)	T1	QL (10 tabs/30 days) HD
<i>sildenafil 25 mg tablet</i> (Viagra)	T1	QL (6 tabs/30 days) HD
<i>sildenafil 50 mg tablet</i> (Viagra)	T1	QL (6 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)
<i>tadalafil 5 mg tablet</i> (Cialis)	T1	QL (8 tabs/30 days)
<i>tadalafil 10 mg tablet</i> (Cialis)	T1	QL (10 tabs/30 days)
<i>tadalafil 20 mg tablet</i> (Cialis)	T1	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

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.)		
TRI-MIX (<i>papvrn-phntlmn-pge1</i>)	T3	
<i>vardenafil hcl</i> (Levitra)	T1	QL (10 tabs/30 days)
VIAGRA (<i>sildenafil citrate</i>)	T3	QL (6 tabs/30 days) ST
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones gastrointestinales/pirosis)		
CALCIMIMÉTICO, POTENCIADOR DEL CALCIO PARATIROIDEO		
<i>cinacalcet hcl</i>	T3	SP
AGENTES ORALES PARA LA MUCOSITIS/ESTOMATITIS		
EBGLYSS	T2	PA SP
ORAMAGICRX	T3	
AGONISTAS DE LOS PPAR		
IQIRVO	T2	
AGENTES ESTIMULANTES DE LA SALIVA		
NUMOISYN	T3	
AGONISTA DEL RECEPTOR DE LA HORMONA TIROIDEA (THR)		
REZDIFFRA	T3	PA QL(1 tab/day) SP HD
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Agentes hormonales)		
AGENTES QUE ESTIM. LA FORMACIÓN DE HUESO - HORMONA PARATIROIDEA		
<i>teriparatide 600 mcg/2.4ml pen</i> (Forteo)	T1	PA QL(0.09 mls/day) SP HD
ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE LA HORMONA DE CRECIMIENTO		
SOMAVERT	T3	PA SP HD
AGENTES PARA EL TRAT. DEL HIPERPARATIROID. - TIPO ANÁLOGO DE VITAMINA D		
<i>doxercalciferol</i>	T1	
PARICALCITOL 10MCG/2ML	T3	SP
PARICALCITOL 2MCG/ML VIAL	T3	SP
PARICALCITOL 5MCG/ML VIAL	T3	SP
RAYALDEE	T3	
ZEMPLAR (<i>paricalcitol</i>)	T3	SP HD
SUP. DE SÍNT. MENOPÁUSICOS-MODULADOR DE RECEPT. ESTROG. SELECT.		
OSPHENA	T3	HD
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios)		
ABORTIVOS-ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA PROGESTERONA		
MIFEPREX	T3	
<i>mifepristone</i> (Mifeprex)	T1	
ANTÍDOTOS PARA INTOXICACIÓN CON ÁCIDOS Y ÁLCALIS		
METHYLENE BLUE 1%	T3	
<i>methylene blue 1%</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA TRATAR LA PARÁLISIS PERIÓDICA - INHIB. DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA		
<i>dichlorphenamide</i> (Keveyis)	T3	PA SP
INHIBIDORES DE AMONÍACO		
CARBAGLU (<i>carglumic acid</i>)	T3	SP HD
<i>carglumic acid</i> (Carbaglu)	T1	SP HD
AGENTES PARA LA AMILOIDOSIS-SUPRESIÓN DE LA TRANSTIRETINA (TTR)		
TEGSEDI	T3	PA SP HD
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		
<i>pirfenidone 267 mg capsule</i> (Esbriet)	T1	PA SP HD
SOLUCIONES DE SELLADO DE CATÉTERES		
DEFENCATH	T3	
AGENTES CRIOPRESERVANTES		
<i>dimethyl sulfoxide</i>	T1	
MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA TIROSINEMIA HEREDITARIA		
<i>nitisinone</i> (Orfadin)	T3	PA SP HD
NITYR	T3	PA SP
ORFADIN (<i>nitisinone</i>)	T3	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> (Hyper-sal)	T1	
TRATAMIENTO DE TRASTORNO GENÉTICO - TRATAMIENTO POR DEFICIENCIA DE PROTEÍNA SMN		
EVRYSDI 60 MG/80 ML(0.75MG/ML)	T3	PA SP HD
INHIBIDOR DE LA GLUCOSILCERAMIDA SINTASA		
CERDELGA	T3	PA SP HD
<i>miglustat</i> (Zavesca)	T3	PA SP
OPFOLDA	T3	PA QL(8 caps/30 days) SP HD
INHIBIDORES DE LA INTERLEUCINA-13 (IL-13), ANTICUERPOS MONOCLONALES		
ADBRY	T2	PA SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SUPRESORES DE LOS SÍNTOMAS MENOPÁUSICOS - ANTAG. DEL RECEPT. NK3		
VEOZAH	T3	QL(1 tab/day)
SUPRESORES DE LOS SÍNTOMAS MENOPÁUSICOS - SSRI		
<i>paroxetine mesylate</i>	T1	QL(1 cap/day) HD
REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, ALFA-MANOSIDOSIS		
LAMZEDE	T3	PA SP
REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, HIPOFOSFATASIA		
STRENSIQ	T3	PA SP
REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, DEFICIENCIA DEL COFACTOR DE MOLIBDENO		
NULIBRY	T3	PA SP
REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, ENFERMEDAD DE POMPE		
ELFABRIO	T3	PA SP
POMBILITI	T3	PA SP HD
AGENTES PARA TRATAR LA INTOXIC. POR METALES		
CHEMET	T3	
<i>deferasirox (Exjade)</i>	T1	SP HD
<i>deferasirox (Jadenu Sprinkle)</i>	T1	SP HD
<i>deferasirox (Jadenu)</i>	T1	SP HD
<i>deferiprone (Ferriprox)</i>	T1	PA SP
EXJADE (<i>deferasirox</i>)	T3	PA SP HD
FERRIPROX	T3	PA SP
GALZIN	T3	
RADIOGARDASE	T3	
<i>trientine hcl</i>	T1	PA SP HD
<i>trientine hcl 250 mg capsule (Syprine)</i>	T1	PA SP HD
TRIENTINE HCL 500 MG CAPSULE	T3	PA SP HD
PÉPTIDOS NATRIURÉTICOS		
VOXZOGO	T3	PA SP HD
AGONISTA PARCIAL DE RECEPTORES NICOTÍNICOS, ALFA4-BETA2		
TYRVAYA	T2	QL(8.4 mls/30 days)
BASES PARA POMADAS/CREMAS		
RADIAGEL	T1	
CHAPERÓN FARMACOLÓGICO-ESTAB. DE LA ALFA-GALACTOSIDASA A		
GALAFOLD	T3	PA SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTE PARA TRATAR LA FENILCETONURIA-COFACTOR DE LA FENILALANINA HIDROXILASA		
<i>javygtor 100 mg tablet</i> (Kuvan)	T3	PA SP HD
<i>javygtor powder packet</i> (Kuvan)	T3	PA SP
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	T3	PA SP HD
ESTABILIZADORES DE PROTEÍNAS		
ATTRUBY	T3	
VYNDAMAX	T3	PA QL (1 cap/day) SP HD
VYNDAQEL	T3	PA QL (4 caps/day) SP HD
SOLVENTES		
<i>isopropyl alcohol</i>	T1	
MURI-LUBE MINERAL OIL	T1	
INHIBIDORES DE LA LINFOPOYETINA ESTROMAL TÍMICA (TSLP)		
TEZSPIRE 210 MG/1.91 ML PEN	T3	PA QL(1 pen/28 days) SP HD
TEZSPIRE 210 MG/1.91 ML SYRING	T3	PA SP HD
TRATAMIENTO DE LA HIPERFAGIA EN EL SÍNDROME DE PRADER-WILLI		
VYKAT XR	T3	PA SP

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (CONDICIONES CUTÁNEAS)

AGENTES CICATRIZANTES LOCALES		
FILSUVEZ	T3	PA SP

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> (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> (Boniva)	T1	HD
<i>raloxifene hcl</i> (Evista)	T1	HD PPACA
<i>risedronate sodium</i> (Actonel)	T1	HD
<i>risedronate sodium</i> (Atelvia)	T1	HD
PROLIA	T3	PA SP
XGEVA	T3	PA SP

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (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	T3	PA SP HD
ANTIINFLAMATORIOS, BETABLOQUEANTES DE INTERLEUCINA-1		
ILARIS	T3	PA SP HD
AGENTES PARA LA FIBROMIALGIA, INHIB. DE LA RECAPT. DE SEROTONINA-NOREPINEFRINA		
SAVELLA	T2	HD
INMUNOMODULADORES, INHIB. ESPECÍF. DE ESTIM. DE LINFOCITOS B (BLYS)		
BENLYSTA	T3	PA SP HD
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Abuso de sustancias)		
TRATAMIENTO PARA LA ABSTINENCIA DE OPIOIDES, AGONISTAS ADRENÉRGICOS ALFA 2		
<i>lofexidine hcl</i> (Lucemyra)	T1	QL (192 tabs/30 days)
LUCEMYRA (<i>lofexidine hcl</i>)	T2	QL (168 tabs/14 days)
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO PARA LA ABSTINENCIA DE OPIOIDES, TIPO OPIOIDES		
BUNAVAIL	T3	
<i>buprenorphine hcl</i>	T1	
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i>	T1	
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i> (Suboxone)	T1	
SUBOXONE (<i>buprenorphine-naloxone</i>)	T3	
ZUBSOLV	T2	
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Medicamentos para trasplante)		
INHIBIDORES DE LA QUINASA RHO		
REZUROCK	T3	PA SP HD
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones urinarias)		
AGENTES PARA LA HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA/MICCIÓN		
<i>alfuzosin hcl</i> (Uroxatral)	T1	HD
<i>dutasteride</i> (Avodart)	T1	HD
<i>finasteride</i> (Proscar)	T1	HD
PROSCAR (<i>finasteride</i>)	T3	HD
RAPAFLO 4 MG CAPSULE (<i>silodosin</i>)	T3	QL (1 cap/day) HD
RAPAFLO 8 MG CAPSULE (<i>silodosin</i>)	T3	HD
<i>silodosin 4 mg capsule</i> (Rapaflo)	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>silodosin 8 mg capsule</i> (Rapaflo)	T1	HD
<i>tamsulosin hcl</i> (Flomax)	T1	HD
UROXATRAL (<i>alfuzosin hcl er</i>)	T3	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones urinarias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA LA HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA/MICCIÓN (cont.)		
VANRAFIA	T2	PA QL(1 tab/day) SP
INHIB. DE LA 5-ALFA REDUCTASA-ANTAG. ADRENÉRGICO ALFAI PARA TRATAR LA HPB		
<i>dutasteride/tamsulosin hcl</i>	T1	HD
AGENTES QUE REDUCEN LA CISTINA, CISTINOSIS NEFROPÁTICA		
CYSTAGON	T3	SP
AGENTES PARA CÁLCULOS RENALES		
<i>mirabegron er 25 mg tablet (Myrbetriq)</i>	T1	QL(1 tab/day) HD
<i>mirabegron er 50 mg tablet (Myrbetriq)</i>	T1	HD
<i>tiopronin</i>	T1	SP
ANTIESPASMÓDICOS DE LAS VÍAS URINARIAS, ANTAG. SELECTIVO DE M(3)		
<i>darifenacin er 15 mg tablet</i>	T1	HD
<i>darifenacin er 7.5 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>solifenacin 10 mg tablet</i>	T1	HD
<i>solifenacin 5 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
AGENTE ANTIESPASMÓDICO/ANTIINCONTINENCIA DE LAS VÍAS URINARIAS		
<i>flavoxate hcl</i>	T1	HD
<i>oxybutynin 5 mg tablet</i>	T1	HD
<i>oxybutynin 5 mg/5 ml solution</i>	T1	HD
<i>oxybutynin 5 mg/5 ml syrup</i>	T1	HD
<i>oxybutynin chloride</i>	T1	HD
<i>tolterodine tart er 2 mg cap</i>	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>tolterodine tart er 4 mg cap</i>	T1	HD
<i>tolterodine tartrate</i>	T1	HD
<i>tropium chloride</i>	T1	HD
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Control del peso)		
ESTIM. DEL APETITO PARA LA ANOREXIA, CAQUEXIA, SÍND. DE DESGASTE		
<i>megestrol acetate</i>	T1	
VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias)		
PREPARACIONES CON ÁCIDO FÓLICO		
<i>folic acid</i>	T1	
PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS		
CITRANATAL MEDLEY	T3	
FOLET ONE	T2	
<i>mvn no.53/iron/folic/dss/dha</i>	T1	
OBSTETRIX ONE	T1	
VITLIPID N ADULT	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS		
<i>multivit-fluor 0.25 mg/ml drop</i>	T1	PPACA
SOLUVITA MULTIVITAMIN FLUORIDE (<i>pedi multivit no.82 w-fluoride</i>)	T3	PPACA
VITLIPID N INFANT	T3	
PREPARACIONES DE VITAMINA B		
POTABA	T2	HD
NIVA-FOL	T1	HD
PREPARACIONES DE VITAMINA B12		
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) (Nascobal)</i>	T1	
PREPARACIONES DE VITAMINA D		
<i>calcitriol 0.25 mcg capsule</i>	T1	
<i>calcitriol 0.5 mcg capsule</i>	T1	
<i>calcitriol 1 mcg/ml solution</i>	T1	HD
<i>calcitriol 1 mcg/ml vial</i>	T1	
DRISDOL	T3	HD
<i>ergocalciferol (vitamin d2)</i>	T1	HD
ROCAITROL	T3	HD
PREPARACIONES DE VITAMINA K		
MEPHYTON	T3	
<i>phytonadione 5mg tablet</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

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.....	124, 130
2TEK	118

A

AA 3%-D10W-CALCIUM-HEPARIN	103
abacavir	62
abacavir/lamivudine/zidovudine	62
abacavir sulfate/lamivudine	62
ABILIFY ASIMTUFI	145
ABILIFY MAINTENA	143
abiraterone	51
ABOUTTIME	124
ACAM2000	70
acamprosate	160
acarbose	45
ACCOLATE	30
ACCU-CHEK	118, 119, 130
ACCUPRIL	79
ACCURETIC	77
ACCUTANE	148
ACCU TREND	119
ACD-A	40
ACD SOLUTION A	40
ACE AEROSOL	134
acebutolol	81
ACETAMIN-CAFF-DIHYDROCODEINE	21
acetamin-codein 300-30 mg/12.5	21
acetaminop-codeine 120-12 mg/5	21
acetaminophen/caff/dihydrocod	21
acetaminophen-cod	21
acetazolamide	96
acetic	98, 147
acetic acid/oxyquinoline	48
acetylcysteine	31
ACIPHEX	109
acitretin	147
ACTEMRA	117
ACTHIB	70
ACTIGALL	106
ACTI-LANCE	130
ACTIMMUNE	57
ACTIQ	22
ACTIVELLA	111
ACTONEL	162
ACTOPLUS MET	46
ACTOS	46
ACUVAIL	98
acyclovir	64

ACZONE	148
ADACEL TDAP	70
ADALAT CC	73
ADALIMUMAB	50
adapalene	148, 155
adapalene/benzoyl peroxide	148
ADBRY	160
ADDERALL	67
ADDYI	143
adefovir dipivoxil	65
ADEMPAS	75, 76
adenosine	72
ADIPEX-P	58
ADJUSTABLE	119
ADRENALIN	97
ADRIAMYCIN	51
ADUHELM	86
ADVAIR HFA	29
ADVANCED	95, 119, 130
ADVANCED DNA MEDICATED COLLECT	95
ADVOCATE	119, 124, 128, 130
ADZENYS	67
ADZYNMA	71
AEMCOLO	37
AEROCHAMBER	134
AEROTRACH	134
AEROVENT	134
AFINITOR	53
AFINITOR DISPERZ	53
AFLURIA	69
AGAMATRIX	119
AGGRASTAT	61
AGRYLIN	61
AIMOVIG	15, 19
AIRDUO DIGIHALER	29
AIRSUPRA	29
AJOVY	15, 19
AKEEGA	53
AK-FLUOR	95
AKTEN	99
AKYNZEO	105
ALA-SCALP	152
albendazole	48
ALBENZA	48
albuterol	28, 29
ALBUTEROL	29
ALCAINE	99
alclometasone	152
ALCOHOL	149, 150

Índice de medicamentos

ALDACTAZIDE.....	97	AMPHETAMINE.....	67
ALECENSA.....	54	ampicillin.....	37
alendronate.....	162	ANADROL-50.....	110
ALEVICYN PLUS.....	149	anagrelide.....	61
alfuzosin.....	163	ANA-LEX.....	110
ALHEMO.....	71	ANALPRAM.....	110, 154
ALINIA.....	59	ANALPRAM HC.....	154
aliskiren.....	82	ANAPROX DS.....	26
ALKALINE.....	119	anastrozole.....	52, 53
ALKERAN.....	51	ANCOBON.....	42
allopurinol.....	26	ANDROGEL.....	110
almotriptan malate.....	15, 19	ANGELIQ.....	113
ALOCRIL.....	99	ANNOVERA.....	91
ALOMIDE.....	99	ANORO ELLIPTA.....	29
ALORA.....	111	ANTABUSE.....	160
alosetron.....	108	anthralin.....	149
alprazolam.....	137	ANTICOAG SODIUM CITRATE.....	40
ALREX.....	98	ANZEMET.....	105
ALTABAX.....	152	APADAZ.....	21
ALTAFLUOR BENOX.....	99	APOKYN.....	59
ALTERNATE.....	119, 130	apraclonidine.....	99, 100
ALTUVILLO.....	71	aprepitant.....	105
ALUNBRIG.....	54	APRETUDE.....	63
ALVESCO.....	30	APRISO.....	107
ALYFTREK.....	156	APTIVUS.....	62
amantadine.....	59	AQNEURSA.....	103
AMARYL.....	45	AQUA.....	119, 152
ambrisentan.....	76	AQUA GLYCOLIC HC.....	152
amcinonide.....	152	ARANESP.....	91
AMICAR.....	71	ARAVA.....	25
amiloride.....	96, 97	ARBLI.....	78
AMINO.....	102, 103	ARCALYST.....	163
aminocaproic acid.....	71	ARCAPTA NEOHALER.....	29
aminophylline.....	31	ARGATROBAN.....	41
amiodarone.....	72	ARICEPT.....	66
amitriptyline.....	141	ARIDOL.....	95
amitriptyline/chlordiazepoxide.....	141	ARIKAYCE.....	33
AMJEVITA.....	50	ARIMIDEX.....	53
amlodipine.....	73, 74, 76, 78, 79, 83	aripiprazole.....	145
amlodipine-atorvast.....	83	ARIXTRA.....	40
amlodipine besylate/benazepril.....	76	armodafinil.....	146
amlodipine besylate/valsartan.....	79	ARMOUR THYROID.....	155
amlodipine-olmesartan.....	79	AROMASIN.....	53
amlodipine/valsartan/hctiazid.....	78	ARTHROTEC.....	26
AMMONUL.....	104	ARTISS.....	152
AMNESTEEM.....	148	ARYMO ER.....	22
amoxapine.....	141	asenapine.....	143, 144
amoxicillin.....	37, 48	ASMANEX HFA.....	30
amphetamine.....	67		

Índice de medicamentos

ASMANEX TWISTHALER	30	BACTRIM DS	33
aspirin/dipyridamole	61	BAFIERTAM	87
ASSURE	119, 124, 128, 130, 136	BALCOLTRA	92
ASTAGRAF XL	118	balsalazide	107
ASTRINGYN	72	BALVERSA	54
ATABEX EC	136	BAQSIMI	101
ATACAND	78, 80	BARACLUDE	65
atazanavir	63	BARRIGEL	135
ATELVIA	162	BASAGLAR KWIKPEN	47
atenolol	81, 82	BAXDELA	37
AT HOME A1C	119	BCG	70
atomoxetine	143	BD	130
atorvastatin	83, 84	BELBUCA	22
atovaquone	49	BELVIQ	59
atovaquone/proguanil	49	BELVIQ XR	59
atropine	100, 104, 106	benazepril	76, 77, 79, 80
ATROPINE	100	benazepril/hydrochlorothiazide	77
ATROVENT HFA	28	bendamustine	51
ATTRUBY	162	BENDAMUSTINE	51
AURYXIA	102	BENICAR	78, 80
AUSTEDO	86	BENLYSTA	163
AUTOJECT	119	benoxinate hcl/fluorescein	99
AUTO-LANCET	119	BENZAMYCIN	38
AUTOLET	119, 122	BENZEFOAM	150
AUTOSHIELD	124	BENZEPRO	150
AVALIDE	78	BENZHYDROCODONE-ACETAMINOPHEN	21
AVANDIA	46	BENZNIDAZOLE	49
AVAR	39	benzonatate	94
AVC	48	benzoyl peroxide	38, 39, 148, 150, 151
AVELOX	37	benzphetamine	58
AVITENE	72	benztropine	59
AVMAPKI	57	BEPREVE	44
AVONEX	87	BERINERT	157
AVSOLA	50	BESIVANCE	32
AYGESTIN	115	BETADINE	98
AYVAKIT	54	betamethasone	43, 152, 153, 155
AZASAN	118	betamethasone/propylene glycol	152
azathioprine	118	BETASERON	87
azelaic acid	152	betaxolol	81, 99
azelastine	44, 97	bethanechol	68
AZILECT	59	BETIMOL	99
azithromycin	36	BETOPTIC S	99
AZOR	79	BEVESPI AEROSPHERE	29
B		BEVYXXA	40
BACIGUENT	32	bexarotene	51
bacitracin	32	BEXSERO	69
bacitracin/polymyxin b sulfate	32	BEYAZ	92
baclofen	136	bicalutamide	51
BACTRIM	33	BIDIL	82

Índice de medicamentos

BIJUVA	111	BUPRENEX	22
BIKTARVY	64	buprenorphine	22, 163
BILTRICIDE	48	bupropion	138, 155
bimatoprost	99	buspirona	137
BIMZELX	149	butalb-acetamin-caff 50-300-40	15, 19
BINOSTO	162	butalb-acetamin-caff 50-325-40	15, 19
bisac/nacI/nahco3/kcl/peg	108	butalb/acetaminophen/caffeine	15, 19
bisoprolol	81, 82	butalb-aspirin-caffe 50-325-40	15, 19
BKEMV	71	butalbit/acetamin/caff/codeine	23
BLEPH-10	32	butalbital/acetaminophen	15, 19
BLEPHAMIDE	32	butalbital-asa-caffeine cap (Fiorinal)	15, 19
BLOOD	71, 72, 119, 121, 126, 130	butorphanol tartrate	22
BLOOD GLUCOSE	119, 121	BUTRANS	22
BLOXIVERZ	66	BUTTERFLY	130
BLU	119, 120	BYDUREON	44
BLULINK	119, 120, 130	BYSTOLIC	81
BLUNT	124, 125	C	
BONIVA	162	CABENUVA	61
BONJESTA	105	cabergoline	115
BOOSTRIX TDAP	70	CABLIVI	71
BORTEZOMIB	54	CABOMETYX	54
BORUZU	54	CADUET	83
bosentan	76	CAFERGOT	15, 19
BOSULIF	54	caffeine	87
BREATHERITE	134, 135	CALAN SR	73
BREATHRITE	135	calcipotriene	149, 155
BREEZE	119	CALCIPOTRIENE	149
BREO ELLIPTA	29	calcitonin	117
bretylum	73	calcitriol	149, 150, 165
BREVIBLOC	81	calcium acetate	102
BREZTRI AEROSPHERE	30	calcium gluc	102
brimonidine	99	CALDOLOR	26
brinzolamide	99	CALQUENCE	54
BRIUMVI	87	CAMZYOS	73
BRIVIACT	88	candesartan cilexetil	80
bromfenac	98	candesartan/hydrochlorothiazid	78
bromocriptine	59	capecitabine	52
brompheniramine/pseudoephed/dm	94	CAPEX	152
BROMSITE	98	CAPLYTA	143
BRONCHITOL	156	CAPRELSA	54
BRUKINSA	54	captopril	77, 79
BRYHALI	152	captopril-hctz	77
budesonide	30, 110, 113	CAPVAXIVE	69
budesonide/formoterol	29	CARBAGLU	160
BULLSEYE	130	carbamazepine	88, 90
bumetanide	96	CARBAMAZEPINE	88
BUNAVAIL	163	CARBATROL	88

Índice de medicamentos

carbidopa.....	59, 60, 61	cevimeline.....	68
carbidopa/levodopa.....	59, 60	CHANTIX.....	155
carbinoxamine.....	43	CHEMET.....	161
CARDENE.....	73	CHEMSTRIP.....	119
CARDURA.....	77, 78	CHENODAL.....	107
CARDURA XL.....	78	chlordiazepoxide.....	104, 137, 141
CAREFINE.....	124	chlordiazepoxide/clidinium br.....	104
CAREONE.....	119, 130	chlorhexidine gluconate.....	158
CARESENS.....	119	chloroquine.....	49
CARETOUCH.....	119, 124, 125, 128, 130, 150	chlorpromazine.....	146
carglumic.....	160	chlorpropamide.....	45
carisoprodol.....	24, 136	chlorthalidone.....	82, 97
carisoprodol/aspirin.....	24	chlorzoxazone.....	136
carisoprodol/aspirin/codeine.....	24	CHOLBAM.....	107
CAROSPIR.....	96	cholestyramine.....	84, 85
CAROSPIR SUSP.....	97	choline salicyl/mag salicylate.....	15, 19
carteolol.....	99	CHORIONIC GONAD.....	116
carvedilol.....	77	CHOSEN.....	119, 124
carvedilol er.....	77	CIALIS.....	158
CASODEX.....	51	CIBINQO.....	26
CATAPRES.....	81	ciclodan.....	43
CAVERJECT.....	158	CICLODAN.....	43, 49
CAYA CONTOURED.....	93	ciclopirox.....	43, 49
CAYSTON.....	34	cilostazol.....	61
cefaclor.....	35	CILOXAN.....	32
cefadroxil.....	35	CIMDUO.....	62
cefazolin.....	35	cimetidine.....	107
CEFAZOLIN.....	35	CIMZIA.....	50
cefdinir.....	35	cinacalcet.....	159
cefepime.....	35	CINRYZE.....	157
cefixime.....	35	CINVANTI.....	105
cefotaxime.....	35	CIPRO.....	37
cefpodoxime proxetil.....	35	ciprofloxacin.....	31, 37
cefprozil.....	35	ciprofloxacin hcl.....	31
ceftriaxone.....	35	CIPROFLOXACIN HCL-FLUOCINOLONE.....	31
cefuroxime.....	35	cisplatin.....	51
CELEBREX.....	28	CISPLATIN.....	51
celecoxib.....	28	italopram.....	138
CELLCEPT.....	118	CITRANATAL.....	103, 136
CELONTIN.....	88	CITRANATAL BLOOM.....	103
CENTANY.....	38	CITRANATAL MEDLEY.....	164
cephalexin.....	35	CITRATE PHOSPHATE DEXTROSE.....	40
CEQUA.....	101	CLARAVIS.....	148
CEQR.....	119	CLARINEX.....	43, 44
CERDELGA.....	160	clarithromycin.....	36
CERVIDIL.....	114	demastine.....	43
cetirizine.....	44	CLEOCIN.....	35, 36, 39
CETROTIDE.....	114	CLEVER.....	119, 120, 130, 135
CETYLEV.....	160	CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER.....	135

Índice de medicamentos

CLEVIPREX.....	74	coremino er.....	38
CLICKFINE.....	125, 127	CORLANOR.....	75
CLIMARA.....	111	CORTENEMA.....	110
CLINDACIN.....	39	cortisone.....	113
CLINDACIN ETZ.....	39	CORTISPORIN.....	38
clindamycin.....	35, 36, 38, 39, 148	CORVERT.....	73
CLINDAMYCIN.....	36	COSENTYX.....	148, 149
clindamycin palmitate.....	36	COTELLIC.....	53
clobazam.....	88	CRENESSITY.....	115
clobetasol.....	153, 154	CRESEMBA.....	42
clobetasol propionate/emoll.....	153	CRINONE.....	115, 116
CLOCORTOLONE.....	153	cromolyn.....	25, 30, 99
clodan.....	153	crotamiton.....	59
CLODAN.....	153	CTEXLI.....	107
CLODERM.....	153	CURITY.....	149
clofarabine.....	52	CUROSURF.....	157
clomiphene.....	116	CUVPOSA.....	104
clomipramine.....	141	cyanocobalamin.....	165
clonazepam.....	88	cyclobenzaprine.....	136
clonidine.....	81, 142	CYCLOGYL.....	100
clopidogrel.....	61	CYCLOMYDRIL.....	100
clorazepate dipotassium.....	137	cyclopentolate.....	100
clotrimazole.....	42, 43	cyclophosphamide.....	51
clozapine.....	143, 144	CYCLOPHOSPHAMIDE.....	51
CLOZAPINE ODT.....	144	CYCLOSERINE.....	34
CLOZARIL.....	144	CYCLOSET.....	45
COAGUCHEK.....	130	cyclosporine.....	118
COARTEM.....	49	CYLTEZO.....	50
codeine/butalbital/asa/cafein.....	23	CYSTADROPS.....	101
codeine sulfate.....	22	CYSTAGON.....	164
colchicine.....	26, 28	CYSTARAN.....	101
COLCRYS.....	26	CYSTO-CONRAY II.....	96
colesevelam.....	84	CYSTOGRAFIN.....	96
COLESTID.....	85	CYTOMEL.....	155
colestipol.....	85	CYTOTEC.....	106
COLOR.....	130	D	
COMBIPATCH.....	111	dabigatran.....	41
COMBIVENT RESPIMAT.....	29	DACOGEN.....	52
COMETRIQ.....	54	dalfampridine.....	87
COMFORT.....	123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 149	DALIRESP.....	31
COMIRNATY.....	69	danazol.....	115
COMPACT SPACE CHAMBER.....	135	DANTRIUM.....	136
COMPAZINE.....	105	dantrolene.....	136
CONTOUR.....	120	DANZITEN.....	55
CONTRACE.....	59	dapsone.....	34, 149
COOL.....	120	DAPTACEL DTAP.....	70
COPIKTRA.....	55	darifenacin er.....	164
COREG.....	77	darunavir.....	62
COREG CR.....	77	dasatinib.....	55

Índice de medicamentos

DAURISMO	53	DIBENZYLINE.....	68
DAXBIA.....	35	dichlorphenamide	160
DAXXIFY	68	DICLAREAL	148
DAYPRO	26	diclofenac.....	98, 148
DAYTRANA	142	DICLOFENAC EPOLAMINE	148
DAYVIGO	147	diclofenac potassium.....	20
DEFENCATH	160	diclofenac sod dr.....	27
deferasirox.....	161	diclofenac sod ec	27
deferiprone.....	161	diclofenac sodium.....	26, 27, 148
deflazacort	113	diclofenac sodium/misoprostol.....	26
DELSTRIGO	63	dicloxacillin	37
demeclocycline.....	38	dicyclomine hcl.....	104
DEMSER.....	81	diethylpropion	58
DEPEN.....	25	DIFICID.....	36
DEPO-ESTRADIOL	111	diflunisal	15, 19
DEPO-PROVERA	92, 115	digoxin	75
DEPO-SUBQ PROVERA	92	dihydroergotamine	15, 19
DEPO-TESTOSTERONE.....	110	DILANTIN.....	89
DERMA-SMOOTH-ES	153	DILATRATE-SR.....	75
DERMATOP	153	diltiazem	74
dermazene	154	dimethyl.....	87, 160
DERMAZENE.....	154	DIOVAN.....	78, 80
DERMOTIC	97	diphenoxylate hcl/atropine.....	104
DESCOVY	62	DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS-PED	70
desflurane	24	DIPROLENE.....	153
desipramine	141	dipyridamole.....	61
desloratadine	44	DISALCID	25
desmopressin.....	111	disopyramide	73
desog-e.estradiol/e.estradiol.....	92	disulfram.....	160
desogestrel-ethinyl estradiol	92	DIURIL.....	97
desonide.....	153	divalproex.....	89
DESOWEN.....	153	DIVIGEL.....	111
desoximetasone.....	153, 154	docetaxel	57
desvenlafaxine succnt er.....	139, 140	dofetilide	73
dexamethasone	32, 98, 113	DOJOLVI.....	101
DEXCOM	120	donepezil	66
DEXILANT	109	DONNATAL	106
dexlansoprazole.....	109	DOPTLET.....	91
dexmethylphenidate	142	DORAL	146
dextroamp.....	67	dorzolamide.....	99, 100
dextroamp-amphet er.....	67	DOVATO	61
dextroamphetamine.....	67	DOVONEX	149
dextroamphetamine er.....	67	doxazosin	77, 78
DIACOMIT	88	doxepin	141, 147
DIASTAT	88	doxercalciferol.....	159
diatrizoate	96	doxycycline	38, 158
DIATRUE	120	doxylamine succinate/vit b6	105
diazepam	88, 137	DRISDOL	165
diazoxide	102	dronabinol.....	105

Índice de medicamentos

DROPLET.....	120, 125, 128, 131	EMEND.....	105
DROPSAFE.....	125, 126, 128, 149	EMFLAZA.....	113
drosipir/eth estra/levomefol ca.....	92	EMGALITY.....	15, 19, 87
DROXIA.....	72	emollient combination no.60.....	150
droxidopa.....	68	Empaveli.....	71
DRYSOL.....	149	EMSAM.....	138
DUAVEE.....	113	emtricitata.....	63
DUETACT.....	46	emtricitabine.....	62
DULERA.....	29	emtricitabine-tenofv.....	62
duloxetine.....	140	EMTRIVA.....	63
DUOPA.....	60	EMVERM.....	48
DUPIXENT.....	117	enalapril.....	77, 79, 80
DURAGESIC.....	22	enalaprilat.....	79
dutasteride.....	163, 164	enalapril/hydrochlorothiazide.....	77
dutasteride/tamsulosin.....	164	ENBREL.....	50
DYANAVAL XR.....	67	ENDO-AVITENE.....	72
DYAZIDE.....	97	ENDOMETRIN.....	116
E		ENERGIX.....	71
EASIVENT.....	135	ENERGIX-B.....	71
EASY.....	120, 125, 128, 131, 149, 150	ENHERTU.....	57
EASYGLUCO.....	120	ENLITE.....	121
EASYMAX.....	120	enoxaparin.....	40, 41
EASYPPOINT.....	125	ENSACOVE.....	55
EBGLYSS.....	159	ENSPRYNG.....	117
ECLIPSE.....	125, 128	entacapone.....	60
EC-NAPROSYN.....	27	entecavir.....	65
econazole.....	43	ENTEROVU.....	95
ECOZA.....	43	ENTOCORT EC.....	113
edaravone.....	86	ENTRESTO.....	78
EDARAVONE.....	86	ENVARUSUS XR.....	118
EDARBI.....	80	ENZOCLEAR.....	150
EDEX.....	158	EPCLUSA.....	65
EDURANT.....	62	EPIDIOLEX.....	88
efavirenz.....	62, 63	EPIFOAM.....	154
effer-k.....	103	epinastine.....	44
EFFER-K.....	103	epinephrine.....	66, 68, 97
EFFIENT.....	61	EPIVIR.....	65
EFUDEX.....	58	eplerenone.....	96
EGRIFTA.....	113	EPOGEN.....	91
ELEMENT.....	120	eprosartan.....	80
ELESTRIN.....	111	eptifibatide.....	61
eletriptan hydrobromide.....	15, 19	EPYSQI.....	71
ELFABRIO.....	161	EQUETRO.....	138
ELIDEL.....	117	ergocalciferol.....	165
ELIMITE.....	59	ergoloid.....	82
ELIQUIS.....	40	ergotamine tartrate/cafeine.....	15, 19
ELLA.....	92	eribulin.....	53
ELMIRON.....	24	ERIVEDGE.....	53
EMBRACE.....	120, 121, 125, 131	ERLEADA.....	52

Índice de medicamentos

erlotinib.....	55	EXKIVITY.....	55
ERVEBO.....	71	EXODERM.....	43
ERYPED.....	36	EXTENCILLINE.....	37
ery-tab dr.....	36	EYSUVIS.....	98
ERY-TAB DR.....	36	EZ.....	70, 121, 125, 128, 130, 131
erythromycin.....	32	E-Z DISK.....	95
erythromycin base.....	36, 39	ezetimibe.....	82, 83, 85
erythromycin ethylsuccinate.....	36	ezetimibe/simvastatin.....	82
erythromycin stearate.....	36	EZ FLU.....	70
ERZOFRI.....	144	E-Z HD.....	95
escitalopram.....	138, 139	E-Z-PAQUE.....	95
ESGIC.....	15, 19	E-Z-PASTE.....	95
esmolol.....	82	E-Z SPACER.....	135
esomeprazole dr.....	109	EZ-VAC.....	121
esomeprazole mag dr.....	109	F	
ESOMEPRAZOLE STRONTIUM.....	109	FABHALTA.....	71
estazolam.....	146	FACTIVE.....	37
ESTRACE.....	116	famciclovir.....	64
estradiol.....	91, 92, 93, 111, 112, 116	famotidine.....	107
ESTRING.....	116	FARESTON.....	58
ESTROGEL.....	112	FARXIGA.....	45
estrogen, ester/me-testosterone.....	111	FARYDAK.....	51
ESTROSTEP FE.....	92	febuxostat.....	26
eszopiclone.....	147	felbamate.....	89
ethacrynate.....	96	FELDENE.....	27
ethambutol.....	34	felodipine.....	74
ethinyl estradiol/drospirenone.....	92	FEMARA.....	53, 54
ethosuximide.....	89, 90	FEMCAP.....	93
etodolac.....	27	FEMHRT.....	112
etonogestrel/ethinyl estradiol.....	91	FEMRING.....	116
EUCRISA.....	152	fenofibrate.....	85
EURAX.....	59	fenofibric.....	85
EVAMIST.....	112	fenoprofen calcium.....	27
EVEKEO.....	67	FENSOLVI.....	114
EVENCARE.....	121	fentanyl.....	22
everolimus.....	53, 118	FENTANYL.....	22
EVICEL.....	72	FENTORA.....	22
EVISTA.....	162	FERAHEME.....	103
EVOCLIN.....	39	FERRIPROX.....	161
EVOLUTION.....	121	FETZIMA.....	140
EVOTAZ.....	63	FETZIMA ER.....	140
EVOXAC.....	68	FEXMID.....	136
EVRYSDI.....	160	FIBRICOR.....	85
EXEL.....	125	FIFTY50.....	131
EXELON.....	66	FILSPARI.....	85
exemestane.....	53	FILSUEVZ.....	162
EXFORGE.....	78, 79	FILTER.....	125, 126
EXFORGE HCT.....	78	finasteride.....	163
EXJADE.....	161	FINE.....	127, 130, 131

Índice de medicamentos

FINGERSTIX	131	FLUZONE QUAD	70
FINTEPLA.....	89	FML	98
FIORICET	15, 19, 23	FOCALIN	142
FIORINAL	15, 19	FOCINVEZ	105
Fiorinal With Codeine #3.....	23	FOLET ONE.....	164
FIORINAL WITH CODEINE #3	23	folic acid	164
FIRDAPSE.....	87	FOLLISTIM AQ	116
FIRMAGON	54	fondaparinux.....	40
FLAGYL.....	33	FORA	121, 131
FLAREX.....	98	FORACARE.....	121, 131
flavoxate.....	164	formaldehyde.....	49
flecainide.....	73	FORTISCARE	121
FLECTOR	148	FOSAMAX.....	162
FLEQSUVY	136	fosamprenavir calcium	63
FLEXICHAMBER.....	135	fosaprepitant.....	105
FLOVENT	30	fosfomycin tromethamine.....	34
FLOW-EZE.....	125	fosinopril	77, 79
FLUAD	70	fosinopril/hydrochlorothiazide.....	77
FLUARIX QUAD	70	fosphenytoin	88, 89
FLUBLOK	70	Fotivda.....	55
FLUCELVAX QUAD.....	70	FRAGMIN.....	40
fluconazole.....	42	FRAICHE	101
flucytosine.....	42	FREESTYLE.....	94, 121, 128, 131, 176
fludrocortisone.....	114	FREESTYLE LIBRE	121
FLULAVAL QUAD	70	frovatriptan succinate	19
FLUMADINE.....	64	FRUZAQLA.....	55
FLUMIST QUAD	70	ful-glo	95
flunisolide	97	FUL-GLO	95
fluocinolone acetoneide.....	97, 153, 154	FULPHILA	91
fluocinolone/shower cap.....	153	FURADANTIN.....	36
fluocinonide	153	FUROSCIX	96
fluorescein.....	95, 99	furosemide	96
fluoride.....	101	FUZEON	62
fluorometholone.....	98	FYCOMPA.....	89
FLUOROPLEX	58	G	
fluorouracil	58	gabapentin.....	88, 89
fluoxetine	139, 146	GALAFOLD.....	161
fluphenazine	146	galantamine.....	66
flurbiprofen	27, 98	galantamine er.....	66
flutamide.....	52	GALZIN	161
fluticasone.....	29, 97, 153	GANCICLOVIR	64
FLUTICASONE.....	30	ganirelix acet.....	114
fluticasone propion/salmeterol	29	GANIRELIX ACET.....	114
fluticasone-salmeterol	29, 30	GARDASIL 9.....	71
FLUTICASONE-SALMETEROL	30	GASTROCROM.....	25
fluvastatin	84	GASTROGRAFIN	96
FLUVIRIN	70	GASTROMARK.....	95
fluvoxamine	139	gatifloxacin.....	32, 33
FLUZONE HIGH-DOSE.....	70	GATTEX.....	110

Índice de medicamentos

GAVRETO	55	griseofulvin	42
GE100	121	GRIS-PEG	42
GE333	121	GUAIACOL	150
gefitinib	55	guanfacine	81, 142
gelatin sponge, absorb/porcine	72	guanidine	68
GELFILM	99	GUARDIAN	121, 122
GELFOAM	72	GVOKE	102
GEL-ONE	25	GYNAZOLE 1	42
gemcitabine	52	H	
GEMCITABINE	52	HAEGARDA	157
gemfibrozil	85	HALAVEN	53
GENERESS FE	92	HALCION	146
GENOTROPIN	114	halobetasol	153, 154
gentamicin	33, 39	haloperidol	145
gentamicin sulfate	32	HALUCORT	150
GENTEEL	120, 121	HARVONI	65
GENVISC	25	HEALTHPRO	122
GENVOYA	64	HEALTHWISE	125, 128
GILENYA	87	HEALTHY	122, 125, 131
GILOTRIF	55	HEMLIBRA	72
glatiramer	87	HEMOCYTE PLUS	103
glatopa	87	heparin	40, 41, 177
GLEEVEC	55	HEPARIN	40, 41, 103, 167, 177
GLEOSTINE	51	HEPLISAV	71
glimepiride	45, 46	HEPLISAV-B	71
glipizide	45, 46	HETLIOZ	146
GLUCAGEN	102	HIBERIX	70
glucagon	102	homatropine	94, 100
GLUCOCARD	121	HUMALOG	47
GLUCOCOM	121, 131	HUMAPEN	122
GLUCOPHAGE XR	45	HUMIRA	50
GLUCOSE	102, 118, 119, 120, 121, 122, 123	HUMULIN	47
GLUCOTROL	45	HUMULIN R	47
glyburide	46	HYCANTIN	54
GLYCATE	104	HYCODAN	94
glycine	49	hydralazine	81
glycopyrrolate	104	HYDREA	51
GLYNASE	46	HYDRO 35	151
GLYSET	45	HYDRO 40	151
GLYXAMBI	46	hydrochlorothiazide	77, 78, 79, 81, 82, 97
GOJJI	121, 131	hydrocodone/acetaminophen	21
GOMEKLI	53	HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN	21
GONAL-F	116	hydrocodone bitartrate	22, 23
GORDON'S UREA	152	hydrocodone bit/homatrop me-br	94
granisetron	105	hydrocodone/chlorphen p-stirex	94
GRANIX	91	hydrocodone/cpm/pseudoephed	94
GRASTEK	68	HYDROCODONE-GUAIFENESIN	94

Índice de medicamentos

hydrocodone-homatropine.....	94	INCRELEX.....	114
HYDROCODONE-HOMATROPINE	94	INCRUSE ELLIPTA	28
hydrocodone/ibuprofen.....	21	indapamide.....	97
hydrocortisone.....	98, 110, 113, 153, 154	INDICLOR.....	95
hydrocortisone/acetic acid	98	indomethacin.....	27
HYDROMORPHONE.....	22	INFANRIX DTAP.....	70
hydromorphone hcl.....	22	INFASURF	157
hydroxychloroquine	49	INFINITY	122
hydroxyprogesterone.....	116	INFLECTRA.....	50
hydroxyprogesterone.....	115	INGREZZA.....	86
hydroxyurea	51	INJECTAFER	103
hydroxyzine.....	43, 44	INLYTA	55
HYMPAVZI	72	INNOPRAN XL.....	82
hyoscyamine.....	106	INOVA	151
HYPER-SAL	160	INPEN	122
HYPODERMIC.....	124, 125	INQOVI.....	52
HYPOLANCE	122	INREBIC.....	55
HYSINGLA ER	22	INSPIRACHAMBER.....	135
HYZAAR.....	78	INSPIRA	96
I		INSUL-CAP	122
ibandronate.....	162	INSUL-EZE	122
IBRANCE	55	INSULIN	45, 46, 47, 114, 125, 126, 128, 129, 130
IBTROZI.....	55	INSULIN ASPART	47
IBUDONE	21	INSULIN LISPRO	47
ibuprofen.....	21, 27	INSUPEN.....	125
ibuprofen/oxycodone hcl	21	INTEGRA.....	125
ibutilide.....	73	INTRAROSA	110
icatibant	157	INTRON A	57
icosapent.....	104	INVEGA.....	144
IDHIFA.....	57	INVEGA ER.....	144
IFE.....	158	INVELTYS.....	98
IHEALTH.....	122	iodine/potassium iodide	154
ILARIS	163	iodine/sodium iodide	154
ILEVRO.....	98	IODOFLEX	154
ILUMYA.....	148	IODOSORB	154
imatinib.....	55	IOPIDINE.....	100
IMBRUVICA	55	IPOD	69
IMCIVREE.....	58	ipratropium/albuterol sulfate.....	29
IMDELLTRA	57	ipratropium bromide	28, 97
imipenem.....	35	IQIRVO	159
imipramine	141	irbesartan.....	78, 80
imiquimod	150	irbesartan/hydrochlorothiazide	78
IMKELDI.....	55	IRESSA	55
IMMPHENTIV	75	ISENTRESS	63
IMPAVIDO	49	isoflurane	24
IMURAN	118	isomethept/dichlphn/acetaminop	19
IMVEXXY	115	isomethepten/caf/acetaminophen.....	19
INBRIJA.....	60	isoniazid	34
INCONTROL	122, 125, 131, 149	isopropyl alcohol.....	162

Índice de medicamentos

ISOPTO CARPINE	100
isosorbide.....	75, 82
isotretinoin	148
isoxsuprine	82
isradipine.....	74
ITOVEBI	55
itraconazole.....	42
ivabradine hcl	75
ivermectin	48, 59, 152
IWILFIN.....	55
IXCHIQ	71

J

JAKAFI	53
JANSSEN COVID-19 VACCINE.....	69
JANUMET	46
JANUMET XR.....	46
JANUVIA.....	45
JARDIANCE.....	45
javygtor	162
JOENJA	157
JOURNAVX.....	19
JUBBONTI	117
JULUCA.....	61
JUXTAPID.....	83
JYLAMVO	52
JYNNEOS	71

K

KADIAN	22
KALBITOR	157
KALYDECO	156, 157
KEFLEX.....	35
KEPPRA	89
KERAFOAM.....	151
keralyt.....	151
KERALYT	151
KERENDIA.....	96
KESIMPTA.....	87
ketoconazole	42, 43
ketoprofen	27
ketorolac.....	20, 98
KEVZARA.....	117
KINERET	25
KINRIX	70
KISQALI.....	54, 55
KITABIS PAK.....	33
KLARON.....	149
KLONOPIN.....	88
klor-con.....	103
Kloxxado.....	41

KOSELUGO	53
K-PHOS.....	103
KRINTAFEL.....	49
KYLEENA	93
KYNAMRO	83
KYNMOBI.....	60

L

LABETALOL	78
LACRISERT	98
lactulose.....	104, 108
LAGEVRIO.....	63
lamivudine.....	62, 63, 65
lamivudine/zidovudine	62
lamotrigine	89
LAMPIT.....	49
LAMZEDE.....	161
LANCING.....	118, 119, 120, 121, 122, 123, 124
lanreotide.....	115
LANREOTIDE.....	115
lansoprazole/amoxiciln/clarith	106
lansoprazole dr	109
lansoprazole odt	109
lanthanum	102
LANZO	122
lapatinib.....	55, 56
LASTACRAFT	44
latanoprost.....	100
LAZANDA	22
LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR.....	65
leflunomide.....	25
lenalidomide.....	54
LENTOCILIN	37
LENVIMA	55
LEQSELVI	26
L.E.T.	24
LETAIRIS	76
letrozole.....	53
leucovorin	158
LEUKERAN	51
LEUKINE.....	91
leuprolide	54
levalbuterol hcl	29
LEVBIID.....	106
LEVEMIR.....	47
levetiracetam	89
LEVITRA.....	158
levobunolol	100
levofloxacin.....	32, 37
levonorgestrel/ethin.estradiol	92

Índice de medicamentos

levothyroxine	155	LOTEMAX	98
LEVOTHYROXINE	155	LOTENSIN	77, 80
LEVSIN	106	LOTENSIN HCT	77
LEVULAN	58	loteprednol	98
LIBERVANT	88	LOTREL	76
LICART	148	lovastatin	84
lidocaine	24, 95, 110, 154	LOVAZA	104
lidocaine 5% ointment	24	LOVENOX	41
lidocaine hcl	24	loxapine	145
LIDOCAINE-HYDROCORTISONE	110	lubiprostone	108
LIFESHIELD	125	LUCEMYRA	163
LIKMEZ	33	LUER	128
LILETTA	93	LULICONAZOLE	43
linezolid	37	LUMAKRAS	53
LINZESS	108	LUMRYZ	146
lithyronine	155, 156	LUPANETA	114
LIPOFEN	85	LUPKYNIS	118
LIQUID E-Z PAQUE	95	LUPRON DEPOT	114
LIQUID POLIBAR PLUS	95	lurasidone	144
lisdexamfetamine	67, 68, 141	LUXIQ	153
lisinopril	77, 79, 80	LYNPARZA	55
lisinopril/hydrochlorothiazide	77	LYRICA	89
lissamine green	95	LYSTEDA	71
LITEAIRE	135	LYTGOBI	55
LITE TOUCH	122, 126, 128, 131, 135	LYUMJEV	47
LITETOUCH	128, 135	M	
LITFULO	26	MACROBID	36
lithium	138	mafenide	39
LITHOSTAT	104	MAGELLAN	128
LIVALO	84	MAGNI-GUIDE	122
LIVTENCITY	64	MAKENA	116
L-MESITRAN	152	MALARONE	49
LOCORT	113	malathion	154
LODINE	27	maprotiline	141
LOESTRIN	92	MARCAINE	24
lofexidine	163	MARPLAN	138
LOKELMA	102	MATULANE	57
LOMAIRA	58	MAVENCLAD	87
LONHALA MAGNAIR	28	MAXI	128
loperamide	104	MAXICOMFORT	126, 128
LOPID	85	MAXIDEX	98
lopinavir/ritonavir	63	MAYZENT	87
LOPROX	43	meclofenamate sodium	27
LOQTORZI	52, 57	MEDIHONEY	152
lorazepam	137	MEDISENSE	122, 131
LORBRENA	55	MEDROL	113
LORTAB	21	medroxyprogesterone	92, 115
losartan/hydrochlorothiazide	78	mefenamic acid	20
losartan potassium	80	mefloquine	49

Índice de medicamentos

megestrol.....	58, 164	mexiletine.....	73
MEKINIST.....	53	MEZPAROX-HC.....	154
meloxicam.....	27	MIACALCIN.....	117
melphalan.....	51	MICAFUNGIN.....	42
memantine.....	85, 86	MICARDIS.....	78, 79, 80
MENACTRA.....	69	miconazole.....	42
MENEST.....	112	MICROCHAMBER.....	135
MENOPUR.....	116	MICRODOT.....	122, 126
MENOSTAR.....	112	MICROGESTIN 24 FE.....	92
MENQUADFI.....	69	MICROLET.....	122, 131
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP.....	69	MICROSPACER.....	135
meperidine hcl.....	22	midazolam.....	146
MEPHYTON.....	165	midodrine.....	68
meprobamate.....	137	MIEBO.....	98
mercaptopurine.....	52	MIFEPREX.....	159
meropenem.....	35	mifepristone.....	45, 159
mesalamine.....	107	miglitol.....	45
MESNEX.....	158	millipred.....	113
metaxalone.....	136	MILLIPRED.....	113
metformin.....	45, 46	MIMYX.....	150
methadone hcl.....	22	MINI.....	50, 119, 120, 122, 123, 124, 126, 127, 130, 134
methamphetamine.....	67	MINIMED.....	122, 128, 129
methazolamide.....	96	MINIPRESS.....	78
methenamine hippurate.....	34	MINITRAN.....	75
methenamine mandelate.....	34	MINIVELLE.....	112
methimazole.....	155	minocycline.....	38
METHITEST.....	110	minocycline er.....	38
methocarbamol.....	136	minoxidil.....	81
methotrexate.....	52	mirabegron.....	164
methoxsalen.....	148	MIRCERA.....	91
methscopolamine.....	106	MIRENA.....	93
methyldopa.....	81	mirtazapine.....	137
methyldopate.....	81	misoprostol.....	26, 106
methylene.....	159	MITOSOL.....	100
METHYLENE.....	159	M-M-R-II VACCINE.....	70
methylergonovine.....	114	MOBIC.....	27
METHYLIN.....	142	MOBILE.....	122, 132
methylphenidate.....	142, 143	modafinil.....	146
methylphenidate er.....	142, 143	MODERNA COVID-19 VACCINE.....	69
methylprednisolone.....	113	moexipril.....	80
methyl salicylate.....	150	molindone.....	146
methyltestosterone.....	110	MOLNUPIRAVIR.....	66
metoclopramide.....	108	MOMETACURE.....	153
metolazone.....	97	mometasone.....	97, 153
METOPIRONE.....	95	MONOFERRIC.....	103
metoprolol.....	82	MONOJECT.....	126, 129
metoprolol/hydrochlorothiazide.....	82	MONSEL'S.....	72
metronidazole.....	33, 38, 152	montelukast sodium.....	30
metyrosine.....	81	MONUROL.....	34

Índice de medicamentos

MORPHABOND ER.....	22	NAYZILAM.....	88
morphine sulfate.....	22, 23	NEBUPENT.....	49
MOTOFEN.....	104	nebusal.....	160
MOVANTIK.....	41	NEBUSAL.....	160
MOXATAG.....	37	needles.....	126
MOXEZA.....	32	NEEDLES.....	124, 125, 126, 127, 128, 134
moxifloxacin.....	37	nefazodone.....	139
moxifloxacin hcl.....	32	NEFFY.....	66
MRESVIA.....	71	NEMLUVIO.....	117
MS CONTIN.....	23	neomycin.....	31, 32, 33, 147
MULPLETA.....	91	neomycin/bacit/p-myx/hydrocort.....	31
MULTAQ.....	73	neomycin/polymyxin b/dexametha.....	31
MULTI-LANCET.....	122	neomycin/polymyxin b/hydrocort.....	32
multivit-fluor.....	165	neomycin/polymyxn b/gramicidin.....	32
mupirocin.....	39	neomycin sulf/bacitracin/poly.....	32
mupirocin calcium.....	39	neostigmine.....	66
MURI-LUBE.....	162	NEO-SYNALAR.....	38
MUSE.....	158	NERLYNX.....	55
mvn no.53/iron/folic/dss/dha.....	164	NEULASTA.....	91
MYALEPT.....	116	NEULUMEX.....	95
mycophenolate.....	118	NEUPOGEN.....	91
MYDAYIS.....	67, 141	NEUPRO.....	60
MYDRIACYL.....	100	NEURONTIN.....	89
Myfembree.....	114	nevirapine.....	62
MYGLUCOHEALTH.....	122, 132	NEXIUM.....	109
MYLERAN.....	51	NEXIUM DR.....	109
MYOBLOC.....	68	NEXLETOL.....	83
MYORISAN.....	148	NEXLIZET.....	83
MYTESI.....	104	NEXPLANON.....	92
N		NEXTERONE.....	73
nabumetone.....	27	Nextstellis.....	92
nadolol.....	82	niacin.....	85
naftifine.....	43	NIASPAN.....	85
NAFTIN.....	43	nicardipine.....	74
NALFON.....	27	NICOTROL.....	155
NALOCET.....	21	nifedipine.....	73, 74
naloxone.....	23, 41, 163	nilutamide.....	52
NALOXONE.....	41	nimodipine.....	74
naltrexone.....	41	NINLARO.....	56
NAMENDA.....	86	nisoldipine er.....	74
NAMZARIC.....	86	nitazoxanide.....	59
NANO.....	126, 127	nitisinone.....	160
NAPROSYN.....	27	NITRO-DUR.....	75
naproxen.....	20, 26, 27	nitrofurantoin.....	36, 37
naratriptan hcl.....	19	nitroglycerin.....	75
NARCAN.....	42	NITROLINGUAL.....	75
NATACYN.....	42	NITROMIST.....	75
NATAZIA.....	92	nitroprusside.....	81
nateglinide.....	46	NITROSTAT.....	75

Índice de medicamentos

NITYR.....	160	OCALIVA.....	107
NIVA-FOL.....	165	OCREVUS.....	87
NIVESTYM.....	91	octreotide.....	115
nizatidine.....	107	OCUFLOX.....	32
NOCTIVA.....	111	ODACTRA.....	68
NOKOR.....	126	ODEFSEY.....	63
NORCO.....	21	ODOMZO.....	53
NORDITROPIN FLEXPOR.....	114	OFEV.....	157
norelgestromin/ethin.estradiol.....	93	ofloxacin.....	32, 37
NOREPINEPHRINE.....	138, 139, 140	OGIVRI.....	54
noreth-ethinyl estradiol/iron.....	92	OGSIVEO.....	56
norethind-eth estrad.....	92, 112	OJEMDA.....	53
norethindrone.....	92, 93, 112, 115	OJJAARA.....	56
norgestrel-ethinyl estradiol.....	93	olanzapine.....	144, 146
NORLIQVA.....	74	olmesartan/amlodipin/hcthiazyd.....	78
NORPACE.....	73	olmesartan-hctz.....	79
NORPACE CR.....	73	olmesartan medoxomil.....	80
nortriptyline.....	141	olopatadine.....	44, 97
NORVASC.....	74	OLPRUVA.....	104
NORVIR.....	63	OLUMIANT.....	26
NOURIANZ.....	60	omega-3 acid ethyl esters.....	104
NOVAMAX.....	122	omeprazole dr.....	109
NOVAREL.....	116	OMISIRGE.....	72
NOVAVAX.....	69	OMNIPOD.....	122, 123
NOVOFINE.....	126	OMNIPRED.....	98
NOVOPEN.....	122	OMNITROPE.....	114
NOVOTWIST.....	126	ON CALL.....	123, 132
NUBEQA.....	52	ondansetron.....	105
NUCORT.....	153	ONETOUCH.....	123, 132
NUCYNTA.....	23	ONEXTON.....	149
NUCYNTA ER.....	23	ONFI.....	88
NUDEXTA.....	87	ON-THE-GO.....	132
NULEV.....	106	ONUREG.....	52
NULIBRY.....	161	OPDIVO.....	57
NULYTELY.....	108	OPFOLDA.....	160
NUMOISYN.....	159	opium.....	23, 105
NUPLAZID.....	138	opium/belladonna alkaloids.....	23
NURTEC ODT.....	20	OPSUMIT.....	76
NUVARING.....	91	OPSYNVI.....	76
NUZYRA.....	38	OPTICHAMBER.....	135
NYMALIZE.....	74	OPTUMRX.....	123
NYPOZI.....	91	OPVEE.....	42
nystatin.....	42, 43	ORACIT.....	103
NYVEPRIA.....	91	ORALAIR.....	69
O		ORAMAGICRX.....	159
OBREDON.....	94	ORAPRED ODT.....	113
OBSTETRIX EC.....	136	ORAVIG.....	42
OBSTETRIX ONE.....	164	ORENCIA.....	25
OBTREX.....	136	ORENITRAM.....	76

Índice de medicamentos

ORENITRAM ER	76	PAPAVERINE-ALPROSTADIL	158
ORFADIN	160	PAPAVERINE-PHENTOLAMINE	158
ORGOVYX	54	PAPAVERINE-PHENTOLMN-ALPROSTDIL	158
ORIAHNN	114	PARADIGM	129
ORILISSA	114	PARAGARD	93
ORKAMBI	156	paregoric	105
ORLADEYO	157	PAREMYD	100
orphenadrine	136	paricalcitol	159
ORTHO MICRONOR	93	paromomycin	48
oseltamivir	64	paroxetine	139, 161
osmitrol	96	paroxetine cr	139
OSMITROL	96	paroxetine er	139
OSMOLEX ER	60	PASER	34
OSPHENA	159	PATADAY	44
OTEZLA	25	PATANASE	97
OTOVEL	31	PAVBLU	100
OTREXUP	25	PAXLOVID	66
OVACE PLUS	150	PAZEO	44
OVAL	123	pazopanib	56
OVIDE	154	PCE	36
oxandrolone	111	PEDIARIX	71
oxaprozin	26, 27	PEDVAXHIB	70
OXAPROZIN	27	peg3350/sod sulf, bicarb, cl/kcl	108
OXAYDO	23	peg3350/sod sul/nacl/kcl/asb/c	108
oxazepam	137	PEGANONE	89
oxcarbazepine	89	PEGASYS	65
OXERVATE	101	PEGINTRON	65
OXSORALEN-ULTRA	148	PEMAZYRE	56
OXTELLAR XR	89	PEMRYDI	52
oxybutynin	164	PENBRAYA	69
oxycodone hcl	21, 23	penicillamine	25
oxycodone hcl/acetaminophen	21	penicillin v potassium	37
OXYCODONE HCL ER	23	PEN NEEDLES	124, 125, 126, 127
oxymorphone hcl	23	PENTACEL	70
OZEMPIC	44	pentamidine	49
OZOBAX DS	136	pentazocine hcl/naloxone hcl	23
P		PENTIPS	124, 126, 127
pacerone	73	pentoxifylline	72
paclitaxel	57	PERCOCET	21
PACLITAXEL	57	PERFECT POINT	124
PACNEX	151	PERIDEX	158
PAIN EASE MEDIUM STREAM SPRAY	24	perindopril	80
paliperidone er	144	permethrin	59
palonosetron	105	perphenazine	141, 146
PALYNZIQ	69	perphenazine/amitriptyline	141
PANCREAZE	108	PFIZER COVID-19 VACCINE	69
PANRETIN	58	PHARMABASE BARRIER	151
pantoprazole	109	PHASEAL	126
PANTOPRAZOLE	109	PHEBURANE	104

Índice de medicamentos

phenazopyridine hcl	25	polydimethylsiloxanes/silicon.....	151
phendimetrazine	58	POLY HUB	126
phenelzine	138	POMALYST.....	54
phenobarb/hyoscy/atropine/scop	106	POMBILITI.....	161
phenobarbital	106, 146	Ponvory	87
phenobarbital-belladonna	106	POTABA	165
PHENOBARBITAL-BELLADONNA	106	potassium	20
phenoxybenzamine	68	POTASSIUM.....	96, 97, 103, 108
phentermine	58	potassium bicarbonate/cit ac.....	103
PHENTOLAMINE-ALPROSTADIL.....	158	potassium chloride	103
phenylephrine.....	43, 99	potassium citrate	103
phenylephrine hcl/prometh	43	potassium citrate/citric acid	103
PHENYTEK	89	potassium iodide/iodine	102
phenytoin.....	89	pramipexole	60
PHESGO	54	pramipexole er	60
PHOSLYRA	102	PRAMOSONE.....	154
PHOSPHOLINE IODIDE.....	100	prasugrel	61
PHYSIOLYTE.....	147	pravastatin	84
PHYSIOSOL.....	147	praziquantel	48
physostigmine	66	prazosin.....	78
phytonadione.....	165	PR BENZOYL PEROXIDE	151
PICATO	58	PRECISION	94, 128
PIFELTRO.....	62	PRECISIONGLIDE	125, 126
pilocarpine	68, 100	PRECOSE.....	45
pimecrolimus	117	PRED MILD	98
pimozide	143	prednicarbate.....	153, 154
pindolol	82	prednisolone	32, 98, 113
pioglitazone	46	prednisone	113
PIP	123, 126, 132	pregabalin	89, 90
PIQRAY	56	PREGNYL	116
pirfenidone	160	PREMARIN.....	112, 116
piroxicam.....	27	PREMPHASE.....	112
pitavastatin	84	PREMPRO	112
PLAQUENIL.....	49	prenatal 12/iron/folic/dss/om3.....	137
PLAVIX.....	61	PRENATAL 19.....	137
PLEGRIDY	87	prenatal 34/iron/folic/dss/dha	137
PLIXDA	155	prenatal vits15/iron/folic/dss.....	137
PNEUMOVAX 23.....	69	PREPIDIL.....	114
pnv	137	PREPOPIK	108
pnv 22/iron, gluc/folic/dss/dha.....	136	PRESTALIA	77
pnv 66/iron/folic/docusate/dha	136	PRETOMANID	34
pnv 69/iron/folic/docusate/dha	136	PREVACID DR.....	109
pnv 80/iron fum/folic/dss/dha	137	PREVENT	126
pnv/ferrous fum/docusate/folic.....	137	PREVIDENT.....	101
pnv/iron, carb/docusat/folic ac.....	137	PREVNAR 13.....	69
POCKET CHAMBER.....	135	PREVYMIS	64
PODOCON-25	151	PREZCOBIX.....	62
podofilox	151	PREZISTA	62
POLIBAR ACB.....	95	PRIFTIN.....	34

Índice de medicamentos

PRIOSEC DR.....	109
primaquine	49
PRIMAQUINE.....	49
Primaxin.....	35
PRIMAXIN.....	35
PRIMEAIRE.....	135
primidone	90
PRIMLEV.....	21
PRIMSOL	34
PRINIVIL	80
PRISMASOL	103
PRISTIQ ER.....	140
probenecid.....	28
probenecid/colchicine.....	28
PROCARDIA.....	74
PROCARE SPACER WITH ADULT MASK	135
PROCARE SPACER WITH CHILD MASK	135
PROCHAMBER.....	135
prochlorperazine.....	105
PRO COMFORT.....	123, 126, 129, 132, 135, 149
PRO COMFORT SPACER WITH MASK.....	135
PROCORT	110
PROCRT.....	91
PROCTOFOAM-HC.....	110
PRODIGY.....	123, 129, 132
PROGLYCEM	102
PROGRAF	118
PROLASTIN.....	157
PROLENSA.....	99
PROLIA	162
promethazine.....	44, 94, 105
propafenone.....	73
propantheline	104
proparacaine	99
propranolol	82
propylthiouracil.....	155
PROQUAD	70
PROSCAR.....	163
PROSTIN E2.....	115
protectives2/ceramide 1,3,6-ii.....	151
PROTONIX.....	109
PROTOPIC.....	118
protriptyline.....	141
PROVERA.....	92, 115
PROVISC	101
PROVOCHOLINE.....	95
PULMICORT	30
PULMOZYME.....	157
PURE.....	126, 132, 149

PURIXAN	52
PUSH	132
pyrazinamide.....	34
PYRIDIUM.....	25
pyridostigmine.....	66
pyrimethamine	49

Q

QALSODY.....	86
QINLOCK	56
QMIIZ ODT	27
QSYMIA	58
QUALAQUIN	49
QUARTETTE	93
quazepam	147
QUAZEPAM.....	147
QUESTRAN	85
quetiapine.....	144, 145
QUILLICHEW ER.....	143
QUILLIVANT XR	143
quinapril.....	77, 79, 80
quinapril/hydrochlorothiazide	77
quinidine.....	73
quinine.....	49
QUTENZA.....	150
QVAR	30

R

rabeprazole.....	109
RADIAGEL.....	161
RADIAPLEXRX	151
RADICAVA ORS	86
RADIOGARDASE.....	161
RAGWITEK.....	69
raloxifene	162
ramelteon.....	146
ramipril.....	80
ranitidine.....	107
ranolazine	72
RAPAFLO.....	163
RAPLIXA	72
rasagiline mesylate.....	59, 60
RAYA	126
RAYALDEE.....	159
RAZADYNE ER.....	66
READI-CAT 2.....	95
READYLANCER	132
REBIF	87
RECARBRIO.....	35
RECLAST	117

Índice de medicamentos

RECOMBIVAX HB.....	71	RINVOQ.....	26
RECOTHROM.....	72	RIOMET.....	45
RECTIV.....	108	RIOMET ER.....	45
REFUAH.....	123	risedronate.....	162
regadenoson.....	95	risperidone.....	144
REGIMEX.....	58	RITALIN.....	143
REGLAN.....	108	RITEFLO.....	135
REGRANEX.....	150	ritonavir.....	63
REGULAR.....	126	rivastigmine.....	66
RELAGARD.....	48	rizatriptan.....	20
RELENZA.....	64	ROBAXIN-750.....	136
RELIAMED.....	123, 132	ROBINUL.....	104
RELION.....	94, 126, 187	ROCALTROL.....	165
RELISTOR.....	41	ROCKLATAN.....	100
REMICADE.....	50	roflumilast.....	31
RENACIDIN.....	103	ROLVEDON.....	91
repaglinide.....	46	ROMVIMZA.....	56
REPATHA.....	83	ropinirole.....	60
REPLACEMENT.....	71, 72, 102, 103, 123, 161	ROSANIL.....	39
RESPA A.R.....	93	rosuvastatin.....	84
RESTASIS.....	101	Roszet.....	83
RESTIZAN.....	150	ROTARIX.....	69
RETACRIT.....	91	ROTATEQ.....	69
RETEVMO.....	56	ROXYBOND.....	23
RETIN.....	155	ROZLYTREK.....	56
REVATIO.....	76	RUBRACA.....	56
REVLIMID.....	54	RUCONEST.....	157
REVUFORJ.....	56	rufinamide.....	90
REXULTI.....	145	RUKOBIA.....	62
REYATAZ.....	63	RUZURGI.....	87
REZDIFFRA.....	159	RYBELSUS.....	44
REZIPRES.....	75	RYDAPT.....	56
REZLIDHIA.....	57	RYTARY.....	60
REZUROCK.....	163	RYTHMOL SR.....	73
RHOPRESSA.....	100	S	
ribasphere.....	65	SAF-CLENS AF.....	152
RIBASPHERE.....	66	SAFE.....	119, 123, 129, 130
ribavirin.....	64, 66	SAFETY.....	123, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134
RIDAURA.....	26	SAFETYGLIDE.....	126, 129
rifabutin.....	34	SAFYRAL.....	93
RIFAMATE.....	34	SALAGEN.....	68
rifampin.....	34	SALICATE.....	151
RIFATER.....	34	salicylic acid.....	151
RIGHTEST.....	123, 132	SALIMEZ FORTE.....	151
RILUTEK.....	86	SALKERA.....	151
riluzole.....	86	salsalate.....	25
rimantadine.....	64	SALVAX DUO PLUS.....	151
RIMSO-50.....	24	SANCUSO.....	105
ringer's solution.....	147	SANDOSTATIN.....	115

Índice de medicamentos

SANTYL.....	155	SITZMARKS.....	95
SAPHRIS.....	144	SIVEXTRO.....	37
sapropterin.....	162	SKELAXIN.....	136
SARAFEM.....	139	SKLICE.....	59
SAVAYSA.....	40	SKYLA.....	93
SAVELLA.....	163	SKYRIZI.....	148
SAXENDA.....	58	SKY SAFETY.....	127
SCALACORT DK.....	154	SKYTROFA.....	114
SCEMBLIX.....	56	SLYND.....	93
scopolamine.....	105	SMART.....	131, 132, 133
secobarbital.....	146	SMARTDIABETES.....	123
SECUADO.....	144	SMARTEST.....	123, 133
SECURESAFE.....	126, 129	sodium chloride for inhalation.....	160
selegiline.....	60	sodium chloride irrig solution.....	147
selenium.....	150	sodium chloride/nahco3/kcl/peg.....	108
SELZENTRY.....	62	SODIUM CITRATE.....	40
SEMGLEE.....	48	SODIUM DIURIL.....	97
SEN-SERTER.....	123	SODIUM EDECRIN.....	96
SEREVENT DISKUS.....	29	sodium fluoride/potassium nit.....	101
SEROQUEL.....	145	SODIUM OXYBATE.....	146
SEROQUEL XR.....	145	sodium phenylbutyrate.....	104
SEROSTIM.....	114	sodium polystyrene.....	102
sertraline.....	139	sodium polystyrene sulfon/sorb.....	102
sevelamer.....	102	sod, pot chlor/mag/sod, pot phos.....	147
sevoflurane.....	24	SOGROYA.....	114
SFROWASA.....	107	solifenacin.....	164
SHINGRIX.....	71	SOLQUA.....	45
SHORT.....	28, 29, 126, 127	SOLOSEC.....	33
SIGNIFOR.....	115	SOLTAMOX.....	58
SIKLOS.....	72	SOLUS.....	123, 133
sildenafil.....	76, 158, 159	SOLUVITA.....	165
SILICONE MASK.....	135	SOMATULINE DEPOT.....	115
SILIQ.....	148	SOMAVERT.....	159
silodosin.....	163	SOOLANTRA.....	152
SIL-SERTER.....	123	SORBITOL.....	147
SILVADENE.....	39	sotalol.....	82
silver nitrate.....	151, 154	SOTYKTU.....	148
silver sulfadiazine.....	39	SOTYLIZE.....	82
SIMBRINZA.....	100	SOVALDI.....	65
SIMLANDI.....	50	SPACE CHAMBER.....	135
SIMPONI.....	50, 51	SPEVIGO.....	148
SIMULECT.....	118	spinosad.....	59
simvastatin.....	82, 83, 84	SPIRIVA RESPIMAT.....	28
SINEMET.....	60	spironolact/hydrochlorothiazid.....	97
SINGLE.....	132, 149	spironolactone.....	96, 97
SINGULAIR.....	30	SPRAVATO.....	138
sirolimus.....	118	SPRITAM.....	90
SIRTURO.....	34	sps.....	102

Índice de medicamentos

SSKI	102	SYMLINPEN	45
STALEVO	60	SYMPROIC	41
STARLIX	46	SYMTUZA	62
STELARA	117	SYNALAR	38, 154
STENDRA	158	SYNAREL	114
STERILANCE	133	SYNERA	24
STERILE	133	SYNJARDY	46, 47
STIMATE	111	SYNJARDY XR	46, 47
STIMUFEND	91	SYNTHROID	156
STIOLTO RESPIMAT	29	SYRINGE AVITENE	72
STIVARGA	56	syring-needl, disp, insul	129
STRENSIQ	161	T	
STRIBILD	64	TABLOID	52
STRIVERDI RESPIMAT	29	TABRECTA	56
STROMEKTOL	48	TACHOSIL	72
SUBOXONE	163	TACLONEX	155
SUCRAID	107	tacrolimus	118
sucralfate	106	tadalafil	76, 158
SULAR	74	TAFINLAR	53
sulfacetamide	32	TAGITOL	95
sulfacetamide sodium	39, 149, 150	TAGRISSO	56
sulfacetamide sod/sulfur/urea	39	TAKHZYRO	69
sulfacetamide/sulfur/cleansr23	39	TALTZ	148
sulfact sod/sulur/avob/otn/oct	39	TALZENNA	56
sulfadiazine	33, 39	TAMIFLU	64
sulfamethoxazole/trimethoprim	33	tamoxifen	58
SULFAMYLON	39	tamsulosin	163, 164
sulfasalazine	107	TAPAZOLE	155
sulindac	27	TARKA	77
sumatriptan	20	TASIGNA	56
SUNLENCA	61	tasimelteon	146
SUNOSI	146	TASMAR	60
SUPARTZ	25, 143	TAVALISSE	157
SUPER	131, 133	TAVNEOS	71
SUPRANE	24	TAYTULLA	93
SUPRAX	35	tazarotene	149, 150
SURE	123, 124, 126, 127, 129, 133, 135, 149, 150	TAZVERIK	54
SUREFLEX	123, 132	TC99M SULFUR COLLOID PREP	95
SURE-PEN	123	TDVAX	70
SURE-TEST	124	TECENTRIQ	52, 57
SURGIFOAM	72	TECHLITE	127, 129, 133
SURGISEAL	152	TEGRETOL	90
SURVANTA	157	TEGSEDI	160
SUSTOL	105	TEKTURNA	82
SUTENT	56	TELCARE	124, 133
SYMAX	106	telmisartan	78, 79, 80
SYMBICORT	30	telmisartan-amlodipine	79
SYMDEKO	156	temazepam	147

Índice de medicamentos

TEMIXYS.....	62	TIROSINT	156
TEMODAR.....	51	TISSEEL VHSD.....	152
TEMOVATE.....	154	TIVICAY.....	63
temozolomide.....	51	tizanidine.....	136
TENIVAC.....	70	TOBI PODHALER.....	33
tenofovir disoproxil fumarate.....	63	TOBRADEX.....	32
TEPMETKO.....	56	TOBRADEX EYE DROPS.....	32
terazosin.....	78	tobramycin.....	32, 33
terbinafine.....	42	TOBRAMYCIN	33
terconazole.....	42	tobramycin/dexamethasone.....	32
teriflunomide.....	87	TOBEX.....	32
teriparatide.....	116, 159	TOLAK.....	58
TERIPARATIDE.....	116	tolbutamide.....	46
TERSI FOAM.....	150	tolcapone.....	60, 61
TERUMO.....	127, 129	tolmetin sodium.....	27
TESSALON PERLE.....	94	tolterodine.....	164
testosterone.....	110, 111	tolterodine tart er.....	164
TESTOSTERONE	110, 111	tolvaptan.....	96
tetrabenazine.....	86	TOLVAPTAN.....	96
tetracaine.....	99	TOPCARE.....	127, 129, 133
tetracycline.....	38	TOPICORT.....	154
tetradecyl.....	85	topiramate.....	90
TETRAVISC.....	99	toremifene.....	58
TEVIMBRA.....	57	torse mide.....	96
TEXACORT.....	154	TOTALVISC.....	101
TEZSPIRE.....	162	TRACLEER.....	76
THALOMID.....	34	TRAMADOL	23
THEO-24.....	31	tramadol er.....	23
theophylline.....	31	tramadol hcl.....	21, 23
THIN.....	95, 126, 127, 130, 131, 132, 133	TRAMADOL HCL.....	23
THIN WALL.....	127	tramadol hcl/acetaminophen.....	21
thioridazine.....	146	trandolapril.....	77, 80
thiothixene.....	145	trandolapril/verapamil.....	77
THROMBIN-JMI.....	72	tranexamic.....	71
THROMBI-PAD.....	72	TRANEXAMIC.....	71
thyroid, pork.....	156	tranexamic acid.....	71
THYROLAR.....	156	TRANSDERM-SCOP.....	105
tiagabine.....	90	TRANSFER.....	63, 127
TIAZAC.....	74	TRANXENE.....	137
TIBSOVO.....	57	tranylcypromine.....	138
ticlopidine.....	61	travoprost.....	100
TIGAN.....	105	trazodone.....	139
TIGLUTIK.....	86	TREANDA.....	52
TIKOSYN.....	73	TRECATOR.....	34
timolol.....	82, 99, 100	TRELEGY ELLIPTA.....	30
TINDAMAX.....	48	TREMFYA.....	148
tinidazole.....	48	TRESIBA.....	48
tiopronin.....	164	tretinoin.....	57, 148, 155
tirofiban-0.9% sodium chloride.....	61	TREXALL.....	52

Índice de medicamentos

TREZIX	22	TYKERB.....	56
triamcinolone.....	158	TYRVAYA.....	161
triamterene	96, 97	TYVASO	76
triazolam	146, 147	U	
TRIBENZOR	78	UBRELVY.....	20
trichloroacetic acid.....	152	UCERIS.....	113
TRICHLOROACETIC ACID	152	UDENYCA	91
TRICOR.....	85	UKONIQ	56
trientine.....	161	ULESFIA.....	59
TRIENTINE.....	161	ULORIC.....	26
trifluoperazine.....	146	ULTANE.....	24
trifluridine	64	ULTI.....	124
TRIGLIDE.....	85	ULTICARE.....	127, 129
trihexyphenidyl.....	59	ULTIGUARD.....	127, 129
TRIJARDY XR	47	ULTILET.....	127, 129, 133, 149
TRIKAFTA.....	156	ULTRA.....	29, 123, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 133, 148
TRILIPIX	85	ULTRACET	21
trimethobenzamide.....	105, 106	ULTRAFOAM.....	72
trimethoprim	32, 33, 34	ULTRALANCE.....	133
trimipramine.....	141	ULTRAM.....	23
TRI-MIX	159	ULTRA-THIN	126, 127, 130, 133, 135
TRIMO-SAN.....	48	ULTRATLC.....	133
TRINTELLIX	140	ULTRATRAK	124
TRIPTODUR.....	114	ULTRAVATE	154
TRIUMEQ	62	UNIFINE.....	124, 125, 127, 128
TRIVISC.....	25	UNILET.....	130, 131, 133, 134
TROKENDI.....	90	UNISTIK	124, 131, 134
tropicamide.....	100	UPTRAVI	76
tropium.....	164	URAMAXIN.....	151
TRUE.....	124, 127, 129, 133, 149	urea	39, 49, 151
TRUECONTROL	124	URECHOLINE	68
TRUEDRAW	124	URIBEL.....	34
TRUE METRIX	94, 124, 191	UROCIT-K.....	103
TRUEPLUS.....	127, 129, 133	UROQID-ACID.....	103
TRULANCE.....	108	UROXATRAL.....	163
TRULICITY.....	44	URSO	107
TRUMENBA	69	ursodiol	106, 107
TRUQAP	56	USTEKINUMAB.....	117
TRUSOPT	100	UTA.....	34
TUKYSA	56	V	
TURALIO	56	VABOMERE.....	35
TUXARIN ER.....	94	VAGIFEM.....	116
TUZISTRA XR.....	94	valacyclovir	64
TWINRIX.....	71	VALCHLOR.....	58
TWIRLA	93	valganciclovir	64
TWIST	130, 131, 132, 133, 152	valproic.....	90
TYBLUME.....	93	valsartan	78, 79, 80
TYBOST.....	156	VALSARTAN.....	80
TYENNE	117	VALTOCO.....	88

Índice de medicamentos

VALTREX	64	VIOKACE	108
vancomycin	38	VIRAZOLE	64
VANCOMYCIN	38	VIREAD	63
VANFLYTA	56	VISCO	25
VANRAFIA	164	VISTARIL	44
varденаfil	158, 159	VISTOGARD	158
VARIBAR	95	VITAFOL FE	137
VARIVAX VACCINE	71	VITALIPID	165
VARUBI	106	vite ac/grape/hyaluronic acid	150
VASCEPA	104	VITRAKVI	56
VASERETIC	77	VIVAGUARD	124, 134
VASHE WOUND	147	VIVELLE-DOT	112
VASOPRESSIN	96	VIVIMUSTA	51
VASOTEC	80	VIVJOA	42
VAXELIS	70	VIZIMPRO	56
VECAMEYL	81	VOLTAREN	148
VECTICAL	150	VOQUEZNA	108
VEGZELMA	51	voriconazole	42
VELETRI	76	VORTEX	135
VELPHORO	102	VOSEVI	64
VELSIPITY	88, 89	VOWST	107
VELTASSA	102	VOXZOGO	161
VEMLIDY	65	VOYDEYA	71
VENCLEXTA	57	VRAYLAR	145
venlafaxine	140	VUMERITY	87
VENTAVIS	76	VYKAT	162
VEOPOZ	71	VYLEESI	143
VEOZAH	161	VYLOY	57
verapamil	73, 74, 75, 77	VYNDAMAX	162
VERASENS	124	VYNDAQEL	162
VEREGEN	66	VYTORIN	83
VERELAN	75	VYVANSE	67, 68, 141, 142
VERELAN PM	75	W	
VERIFINE	128, 130, 134	WAKIX	91
VERQUVO	75	warfarin	39
VERZENIO	56	water for irrigation, sterile	147
VEVYE	101	WAVESENSE	124
VFEND	42	Wegovy	58
V-GO	124	WIDE SEAL DIAPHRAGM	93
VIAGRA	159	WINREVAIR	76
VIBERZI	108	WP THYROID	156
VIBRAMYCIN	38	WYOST	117
VIDAZA	52	X	
vigabatrin	90	XACIATO	48
VIGAMOX	32	XADAGO	61
VIIBRYD	140	XALKORI	56, 57
VIJOICE	157	XANAX	137
VIMPAT	90	XARELTO	40

Índice de medicamentos

XATMEP	52	ZENZEDI.....	68
XCLAIR.....	150	ZEPATIER.....	66
XCOPRI.....	90	ZEPOSIA.....	88
XDEMYVY	59	ZERBAXA	35
XELJANZ	26	ZERVIAE	44
XELODA.....	52	ZESTORETIC	77
XELSTRYM.....	68	ZETIA	85
XENICAL	59	zidovudine	62, 63
XENLETA.....	37	ZIEXTENZO.....	91
XEPI	39	ZIIHERA	52
XERMELO.....	104	zileuton	28
XGEVA	162	ZIMHI.....	42
XIFAXAN	37	zinc oxide	151
XIGDUO XR	47	ziprasidone.....	145
XIIDRA	101	ZIRGAN.....	64
XOFLUZA	64	ZITHROMAX	36
XOLAIR	31	ZOHYDRO ER	23
XOLREMDI	91	ZOKINVY.....	157
XOPENEX	29	ZOLADEX	54
XOSPATA.....	57	zoledronic.....	117
XPOVIO.....	57	ZOLEDRONIC ACID.....	117
XTAMPZA ER	23	ZOLINZA	51
XTANDI.....	52	zolmitriptan	20
XUREA	151	zolpidem	147
XURIDEN.....	102	zolpidem tart er	147
XYLOCAINE.....	73	zonisamide.....	90
XYWAV	146	ZONTIVITY	61
Y		ZORTRESS	118
YALE	128	ZORYVE	152
YASMIN 28	93	ZOSTAVAX.....	71
YAZ	93	ZTLIDO.....	24
YERVOY	57	ZUBSOLV.....	163
YESINTEK.....	117	ZURZUVAE.....	138
YORVIPATH	115	ZYDELIG.....	57
YUTREPIA	76	ZYLET.....	32
Z		ZYLOPRIM	26
zafirlukast.....	30	ZYNYZ	52
zaleplon.....	147	ZYVOX	37
ZANAFLEX	136		
ZARONTIN	90		
ZARXIO.....	91		
ZAVZPRET.....	20		
Zegalogue	102		
ZEJULA	57		
ZELBORAF	53		
ZEMAIRA	157		
ZEMPLAR.....	159		
ZENATANE	148		
ZENPEP.....	108		

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: componi 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