



Lista de medicamentos con receta Total Savings de 3 niveles de Cigna Healthcare

Cobertura a partir del 1 de enero de 2026

Para el estado de California

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

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

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

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

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



¿Qué encontrará adentro?	Página
Información sobre esta Lista de medicamentos	3
• Preguntas frecuentes	3
• Palabras que quizás necesite conocer	10
• Acerca de esta Lista de medicamentos	12
• Cómo leer esta Lista de medicamentos	12
• Cómo encontrar su medicamento	15
Lista de medicamentos con receta	18
Exclusiones y limitaciones de la cobertura	133
Índice de medicamentos	134

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

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

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

¿Tiene preguntas?

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

* Creación de la Lista de medicamentos:
creada originalmente el 1 de octubre de 2011

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 con receta que tratan alergias (por ejemplo, Allegra, Clarinex, Xyzal y los genéricos) y pirosis u otras condiciones de acidez estomacal (por ejemplo, Nexium, Prilosec OTC y los genéricos).
- Medicamentos que tratan condiciones relacionadas con el estilo de vida, como medicamentos para la infertilidad, para la disfunción eréctil y para dejar de fumar.²
- Medicamentos que no están aprobados 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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

de los medicamentos). Si al lado del nombre del medicamento aparece:

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

P. ¿Qué tipos de medicamentos generalmente necesitan aprobación?

R. Medicamentos que:

- Pueden no ser seguros si se toman con otros medicamentos.
- Tienen alternativas de menor costo que son igual de eficaces para tratar la misma condición.
- 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)/ Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)
- Alergias
- Problemas de vejiga
- Problemas respiratorios
- Depresión
- Presión arterial alta
- Colesterol alto
- Osteoporosis
- Dolor
- 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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

proporcionará hasta que se extinga la receta (incluidas las renovaciones).

- **Para las solicitudes urgentes basadas en circunstancias apremiantes**, les informaremos la decisión a usted y a su médico dentro de las 24 horas. Si se aprueba, la cobertura se proporcionará mientras duren las circunstancias apremiantes. Si no respondemos a una solicitud de excepción a la autorización previa completada dentro de las 72 horas de recibir una solicitud no urgente y de las 24 horas de recibir una solicitud urgente basada en circunstancias apremiantes, la solicitud se considerará aprobada y su plan no podrá negarse a cubrir el medicamento. Además, si ya recibió la aprobación para que su plan cubra su medicamento, no podemos limitar ni excluir la cobertura para ese medicamento si su médico se lo sigue recetando para tratar su condición (siempre y cuando el medicamento se recete adecuadamente y sea seguro y eficaz para tratar su condición).

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 **signaforhcp.com**.

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

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

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

Revisaremos la información que nos envíe su médico para asegurarnos de que usted cumpla con las reglas (los requisitos) de cobertura del medicamento. Les enviaremos una carta a usted y a su médico para comunicarles nuestra decisión (aprobado/no

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

aprobado) y los próximos pasos. Esto puede demorar hasta cinco (5) días hábiles. Puede comunicarse con el consultorio de su médico en cualquier momento para averiguar si ya tomamos una decisión. O puede iniciar sesión en la aplicación myCigna o en **myCigna.com** para saber en qué parte del proceso de revisión está su medicamento o para leer la decisión que tomamos.

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

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

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.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

P. ¿Mi plan cubre medicamentos aprobados recientemente por la FDA?

R. Nosotros revisamos todos los medicamentos y productos recientemente aprobados para determinar si deberían estar cubiertos y, en ese caso, con qué costo compartido (en qué nivel). Esto incluye, a modo de ejemplo, medicamentos, suministros médicos y/o dispositivos cubiertos por los beneficios de farmacia estándares. Desde la fecha de aprobación de la FDA, nuestra decisión puede demorar hasta seis meses.

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

P. ¿Qué son los medicamentos preventivos?

R. Los medicamentos preventivos pueden ayudarle a evitar ciertas condiciones médicas a largo plazo, como por ejemplo, asma, depresión, diabetes, ataque al corazón, presión arterial alta, colesterol alto, osteoporosis (una enfermedad que debilita los huesos), carencia nutricional prenatal (cuando una persona embarazada no recibe una cantidad suficiente 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.³

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.⁴ Los medicamentos genéricos suelen venderse con su nombre químico o científico, en lugar del nombre de marca.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

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.⁴

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

R. Los medicamentos genéricos y los de marca pueden:⁴

- Tener un aspecto diferente. Por ejemplo, los medicamentos genéricos pueden tener una forma, un tamaño o un color diferente a sus versiones de marca.
- Tener un sabor diferente y/o utilizar distintos conservantes, venir en un envase diferente y/o con un etiquetado distinto, y pueden tener una fecha de vencimiento diferente.

Es importante que sepa que estas diferencias no afectan la manera en que actúan los genéricos.

P. ¿Qué es un medicamento “biosimilar”?

R. Un medicamento biosimilar es “muy similar” al medicamento biológico original, que también se conoce como producto de referencia, que ya fue aprobado por la FDA. Si bien los biosimilares no son idénticos al medicamento original, se usan para tratar las mismas condiciones, y proporcionan los mismos resultados clínicos y beneficios de tratamiento. No hay diferencias clínicas en cuanto a su seguridad ni a cómo actúan. Además, suelen costar menos.⁵

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.⁶ 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.⁶

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.⁷
- 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.⁸
- 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,

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

2. Por teléfono.

- Llame al consultorio de su médico. Pida que envíen una receta para 90 días (con renovaciones) al servicio de entrega a domicilio de Express Scripts. O bien,
- Llame a Express Scripts Pharmacy al **800.835.3784**. Se comunicarán con el consultorio de su médico para obtener su receta. Tenga preparada su tarjeta de ID, la información de contacto de su médico y los nombres de sus medicamentos cuando llame.

Despache los medicamentos de especialidad a través de la farmacia de especialidad Accredo

Si está usando un medicamento de especialidad, el equipo de Accredo puede ayudarle a controlar su condición médica poco frecuente y/o compleja. También le despacharán y le enviarán su medicamento de especialidad, para que no tenga que ir a buscarlo a la farmacia. Para obtener más información, visite **Cigna.com/specialty**.

- Hable con enfermeras y farmacéuticos especialmente capacitados, las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Reciba los pedidos por envío rápido sin costo adicional.⁷
- Suscríbase a las renovaciones y los recordatorios. Algunas renovaciones pueden solicitarse por mensaje de texto.⁹
- 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.⁶ Llame a Accredo al **877.826.7657**, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 10:00 p.m., hora del Centro; o los sábados, de 7:00 a.m. a 4:00 p.m., hora del Centro, para obtener más información.

P. ¿Cómo despacho mi receta?

R. Primero, deberá pedirle una receta a su médico. Luego, su médico puede:

1. **Enviarla electrónicamente** a la farmacia minorista de la red que usted elija, al servicio de entrega a domicilio de Express Scripts o a Accredo. O bien
2. **Darle una receta en papel.** Usted puede llevarla a la farmacia minorista de la red que elija, o enviarla por correo a Express Scripts Pharmacy o a Accredo.

P. ¿Cómo puedo recibir ayuda con mis medicamentos de especialidad?

R. Controlar una condición médica poco frecuente y/o compleja no es fácil. El equipo de farmacéuticos y enfermeras capacitados en medicamentos de especialidad de Accredo puede ayudarle. También le despacharán y le enviarán su medicamento de especialidad, para que no tenga que ir a buscarlo a la farmacia.

Visite **Cigna.com/specialty** para obtener más información sobre Accredo o llame al **877.826.7657**, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 10:00 p.m., hora del Centro; o los sábados, de 7:00 a.m. a 4:00 p.m., hora del Centro.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

P. ¿Dónde puedo obtener más información sobre mis beneficios de farmacia?

R. Use las herramientas y recursos en línea que encontrará en la aplicación myCigna o en **myCigna.com**. Puede averiguar cuánto cuestan sus medicamentos (y qué opciones de menor costo pueden estar disponibles), ver qué medicamentos cubre su plan, buscar una farmacia de la red, hacerle una pregunta a un farmacéutico, ver sus reclamos de farmacia y los detalles de la cobertura, y mucho más. También puede administrar sus pedidos de entrega a domicilio.

P. ¿Cómo puedo averiguar mi costo compartido para cada nivel de la Lista de medicamentos?

R. Clasificamos los medicamentos cubiertos en niveles (que representan niveles de costo compartido). Por lo general, cuanto más alto sea el nivel, mayor será el precio que pagará por el medicamento. Hay tres lugares donde puede averiguar cuánto pagará por su medicamento, según el nivel al que pertenezca, incluido el máximo costo compartido permitido:

1. **Revise su tarjeta de ID de Cigna Healthcare.** Indica su costo compartido para los medicamentos del Nivel 1, del Nivel 2 y del Nivel 3.
2. **Inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com para ver información sobre su cobertura de farmacia.** También puede usar la herramienta *Price a Medication* (Conozca los precios de los medicamentos) para ver cuánto puede costarle su medicamento en las diferentes farmacias de la red de su plan.
3. Consulte el documento de cobertura denominado **Resumen de beneficios**.

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

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

- Los medicamentos que le despachan en la farmacia y que usted toma por su cuenta, por lo general, están cubiertos por el beneficio de farmacia.

- Los medicamentos que se administran por inyección o infusión en el consultorio de un médico, en un hospital, en un centro de infusión o en el hogar, por lo general, están cubiertos por el beneficio médico.

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

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

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

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

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

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

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Palabras que quizás necesite conocer (cont.)

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.
- **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 Total Savings 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.

Importante: Su plan no cubre medicamentos con receta que tratan alergias (por ejemplo, Allegra®, Clarinex®, Xyzal® y los genéricos) y pirosis u otras condiciones de acidez estomacal (por ejemplo, Nexium®, Prilosec OTC® y los genéricos). En cambio, puede comprarlos como productos de venta libre (OTC) en su farmacia local o tienda minorista sin presentar una receta.

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. ⁴	\$
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 Total Savings de 3 niveles de Cigna Healthcare.*

ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)			Categoría terapéutica y clase describe la condición para cuyo tratamiento se usa el medicamento.
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura	
ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS Y BARBITÚRICOS			Requisitos y límites de cobertura le informa si su plan tiene requisitos adicionales antes de cubrir el medicamento.
<i>butalbital/acetaminophen</i>	T1		
ANALGÉSICOS, COMB. DE SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS			Nivel del medicamento le da una idea de cuánto puede llegar a pagar por un medicamento.
<i>butalb-aspirin-caffe 50-325-40</i>	T1	QL (6 tabs/day)	
<i>butalbital-asa-cafeine cap</i> (Fiorinal)	T1	QL (6 caps/day)	Nombre del medicamento con receta es el nombre del medicamento.
FIORINAL (<i>butalbital-aspirin-cafeine</i>)	T3	QL (6 caps/day)	
ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS			Los medicamentos están enumerados en orden alfabético (de la A a la Z) dentro de cada columna (según el inglés).
<i>butalb/acetaminophen/cafeine</i>	T3		
<i>butalb/acetaminophen/cafeine</i> (Esgic)	T3	QL (6 caps/day)	Los medicamentos de marca están escritos en MAYÚSCULA .
<i>butalb-acetamin-caff 50-300-40</i> (Fioricet)	T1	QL (6 caps/day)	
<i>butalb-acetamin-caff 50-325-40</i> (Esgic)	T1	QL (6 tabs/day)	Los medicamentos genéricos están escritos en minúscula cursiva .
ESGIC 50-325-40 MG TABLET (<i>butalbital-acetaminophen-caffe</i>)	T3	QL (6 tabs/day)	
ESGIC CAPSULE (<i>zebutal</i>)	T3	QL (6 caps/day)	
FIORICET (<i>phrenilin forte</i>)	T1	QL (6 caps/day)	
ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS, SALICILATOS			
<i>choline salicyl/mag salicylate</i>	T1	HD	
<i>diflunisal</i>	T1	HD	
PREPARACIONES ANTIMIGRAÑOSAS			
AIMOVIG AUTOINJECTOR	T2	PA	
AJOVY AUTOINJECTOR	T2	PA	
AJOVY SYRINGE	T2	PA	
<i>almotriptan malate</i>	T1	QL (12 tabs/30 days)	
CAFERGOT (<i>ergotamine-cafeine</i>)	T3	QL (40 tabs/28 days)	
<i>dihydroergotamine 1 mg/ml amp</i>	T1	QL (10 amps/30 days)	
<i>eletriptan hydrobromide</i>	T1	QL (6 tabs/30 days)	
EMGALITY PEN	T2	PA	
EMGALITY SYRINGE	T2	PA	
<i>ergotamine tartrate/cafeine</i>	T1		
<i>ergotamine tartrate/cafeine</i> (Cafergot)	T1	QL (40 tabs/28 days)	

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Cómo encontrar su medicamento

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

Condición	Página	Condición	Página
Analgésicos (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	19-23	Antiinfecciosos/Varios (varios)	45
Analgésicos (condiciones urinarias)	23	Antiinfecciosos/Varios (condiciones cutáneas)	45
Anestésicos (varios)	23,24	Agentes inhibidores del factor de necrosis tumoral antiinflamatorios (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	45, 46
Anestésicos (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	24	Antineoplásicos (cáncer)	46-51
Anestésicos (condiciones urinarias)	24	Antineoplásicos (condiciones cutáneas)	52
Antialérgicos (alergia y rociadores nasales)	24	Medicamentos contra la obesidad (control del peso)	52, 53
Antiartríticos (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	24-27	Antiparasitarios (condiciones oculares)	53
Antiasmáticos (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	27-30	Antiparasitarios (infecciones)	53
Antibióticos (alergia/rociadores nasales)	30	Medicamentos antiparkinsonianos (enfermedad de Parkinson)	53-55
Antibióticos (medicamentos para los oídos)	30	Medicamentos antiplaquetarios (diluyentes de la sangre/anticoagulantes)	55
Antibióticos (condiciones oculares)	30, 31	Antivíricos (SIDA/VIH)	56-58
Antibióticos (infecciones)	31-36	Antivíricos (condiciones oculares)	58
Antibióticos (condiciones cutáneas)	36, 37	Antivíricos (infecciones)	58, 59
Anticoagulantes (diluyentes de la sangre/ anticoagulantes)	37, 38	Antivíricos (condiciones cutáneas)	59
Antídotos (condiciones gastrointestinales/ pirosis)	38	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (alergia/rociadores nasales)	59
Antídotos (abuso de sustancias)	38	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (enfermedad de Alzheimer)	60
Antimicóticos (condiciones oculares)	38	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (trastorno de déficit de atención e hiperactividad)	60
Antimicóticos (productos femeninos)	39	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	60, 61
Antimicóticos (infecciones)	39	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (condiciones urinarias)	61
Antimicóticos (condiciones cutáneas)	39, 40	Productos biológicos (alergia/rociadores nasales)	61
Antihistamínicos (alergia/rociadores nasales)	40	Productos biológicos (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	61
Antihiper glucémicos (diabetes)	40-43	Productos biológicos (varios)	61
Antiinfecciosos (productos femeninos)	43		
Antiinfecciosos (infecciones)	43		
Antiinfecciosos/Varios (productos femeninos)	44		
Antiinfecciosos/Varios (infecciones)	44, 45		

Información sobre esta Lista de medicamentos

Cómo encontrar su medicamento (cont.)

Condición	Página	Condición	Página
Productos biológicos (vacunas)	61-64	Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (alergia/rociadores nasales)	83, 84
Sangre (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)	64, 65	Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (medicamentos para los oídos)	84
Sangre (diluyentes de la sangre/ anticoagulantes)	65	Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (condiciones oculares)	84-86
Medicamentos para enfermedades cardíacas (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	65-67	Elect./calóricos/H2O (medicamentos para el colesterol)	86
Cardiovasculares (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	67, 68	Elect./calóricos/H2O (productos dentales)	87
Cardiovasculares (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	68-72	Elect./calóricos/H2O (diabetes)	87
Cardiovasculares (medicamentos para el colesterol)	72-74	Elect./calóricos/H2O (varios)	87
CARDIOVASCULARES (Varios)	74	Elect./calóricos/H2O (nutritivos/alimenticios)	87, 88
Medicamentos para el sistema nervioso central (enfermedad de Alzheimer)	74, 75	Elect./calóricos/H2O (condiciones urinarias)	88, 89
Medicamentos para el sistema nervioso central (varios)	75	Gastrointestinales (medicamentos para el colesterol)	89
Medicamentos para el sistema nervioso central (esclerosis múltiple)	75, 76	Gastrointestinales (condiciones gastrointestinales/pirosis)	89-93
Medicamentos para el sistema nervioso central (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	76	Gastrointestinales (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	93, 94
Medicamentos para el sistema nervioso central (trastornos convulsivos)	76-78	Hormonas (agentes hormonales)	94-98
Medicamentos para el sistema nervioso central (trastornos del sueño/sedantes)	78	Hormonas (infertilidad)	98
Factores estimulantes de colonias (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)	79	Hormonas (varias)	98
Factores estimulantes de colonias (cáncer)	79	Hormonas (productos para la osteoporosis)	98
Anticonceptivos (productos anticonceptivos)	79, 80	Inmunosupresores (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	98, 99
Preparaciones para la tos/el resfrío (alergia/ rociadores nasales)	80	Inmunosupresores (condiciones cutáneas)	99
Preparaciones para la tos/el resfrío (medicamentos para la tos/el resfrío)	80, 81	Inmunosupresores (medicamentos para trasplante)	99, 100
Diagnóstico (diabetes)	81	Dispositivos y suministros médicos varios, no farmacológicos (diabetes)	100-105
Diagnóstico (varios)	81, 82	Dispositivos y suministros médicos varios, no farmacológicos (varios)	105-107
Diuréticos (diuréticos)	82, 83	Relajantes musculares (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	107, 108
		Vitaminas prenatales (nutritivas/alimenticias)	108
		Medicamentos psicoterapéuticos (ansiedad/ depresión/trastorno bipolar)	109-113

Información sobre esta Lista de medicamentos

Cómo encontrar su medicamento (cont.)

Condición	Página	Condición	Página
Medicamentos psicoterapéuticos (trastorno de déficit de atención e hiperactividad)	113, 114	PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Productos dentales)	126
Medicamentos psicoterapéuticos (varios)	114	PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Disfunción eréctil)	126, 127
Medicamentos psicoterapéuticos (esquizofrenia/antipsicóticos)	114-117	PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones gastrointestinales/pirosis)	127
Medicamentos psicoterapéuticos (trastornos del sueño/sedantes)	117	PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Agentes hormonales)	127
Sedantes/hipnóticos (trastornos del sueño/sedantes)	117, 118	PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios)	128-130
PREPARACIONES CUTÁNEAS (Cáncer)	118	Productos farmacológicos no clasificados (nutritivos/alimenticios)	130
Preparaciones cutáneas (varias)	118	Productos farmacológicos no clasificados (productos para la osteoporosis)	130, 131
Preparaciones cutáneas (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	118, 119	PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	131
Preparaciones cutáneas (condiciones cutáneas)	119-124	PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones cutáneas)	131
Agentes para dejar de fumar (productos para dejar de fumar)	124, 125	Productos farmacológicos no clasificados (abuso de sustancias)	131
Preparaciones para la tiroides (agentes hormonales)	125	Productos farmacológicos no clasificados (medicamentos para trasplante)	131, 132
Productos farmacológicos no clasificados (SIDA/VIH)	125	Productos farmacológicos no clasificados (condiciones urinarias)	132
Productos farmacológicos no clasificados (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	125, 126	Productos farmacológicos no clasificados (control del peso)	132, 133
Productos farmacológicos no clasificados (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)	126	Vitaminas (nutritivas/alimenticias)	131, 132
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	126		
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Cáncer)	126		

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 SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
butalb-aspirin-caffe 50-325-40	T1	QL (6 tabs/day)
butalbital-asa-caffeine cap (Fiorinal)	T1	QL (6 caps/day)
FIORINAL (butalbital-aspirin-caffeine)	T3	QL (6 caps/day)
ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
butalb/acetaminophen/caffeine	T3	
butalb/acetaminophen/caffeine (Esgic)	T3	QL (6 caps/day)
butalb-acetamin-caff 50-300-40 (Fioricet)	T1	QL (6 caps/day)
butalb-acetamin-caff 50-325-40 (Esgic)	T1	QL (6 tabs/day)
ESGIC CAPSULE (zebutal)	T3	QL (6 caps/day)
FIORICET (phrenilin forte)	T1	QL (6 caps/day)
ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS, SALICILATOS		
choline salicyl/mag salicylate	T1	HD
diflunisal	T1	HD
PREPARACIONES ANTIMIGRAÑOSAS		
AIMOVIG AUTOINJECTOR	T2	PA
AJOVY AUTOINJECTOR	T2	PA
AJOVY SYRINGE	T2	PA
almotriptan malate	T1	QL (12 tabs/30 days)
CAFERGOT (ergotamine-caffeine)	T3	QL (40 tabs/28 days)
dihydroergotamine 1 mg/ml amp	T1	QL (10 amps/30 days)
eletriptan hydrobromide	T1	QL (6 tabs/30 days)
EMGALITY PEN	T2	PA
EMGALITY SYRINGE	T2	PA
ergotamine tartrate/caffeine	T1	
ergotamine tartrate/caffeine (Cafergot)	T1	QL (40 tabs/28 days)
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)
NURTEC ODT	T2	PA QL (16 tabs/30 days)
<i>rizatriptan</i>	T1	QL (12 tabs/30 days)
<i>rizatriptan benzoate</i>	T1	QL (2 boxes/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)

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES ANTIMIGRAÑOSAS (cont.)		
<i>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/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 carpject</i>	T1	
<i>ketorolac 30 mg/ml isecure syr</i>	T1	QL (20ml/30 days)
<i>ketorolac 30 mg/ml syringe</i>	T1	QL (20ml/30 days)
<i>ketorolac 30 mg/ml vial</i>	T1	QL (4ml/ days)
<i>ketorolac 300 mg/10 ml vial</i>	T1	
<i>ketorolac 60 mg/2 ml carpject</i>	T1	QL (20ml/30 days)
<i>ketorolac 60 mg/2 ml syringe</i>	T1	QL (20ml/30 days)
<i>ketorolac 60 mg/2 ml vial</i>	T1	QL (20ml/30 days)
<i>mefenamic acid</i>	T1	HD
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	

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANALGÉSICOS NO SALICILATOS (cont.)		
<i>hydrocodone/acetaminophen</i>	T1	PA
<i>hydrocodone/acetaminophen</i> (Hydrocodone-acetaminophen)	T1	PA
<i>hydrocodone/acetaminophen</i> (Norco)	T1	PA
HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN	T1	PA
LORTAB	T1	PA
NALOCET	T1	PA
NORCO (<i>lorcet hd</i>)	T3	PA
NORCO (<i>lorcet plus</i>)	T3	PA
NORCO (<i>lorcet</i>)	T3	PA
<i>oxycodone hcl/acetaminophen</i> (Nalocet)	T1	PA
<i>oxycodone hcl/acetaminophen</i> (Percocet)	T1	PA
<i>oxycodone hcl/acetaminophen</i> (Primlev)	T1	PA
PERCOCET (<i>oxycodone-acetaminophen</i>)	T3	PA
PRIMLEV	T1	PA
<i>tramadol hcl/acetaminophen</i> (Ultracet)	T1	
ULTRACET (<i>tramadol hcl-acetaminophen</i>)	T3	
COMBINACIÓN DE ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS		
<i>hydrocodone/ibuprofen</i>	T1	PA
<i>hydrocodone/ibuprofen</i> (Ibudone)	T1	PA
IBUDONE	T1	PA
<i>ibuprofen/oxycodone hcl</i>	T1	PA
COMB. DE ANALGÉSICOS OPIOIDES, NO SALICILATOS Y XANTINAS		
ACETAMIN-CAFF-DIHYDROCODEINE	T1	PA
<i>acetaminophen/caff/dihydrocod</i> (Acetamin-caff-dihydrocodeine)	T1	PA
<i>acetaminophen/caff/dihydrocod</i> (Trezix)	T1	PA
TREZIX	T3	PA
ANALGÉSICOS OPIOIDES		
ACTIQ (<i>fentanyl citrate</i>)	T3	PA
ARYMO ER	T3	PA
BELBUCA	T2	QL (2 films/day)
<i>buprenorphine</i> (Butrans)	T1	QL (4 patches/28 days)
<i>butorphanol tartrate</i>	T1	PA QL (6 bots/30 days)

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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.)		
BUTRANS (buprenorphine)	T3	QL (4 patches/28 days)
codeine sulfate	T1	PA
DURAGESIC (fentanyl)	T3	PA
fentanyl	T1	PA
fentanyl (Duragesic)	T1	PA
FENTANYL CITRATE	T1	PA
fentanyl citrate (Actiq)	T1	PA
FENTORA	T3	PA
hydrocodone bitartrate (Hysingla Er)	T1	PA
hydrocodone bitartrate (Zohydro Er)	T1	PA
hydromorphone hcl	T1	PA
hydromorphone hcl (Dilaudid)	T1	PA
HYSINGLA ER (hydrocodone bitartrate er)	T2	PA
KADIAN (morphine sulfate er)	T3	PA
LAZANDA	T3	PA
meperidine hcl	T1	PA
MORPHABOND ER	T2	PA
morphine sulfate	T1	PA
morphine sulfate (Kadian)	T1	PA
morphine sulfate (Ms Contin)	T1	PA
MS CONTIN (morphine sulfate er)	T3	PA
NUCYNTA	T2	PA
NUCYNTA ER	T3	PA
opium/belladonna alkaloids	T1	PA
OXAYDO	T3	PA
oxycodone hcl	T1	PA
OXYCODONE HCL ER	T1	PA
oxymorphone hcl	T1	PA
pentazocine hcl/naloxone hcl	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.)		
ROXYBOND	T3	PA
<i>tramadol er 100 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
<i>tramadol er 200 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
<i>tramadol er 300 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
tramadol hcl (Ultram)	T1	QL (8 tabs/day)
tramadol hcl 50 mg tablet	T1	QL (8 tabs/day)
TRAMADOL HCL 75 MG TABLET	T3	QL (< 18 yo 5 tabs/day)
TRAMADOL HCL ER 100 MG CAPSULE	T1	QL (1 cap/day)
<i>tramadol hcl er 100 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
TRAMADOL HCL ER 150 MG CAPSULE	T1	QL (1 cap/day)
TRAMADOL HCL ER 200 MG CAPSULE	T1	QL (1 cap/day)
<i>tramadol hcl er 200 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
TRAMADOL HCL ER 300 MG CAPSULE	T1	QL (1 cap/day)
<i>tramadol hcl er 300 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
ULTRAM (<i>tramadol hcl</i>)	T3	QL (8 tabs/day)
XTAMPZA ER	T2	PA
ZOHYDRO ER (<i>hydrocodone bitartrate er</i>)	T3	PA
ANALGÉSICOS OPIOIDES Y SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
<i>codeine/butalbital/asa/cafein</i> (Fiorinal With Codeine #3)	T1	PA
FIORINAL WITH CODEINE #3 (<i>butalbital compound-codeine</i>)	T3	PA
ANALGÉSICOS OPIOIDES, NO SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
<i>butalbital/acetamin/caff/codeine</i>	T1	PA
<i>butalbital/acetamin/caff/codeine</i> (Fioricet With Codeine)	T1	PA
RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS, ANALGÉSICOS SALICILATOS, OPIOIDES		
<i>carisoprodol/aspirin/codeine</i>	T1	PA
ANALGÉSICOS (Condiciones urinarias)		
AGENTES ANALGÉSICOS DE LAS VÍAS URINARIAS		
ELMIRON	T2	
RIMSO-50	T2	
ANESTÉSICOS (Varios)		
ANESTÉSICOS GENERALES, PARA INHALACIÓN		
<i>desflurane</i> (Suprane)	T1	
<i>isoflurane</i>	T1	

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

ANESTÉSICOS (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANESTÉSICOS GENERALES, PARA INHALACIÓN (cont.)		
sevoflurane (Ultane)	T1	
ULTANE (sevoflurane)	T3	
lidocaine hcl	T1	
ANESTÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
ANESTÉSICOS LOCALES TÓPICOS		
lidocaine 5% ointment	T1	QL (145gm/30 days)
lidocaine hcl	T3	
lidocaine/prilocaine	T1	
LIDODERM (lidocaine)	T3	
PAIN EASE MEDIUM STREAM SPRAY	T3	
ZTLIDO	T2	
ANESTÉSICOS (Condiciones urinarias)		
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	T1	PA SP
penicillamine (Depen)	T1	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

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

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

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a 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
ANTIINFLAMATORIOS, INHIBIDORES DE LA SÍNTESIS DE PIRIMIDINAS		
ARAVA (<i>leflunomide</i>)	T3	HD
<i>leflunomide</i> (Arava)	T1	HD
ANTIINFLAMATORIOS, INHIB. DE LA FOSFODIESTERASA-4 (PDE4)		
OTEZLA 28 DAY STARTER PACK	T2	PA QL (1 pack/180 days) SP HD
OTEZLA 30 MG TABLET	T2	PA QL (2 tabs/day) SP HD
ANTIINFLAMATORIOS, MOD. SELECT. COESTIM., INHIBIDORES DE CÉLULAS T		
ORENCIA	T3	PA QL (4 syringes/28 days) SP HD
ORENCIA CLICKJECT	T3	PA QL (4 injectors/28 days) SP HD
COLCHICINA		
<i>colchicine 0.6 mg capsule</i> (Mitigare)	T1	HD
<i>colchicine 0.6 mg tablet</i> (Colcrys)	T1	HD
COLCRYS (<i>colchicine</i>)	T3	HD
MITIGARE (<i>colchicine</i>)	T3	HD
SALES DE ORO		
RIDAURA	T2	
TRAT. DE LA HIPERURICEMIA - INHIBIDORES DE LA XANTINA OXIDASA		
<i>allopurinol</i> (Zyloprim)	T1	HD
<i>febuxostat 80 mg tablet</i> (Uloric)	T1	HD
ULORIC 40 MG TABLET (<i>febuxostat</i>)	T3	QL (1 tab/day) HD
ULORIC 80 MG TABLET (<i>febuxostat</i>)	T3	HD
ZYLOPRIM (<i>allopurinol</i>)	T3	HD
INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK)		
CIBINQO	T2	PA QL (30 tabs/30 days) SP
LEQSELVI	T3	PA QL(2 tabs/day) SP HD
LITFULO	T3	PA QL(1 cap/day) SP HD
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

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (INHIB. NO ESPECÍFICOS DE LA COX) Y ANÁLOGOS DE LA PROSTAGLANDINA (cont.)		
<i>diclofenac sodium-misoprostol</i> (Arthrotec 75)	T1	HD
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA		
ANAPROX DS (<i>naproxen sodium ds</i>)	T3	ST HD
DAYPRO (<i>oxaprozin</i>)	T3	ST HD
<i>diclofenac sod dr 25 mg tab</i>	T1	HD
<i>diclofenac sod dr 50 mg tab</i>	T1	HD
<i>diclofenac sod dr 75 mg tab</i>	T1	HD
<i>diclofenac sod ec 25 mg tab</i>	T1	HD
<i>diclofenac sod ec 50 mg tab</i>	T1	HD
<i>diclofenac sod ec 75 mg tab</i>	T1	HD
<i>diclofenac sodium</i>	T1	HD
EC-NAPROSYN (<i>naproxen</i>)	T3	ST HD
<i>etodolac</i>	T1	HD
<i>etodolac</i> (Lodine)	T1	HD
FELDENE (<i>piroxicam</i>)	T3	ST HD
<i>fenoprofen 600 mg tablet</i> (Nalfon)	T1	HD
<i>flurbiprofen</i>	T1	HD
<i>ibuprofen</i>	T1	HD
<i>indomethacin</i> (Indocin)	T1	HD
<i>ketoprofen 25 mg. 75 mg capsule</i>	T1	HD
LODINE (<i>etodolac</i>)	T3	ST HD
<i>meclofenamate sodium</i>	T1	HD
<i>meloxicam</i> (Mobic)	T1	HD
MOBIC (<i>meloxicam</i>)	T3	ST HD
<i>nabumetone</i>	T1	HD
NALFON 600 MG TABLET (<i>profeno</i>)	T1	ST HD
NAPROSYN TABLET (<i>naproxen</i>)	T3	ST HD
<i>naproxen tablet</i>	T1	HD
<i>naproxen</i> (Ec-naprosyn)	T1	HD
<i>naproxen</i> (Naprosyn)	T1	HD
<i>naproxen sodium</i> (Anaprox Ds)	T1	HD
<i>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

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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.)		
OXAPROZIN 300 MG CAPSULE	T3	HD
<i>oxaprozin 600 mg caplet (Daypro)</i>	T1	HD
<i>oxaprozin 600 mg tablet (Daypro)</i>	T1	HD
<i>tolmetin sodium (Tolectin)</i>	T1	HD
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)
<i>celecoxib 100 mg capsule (Celebrex)</i>	T1	QL (2 caps/day) HD
<i>celecoxib 200 mg capsule (Celebrex)</i>	T1	QL (2 caps/day) HD
<i>celecoxib 400 mg capsule (Celebrex)</i>	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>celecoxib 50 mg capsule (Celebrex)</i>	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

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

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

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a 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 (cont.)		
<i>terbutaline sulfate</i>	T1	HD
AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS, ACCIÓN RÁPIDA		
<i>albuterol 100 mg/20 ml soln</i>	T1	
<i>albuterol 2.5 mg/0.5 ml sol</i>	T1	
<i>albuterol 5 mg/ml solution</i>	T1	
<i>albuterol 15 mg/3 ml solution</i>	T1	
<i>albuterol 75 mg/15 ml soln</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)	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		
<i>arformoterol tartrate</i> (Brovana)	T1	QL (4 ml/day) 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
BREO ELLIPTA	T2	HD
DULERA	T2	HD
<i>fluticasone-salmeterol 100-50</i> (Advair Diskus)	T1	QL(1 inhaler/30 days) HD
<i>fluticasone-salmeterol 250-50</i> (Advair Diskus)	T1	QL(1 inhaler/30 days) HD
<i>fluticasone-salmeterol 500-50</i> (Advair Diskus)	T1	QL(1 inhaler/30 days) HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
COMBO DE AGENTES ADRENÉRGICOS BETA Y GLUCOCORTICOIDES, INHALADOS (cont.)		
fluticasone propion/salmeterol	T1	QL(1 inhaler/30 days)
ADRENÉRGICOS BETA-ANTICOLINÉRGICOS-GLUCOCORT., INHALADOS		
BREZTRI AEROSPHERE	T2	QL HD
FLUTICASONE PROP	T3	
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 TWISTHALR 220 MCG #120	T2	QL(1 inhaler/30 days) HD
budesonide (Pulmicort)	T1	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	T2	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
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

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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
INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA-4 (PDE4) (cont.)		
DALIRESP 500 MCG TABLET	T3	QL (2 tabs/day) HD
roflumilast 250 mcg tablet (Daliresp)	T1	QL (28 tabs/180 days) HD
roflumilast 500 mcg tablet (Daliresp)	T1	QL (2 tabs/day) HD
XANTINAS		
THEO-24	T2	HD
theophylline anhydrous	T1	HD

ANTIBIÓTICOS (Alergia/rociadores nasales)

PREPARACIONES NAALES ANTIBIÓTICAS

BACTROBAN NASAL	T2	
-----------------	----	--

ANTIBIÓTICOS (Medicamentos para los oídos)

PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIBIÓTICAS

ciprofloxacin hcl	T1	
CORTISPORIN-TC	T3	
neomycin/polymyxin b/hydrocort	T1	
ofloxacin	T1	

PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIBIÓTICOS ANTIINFLAMATORIOS

CIPRO HC	T2	
ciprofloxacin hcl/dexameth	T1	
CIPROFLOXACIN HCL-FLUOCINOLONE	T3	
OTOVEL	T3	

ANTIBIÓTICOS (Condiciones oculares)

COMBINACIONES DE ANTIBIÓTICOS PARA LOS OJOS Y GLUCOCORTICOIDES

neomycin/bacit/p-myx/hydrocort	T1	
neomycin/polymyxin b/dexametha (Maxitrol)	T1	
neomycin/polymyxin b/hydrocort	T1	
TOBRADEX EYE OINTMENT	T3	
TOBRADEX ST	T2	
tobramycin/dexamethasone (Tobradex)	T1	
ZYLET	T3	

SULFONAMIDAS PARA LOS OJOS

BLEPH-10 (sulfacetamide sodium)	T3	
BLEPHAMIDE	T2	
sulfacetamide sodium	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Condiciones oculares) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SULFONAMIDAS PARA LOS OJOS (cont.)		
sulfacetamide sodium (Bleph-10)	T1	
sulfacetamide/prednisolone sp	T1	
ANTIBIÓTICOS OFTÁLMICOS		
AZASITE	T2	
bacitracin (Baciguent)	T1	
bacitracin/polymyxin b sulfate	T1	
BESIVANCE	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	
ofloxacin (Ocuflox)	T1	
tobramycin 0.3% eye drop (Tobrex)	T1	
ANTIBIÓTICOS (Infecciones)		
AGENTES ANTIBACTERIANOS TIPO SULFONAMIDAS ABSORBIBLES		
BACTRIM (sulfamethoxazole-trimethoprim)	T3	
BACTRIM DS (sulfamethoxazole-trimethoprim)	T3	
sulfadiazine	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 (8 caps/day) SP HD
tobramycin 300 mg/4 ml ampule	T1	QL (8ml/day) SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)

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

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS ANTITUBERCULOSOS		
CYCLOSERINE	T1	
PRETOMANID	T3	PA QL (1 tab/day)
PRIFTIN	T3	
RIFAMATE	T3	
<i>rifampin</i>	T1	
RIFATER	T3	
SIRTURO	T3	SP
BETALACTAMASAS		
CAYSTON	T3	PA QL (3ml/day) SP HD
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 1.ª GENERACIÓN		
<i>cefadroxil</i>	T1	
<i>cephalexin</i>	T1	
<i>cephalexin</i> (Keflex)	T1	
DAXBIA	T3	
KEFLEX (<i>cephalexin</i>)	T3	
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 2.ª GENERACIÓN		
<i>cefaclor</i>	T1	
<i>cefprozil</i>	T1	
<i>cefuroxime axetil</i>	T1	
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 3.ª GENERACIÓN		
<i>cefditoren pivoxil</i> (Spectracef)	T1	
<i>cefixime</i> (Suprax)	T1	
<i>cefprozime proxetil</i>	T1	
SPECTRACEF (<i>cefditoren pivoxil</i>)	T3	
ANTIBIÓTICOS LINCOSAMIDAS		
<i>clindamycin hcl</i> (Cleocin Hcl)	T1	
<i>clindamycin palmitate hcl</i> (Cleocin Pediatric)	T1	
ANTIBIÓTICOS MACRÓLIDOS		
<i>azithromycin 1 gm pwd packet</i> (Zithromax)	T1	
<i>azithromycin 100 mg/5 ml susp</i> (Zithromax)	T1	
<i>azithromycin 200 mg/5 ml susp</i> (Zithromax)	T1	
<i>azithromycin 250 mg tablet</i> (Zithromax)	T1	
<i>azithromycin 500 mg tablet</i> (Zithromax Tri-pak)	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS MACRÓLIDOS (cont.)		
<i>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>erythromycin base</i>	T1	
<i>erythromycin base</i> (Ery-tab)	T1	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	T1	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> (Eryped 200)	T1	
<i>erythromycin stearate</i>	T1	
PCE	T3	
ZITHROMAX (<i>azithromycin</i>)	T3	
ZITHROMAX 1 GM POWDER PACKET (<i>azithromycin</i>)	T3	
ZITHROMAX 100 MG/5 ML SUSP (<i>azithromycin</i>)	T3	
ZITHROMAX 200 MG/5 ML SUSP (<i>azithromycin</i>)	T3	
ZITHROMAX 250 MG TABLET (<i>azithromycin</i>)	T3	
ZITHROMAX 250 MG Z-PAK TABLET (<i>azithromycin</i>)	T3	
ZITHROMAX 500 MG TABLET (<i>azithromycin</i>)	T3	
ZITHROMAX TRI-PAK (<i>azithromycin</i>)	T3	
AGENTES ANTIBACTERIANOS DERIVADOS DE NITROFURANOS		
FURADANTIN (<i>nitrofurantoin</i>)	T3	
MACROBID (<i>nitrofurantoin mono-macro</i>)	T3	
MACRODANTIN (<i>nitrofurantoin</i>)	T3	
<i>nitrofurantoin 25 mg/5 ml susp</i> (Furadantin)	T1	
<i>nitrofurantoin 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>ampicillin trihydrate</i>	T1	
<i>dicloxacillin sodium</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS DE PENICILINA (cont.)		
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
<i>ciprofloxacin</i> (Cipro)	T1	
<i>ciprofloxacin hcl</i>	T1	
<i>ciprofloxacin hcl</i> (Cipro)	T1	
<i>ciprofloxacin/ciprofloxacin hcl</i>	T1	
FACTIVE	T3	
<i>levofloxacin</i>	T1	
<i>moxifloxacin hcl</i> (Avelox)	T1	
<i>ofloxacin</i>	T1	
RIFAMICINAS Y ANTIBIÓTICOS DERIVADOS AFINES		
AEMCOLO	T3	QL (12 tabs/3 days)
XIFAXAN 200 MG TABLET	T2	
XIFAXAN 550 MG TABLET	T2	QL (126 tabs/year)
ANTIBIÓTICOS DE TETRACICLINA		
<i>coremino er 135 mg tablet</i>	T1	
<i>coremino er 45 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
<i>coremino er 90 mg tablet</i>	T1	
<i>demeclocycline hcl</i>	T1	
<i>doxycycline</i> (Targadox)	T1	
<i>doxycycline hyclate 100 mg cap</i>	T1	
<i>doxycycline monohydrate</i>	T1	
<i>minocycline er 115 mg tablet</i>	T1	
<i>minocycline er 45 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
<i>minocycline er 55 mg tablet</i>	T1	
<i>minocycline er 65 mg tablet</i>	T1	
<i>minocycline er 80 mg tablet</i>	T1	
<i>minocycline er 90 mg tablet</i>	T1	
<i>minocycline hcl</i>	T1	
NUZYRA	T3	PA QL (30 tablets/28 days) SP

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS DE TETRACICLINA (cont.)		
tetracycline hcl	T1	
VIBRAMYCIN	T3	
ANTIBIÓTICOS VAGINALES		
clindamycin phosphate (Cleocin)	T1	
metronidazole (Metrogel-vaginal)	T1	
ANTIBIÓTICOS DE VANCOMICINA Y DERIVADOS		
vancomycin hcl	T1	
vancomycin hcl (Firvanq)	T1	
ANTIBIÓTICOS (Condiciones cutáneas)		
ANTIBIÓTICOS TÓPICOS Y ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS		
NEO-SYNALAR	T3	
ANTIBIÓTICOS TÓPICOS		
BENZAMYCIN (erythromycin-benzoyl peroxide)	T3	
CENTANY	T3	
CENTANY AT	T3	
clindacin etz 1% pledget (Cleocin T)	T1	
CLINDACIN ETZ KIT	T3	
CLINDACIN PAC	T3	
clindamycin phosphate (Cleocin T)	T1	
clindamycin phosphate (Evoclin)	T1	
erythromycin base in ethanol	T1	
erythromycin/benzoyl peroxide (Benzamycin)	T1	
EVOCLIN (clindamycin phosphate)	T3	
gentamicin sulfate	T1	
mupirocin calcium	T1	
XEPI	T3	
SULFONAMIDAS TÓPICAS		
AVAR 9.5-5% CLEANSING PADS	T3	
avar cleanser (Rosanil)	T1	
AVAR LS	T3	
mafenide acetate	T1	
ROSANIL (sodium sulfacetamide-sulfur)	T1	
SILVADENE (ssd)	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Condiciones cutáneas) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SULFONAMIDAS TÓPICAS (cont.)		
<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)	T1	
<i>sulfacetamide sodium/sulfur</i> (Rosaniil)	T1	
<i>sulfacetamide/sulfur/cleansr23</i>	T1	
<i>sulfact sod/sulur/avob/otn/oct</i>	T1	

ANTICOAGULANTES (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)

ANTICOAGULANTES CUMARÍNICOS		
<i>warfarin sodium</i>	T1	HD
CITRATOS COMO ANTICOAGULANTES		
ACD SOLUTION A	T3	
ANTICOAGULANT SODIUM CITRATE	T3	
CITRATE PHOSPHATE DEXTROSE	T1	
SODIUM CITRATE	T1	
INHIBIDORES DIRECTOS DEL FACTOR XA		
BEVYXXA	T3	QL (42 caps/42 days)
ELIQUIS	T2	PA
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	PA
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 300 mg/3 ml vial</i> (Lovenox)	T1	QL (1 vial/day) SP
<i>enoxaparin 60 mg/0.6 ml syr</i> (Lovenox)	T1	QL (2 syringes/day) SP
<i>enoxaparin 80 mg/0.8 ml syr</i> (Lovenox)	T1	QL (2 syringes/day) SP
<i>fondaparinux sodium</i> (Arixtra)	T1	QL (1 syringe/day) SP
FRAGMIN	T2	QL (2ml/day) SP
<i>heparin 10,000 unit/10 ml vial</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

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

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)
<i>naloxone 0.4 mg/ml carpject</i>	T1	
<i>naloxone 0.4 mg/ml syringe</i>	T1	
NALOXONE 2 MG AUTO-INJECTOR	T3	QL (0.8ml/day)
<i>naloxone 2 mg/2 ml syringe</i>	T1	
<i>naloxone 4 mg/10 ml vial</i>	T1	
<i>naltrexone</i>	T1	QL (180 tabs/30 days)
NARCAN	T2	QL (2 units/30 days)
OPVEE	T3	QL (2 units/30 days)
REXTOVY	T2	QL (2 units/30 days)
ZIMHI	T3	QL (2 inj/month)

ANTIMICÓTICOS (Condiciones oculares)

AGENTES ANTIMICÓTICOS OFTÁLMICOS		
NATACYN	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 (Productos femeninos)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
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
<i>fluconazole</i>	T1	
<i>flucytosine</i> (Ancobon)	T1	
<i>itraconazole</i>	T1	
<i>ketoconazole</i>	T1	
ORAVIG	T3	
<i>posaconazole</i> (NOXAFIL)	T1	
<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	
ANTIMICÓTICOS (Condiciones cutáneas)		
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> (Loprox)	T1	
<i>econazole 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

ANTIMICÓTICOS (Condiciones cutáneas) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIMICÓTICOS TÓPICOS (cont.)		
ECOZA	T3	
EXODERM	T1	
<i>ketoconazole</i>	T1	
<i>ketoconazole/skin cleanser 28</i>	T1	
LOPROX	T3	
LOPROX (<i>ciclopirox</i>)	T3	
LULICONAZOLE	T1	
<i>naftifine hcl</i>	T1	
<i>naftifine hcl</i> (Naftin)	T1	
<i>nystatin</i>	T1	
<i>nystatin/triamcinolone acetate</i>	T1	

ANTIISTAMÍNICOS (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 - 1.ª GENERACIÓN		
<i>carbinoxamine maleate</i>	T1	
<i>clemastine fumarate</i>	T1	
<i>cyproheptadine hcl</i> (Cyproheptadine Hcl)	T1	
<i>hydroxyzine hcl</i>	T1	
<i>hydroxyzine pamoate</i>	T1	
<i>hydroxyzine pamoate</i> (Vistaril)	T1	
<i>promethazine hcl</i>	T1	
VISTARIL (<i>hydroxyzine pamoate</i>)	T3	

ANTIIPERGLUCÉMICOS (Diabetes)

ANTIIPERGLUCÉMICOS, MIMÉTICOS DE INCRETINA (AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-I)		
BYDUREON	T2	QL (4 vials/28 days) ST
BYDUREON BCISE	T2	PA QL (4 pens/28 days)
BYDUREON PEN	T2	PA QL (4 pens/28 days)
LIRAGLUTIDE	T3	QL (3 pens/30 days) HD
OZEMPIC 0.25-0.5 MG DOSE PEN	T2	PA QL (2 pens/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

ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, MIMÉTICOS DE INCRETINA (AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-I) (cont.)		
OZEMPIC 1 MG DOSE PEN (1.5 ML)	T2	PA QL (3ml/28 days) HD
OZEMPIC 1 MG DOSE PEN (3 ML)	T2	PA QL (3ml/21 days) HD
REZVOGLAR KWIKPEN	T2	QL
RYBELSUS	T2	PA QL (1 tab/day)
TRULICITY 0.75 MG/0.5 ML PEN	T2	PA QL (4 pens/28 days)
TRULICITY 1.5 MG/0.5 ML PEN	T2	PA QL (4 pens/28 days)
TRULICITY 3 MG/0.5 ML PEN	T2	PA QL (2 ml/28 days)
TRULICITY 4.5 MG/0.5 ML PEN	T2	PA QL (2 ml/28 days)
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INSULINA, ACCIÓN PROLONGADA-AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-I		
SOLIQUA 100-33	T2	HD
ANTIHIPERGLUCÉM.-INHIB. DEL COTRANSPORT. DE SOD./GLUC. TIPO 2 (SGLT-2)		
FARXIGA	T2	ST QL (1 tab/day)
JARDIANCE	T2	QL (1 tab/day) ST HD
STEGLATRO	T2	QL (1 tab/day) ST HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE DOPAMINA		
CYCLOSET	T3	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE LA ALFA-GLUCOSIDASA		
acarbose (Precose)	T1	HD
GLYSET (miglitol)	T3	HD
miglitol (Glyset)	T1	HD
PRECOSE (acarbose)	T3	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO ANÁLOGOS DE AMILINA		
SYMLINPEN 60	T2	HD
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-BLOQUEADORES DE LOS RECEPTORES DE GLUCOCORTICOIDES		
mifepristone 300 mg tablet (Korlym)	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

ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO ESTIMULANTES DE LIBERACIÓN DE INSULINA		
AMARYL (<i>glimepiride</i>)	T3	HD
<i>chlorpropamide</i>	T1	HD
GLIPIZIDE 2.5 MG TABLET	T3	HD
<i>glimepiride</i> (Amaryl)	T1	HD
GLIMEPIRIDE 3 MG TABLET		
<i>glipizide</i> (Glucotrol XL)	T1	HD
<i>glipizide</i> (Glucotrol)	T1	HD
GLUCOTROL (<i>glipizide</i>)	T3	HD
GLUCOTROL XL (<i>glipizide xl</i>)	T3	HD
<i>glyburide</i>	T1	HD
GLYNASE (<i>glyburide micronized</i>)	T3	HD
<i>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

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

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

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a 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
ANTIPLERGLUCÉMICOS-COMB. DE INHIBIDORES DE SGLT-2 Y BIGUANIDAS		
SEGLUROMET	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
SYNJARDY	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
ANTIPLERGLUCÉMICOS-COMB. DE INHIBIDORES DE SGLT-2 Y BIGUANIDAS (cont.)		
SYNJARDY XR 10-1,000 MG TABLET	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
SYNJARDY XR 12.5-1,000 MG TAB	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
SYNJARDY XR 25-1,000 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day) ST HD
SYNJARDY XR 5-1,000 MG TABLET	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
XIGDUO XR 10 MG-1,000 MG TAB	T2	QL (1 tab/day) ST HD
XIGDUO XR 10 MG-500 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day) ST HD
XIGDUO XR 2.5 MG-1,000 MG TAB	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
XIGDUO XR 5 MG-1,000 MG TABLET	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
XIGDUO XR 5 MG-500 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day) ST HD
ANTIHIPERGLUCÉM.-COMB. DE INHIB. DE SGLT-2, INHIB. DE DPP-4 Y BIGUANIDAS		
TRIARDY XR	T2	QL (1 tab/day) ST HD
INSULINAS		
FIASP PENFILL	T3	QL (1.5ml/day) HD
HUMALOG	T2	QL (1.5mls/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 (1ml/day) HD
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	T2	QL (1ml/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 (1.5ml/day) HD
TRESIBA	T2	QL (1.5ml/day) HD
TRESIBA FLEXTOUCH U-100	T2	QL (1.5ml/day) HD
TRESIBA FLEXTOUCH U-200	T2	QL (0.9ml/day) HD

ANTIINFECCIOSOS (Productos femeninos)

SULFONAMIDAS VAGINALES

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

ANTIINFECCIOSOS (Infecciones)

ANTIBIÓTICOS DE PENICILINA

amoxicillin	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

ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Productos femeninos)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTISÉPTICOS VAGINALES		
<i>acetic acid/oxyquinoline</i> (Relagard)	T1	
RELAGARD (<i>fem ph</i>)	T3	
TRIMO-SAN	T3	
ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Infecciones)		
ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS DE 2.ª GENERACIÓN-ANTIBACTERIANOS		
TINDAMAX (<i>tinidazole</i>)	T3	
<i>tinidazole</i>	T1	
<i>tinidazole</i> (Tindamax)	T1	
AMEBICIDAS		
<i>paromomycin sulfate</i>	T1	
ANTHELMÍNTICOS		
ALBENZA (<i>albendazole</i>)	T3	
BILTRICIDE (<i>praziquantel</i>)	T3	
EMVERM	T1	
<i>ivermectin</i> (Stromectol)	T1	PA
<i>praziquantel</i> (Biltricide)	T1	
STROMEKTOL (<i>ivermectin</i>)	T3	PA
MEDICAMENTOS CONTRA LA MALARIA		
<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
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	

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Infecciones) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MEDICAMENTOS ANTIPROTOZOARIOS, VARIOS		
<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	
----------------------------------	----	--

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	

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

ANTIINFLAMATORIOS INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL

ADALIMUMAB-ADAZ	T2	PA QL(2 pens/syringes/28 days) SP HD
ADALIMUMAB-ADBM(CF)	T2	PA QL(2 pens/syringes/28 days) SP HD
ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN	T2	PA QL(1 starter kit/365 days) SP HD
ADALIMUMAB-RYVK(CF) AUTOINJECT	T2	PA QL SP HD
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 (2 doses/ 28 days) SP
CYLTEZO(CF) PEN	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 (4ml/28 days) SP HD
ENBREL 50 MG/ML SYRINGE	T2	PA QL (4 syringes/28 days) SP HD
ENBREL MINI	T2	PA QL (4 cartridges/28 days) SP HD
ENBREL SURECLICK	T2	PA QL (4 syringes/28 days) SP HD
HUMIRA	T2	PA QL (2 syringes/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.)		
HUMIRA PEN	T2	PA QL (2 pens/28 days) SP HD
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR	T2	PA QL(2 pens/syringes/28 days) SP
SIMPONI 100 MG/ML PEN INJECTOR	T2	PA QL (1 injector/28 days) SP HD
SIMPONI 100 MG/ML SYRINGE	T2	PA QL (1 syringe/28 days) SP HD
SIMPONI ARIA	T2	PA SP HD
ZYMFENTRA 120 MG/ML PEN KIT	T2	PA QL(2 kits/28 days) SP HD
ZYMFENTRA 120 MG/ML SYRINGE KIT	T2	PA QL(2 syringe kits/28 days) SP HD
SIMPONI 100 MG/ML SYRINGE	T2	PA QL (1 syringe/28 days) SP HD
SIMPONI ARIA	T2	PA SP HD

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer)

ANP - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES X RETINOIDES (RXR) SELECTIVOS

<i>bexarotene</i> (Targretin)	T1	PA SP HD
-------------------------------	----	----------

ANTINEOPLÁSICOS, INHIBIDORES DE LA HISTONA DEACETILASA (HDAC)

FARYDAK	T3	PA SP HD
ZOLINZA	T2	PA SP HD

AGENTES ANTINEOPLÁSICOS - ALQUILANTES

ALKERAN (<i>melphalan</i>)	T3	SP
<i>cyclophosphamide</i>	T1	SP HD
GLEOSTINE	T2	
HYDREA (<i>hydroxyurea</i>)	T3	
<i>hydroxyurea</i> (Hydrea)	T1	
LEUKERAN	T2	
<i>melphalan</i> (Alkeran)	T1	SP CSL
MYLERAN	T2	
<i>temozolomide</i>	T1	PA SP HD CSL

AGENTES ANTINEOPLÁSICOS - ANTIANDROGÉNICOS

<i>abiraterone acetate 500 mg tab</i> (Zytiga)	T1	SP HD CSL
<i>bicalutamide</i> (Casodex)	T1	
CASODEX (<i>bicalutamide</i>)	T3	
ERLEADA	T2	PA QL(1 tab/day) SP HD CSL
<i>flutamide</i>	T1	
<i>nilutamide</i>	T1	QL (4 tabs/day)
NUBEQA	T3	PA SP HD
XTANDI	T3	PA SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSICOS - ANTIMETABOLITOS		
<i>capecitabine</i> (Xeloda)	T1	PA SP HD
INQOVI	T3	PA SP HD
JYLAMVO	T3	CSL
LONSURF	T3	PA SP HD
<i>mercaptopurine</i>	T1	
<i>methotrexate sodium</i>	T1	
<i>methotrexate sodium/pf</i>	T1	
ONUREG	T3	PA QL (14 Tabs/28 Days) SP
PURIXAN	T3	SP
TABLOID	T3	
TREXALL	T2	
XATMEP	T3	
XELODA (<i>capecitabine</i>)	T3	PA SP HD
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA AROMATASA		
<i>anastrozole</i> (Arimidex)	T1	HD PPACA
ARIMIDEX (<i>anastrozole</i>)	T3	HD
AROMASIN (<i>exemestane</i>)	T3	HD
<i>exemestane</i> (Aromasin)	T1	HD PPACA
FEMARA (<i>letrozole</i>)	T3	HD
<i>letrozole</i> (Femara)	T1	HD SL
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA BRAF		
TAFINLAR 10 MG TABLET FOR SUSP	T2	PA QL(30 tabs/day) SP HD CSL
TAFINLAR CAPSULE	T2	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
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA VÍA DE HEDGEHOG		
DAURISMO	T3	PA SP HD
ERIVEDGE	T2	PA SP HD
ODOMZO	T2	PA SP HD
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK)		
JAKAFI	T3	PA SP HD
ANTINEOPLÁSICOS - 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

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA MEK1 Y MEK2		
COTELLIC	T3	PA SP HD
GOMEKLI	T3	PA SP HD
KOSELUGO 10 MG CAPSULE	T3	PA QL (10 capsules/day) SP
KOSELUGO 25 MG CAPSULE	T3	PA QL (4 caps/day) SP
MEKINIST 0.05 MG/ML SOLUTION	T2	PA QL(40 mls/day) SP HD CSL
MEKINIST 0.5 MG TABLET	T2	PA QL(3 tabs/day) SP HD CSL
MEKINIST 2 MG TABLET	T2	PA QL(1 tab/day) SP HD CSL
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA MTOR		
AFINITOR 10 MG TABLET	T2	PA SP HD
AFINITOR 2.5 MG TABLET (<i>everolimus</i>)	T3	PA SP HD
AFINITOR 5 MG TABLET (<i>everolimus</i>)	T3	PA SP HD
AFINITOR 7.5 MG TABLET (<i>everolimus</i>)	T3	PA SP HD
AFINITOR DISPERZ	T3	PA SP
<i>everolimus tablet</i> (Afinitor)	T1	PA QL(1 tab/day) SP HD CSL
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA PROTEÍNA METILTRANSFERASA		
TAZVERIK	T3	PA SP
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA TOPOISOMERASA I		
HYCAMTIN	T3	PA SP HD
ANTINEOPLÁSICOS COMB. - INHIBIDORES DE LA QUINASA Y LA AROMATASA		
KISQALI FEMARA CO-PACK	T3	PA QL(1 pack/28 days) SP
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS INMUNOMODULADORES		
<i>lenalidomide</i>	T1	PA QL(1 cap/day) SP HD CSL
REVLIMID	T2	PA QL(1 tab/day) SP HD CSL
ANTAGONISTAS DE LHRH (GNRH) ANTINEOPLÁSICOS, SUPR. HIPOFISARIOS		
ORGOVYX	T3	PA SP
ANTINEOPLÁSICOS - 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
BRUKINSA	T2	PA QL (4 caps/day) SP

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS (cont.)		
CALQUENCE	T3	PA SP
CAPRELSA	T3	PA SP
COMETRIQ	T3	PA SP HD
COPIKTRA	T3	PA SP
<i>dasatinib 20 mg tablet</i>	T1	PA QL(3 tabs/day) SP 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
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>	T1	PA SP HD CSL
EXKIVITY	T3	PA SP HD
FOTIVDA	T3	PA QL (30 caps/30 days) SP HD
FRUZAQLA 1 MG CAPSULE	T2	PA QL(84 caps/28 days) SP CSL
FRUZAQLA 5 MG CAPSULE	T2	PA QL(21 caps/28 days) SP CSL
GAVRETO	T3	PA QL (4 tabs/day) SP
<i>gefitinib</i>	T1	PA SP HD CSL
GILOTRIF	T3	PA SP HD
GLEEVEC (<i>imatinib mesylate</i>)	T3	PA SP HD
IBRANCE	T2	PA QL(21 caps/28 days) SP HD CSL
IBTROZI 200 MG CAPSULE	T3	PA SP HD
ICLUSIG	T3	PA SP
<i>imatinib mesylate 100mg tab (Gleevec)</i>	T1	QL(6 tabs/day) SP HD CSL
<i>imatinib mesylate 400mg tab (Gleevec)</i>	T1	QL(2 tabs/day) SP HD CSL
IMBRUVICA	T3	PA SP
INLYTA	T3	PA SP HD
INREBIC	T3	PA SP HD
IRESSA	T3	PA SP HD
IWILFIN	T3	PA QL(8 tabs/day) SP CSL
KISQALI 600MG	T3	PA QL (63/28 days) SP HD
KISQALI 400MG	T3	PA QL (42/28 days) SP HD
KISQALI 200MG	T3	PA QL (21/28 days) SP HD
<i>lapatinib ditosylate (Tykerb)</i>	T1	PA SP HD
LENVIMA	T2	PA SP HD
LORBRENA	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.)		
LYNPARZA	T2	PA SP HD
LYTGOBI 12 MG DAILY DOSE PACK	T3	PA QL(3 tabs/Day) SP CSL
LYTGOBI 16 MG DAILY DOSE PACK	T3	PA QL(4 tabs/Day) SP CSL
LYTGOBI 20 MG DAILY DOSE PACK	T3	PA QL(5 tabs/day) SP CSL
NERLYNX	T3	PA SP HD
NEXAVAR	T2	PA SP HD
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	T3	PA SP HD CSL
QINLOCK	T3	PA QL (3 tabs/day) SP
RETEVMO 40 MG CAPSULE	T3	PA QL (6 caps/day) SP HD
RETEVMO 80 MG CAPSULE	T3	PA QL (4 tabs/day) SP HD
RETEVMO 120 MG, 160 MG TABLET	T3	PA QL (2 tabs/day) SP HD CSL
ROMVIMZA	T3	PA QL (8 caps/28 days) SP CSL
ROZLYTREK	T3	PA SP HD
RUBRACA	T2	PA SP
RYDAPT	T3	PA SP HD
SCEMBLIX 20 MG TABLET	T2	PA QL(2 tabs/day) SP HD CSL
SCEMBLIX 40 MG TABLET	T2	PA SP HD CSL
SCEMBLIX 100 MG TABLET	T2	PA SP CSL
STIVARGA	T2	PA SP HD
TABRECTA	T3	PA QL (4 tabs/day) SP HD
TAGRISSO	T3	PA SP HD
TALZENNA 0.1, 0.25, 0.35, 1 MG SOFTGEL	T3	PA QL(1 cap/day) SP HD CSL
TALZENNA 0.5, 0.75 MG SOFTGEL	T3	PA SP HD CSL
TEPMETKO	T3	PA QL (2 tabs/day) SP
TRUQAP	T2	PA QL(64 tabs/28 days) SP CSL
TUKYSA	T3	PA SP
TURALIO 200 MG CAPSULE	T3	PA SP CSL
TURALIO 125 MG CAPSULE	T3	PA QL(4 caps/day) SP CSL
TYKERB (<i>lapatinib</i>)	T3	PA SP HD
UKONIQ	T3	PA QL (4 tabs/day) SP

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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.)		
VANFLYTA	T3	PA QL(2 tabs/day) SP CSL
VERZENIO	T2	PA QL (120ml/day) SP HD
VITRAKVI	T3	PA SP HD
VIZIMPRO	T3	PA SP HD
XALKORI CAPSULE	T3	PA QL(4 caps/day) SP HD CSL
XALKORI PELLET	T3	PA QL(4 pellets/day) SP HD CSL
XOSPATA	T3	PA SP
ZEJULA	T2	PA SP
ZYDELIG	T3	PA SP HD
ANTINEOPLÁSICOS, COMB. DE INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS		
AVMAPKI-FAKZYNJA	T3	PA SP CSL
ANTINEOPLÁSICOS-INHIBIDORES DE LINFOMA DE CÉLULAS B-2 (BCL-2)		
VENCLEXTA	T3	PA SP
VENCLEXTA STARTING PACK	T3	PA SP
ANTINEOPLÁSICOS-COMB. DE INHIBIDORES DE ENZIMAS Y AGENTES ANTIANDROGÉNICOS		
AKEEGA	T4	PA QL(2 tabs/day) SP CSL
ANTINEOPLÁSICOS-INHIBIDORES DE LA ISOCITRATO DESHIDROGENASA		
IDHIFA	T3	PA SP HD
REZLIDHIA	T3	PA QL(2 caps/day) SP CSL
TIBSOVO	T3	PA SP
ANTINEOPLÁSICOS, VARIOS		
<i>etoposide</i>	T1	SP HD
LYSODREN	T2	
MATULANE	T2	SP
<i>tretinoin 10 mg capsule</i>	T1	PA
ANTINEOPLÁSICOS-INHIB. SELECT. DE LA EXP. NUCLEAR (SINE)		
XPOVIO	T3	PA SP
INMUNOMODULADORES		
ACTIMMUNE	T2	PA SP HD
POMALYST	T2	PA SP HD
MODULADORES SELECTIVOS DE RECEPTORES ESTROGÉNICOS (SERM)		
FARESTON (<i>toremifene citrate</i>)	T3	QL (2 tabs/day) HD
SOLTAMOX	T2	HD
<i>toremifene citrate</i> (Fareston)	T1	QL (2 tabs/day) HD
ANTINEOPLÁSICOS ESTEROIDES		
EMCYT	T2	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 (Condiciones cutáneas)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS TÓPICOS PARA LESIONES PREMALIGNAS (cont.)		
<i>megestrol acetate</i>	T1	
EFUDEX (<i>fluorouracil</i>)	T3	
FLUOROPLEX	T2	
<i>fluorouracil</i>	T1	
<i>fluorouracil</i> (Efudex)	T1	
PANRETIN	T3	SP HD
PICATO	T3	
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	
COMBINACIÓN DE MIMÉTICOS DE INCRETINA CONTRA LA OBESIDAD		
ZEPBOUND 2.5 MG/0.5 ML PEN	T2	PA QL(2 mls/30 days)
ZEPBOUND 5 MG/0.5 ML PEN	T2	PA QL(2 mls/30 days)
ZEPBOUND 7.5 MG/0.5 ML PEN	T2	PA QL(2 mls/30 days)
ZEPBOUND 10 MG/0.5 ML PEN	T2	PA QL(2 mls/30 days)
ZEPBOUND 12.5 MG/0.5 ML PEN	T2	PA QL(2 mls/30 days)
ZEPBOUND 15 MG/0.5 ML PEN	T2	PA QL(2 mls/30 days)
ZEPBOUND 2.5 MG/0.5 ML VIAL	T2	PA QL(2 mls/30 days)
ZEPBOUND 5 MG/0.5 ML VIAL	T2	PA QL(2 mls/30 days)
AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DEL PÉPTIDO SIMILAR AL GLUCAGÓN TIPO I CONTRA LA OBESIDAD		
WEGOVY	T2	PA QL (1 box/month)
AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA SEROTONINA 2C CONTRA LA OBESIDAD		
BELVIQ	T3	PA
BELVIQ XR	T3	PA

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

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

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a 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
ANTAG. OPIOIDES-INHIB. DE LA RECAPT. DE NOREPINEFRINA Y DOPAMINA CONTRA LA OBESIDAD (cont.)		
CONTRAVE	T3	PA
AGENTES QUE REDUCEN LA ABSORCIÓN DE GRASAS		
XENICAL	T3	PA
ANTIPARASITARIOS (Condiciones oculares)		
ANTIPARASITARIOS OFTÁLMICOS (DE LOS OJOS)		
XDEMZY	T2	PA QL(4 bottles/30 days) SP
ANTIPARASITARIOS (Infecciones)		
ANTIPARASITARIOS		
ALINIA	T3	
ALINIA (<i>nitazoxanide</i>)	T3	
<i>nitazoxanide</i> (Alinia)	T1	
ANTIPARASITARIOS TÓPICOS		
<i>crotamiton</i> (Eurax)	T1	
ELIMITE (<i>permethrin</i>)	T3	
<i>ivermectin cream</i>	T1	
<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

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

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

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a 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.)		
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>carbidopa/levodopa</i>	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa</i> (Sinemet 10-100)	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa</i> (Sinemet 25-100)	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa</i> (Sinemet 25-250)	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i> (Stalevo 100)	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i> (Stalevo 125)	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i> (Stalevo 150)	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i> (Stalevo 200)	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i> (Stalevo 50)	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i> (Stalevo 75)	T1	HD
DUOPA	T3	SP HD
<i>entacapone</i>	T1	HD
INBRIJA	T3	PA SP HD
KYNMOBI	T2	PA HD
MIRAPEX ER 0.375 MG TABLET (<i>pramipexole er</i>)	T3	QL (1 tab/day) HD
MIRAPEX ER 0.75 MG TABLET (<i>pramipexole er</i>)	T3	HD
MIRAPEX ER 1.5 MG TABLET (<i>pramipexole er</i>)	T3	QL (1 tab/day) HD
MIRAPEX ER 2.25 MG TABLET (<i>pramipexole er</i>)	T3	QL (1 tab/day) HD
MIRAPEX ER 3 MG TABLET (<i>pramipexole er</i>)	T3	HD
MIRAPEX ER 3.75 MG TABLET (<i>pramipexole er</i>)	T3	HD
NEUPRO	T3	HD
NOURIANZ	T3	PA QL (1 tab/day) SP HD
OSMOLEX ER 129 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) HD
OSMOLEX ER 193 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) HD
OSMOLEX ER 258 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) HD
OSMOLEX ER 322 MG DAILY DOSE	T3	QL (2 tabs/day) HD
PARLODEL (<i>bromocriptine mesylate</i>)	T3	HD
<i>pramipexole di-hcl</i>	T1	HD
<i>pramipexole er 0.375 mg tablet</i> (Mirapex Er)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>pramipexole er 0.75 mg tablet</i> (Mirapex Er)	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>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 (Azilect)</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
RYTARY	T3	HD
<i>selegiline hcl</i>	T1	HD
SINEMET 10-100 / 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
<i>tolcapone (Tasmar)</i>	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

<i>aspirin/dipyridamole</i>	T1	HD
<i>cilostazol</i>	T1	HD
<i>clopidogrel bisulfate</i>	T1	HD
<i>clopidogrel bisulfate (Plavix)</i>	T1	HD
<i>dipyridamole</i>	T1	HD
EFFIENT (<i>prasugrel hcl</i>)	T3	HD
PLAVIX (<i>clopidogrel</i>)	T3	HD
<i>prasugrel hcl (Effient)</i>	T1	HD
<i>ticlopidine hcl</i>	T1	HD

AGENTES REDUCTORES DE PLAQUETAS

AGRYLIN (<i>anagrelide hcl</i>)	T3	
<i>anagrelide hcl</i>	T1	
<i>anagrelide hcl (Agrylin)</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

ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIRRETROVIRALES-COMB. DE INHIBIDORES DE LA INTEGRASA Y NNRTI		
JULUCA	T2	SP
ANTIRRETROVIRALES-COMB. DE INHIBIDORES DE LA INTEGRASA Y NRTI		
DOVATO	T2	SP
ANTIRRETROVIRALES-COMB. DE NRTI E INHIBIDORES DE LA INTEGRASA		
TRIUMEQ	T2	QL(1 tab/day) SP
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TAB SUSP	T2	QL(1 tab/day) SP
ANTIRRETROVIRALES-NUCLEÓSIDOS, NUCLEÓTIDOS, INHIB. DE LA PROTEASA		
SYM TUZA	T3	SP
ANTIVÍRICOS - ESPEC. PARA VIH, INHIB. DE LA PROTEASA NO PEPTÍDICOS		
APTIVUS	T2	PA SP
darunavir (Prezista)	T1	HD
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 sulfate/lamivudine	T1	PA SP
abacavir/lamivudine/zidovudine	T1	PA SP
lamivudine/zidovudine	T1	SP
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, ANTAG. DEL CO-RECEPTOR CCR5		
maraviroc (Selzentry)	T1	PA SP
SELZENTRY	T3	PA SP
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA FUSIÓN		
FUZEON	T2	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

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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		
<i>abacavir sulfate</i>	T1	PA SP
<i>emtricitabine</i> (Emtriva)	T1	PA SP
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	T2	PA SP
<i>lamivudine 10 mg/ml oral soln</i>	T1	SP
<i>lamivudine 150 mg tablet</i>	T1	SP
<i>lamivudine 300 mg tablet</i>	T1	PA SP
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	T1	PA SP
VIREAD POWDER	T2	PA SP
<i>zidovudine</i>	T1	SP
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, COMB. DE INHIBIDORES DE LA PROTEASA		
<i>lopinavir/ritonavir</i>	T1	SP
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA PROTEASA		
<i>atazanavir sulfate</i>	T1	PA SP
EVOTAZ	T3	PA SP
<i>fosamprenavir calcium</i>	T1	PA SP
NORVIR	T2	SP
REYATAZ	T2	PA SP
<i>ritonavir</i>	T1	SP
ANTIVÍRICOS - INHIBIDORES DE LA TRANSFERENCIA DE CADENA DE LA INTEGRASA DEL VIH-1		
APREUDE	T3	PA SP
ISENRESS	T2	SP
ISENRESS HD	T2	PA SP
TIVICAY	T2	SP
TIVICAY PD	T2	SP
ANTIRRETROV., COMB. DE NUCLEÓSIDOS, NUCLEÓTIDOS Y RTI NO NUCLEÓSIDOS		
DELSTRIGO	T3	PA SP
<i>efavirenz/emtricit/tenofovr df</i> (Atripla)	T1	SP
<i>efavirenz/lamivu/tenofov disop</i> (Symfi Lo)	T1	SP
<i>efavirenz/lamivu/tenofov disop</i> (Symfi)	T1	SP
<i>emtricit/rilpivirine/tenof df</i> (Complera)	T1	QL (1 tab/day) SP
ODEFSEY	T3	PA SP
ANTIRRETROV.-NUCLEÓSIDOS, RTI NUCLEÓTIDOS, INHIBIDORES DE LA INTEGRASA		
BIKTARVY	T2	SP

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIRRETROV.-NUCLEÓSIDOS, RTI NUCLEÓTIDOS, INHIBIDORES DE LA INTEGRASA (cont.)		
GENVOYA	T2	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	
LIVTENCITY	T3	PA QL (4 tabs/day) SP
oseltamivir 6 mg/ml suspension	T1	QL (180ml/30 days)
oseltamivir phos 30 mg capsule	T1	QL (20 caps/30 days)
oseltamivir phos 45 mg capsule	T1	QL (10 caps/30 days)
oseltamivir phos 75 mg capsule	T1	QL (10 caps/30 days)
PREVYMIS	T3	SP HD
RELENZA	T3	QL (20/30 days)
rimantadine hcl (Flumadine)	T1	
valganciclovir hcl	T1	
VALTREX (valacyclovir)	T3	
XOFLUZA	T3	QL (2 tabs/30 days)

HEP. C - COMBO DE INHIB. DE NS5A, NS3/4A, NS5B NUCLEÓTIDOS

VOSEVI	T2	PA SP HD
--------	----	----------

VIRUS DE LA HEP. C, INH. DE LA POLIMERASA NS5B ANÁLOGA DE NUCLEÓTIDOS

SOVALDI 150 MG PELLET PACKET	T2	PA QL (1 tab/day) SP HD
SOVALDI 200 MG PELLET PACKET	T2	PA QL (1 tab/day) SP HD
SOVALDI 200 MG TABLET	T2	PA QL (1 tab/day) SP HD
SOVALDI 400 MG TABLET	T2	PA SP HD

VIRUS DE LA HEP. C - COMBO DE INHIB. DE LA POLIMERASA NS5B Y NS5A

EPCLUSA 200 MG-50 MG TABLET	T2	PA QL (1 tab/day) SP HD
EPCLUSA 400 MG-100 MG TABLET	T2	PA SP HD
HARVONI 33.75-150 MG PELLET PK	T2	PA QL (1 tab/day) SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 - COMBO DE INHIB. DE LA POLIMERASA NS5B Y NS5A (cont.)		
HARVONI 45-200 MG PELLET PACKT	T2	PA QL (1 tab/day) SP HD
HARVONI 45-200 MG TABLET	T2	PA QL (1 tab/day) SP HD
HARVONI 90-400 MG TABLET	T2	PA SP HD
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS B		
adefovir dipivoxil (Hepsera)	T1	SP HD
BARACLUDE	T2	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 (Epivir Hbv)	T1	SP
VELMIDY	T2	SP HD
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C		
PEGASYS	T2	PA SP HD
PEGINTRON	T2	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	T1	
ribasphere ribapak 200-400 mg	T3	SP HD
ribasphere ribapak 400-400 mg	T1	SP HD
ribasphere ribapak 600-400 mg	T1	SP HD
ribasphere ribapak 600-600 mg	T1	SP HD
VIRUS DE LA HEPATITIS C - COMB. DE INHIB. DE NS5A Y NS3/4A		
ZEPATIER	T3	PA SP HD
INHIBIDOR DE LA ARN POLIMERASA		
LAGEVRIO (EUA)	T2	QL (1 pkg/120 days)
MOLNUPIRAVIR	T3	QL (1 pkg/120 days)
ANTIVÍRICOS (Condiciones cutáneas)		
AGENTES TÓPICOS PARA EL TRATAMIENTO DE VERRUGAS GENITALES-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)

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Enfermedad de Alzheimer)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA		
ARICEPT (<i>donepezil hcl</i>)	T3	HD
<i>donepezil hcl</i> (Aricept)	T1	HD
EXELON (<i>rivastigmine</i>)	T3	HD
<i>galantamine er 16 mg capsule</i> (Razadyne Er)	T1	HD
<i>galantamine er 24 mg capsule</i> (Razadyne Er)	T1	HD
<i>galantamine er 8 mg capsule</i> (Razadyne Er)	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>galantamine hbr</i>	T1	HD
MESTINON (<i>pyridostigmine bromide</i>)	T3	HD
<i>pyridostigmine bromide</i> (Mestinon)	T1	HD
RAZADYNE ER 16 MG CAPSULE (<i>galantamine er</i>)	T3	HD
RAZADYNE ER 24 MG CAPSULE (<i>galantamine er</i>)	T3	HD
RAZADYNE ER 8 MG CAPSULE (<i>galantamine er</i>)	T3	QL (1 cap/day) HD
<i>rivastigmine</i> (Exelon)	T1	HD
<i>rivastigmine tartrate</i>	T1	HD

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Trastorno de déficit de atención e hiperactividad)¹⁰

ADRENÉRGICOS, AROMÁTICOS, SIN CATECOLAMINAS

ADDERALL (<i>dextroamphetamine-amphetamine</i>)	T3	PA
<i>amphetamine sulfate</i> (Evekeo)	T1	PA
<i>dextroamphetamine/amphetamine</i> (Adderall Xr)	T1	PA QL (1cap/ day)
<i>dextroamphetamine/amphetamine</i> (Mydayis)	T1	PA QL (1cap/ 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 caps/day)
<i>dextroamphetamine er 5 mg cap</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dextroamphetamine sulfate</i>	T1	PA
EVEKEO (<i>amphetamine sulfate</i>)	T3	PA
<i>lisdexamfetamine</i> (Vyvanse)	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>methamphetamine hcl</i>	T1	PA
XELSTRYM	T3	PA QL(1 patch/day)
ZENZEDI	T3	PA

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

AGENTES VASOCONSTRICTORES ADRENÉRGICOS

<i>droxidopa</i> (Northera)	T1	SP HD
<i>midodrine hcl</i>	T1	

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA		
DIBENZYLINE (<i>phenoxybenzamine hcl</i>)	T3	HD
<i>phenoxybenzamine hcl</i> (Dibenzylina)	T1	HD
MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Condiciones urinarias)		
AGENTES PARASIMPATICOMIMÉTICOS		
<i>bethanechol chloride</i>	T1	HD
<i>cevimeline hcl</i> (Evoxac)	T1	HD
EVOXAC (<i>cevimeline hcl</i>)	T3	HD
<i>guanidine hcl</i>	T1	HD
<i>pilocarpine hcl</i> (Salagen)	T1	HD
SALAGEN (<i>pilocarpine hcl</i>)	T3	HD
PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Alergia/rociadores nasales)		
EXTRACTOS ALERGÉNICOS, TERAPÉUTICOS		
GRASTEK	T3	PA QL (1 tab/day)
ODACTRA	T3	PA QL (1 tab/day)
ORALAIR	T3	PA QL (1 tab/day)
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	T2	PPACA
MODERNA COVID(6M-11Y)EUA	T2	PPACA
NOVAVAX COVID (EUA)	T2	PPACA
PFIZER COVID(5-11Y)EUA	T2	PPACA
PFIZER COVID(6M-4Y)EUA	T2	PPACA
SPIKEVAX	T2	PPACA
VACUNAS CONTRA VIRUS ENTÉRICOS		
IPOL	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 VIRUS ENTÉRICOS (cont.)		
ROTARIX	T3	PPACA
ROTATEQ	T3	PPACA
VACUNAS CONTRA COCOS GRAMNEGATIVOS		
BEXSERO	T2	PPACA
MENACTRA	T2	PPACA
MENQUADFI	T2	PPACA
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP	T2	PPACA
TRUMENBA	T2	PPACA
PENBRAYA	T2	PPACA
PNEUMOVAX 23	T2	PPACA
VACUNAS CONTRA COCOS GRAMPOSITIVOS		
CAPVAXIVE	T2	PPACA
PREVNAR 13	T2	PPACA
PREVNAR 20	T2	
VACUNAS CONTRA EL VIRUS DE LA INFLUENZA		
AFLURIA TRIVALENT	T2	PPACA
EZ FLU (FLUCELVAX)	T2	PPACA
FLUAD TRIVALENT	T2	PPACA
FLUARIX TRIVALENT	T2	PPACA
FLUBLOK TRIVALENT	T2	PPACA
FLUCELVAX TRIVALENT	T2	PPACA
FLULAVAL TRIVALENT	T2	PPACA
FLUMIST TRIVALENT	T3	PPACA
FLUVIRIN	T2	PPACA
FLUZONE TRIVALENT	T2	PPACA
PREPARACIONES, COMBINACIONES DE VACUNAS/TOXOIDES		
ACTHIB	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/TOXOIDES CONTRA BACILOS TOXIGÉNICOS		
BCG VACCINE (TICE STRAIN)	T2	PPACA
PREPARACIONES, COMBINACIONES DE VACUNAS/TOXOIDES (cont.)		
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
PENTACEL ACTHIB COMPONENT	T2	PPACA
PROQUAD	T2	PPACA
QUADRACEL DTAP-IPV	T2	PPACA
TDVAX	T2	PPACA
TENIVAC	T2	PPACA
VAXELIS	T2	PPACA
VACUNAS ANTIVIRALES/DE CÉLULAS TUMORÍGENAS		
ABRYSVO	T3	PPACA
ACAM2000 (NATIONAL STOCKPILE)	T3	
ENGRIX-B ADULT	T2	PPACA
ENGRIX-B PEDIATRIC-ADOLESCENT	T2	PPACA
ERVEBO (NATIONAL STOCKPILE)	T3	
GARDASIL 9	T2	PPACA
HAVRIX	T2	PPACA
HEPLISAV-B	T2	PPACA
IXCHIQ	T3	PPACA
JYNNEOS (NATIONAL STOCKPILE)	T3	
PEDIARIX	T2	PPACA
RECOMBIVAX HB	T2	PPACA
SHINGRIX	T2	QL (2 doses/lifetime) PPACA
TWINRIX	T2	PPACA
VAQTA	T2	PPACA

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
VACUNAS ANTIVIRALES/DE CÉLULAS TUMORÍGENAS		
VARIVAX VACCINE	T2	PPACA
ZOSTAVAX	T2	PPACA
SANGRE (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)		
AMICAR (<i>aminocaproic acid</i>)	T3	SP HD
<i>aminocaproic acid</i> (Amicar)	T1	SP HD
LYSTEDA (<i>tranexamic acid</i>)	T3	SP
<i>tranexamic acid</i> (Lysteda)	T1	SP
INHIBIDORES DEL COMPLEMENTO (C3)		
EMPAVELI	T2	PA SP
FABHALTA	T2	PA QL(2 caps/day) SP
TAVNEOS	T3	PA QL(6 caps/day) 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
HEMLIBRA	T3	PA SP HD
HYMPAVZI PEN	T2	PA SP
AGENTES PARA LA ANEMIA DREPANOCÍTICA		
DROXIA	T2	
ENDARI	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	
<i>gelatin sponge, absorb/porcine</i> (Gelfoam)	T1	
GELFOAM (<i>surgifoam</i>)	T3	
GELFOAM COMPRESSED	T3	
MONSEL'S	T3	
RAPLIXA	T3	
RECOTHROM	T3	
SURGIFOAM	T1	
SYRINGE AVITENE	T3	
TACHOSIL	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

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HEMOSTÁTICOS TÓPICOS		
THROMBI-GEL	T3	
THROMBIN-JMI	T3	
THROMBI-PAD	T3	
ULTRAFOAM	T3	
SANGRE (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)		
AGENTES HEMORREOLÓGICOS		
<i>pentoxifylline</i>	T1	HD
MEDICAMENTOS PARA ENFERMEDADES CARDÍACAS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)		
AGENTES ANTIANGINOSOS Y ANTIISQUÉMICOS, NO HEMODINÁMICOS		
<i>ranolazine</i>	T1	QL (4 tabs/day) HD
ANTIARRÍTMICOS		
<i>amiodarone hcl</i>	T1	HD
<i>disopyramide phosphate</i> (Norpace)	T1	HD
<i>dofetilide 125 mcg capsule</i> (Tikosyn)	T1	QL (8 caps/day) HD
<i>dofetilide 250 mcg capsule</i> (Tikosyn)	T1	QL (4 caps/day) HD
<i>dofetilide 500 mcg capsule</i> (Tikosyn)	T1	QL (2 caps/day) HD
<i>flecainide acetate</i>	T1	HD
<i>mexiletine hcl</i>	T1	HD
MULTAQ	T3	HD
NORPACE (<i>disopyramide phosphate</i>)	T3	PA HD
NORPACE CR	T3	HD
<i>pacerone 100 mg tablet</i>	T3	PA HD
<i>pacerone 200 mg tablet</i>	T1	HD
<i>pacerone 400 mg tablet</i>	T3	PA HD
<i>propafenone hcl</i>	T1	HD
<i>propafenone hcl</i> (Rythmol Sr)	T1	HD
<i>quinidine gluconate</i>	T1	HD
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
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

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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.)		
CAMZYOS	T3	PA QL (30 caps/30 days) SP
diltiazem hcl	T1	HD
diltiazem hcl (Cardizem La)	T1	HD
diltiazem hcl (Tiazac)	T1	HD
felodipine	T1	HD
isradipine	T1	
nicardipine hcl	T1	HD
nifedipine	T1	HD
nifedipine (Adalat Cc)	T1	HD
nifedipine (Procardia XI)	T1	HD
nifedipine (Procardia)	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	T2	PA QL(10 mls/day) HD
NORVASC (amlodipine besylate)	T3	
NYMALIZE	T3	HD
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
VERELAN (verapamil hcl)	T3	HD
VERELAN (verapamil sr)	T3	HD
VERELAN PM (verapamil er pm)	T3	HD
GLUCÓSIDOS DIGITÁLICOS		
digoxin	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
REDUCTORES DE LA FRECUENCIA CARDÍACA, INHIB. SELECTIVOS DE LA CORRIENTE I (F) DEL SA		
CORLANOR 5 MG/5 ML ORAL SOLN	T2	PA SP HD
CORLANOR TABLET (ivabradine hcl)	T2	PA HD
<i>ivabradine hcl</i> (Corlanor)	T1	PA HD
ESTIMULADOR DE LA GUANILATO CICLASA SOLUBLE (SGC)		
VERQUVO	T2	PA QL(1 tab/day)
VASODILADORES, CORONARIOS		
DILATRATE-SR	T3	HD
<i>isosorbide dinitrate</i>	T1	HD
MINITRAN	T1	HD
<i>nitroglycerin</i> (Minitran)	T1	HD
<i>nitroglycerin</i> (Nitro-dur)	T1	HD
<i>nitroglycerin</i> (Nitrolingual)	T1	HD
<i>nitroglycerin</i> (Nitromist)	T1	HD
<i>nitroglycerin</i> (Nitrostat)	T1	HD
NITROLINGUAL (<i>nitroglycerin</i>)	T3	HD
NITROMIST (<i>nitroglycerin</i>)	T3	HD
NITROSTAT (<i>nitroglycerin</i>)	T3	HD
CARDIOVASCULARES (Asma/EPOC/condiciones respiratorias)		
ANTIHIP. PULM., ESTIMULADOR DE LA GUANILATO CICLASA SOLUBLE		
ADEMPAS	T2	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
<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	T2	PA SP HD
TRACLEER 125 MG TABLET (<i>bosentan</i>)	T3	PA SP HD
TRACLEER 32 MG TABLET FOR SUSP	T2	PA SP HD
TRACLEER 62.5 MG TABLET (<i>bosentan</i>)	T3	PA SP HD
AGENTE ANTIHIPERTENSIVO PULMONAR, ACTRIIA-FC		
WINREVAIR	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

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERTENSIVOS PULMONARES, TIPO PROSTACICLINAS		
ORENITRAM ER	T3	PA SP HD
ORENITRAM MONTH 1 TITRATION KT	T3	PA QL(168 tabs/180 days) SP HD
ANTIHIPERTENSIVOS PULMONARES, TIPO PROSTACICLINAS (cont.)		
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	T3	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	T2	PA SP HD
VENTAVIS	T3	PA SP HD
YUTREPIA	T2	PA SP HD
ANTIHIP. PULMONAR-ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES DE ENDOTELINA-INHIB. DE LA PDE5 DEL GMPC		
OPSYNVI	T2	PA QL(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
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
PRESTALIA 14 MG-10 MG TABLET	T3	HD
<i>trandolapril/verapamil hcl</i>	T1	HD
INHIBIDOR DE LA ECA-TIAZIDA O DIURÉTICO TIAZÍDICO		
<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>fosinopril/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA/BETA		
<i>carvedilol (Coreg)</i>	T1	HD
<i>carvedilol er 10 mg capsule (Coreg Cr)</i>	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>carvedilol er 40 mg capsule (Coreg Cr)</i>	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>carvedilol er 80 mg capsule (Coreg Cr)</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA/BETA (cont.)		
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
<i>labetalol hcl</i>	T1	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
<i>labetalol hcl</i>	T1	HD
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA		
CARDURA (<i>doxazosin mesylate</i>)	T3	HD
CARDURA XL	T3	HD
MINIPRESS (<i>prazosin hcl</i>)	T3	HD
<i>prazosin hcl</i>	T1	HD
<i>terazosin hcl</i>	T1	HD
ANTAG. DE RECEPT. DE ANGIOTENSINA-BLOQ. DE LOS CANALES DE CALCIO-TIAZIDAS		
<i>amlodipine/valsartan/hcthiiazid</i>	T1	HD
<i>olmesartan/amlodipin/hcthiiazid</i>	T1	HD
COMB. INHIBIDOR DEL RECEPT. DE ANGIOTENSINA-DE LA NEPRILISINA (ARNI)		
ENTRESTO SPRINKLE	T2	QL (2 tabs/day) HD
COMB. DE ANTAG. DE RECEPT. DE ANGIOTENSINA-DIURÉTICOS TIAZÍDICOS		
<i>candesartan/hydrochlorothiazid</i>	T1	HD
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>losartan/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>olmesartan-hctz 20-12.5 mg tab</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>olmesartan-hctz 40-12.5 mg tab</i>	T1	HD
<i>olmesartan-hctz 40-25 mg tab</i>	T1	HD
<i>telmisartan-hctz 40-12.5 mg tb</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>telmisartan-hctz 80-12.5 mg tb</i>	T1	HD
<i>telmisartan-hctz 80-25 mg tab</i>	T1	HD
<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
BLOQ. DE RECEPTORES DE ANGIOTENSINA-BLOQ. DE LOS CANALES DE CALCIO		
<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	T1	HD
<i>amlodipine-olmesartan 10-20 mg</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
BLOQ. DE RECEPTORES DE ANGIOTENSINA-BLOQ. DE LOS CANALES DE CALCIO (cont.)		
<i>amlodipine-olmesartan 10-40 mg</i>	T1	HD
<i>amlodipine-olmesartan 5-20 mg</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>amlodipine-olmesartan 5-40 mg</i>	T1	HD
<i>telmisartan-amlodipine 40-10</i>	T1	HD
<i>telmisartan-amlodipine 40-5 mg</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>telmisartan-amlodipine 80-10</i>	T1	HD
<i>telmisartan-amlodipine 80-5 mg</i>	T1	HD
ANTIHIPERTENSIVOS, INHIBIDORES DE LA ECA		
<i>benazepril hcl</i>	T1	HD
<i>captopril</i>	T1	HD
<i>enalapril maleate (Vasotec)</i>	T1	HD
<i>fosinopril sodium</i>	T1	HD
<i>lisinopril (Zestril)</i>	T1	HD
<i>moexipril hcl</i>	T1	HD
<i>perindopril erbumine</i>	T1	HD
<i>quinapril hcl</i>	T1	HD
<i>ramipril</i>	T1	HD
<i>trandolapril</i>	T1	HD
ANTIHIPERTENSIVOS, ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ANGIOTENSINA		
<i>candesartan cilexetil</i>	T1	HD
<i>eprosartan mesylate</i>	T1	HD
<i>irbesartan</i>	T1	HD
<i>losartan potassium</i>	T1	HD
<i>olmesartan medoxomil 20 mg tab</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>olmesartan medoxomil 40 mg tab</i>	T1	HD
<i>olmesartan medoxomil 5 mg tab</i>	T1	HD
<i>telmisartan 20 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>telmisartan 40 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>telmisartan 80 mg tablet</i>	T1	HD
<i>valsartan</i>	T1	HD
ANTIHIPERTENSIVOS, BLOQUEADORES GANGLIONARES		
VECAMYL	T1	
ANTIHIPERTENSIVOS, VARIOS		
DEMSER (<i>metyrosine</i>)	T3	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERTENSIVOS, VARIOS (cont.)		
<i>metirosine</i> (Demser)	T1	HD
ANTIHIPERTENSIVOS, SIMPATOLÍTICOS		
CATAPRES-TTS 1 (<i>clonidine</i>)	T3	HD
CATAPRES-TTS 2 (<i>clonidine</i>)	T3	HD
CATAPRES-TTS 3 (<i>clonidine</i>)	T3	HD
<i>clonidine</i> (Catapres-tts 1)	T1	HD
<i>clonidine</i> (Catapres-tts 2)	T1	HD
<i>clonidine</i> (Catapres-tts 3)	T1	HD
<i>clonidine hcl</i>	T1	HD
<i>guanfacine hcl</i>	T1	HD
<i>methyldopa</i>	T1	HD
<i>methyldopa/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
ANTIHIPERTENSIVOS, VASODILATADORES		
<i>hydralazine hcl</i>	T1	HD
<i>minoxidil</i>	T1	HD
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS BETA		
<i>acebutolol hcl</i>	T1	HD
<i>atenolol</i> (Tenormin)	T1	HD
<i>betaxolol hcl</i>	T1	HD
<i>bisoprolol fumarate</i>	T1	HD
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	HD
<i>sotalol hcl</i> (Betapace Af)	T1	HD
SOTYLIZE	T3	HD
<i>timolol maleate</i>	T1	HD

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
BETABLOQUEANTES Y TIAZIDAS, DIURÉTICOS TIAZÍDICOS		
<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>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>aliskiren 300 mg tablet</i>	T1	HD
COMBINACIÓN DE VASODILATADORES		
<i>isosorbide dinit/hydralazine</i> (Bidil)	T1	QL (6 tabs/day) HD
VASODILATADORES, 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>	T1	HD
ANTIHIPERLIP. - INHIB. DE HMG-COA REDUCT.-BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO		
<i>amlodipine-atorvast 10-40 mg</i> (Caduet)	T1	HD
<i>amlodipine-atorvast 10-80 mg</i> (Caduet)	T1	HD
<i>amlodipine-atorvast 2.5-10 mg</i>	T1	HD
<i>amlodipine-atorvast 2.5-20 mg</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>amlodipine-atorvast 2.5-40 mg</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>amlodipine-atorvast 5-10 mg</i> (Caduet)	T1	HD
<i>amlodipine-atorvast 5-20 mg</i> (Caduet)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>amlodipine-atorvast 5-40 mg</i> (Caduet)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>amlodipine-atorvast 5-80 mg</i> (Caduet)	T1	HD
CADUET 10 MG-10 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	HD
CADUET 10 MG-20 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	HD
CADUET 10 MG-40 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	HD
CADUET 10 MG-80 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	HD
CADUET 5 MG-10 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	HD
CADUET 5 MG-20 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	QL (1 tab/day) HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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.-BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO (cont.)		
CADUET 5 MG-40 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	QL (1 tab/day) HD
CADUET 5 MG-80 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	HD
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIB. DE LA SÍNTESIS DE LA APO B-100		
KYNAMRO	T3	PA SP
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDORES DE PCSK9		
REPATHA PUSHTRONEX	T2	
REPATHA SURECLICK	T2	
REPATHA SYRINGE	T2	
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS-INHIB. DE LA HMG-COA REDUCTASA (Estatinas)		
<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 (Livalo)</i>	T1	HD PPACA
<i>atorvastatin 10 mg tablet</i>	T1	HD PPACA
<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>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>pravastatin sodium</i>	T1	HD PPACA
<i>rosuvastatin calcium 10 mg tab</i>	T1	QL (1 tab/day) HD PPACA
<i>rosuvastatin calcium 20 mg tab</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>rosuvastatin calcium 40 mg tab</i>	T1	HD
<i>rosuvastatin calcium 5 mg tab</i>	T1	QL (1 tab/day) HD PPACA
<i>simvastatin 10 mg tablet</i>	T1	HD PPACA
<i>simvastatin 20 mg tablet</i>	T1	HD PPACA
<i>simvastatin 40 mg tablet</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

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para el colesterol) (cont.)

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

SECUESTRADORES DE SALES BILIARES (cont.)

<i>colesevelam hcl</i> (Welchol)	T1	HD
<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</i>	T1	HD
<i>fenofibrate nanocrystallized</i> (Tricor)	T1	HD
<i>fenofibrate, micronized</i>	T1	HD
<i>fenofibric acid (choline)</i> (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

LIPOTRÓPICOS

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

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 28 mg capsule</i> (Namenda Xr)	T1	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

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
TRATAMIENTO DEL ALZHEIMER, ANTAG. DE LOS RECEPTORES NMDA-INHIB. DE COLINA (cont.)		
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

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Varios)

AGENTES PARA LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA		
RADICAVA ORS	T3	PA SP QL (50ml/28days)
RILUTEK (<i>riluzole</i>)	T3	SP HD
<i>riluzole</i> (Rilutek)	T1	SP HD
TIGLUTIK	T3	PA SP
MEDICAMENTOS PARA TRATAR TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO		
AUSTEDO	T3	PA SP HD
AUSTEDO XR 6MG	T3	PA QL(3 tabs/day) SP HD
AUSTEDO XR 12MG	T3	PA QL(1 tab/day) SP HD
AUSTEDO XR 18 MG TABLET	T3	PA QL(1 tab/day) SP HD
AUSTEDO XR 24MG	T3	PA QL(2 tabs/day) SP HD
AUSTEDO XR 30 MG TABLET	T3	PA QL SP HD
AUSTEDO XR 48 MG TABLET	T3	PA QL SP HD
AUSTEDO XR TITRATION KIT(WK1-4)	T3	PA QL(1 kit/180 days) SP HD
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

AGENTES PARA EL AFECTO PSEUDOBULBAR (PBA), ANTAGONISTAS DE NMDA		
NUEDEXTA	T3	QL (4 caps/day)
XANTINAS		
<i>caffeine citrate</i>	T1	HD

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Esclerosis múltiple)

AGENTES PARA TRATAR LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE		
AVONEX	T2	PA SP HD
AVONEX PEN	T2	PA SP HD
BAFIERTAM	T2	PA SP HD
BETASERON	T2	PA SP HD
<i>dimethyl fumarate</i>	T1	HD
<i>glatopa</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA TRATAR LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE		
<i>glatiramer acetate</i>	T1	PA SP HD
KESIMPTA PEN	T2	PA SP HD
MAVENCLAD	T2	PA SP HD
PLEGRIDY	T2	PA SP HD
REBIF	T2	PA SP HD
REBIF REBIDOSE	T2	PA SP HD
<i>teriflunomide</i> (Aubagio)	T1	SP HD
VUMERITY	T2	PA SP HD
AGENTES PARA EL TRAT. DE TRAST. DE LA TRANSMISIÓN NEUROMUSC., BLOQ. DE LOS CAN. DE POT.		
<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
MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos convulsivos)		
ANTICONVULSIVOS - TIPO BENZODIAZEPINAS		
<i>clobazam</i>	T1	HD
<i>clonazepam</i>	T1	HD
<i>clonazepam</i> (Klonopin)	T1	HD
DIASTAT (<i>diazepam</i>)	T3	PA HD
DIASTAT ACUDIAL (<i>diazepam</i>)	T3	PA HD
<i>diazepam 2.5 mg rectal gel sys</i> (Diastat)	T1	HD
<i>diazepam 10 mg rectal gel syst</i> (Diastat Acudial)	T1	HD
<i>diazepam 20 mg rectal gel syst</i> (Diastat Acudial)	T1	HD
KLONOPIN (<i>clonazepam</i>)	T3	PA HD
NAYZILAM	T2	PA QL (5 kits/30 days) 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

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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>carbamazepine</i> (Tegretol)	T1	HD
CELONTIN	T2	HD
DIACOMIT	T3	PA SP HD
DILANTIN 100 MG CAPSULE (<i>phenytoin sodium extended</i>)	T3	PA HD
DILANTIN 30 MG CAPSULE	T2	PA HD
DILANTIN 50 MG INFATAB (<i>phenytoin</i>)	T3	PA HD
DILANTIN-125 (<i>phenytoin</i>)	T3	PA HD
<i>divalproex sodium</i>	T1	HD
<i>ethosuximide</i> (Zarontin)	T1	HD
<i>felbamate</i>	T1	HD
FINTEPLA	T3	PA SP HD
FYCOMPA 0.5 MG/ML ORAL SUSP	T2	PA HD
<i>gabapentin</i> (Gralise)	T1	HD
<i>gabapentin</i> (Neurontin)	T1	HD
<i>lamotrigine</i>	T1	HD
LYRICA (<i>pregabalin</i>)	T3	PA HD
NEURONTIN (<i>gabapentin</i>)	T3	PA HD
<i>oxcarbazepine</i> (Oxtellar XR)	T1	PA HD
OXTELLAR XR (<i>oxcarbazepine</i>)	T3	PA HD
PEGANONE	T2	HD
PHENYTEK (<i>phenytoin sodium extended</i>)	T3	PA HD
<i>phenytoin</i>	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
<i>pregabalin</i> (Lyrica)	T1	HD
<i>primidone</i> (Mysoline)	T1	HD
<i>rufinamide 200 mg tablet</i> (Banzel)	T1	PA 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 PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos convulsivos) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONVULSIVOS (cont.)		
<i>rufinamide 400 mg tablet (Banzel)</i>	T1	PA QL (8 tabs/day) HD
SPRITAM	T3	PA HD
TEGRETOL (<i>carbamazepine</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</i>	T1	HD
<i>topiramate er capsule (Trokendi Xr)</i>	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>topiramate er sprinkle capsule (Trokendi Xr)</i>	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>	T1	HD
<i>valproic acid (as sodium salt)</i>	T1	HD
<i>vigabatrin</i>	T1	SP HD
VIMPAT	T2	PA HD
XCOPRI 25 MG TABLET	T3	PA HD
XCOPRI 100 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day) HD
XCOPRI 12.5-25 MG TITRATION PK	T3	PA QL (1/28 days) HD
XCOPRI 150 MG TABLET	T3	PA QL (1/day) HD
XCOPRI 150-200 MG TITRATION PK	T3	PA QL (1/28 days) HD
XCOPRI 200 MG TABLET	T3	PA QL (2/day) HD
XCOPRI 250 MG DAILY DOSE PACK	T3	PA QL (1/28 days) HD
XCOPRI 350 MG DAILY DOSE PACK	T3	PA QL (1/28 days) HD
XCOPRI 50 MG TABLET	T3	PA QL (1/day) HD
XCOPRI 50-100 MG TITRATION PAK	T3	PA QL (1/28 days) HD
ZARONTIN (<i>ethosuximide</i>)	T3	PA HD
<i>zonisamide</i>	T1	HD

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

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

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

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ESTIMULANTES DE LEUCOCITOS (RECuento DE GLÓBULOS BLANCOS)		
FULPHILA	T2	PA SP
GRANIX	T3	PA SP
LEUKINE	T2	SP
NEUPOGEN	T3	PA SP
NIVESTYM	T2	SP HD
NYVEPRIA	T2	PA SP
RELEUKO	T3	PA SP
STIMUFEND	T3	PA SP
UDENYCA	T2	PA SP
ZARXIO	T2	SP HD
ZIEXTENZO	T2	PA SP
AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE TROMBOPOYETINA		
DOPTELET	T2	PA SP HD
MULPLETA	T3	PA SP HD
PROMACTA	T2	PA SP HD
FACTORES ESTIMULANTES DE COLONIAS (Cáncer)		
AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE TROMBOPOYETINA		
XOLREMDI	T3	PA QL(4 caps/day) SP CSL
ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos)		
ANTICONCEPTIVOS, INTRAVAGINALES, SISTÉMICOS		
ANNOVERA	T3	
etonogestrel/ethinyl estradiol (Nuvaring)	T1	PPACA
ANTICONCEPTIVOS, IMPLANTABLES		
NEXPLANON	T2	SP PPACA
ANTICONCEPTIVOS, INYECTABLES		
DEPO-SUBQ PROVERA 104	T2	
ANTICONCEPTIVOS, ORALES		
desog-e.estradiol/e.estradiol	T1	HD PPACA
desogestrel-ethinyl estradiol	T1	HD PPACA
drosipir/eth estro/levomefol ca	T1	HD PPACA
ELLA	T3	HD PPACA
ethinyl estradiol/drospirenone	T1	HD PPACA
ethynodiol d-ethinyl estradiol	T1	HD PPACA
ethinyl estradiol/drospirenone (Yasmin 28)	T1	PPACA

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONCEPTIVOS, ORALES (cont.)		
<i>levonorgest/eth.estradiol/iron (Balcoltra)</i>	T1	HD PPACA
<i>l-norgest/e.estradiol-e.estradiol</i>	T1	HD PPACA
MICROGESTIN 24 FE (<i>tarina 24 fe</i>)	T3	HD
<i>noreth-ethinyl estradiol/iron</i>	T1	HD PPACA
<i>norethind-eth estrad 1-0.02 mg</i>	T1	HD PPACA
<i>norethindrone</i>	T1	HD PPACA
<i>norethindrone ac/eth estradiol</i>	T1	HD PPACA
<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i>	T1	HD PPACA
<i>norethindrone-e.estradiol-iron (Microgestin 24 Fe)</i>	T1	HD PPACA
<i>norethindrone-ethin. estradiol</i>	T1	HD PPACA
<i>norethin-ee 1.5-0.03 mg (21) tb</i>	T1	HD PPACA
<i>norgestrel-ethinyl estradiol</i>	T1	HD PPACA
TYBLUME	T3	HD
ANTICONCEPTIVOS TRANSDÉRMICOS		
<i>norelgestromin/ethin.estradiol</i>	T1	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 I.ª GENERACIÓN		
RESPA A.R.	T3	
PREPARACIONES PARA LA TOS/EL RESFRÍO (Medicamentos para la tos/el resfrío)		
ANTITUSIVOS NO OPIOIDES		
<i>benzonatate</i>	T1	
<i>benzonatate (Tessalon Perle)</i>	T1	
TESSALON PERLE (<i>benzonatate</i>)	T3	
ANTITUS. NO OPIOIDES-ANTIHISTAMÍNICOS DE I.ª GENERACIÓN-DESCONGESTIVOS		
<i>brompheniramine/pseudoephed/dm (Bromfed Dm)</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
COMB. DE ANTITUSIVOS NO OPIOIDES-ANTIHISTAMÍNICOS DE I.ª GENERACIÓN		
<i>promethazine/dextromethorphan</i>	T1	
ANTITUSIVOS OPIOIDES- ANTIHISTAMÍNICOS DE I.ª GENERACIÓN-DESCONGEST.		
<i>hydrocodone/cpm/pseudoephed</i>	T1	PA
<i>promethazine/phenyleph/codeine</i>	T1	PA QL (480ml/22 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 TEST STRIPS	T2	
PRECISION XTRA TEST STRIPS	T2	
TRUE METRIX GLUCOSE TEST STRIP	T2	

DIAGNÓSTICO (Varios)

PREPARACIONES DE DIAGNÓSTICO, VARIAS		
ADVANCED DNA MEDICATED COLLECT	T3	
ARIDOL	T3	
<i>lidocaine hcl/glycerin</i> (Advanced Dna Medicated Collect)	T1	
PROVOCHOLINE	T3	
TC99M SULFUR COLLOID PREP	T1	
AGENTES PARA EL DIAGNÓSTICO OCULAR		
<i>fluorescein sodium</i>	T1	
<i>ful-glo 1 mg ophth strip</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

DIAGNÓSTICO (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA EL DIAGNÓSTICO OCULAR (cont.)		
FUL-GLO EYE STRIPS	T3	
<i>lissamine green</i>	T1	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOPACOS GASTROINTESTINALES		
ENTERO VU	T3	
E-Z DISK	T3	
E-Z-HD	T3	
E-Z-PAQUE	T3	
E-Z-PASTE	T3	
GASTROMARK	T3	
LIQUID E-Z PAQUE	T3	
LIQUID POLIBAR PLUS	T3	
NEULUMEX	T3	
POLIBAR ACB	T3	
READI-CAT 2	T3	
SITZMARKS	T3	
TAGITOL	T3	
VARIBAR HONEY	T3	
VARIBAR NECTAR	T3	
VARIBAR PUDDING	T3	
VARIBAR THIN HONEY	T3	
VARIBAR THIN LIQUID	T3	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO DE LA FUNCIÓN METABÓLICA		
METOPIRONE	T3	
ELEMENTOS RADIOFARMACÉUTICOS		
INDICLOR	T3	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOPACOS URINARIOS		
CYSTO-CONRAY II	T3	
CYSTOGRAFIN	T3	
CYSTOGRAFIN-DILUTE	T3	
<i>diatrizoate meglumine, sodium</i> (Gastrografin)	T1	
GASTROGRAFIN (<i>md-gastroview</i>)	T3	
DIURÉTICOS (Diuréticos)		
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ARGININA VASOPRESINA (AVP)		
TOLVAPTAN 15 MG TABLET	T3	SP
<i>tolvaptan 30 mg tablet</i> (Samsca)	T1	SP

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

DIURÉTICOS (Diuréticos) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ARGININA VASOPRESINA (AVP) (cont.)		
<i>acetazolamide</i>	T1	HD
<i>methazolamide</i>	T1	HD
DIURÉTICOS DE ASA		
<i>bumetanide</i>	T1	HD
<i>furosemide</i> (Lasix)	T1	HD
<i>torsemide</i>	T1	HD
DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO		
<i>amiloride hcl</i>	T1	HD
CAROSPIR (<i>spironolactone</i>)	T2	PA
<i>eplerenone</i> (Inspra)	T1	HD
KERENDIA	T2	PA QL(1 tab/day)
INSPRA (<i>eplerenone</i>)	T3	HD
<i>spironolactone</i>	T1	HD
<i>spironolactone</i> (Aldactone)	T1	HD
<i>spironolactone</i> (Carospir)	T1	HD
<i>spironolact/hydrochlorothiazid</i>	T1	HD
<i>triamterene</i> (Dyrenium)	T1	HD
DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO EN COMBINACIÓN		
ALDACTAZIDE	T3	HD
ALDACTAZIDE (<i>spironolactone-hctz</i>)	T3	HD
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
DYAZIDE (<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>)	T3	HD
<i>spironolact/hydrochlorothiazid</i> (Aldactazide)	T1	HD
<i>triamterene/hydrochlorothiazid</i> (Dyazide)	T1	HD
TIAZIDA Y DIURÉTICOS AFINES		
<i>chlorthalidone</i>	T1	HD
DIURIL	T3	HD
<i>hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>indapamide</i>	T1	HD
<i>metolazone</i>	T1	HD
PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Alergia/rociadores nasales)		
ANTIISTAMÍNICOS NASALES		
PATANASE (<i>olopatadine hcl</i>)	T3	HD
PREPARACIONES NASALES, VARIAS (CON RECETA)		
<i>ipratropium bromide</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Alergia/rociadores nasales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES NASALES, VASOCONSTRICTORES (CON RECETA)		
ADRENALIN CHLORIDE	T3	
<i>epinephrine hcl</i> (Adrenalin Chloride)	T1	
PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Medicamentos para los oídos)		
PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIINFLAMATORIAS		
DERMOTIC (<i>fluocinolone acetonide oil</i>)	T3	
<i>fluocinolone acetonide oil</i> (Dermotic)	T1	
PREPARACIONES ÓTICAS, VARIAS, ANTIINFECCIOSOS		
<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	T1	
PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Condiciones oculares)		
LÁGRIMAS ARTIFICIALES		
LACRISERT	T3	
MIEBO	T2	QL (4 bottles/30 days)
ANTIINFECCIOSOS PARA LOS OJOS (CON RECETA ÚNICAMENTE)		
BETADINE	T3	
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 (10 gm/30 days) HD
FLAREX 0.1% EYE DROPS	T2	
<i>fluorometholone</i>	T1	
<i>flurbiprofen sodium</i>	T1	
ILEVRO	T3	
INVELTYS	T2	
<i>ketorolac 0.4% ophth solution</i> (Acular Ls)	T1	
<i>ketorolac 0.5% ophth solution</i> (Acular)	T1	
<i>loteprednol etabonate</i> (Alrex)	T1	
OMNIPRED (<i>prednisolone acetate</i>)	T3	
<i>prednisolone acetate</i> (Omnipred)	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	
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)	T1	
<i>proparacaine hcl</i> (Alcaine)	T1	
<i>proparacaine/fluorescein sod</i>	T1	
<i>tetracaine hcl</i>	T1	
TETRAVISC	T3	
TETRAVISC FORTE	T3	
ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS PARA LOS OJOS		
<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
BETOPTIC S	T2	
<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>brimonidine tartrate/timolol</i> (Combigan)	T1	
<i>brinzolamide</i> (Azopt)	T1	HD
<i>carteolol hcl</i>	T1	HD
COMBIGAN	T2	HD
<i>dorzolamide hcl</i> (Trusopt)	T1	HD
<i>dorzolamide hcl/timolol maleat</i> (Cosopt)	T1	HD
<i>dorzolamide/timolol/pf</i> (Cosopt Pf)	T1	HD
ISOPTO CARPINE (<i>pilocarpine hcl</i>)	T3	HD
<i>latanoprost</i>	T1	HD
<i>levobunolol hcl</i>	T1	HD

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MIÓTICOS Y OTROS REDUCTORES DE LA PRESIÓN INTRAOCULAR (cont.)		
PHOSPHOLINE IODIDE	T3	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)	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> (Isopto Atropine)	T1	HD
CYCLOMYDRIL	T3	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
AGENTES ANTIFIBRÓTICOS OFTÁLMICOS		
MITOSOL	T3	
ANTIINFLAMATORIOS OFTÁLMICOS, TIPO INMUNOMODULADOR		
CEQUA	T2	
RESTASIS	T2	HD
AGENTES OFTÁLMICOS REDUCTORES DE LA CISTINA		
CYSTADROPS	T3	PA QL (20ml/21 days) SP
CYSTARAN	T3	PA QL (120ml/28 days) SP
FACTOR DE CRECIMIENTO DEL NERVIÓ OFTÁLMICO HUMANO (HNGF)		
OXERVATE	T3	PA SP HD
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Medicamentos para el colesterol)		
SUPLEMENTOS DE LÍPIDOS ORALES		
DOJOLVI	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

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Productos dentales)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES CON FLÚOR		
CLINPRO 5000	T3	
fluoride (sodium) (Prevident 5000 Plus)	T1	
fluoride (sodium) (Prevident 5000)	T1	
FLUORIDEX	T1	
FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF	T3	
FRAICHE 5000 PREVI	T3	
FRAICHE 5000 SENSITIVE	T3	
PREVIDENT 5000 ENAMEL PROTECT	T3	
PREVIDENT 5000 ORTHO DEFENSE	T3	
PREVIDENT 5000 SENSITIVE	T3	
PREVIDENT KIDS	T3	
sodium fluoride/potassium nit (Prevident 5000 Sensitive)	T1	
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Diabetes)		
AGENTES PARA TRATAR LA HIPOGLUCEMIA (HIPERGLUCÉMICOS)		
BAQSIMI	T2	QL (2 units/30 days)
diazoxide (Proglycem)	T1	
glucagon 1 mg emergency kit	T1	QL (2 pens/30 days)
PROGLYCEM (diazoxide)	T3	
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Varios)		
SUPLEMENTOS DE ÁCIDO NUCLEICO/NUCLEÓTIDOS		
XURIDEN	T3	PA SP
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Nutritivos/alimenticios)		
REDUCTORES DE ELECTROLITOS		
AURYXIA	T3	QL (12 tabs/day)
calcium acetate	T1	
FOSRENOL 1,000 MG POWDER PACK	T2	
FOSRENOL 1,000 MG TABLET CHEW (lanthanum carbonate)	T3	
FOSRENOL 500 MG TABLET CHEW (lanthanum carbonate)	T3	
FOSRENOL 750 MG POWDER PACKET	T2	
FOSRENOL 750 MG TABLET CHEW (lanthanum carbonate)	T3	
lanthanum carbonate (Fosrenol)	T1	
LOKELMA	T2	
PHOSLYRA	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
REDUCTORES DE ELECTROLITOS (cont.)		
<i>sevelamer carbonate</i> (Renvela)	T1	
<i>sevelamer hcl</i>	T1	
<i>sevelamer hcl</i> (Renagel)	T1	
<i>sodium polystyrene sulfon/sorb</i>	T1	
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	T1	
<i>sps 15 gm/60 ml suspension</i>	T1	
<i>sps 30 gm/120 ml enema susp</i>	T3	
VELPHORO	T3	
VELTASSA	T2	
AGENTES QUE CONTIENEN YODO		
<i>potassium iodide/iodine</i>	T1	
SSKI	T1	
REPOSICIÓN DE HIERRO		
mv-mins no.73/iron fum/folic (Hemocyt Plus)	T1	
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</i> (K-tab Er)	T1	
<i>klor-con 8 meq tablet</i>	T1	
K-TAB ER (<i>potassium chloride</i>)	T3	
<i>potassium bicarbonate/cit ac</i>	T1	
<i>potassium chloride</i>	T1	
<i>potassium chloride</i> (K-tab Er)	T1	
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Condiciones urinarias)		
SOLUCIONES PARA DIÁLISIS		
PRISMASOL	T3	
MODIFICADORES DEL PH URINARIO		
K-PHOS NO.2	T3	HD
K-PHOS ORIGINAL	T3	HD
ORACIT	T3	HD
<i>potassium citrate</i> (Urocit-k)	T1	HD
<i>potassium citrate/citric acid</i>	T1	HD
RENACIDIN	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

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Condiciones urinarias) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MODIFICADORES DEL PH URINARIO (cont.)		
UROCIT-K (<i>potassium citrate er</i>)	T3	HD
UROQID-ACID NO.2	T3	HD

GASTROINTESTINALES (Medicamentos para el colesterol)

LIPOTRÓPICOS

<i>icosapent ethyl</i> (Vascepa)	T1	HD
<i>omega-3 acid ethyl esters</i>	T1	HD
VASCEPA	T2	PA HD

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis)

INHIBIDORES DE AMONÍACO

CARBAGLU (<i>carglumic acid</i>)	T3	SP HD
<i>carglumic acid</i> (Carbaglu)	T1	SP HD
<i>lactulose</i>	T1	HD
<i>lactulose 10 gm/15 ml solution</i>	T1	HD
LITHOSTAT	T3	HD
OLPRUVA	T3	PA SP HD
PHEBURANE	T2	PA QL(8 Bottles/30 Days) SP HD
<i>sodium phenylbutyrate</i> (Buphenyl)	T1	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
---------	----	-------

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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		
<i>diphenoxylate hcl/atropine</i>	T1	
<i>diphenoxylate hcl/atropine</i> (Lomotil)	T1	
LOMOTIL (<i>diphenoxylate-atropine</i>)	T3	
<i>loperamide hcl</i>	T1	
MOTOFEN	T3	
<i>opium tincture</i>	T1	ST
<i>paregoric</i>	T1	
ANTIEMÉTICOS - TIPO CANNABINOIDES		
<i>dronabinol</i>	T1	
AGENTES ANTIEMÉTICOS/ANTIVÉRTIGO		
AKYNZEO	T3	PA QL (4 caps/28 days)
ANZEMET	T3	PA QL (5 tabs/30 days) SP
<i>aprepitant 125 mg capsule</i>	T1	QL (4 caps/28 days)
<i>aprepitant 125-80-80 mg pack</i> (Emend)	T1	QL (12 caps/28 days)
<i>aprepitant 40 mg capsule</i>	T1	QL (1 cap/28 days)
<i>aprepitant 80 mg capsule</i> (Emend)	T1	QL (8 caps/28 days)
BONJESTA	T3	
COMPazine (<i>prochlorperazine</i>)	T3	
<i>doxylamine succinate/vit b6</i> (Diclegis)	T1	QL (4 tabs/day)
EMEND 125 MG POWDER PACKET	T3	PA QL (12 caps/28 days)
EMEND 150 MG VIAL (<i>fosaprepitant dimeglumine</i>)	T3	PA
<i>granisetron hcl</i>	T1	
<i>granisetron hcl/pf</i>	T1	
<i>ondansetron hcl</i>	T1	
<i>ondansetron hcl/pf</i>	T1	
<i>ondansetron odt</i>		
<i>prochlorperazine</i> (Compazine)	T1	
<i>prochlorperazine maleate</i> (Compazine)	T1	
<i>promethazine hcl</i>	T1	
SANCUSO	T3	PA QL (4 patches/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

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIEMÉTICOS/ANTIVÉRTIGO (cont.)		
<i>scopolamine</i> (Transderm-scop)	T1	
TRANSDERM-SCOP (<i>scopolamine</i>)	T3	
<i>trimethobenzamide hcl</i>	T1	
VARUBI	T3	PA QL (4 tabs/28 days)
PREPARACIONES ANTIULCEROSAS		
CYTOTEC (<i>misoprostol</i>)	T3	HD
<i>misoprostol</i> (Cytotec)	T1	HD
<i>sucralfate</i>	T1	HD
ANTIULCEROSOS-AGENTES CONTRA LA H. PYLORI		
<i>bismuth/metronid/tetracycline</i> (Pylera)	T1	
<i>lansoprazole/amoxiciln/clarith</i>	T1	
ALCALOIDES DE BELLADONA		
DONNATAL	T3	HD
DONNATAL (<i>phenohydro</i>)	T3	HD
<i>hyoscyamine sulfate</i>	T1	HD
<i>hyoscyamine sulfate</i> (Levbid)	T1	HD
<i>hyoscyamine sulfate</i> (Levsin)	T1	HD
<i>hyoscyamine sulfate</i> (Levsin-sl)	T1	HD
<i>hyoscyamine sulfate</i> (Nulev)	T1	HD
LEVBIID (<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>phenobarbital-belladonna elixr</i> (Donnatal)	T1	HD
PHENOBARBITAL-BELLADONNA ELIXR (<i>phenohydro</i>)	T3	HD
SYMAX DUOTAB	T3	HD
SALES BILIARES		
ACTIGALL (<i>ursodiol</i>)	T3	HD
CHENODAL	T3	PA SP HD
CHOLBAM	T3	PA SP HD
CTEXTI	T3	PA SP
URSO (<i>ursodiol</i>)	T3	HD
<i>ursodiol</i> (Urso)	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
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</i>)	T3	HD
<i>balsalazide disodium</i> (Colazal)	T1	HD
<i>mesalamine</i>	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
TRASPLANTE DE MICROBIOTA FECAL		
VOWST	T3	PA QL(12 caps/56 days) SP
ENZIMAS GÁSTRICAS		
SUCRAID	T3	PA SP
INHIBIDORES DE LOS RECEPTORES DE HISTAMINA H2		
<i>cimetidine hcl</i>	T1	HD
<i>famotidine</i>	T1	HD
<i>nizatidine</i>	T1	HD
<i>ranitidine hcl</i>	T1	HD
AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE, COMB. DE AGONISTAS/ANTAGONISTAS DE RECEPT. OPIOIDES		
VIBERZI	T2	HD
AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE-C/CIC, AGONISTAS DE LA GUANILATO CICLASA C		
TRULANCE	T2	
ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE LA INTEGRINA, ANTICUERPOS MONOCLONALES		
ENTYVIO PEN	T3	PA QL(2 pens/30 days) SP HD
ESTIMULANTES DE LA MOTILIDAD INTESTINAL		
<i>metoclopramide hcl</i> (Reglan)	T1	
REGLAN (<i>metoclopramide hcl</i>)	T3	
AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE, ANTAGONISTAS DEL 5-HT3		
<i>alosetron hcl</i>	T1	SP HD
LAXANTES Y CATÁRTICOS		
<i>bisac/nac/nahco3/kcl/peg 3350</i>	T1	PPACA

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
LAXANTES Y CATÁRTICOS (cont.)		
KRISTALOSE	T3	
<i>lactulose</i>	T1	
<i>lactulose 10 gm packet (Kristalose)</i>	T1	
<i>lactulose 10 gm/15 ml solution</i>	T1	
<i>lactulose 20 gm/30 ml solution</i>	T1	
NULYTELY	T3	PPACA
<i>peg3350/sod sul/nacl/kcl/asb/c</i>	T1	PPACA
<i>peg3350/sod sulf, bicarb, cl/kcl</i>	T1	PPACA
PREPOIK	T2	PPACA
<i>sodium chloride/nahco3/kcl/peg</i>	T1	PPACA
SUPREP	T2	PPACA
PREPARACIONES ANORRECTALES LOCALES CON NITRATO		
<i>nitroglycerin 0.4% ointment (Rectiv)</i>	T1	
RECTIV (<i>nitroglycerin</i>)	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)
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES		
<i>esomeprazole dr 10 mg packet (Nexium)</i>	T1	QL (4 packets/day) HD
<i>esomeprazole dr 20 mg packet (Nexium)</i>	T1	QL(2 packets/day) HD
<i>esomeprazole dr 40 mg packet</i>	T1	QL(1 packets/day) 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
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	

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREP. RECTALES/DE COLON, GLUCOCORT. (NO HEMORR.)		
<i>budesonide 2 mg rectal foam</i>	T1	QL HD
CORTENEMA (<i>hydrocortisone</i>)	T3	
<i>hydrocortisone</i> (Cortenema)	T1	
HORMONAS (Agentes hormonales)		
PREP. DE ANDRÓGENOS/ESTRÓGENOS PARA DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA		
INTRAROSA	T2	
AGENTES ANDROGÉNICOS		
ANADROL-50	T3	PA
ANDROGEL 1% (25 MG/2.5 G) PKT (<i>testosterone</i>)	T3	PA QL(150 gms/30 days)
ANDROGEL 1% (50 MG/5 G) PKT (<i>testosterone</i>)	T3	QL (2 packets/day) ST
ANDROGEL 1.62% GEL PUMP (<i>testosterone</i>)	T3	QL (150gm/30 days) ST
ANDROGEL 1.62% (1.25G) GEL PCKT (<i>testosterone</i>)	T3	QL (2 packs/day) ST
ANDROGEL 1.62% (2.5G) GEL PCKT (<i>testosterone</i>)	T3	QL (150gm/30 days) ST
DEPO-TESTOSTERONE	T3	
DEPO-TESTOSTERONE (<i>testosterone cypionate</i>)	T3	
METHITEST	T1	
<i>methyltestosterone</i>	T1	
<i>oxandrolone</i>	T1	PA
<i>testosterone 1% (25mg/2.5g) pk</i> (Androgel)	T1	QL (2 packets/day) ST
<i>testosterone 1% (50 mg/5 g) pk</i> (Testosterone)	T1	QL (2 packets/day) ST
<i>testosterone 1.62% (2.5 g) pkt</i> (Androgel)	T1	QL (150gm/30 days) ST
<i>testosterone 1.62% gel pump</i> (Androgel)	T1	QL (150gm/30 days) ST
<i>testosterone 1.62% (1.25 g) pkt</i> (Androgel)	T1	QL (2 packs/day) ST
<i>testosterone 10 mg gel pump</i>	T1	QL (120 gm/30 days) ST
TESTOSTERONE 12.5 MG/1.25 GRAM	T1	QL (150gm/30 days) ST
<i>testosterone 12.5 mg/1.25 gram</i> (Testosterone)	T1	QL (150gm/30 days) ST
<i>testosterone 30 mg/1.5 ml pump</i>	T1	QL (180ml/30 days) ST
<i>testosterone 50 mg/5 gram gel</i>	T1	QL (2 tubes/day) ST
TESTOSTERONE 50 MG/5 GRAM PKT	T1	QL (2 packs/day) ST
<i>testosterone cypionate</i> (Depo-testosterone)	T1	
<i>testosterone enanthate</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HORMONAS ANTIDIURÉTICAS Y VASOCONSTRICTORAS		
<i>desmopressin (nonrefrigerated)</i>	T1	
<i>desmopressin AC vial</i>	T1	SP HD
NOCTIVA	T3	PA
STIMATE	T3	SP
COMBINACIONES DE ESTRÓGENOS Y PROGESTINAS		
BIJUVA	T3	
COMBINACIONES DE ESTRÓGENOS/ANDRÓGENOS		
<i>estrogen, ester/me-testosterone (Estratest H.S.)</i>	T1	HD
AGENTES ESTROGÉNICOS		
ACTIVELLA (<i>mimvey lo</i>)	T3	HD
ACTIVELLA (<i>mimvey</i>)	T3	HD
ALORA	T3	QL (16 patches/28 days) HD
CLIMARA (<i>estradiol (once weekly)</i>)	T3	HD
CLIMARA PRO	T3	HD
COMBIPATCH	T3	
DEPO-ESTRADIOL	T3	HD
DIVIGEL	T3	HD
ELESTRIN	T3	HD
<i>estradiol</i>	T1	QL (16 patches/28 days) HD
<i>estradiol (Alora)</i>	T1	QL (16 patches/28 days) HD
<i>estradiol (Climara)</i>	T1	HD
<i>estradiol 0.06% 1.25g gel pump (Estroge)</i>	T1	HD
<i>estradiol 0.5 mg tablet (Estrace)</i>	T1	HD
<i>estradiol 1 mg tablet (Estrace)</i>	T1	HD
<i>estradiol 2 mg tablet (Estrace)</i>	T1	HD
<i>estradiol valerate (Delestrogen)</i>	T1	HD
<i>estradiol/norethindrone acet (Activella)</i>	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
<i>norethind-eth estrad 0.5-2.5 (Femhrt)</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ESTROGÉNICOS (cont.)		
<i>norethindrone ac-eth estradiol</i>	T1	HD
<i>norethindrone ac-eth estradiol (Femhrt)</i>	T1	HD
<i>norethin-eth estrad 1 mg-5 mcg</i>	T1	HD
PREMARIN	T2	HD
PREMPHASE	T2	HD
PREMPRO	T2	HD
COMB. DE ESTRÓGENOS-PROGESTINAS CON ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES PARA MINERALOCORTICOIDES		
ANGELIQ	T3	HD
COMB. DE ESTRÓGENOS Y MOD. SELECTIVOS DE RECEPTORES ESTROGÉN. (SERM)		
DUAVEE	T2	
GLUCOCORTICOIDES		
<i>budesonide</i>	T1	PA QL (1 tab/day)
<i>budesonide (Entocort Ec)</i>	T1	
<i>cortisone acetate</i>	T1	
<i>dexamethasone</i>	T1	
<i>deflazacort (Emflaza)</i>	T1	PA SP HD
EMFLAZA	T3	PA SP HD
ENTOCORT EC (<i>budesonide ec</i>)	T3	
<i>hydrocortisone</i>	T1	
LOCORT	T1	
<i>methylprednisolone (Medrol)</i>	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 (Millipred)</i>	T1	
<i>prednisolone sodium phosphate (Orapred Odt)</i>	T1	
<i>prednisone</i>	T1	
UCERIS 9 MG ER TABLET (<i>budesonide</i>)	T3	PA QL(1 tab/day)
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	T2	PA SP HD
OMNITROPE	T2	PA SP HD
SEROSTIM	T2	PA SP
SKYTROFA	T3	SP HD
HORMONAS DE FACTOR DE CRECIMIENTO INSULÍNICO TIPO I (IGF-I)		
INCRELEX	T2	PA SP HD
COMB. DE PROGESTINA Y ESTRÓGENOS ANTAGONISTAS DE LA LHRH (GNRH)		
MYFEMBREE	T2	PA QL (24 month therapy)
ANÁLOGOS AGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), SUPRESORES HIPOFISARIOS		
ORILISSA 150 MG TABLET	T2	PA QL (1 tab/day)
ORILISSA 200 MG TABLET	T2	PA QL (6 months therapy/lifetime)
MINERALOCORTICOIDES		
<i>fludrocortisone acetate</i>	T1	HD
OXITÓCICOS		
CERVIDIL	T3	
<i>methylergonovine maleate</i>	T1	
PREPIDIL	T3	
PROSTIN E2 VAGINAL SUPPOSITORY	T3	
AGENTES SUPRESORES HIPOFISARIOS		
<i>cabergoline</i>	T1	QL (16 tabs/28 days) HD
<i>danazol</i>	T1	HD
AGENTES PROGESTACIONALES		
CRINONE 4% GEL	T3	PA HD
DEPO-PROVERA	T3	HD
<i>medroxyprogesterone 10 mg tab (Provera)</i>	T1	HD
<i>medroxyprogesterone 2.5 mg tab (Provera)</i>	T1	HD
<i>medroxyprogesterone 5 mg tab (Provera)</i>	T1	HD
<i>norethindrone acetate</i>	T1	HD
<i>progesterone, micronized (Prometrium)</i>	T1	HD
AGENTES SOMATOSTÁTICOS		
SIGNIFOR	T3	PA SP

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ESTRÓGENOS VAGINALES PARA DISFUNCIÓN SEXUAL		
IMVEXXY 10 MCG MAINTENANCE PAK	T2	QL (16/28 days) HD
IMVEXXY 10 MCG STARTER PACK	T2	QL (36/28 days) HD
IMVEXXY 4 MCG MAINTENANCE PACK	T2	QL (16/28 days) HD
IMVEXXY 4 MCG STARTER PACK	T2	QL (36/28 days) HD
PREPARACIONES DE ESTRÓGENOS VAGINALES		
estradiol (Vagifem)	T1	QL (36 tabs/28 days)
estradiol 0.01% cream (Estrace)	T1	HD
estradiol 10 mcg vaginal insrt (Vagifem)	T1	QL (36 tabs/28 days) HD
FEMRING	T3	HD
estradiol 10 mcg vaginal insrt (Vagifem)	T1	QL (36 tabs/28 days) HD
FEMRING	T3	HD
HORMONAS (Infertilidad)		
PREPARACIONES PARA ESTIMULAR LA FERTILIDAD, SIN FSH		
clomiphene citrate	T1	
AGENTES PARA FACILITAR/MANTENER EL EMBARAZO, HORMONALES		
CRINONE 8% GEL	T2	
ENDOMETRIN	T2	
HORMONAS (Varias)		
ANÁLOGOS DE LA HORMONA LEPTINA		
MYALEPT	T3	PA SP HD
HORMONAS (Productos para la osteoporosis)		
INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA		
calcitonin, salmon, synthetic	T1	HD
MIACALCIN	T2	HD
INMUNOSUPRESORES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE LA IL-23, ANTICUERPOS MONOCLONALES		
OMVOH	T2	PA QL SP HD
TREMFYA 100 MG/ML INJECTOR	T2	PA QL(1 AUTO-INJ/56 DAYS) SP HD
TREMFYA SYRINGE	T2	PA QL(1 SYRINGE/56 DAYS) SP HD
ANTAGONISTAS ALFA DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-4 (IL-4), ANTICUERPOS MONOCLONALES		
DUPIXENT PEN	T3	PA SP HD
DUPIXENT SYRINGE	T3	PA SP HD
INHIBIDORES DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-6 (IL-6)		
ACTEMRA	T2	PA QL (4 syringes/28 days) SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

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

INMUNOSUPRESORES (Condiciones cutáneas)

AGENTES INMUNOSUPRESORES TÓPICOS		
<i>pimecrolimus</i>	T1	
PROTOPIC (<i>tacrolimus</i>)	T3	
<i>tacrolimus 0.03% ointment</i>	T1	
<i>tacrolimus 0.1% ointment</i>	T1	

INMUNOSUPRESORES (Medicamentos para trasplante)

INMUNOSUPRESORES		
ASTAGRAF XL	T3	SP HD
AZASAN	T2	SP HD
<i>azathioprine</i> (Imuran)	T1	SP HD
<i>cyclosporine</i> (Sandimmune)	T1	SP HD
<i>cyclosporine, modified</i>	T1	SP HD
<i>cyclosporine, modified</i> (Neoral)	T1	SP HD
ENVARUS XR	T3	SP HD
<i>everolimus 2.5 mg tablet</i>	T1	PA QL(1 tab/day) SP HD
<i>everolimus 5 mg tablet</i>	T1	PA QL(1 tab/day) SP HD
<i>everolimus 7.5 mg tablet</i>	T1	PA QL(1 tab/day) SP HD
<i>everolimus 10 mg tablet</i>	T1	PA QL(1 tab/day) SP HD
IMURAN (<i>azathioprine</i>)	T3	SP HD
LUPKYNIS	T3	PA QL(6 caps/day) SP
<i>mycophenolate mofetil</i> (Cellcept)	T1	SP HD
OMVOH PEN	T2	PA QL(2 pens/28 days) SP HD
PROGRAF	T3	SP HD
<i>sirolimus</i> (Rapamune)	T1	SP HD
<i>tacrolimus</i> (ir)	T1	SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

INMUNOSUPRESORES (Medicamentos para trasplante) (cont.)

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

INMUNOSUPRESORES (cont.)

ZORTRESS (*everolimus*)

T3

SP HD

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes)

SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS

BLULINK BG SYSTEM REFILL

T3

BLULINK DIABETIC TEST BUNDLE

T3

BLULINK GLUCOSE MONITOR SYSTEM

T3

CARESENS

T1

CARETOUCH CONTROL SOLUTION

T1

CEQR SIMPLICITY

T2

CHOSEN LANCING DEVICE

T1

DEXCOM G6 RECEIVER

T2

PA QL (1 syringe/365 days)

DEXCOM G6 SENSOR

T2

PA QL (3/30 days)

DEXCOM G6 TRANSMITTER

T2

PA QL (1 syringe/67 days)

DEXCOM G7 RECEIVER

T2

PA QL (1 unit/365 days)

DEXCOM G7 SENSOR

T2

PA QL (3 sensors/30 days)

ENLITE SERTER

T1

EASY TOUCH BLULINK CTRL SOLN

T1

EASY TRAK II CONTROL SOLUTION

T1

FORA TN'GO ADV MOBILE MULT MTR

T3

FREESTYLE LIBRE 10 DAY READER

T2

PA QL (1 reader/day)

FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER

T2

PA QL (1 reader/day)

FREESTYLE LIBRE 2 READER

T2

PA QL (1 reader/day)

FREESTYLE LIBRE 3 READER

T2

PA QL (1 unit/720 days)

FREESTYLE LIBRE 10 DAY SENSOR

T2

PA QL (3/30 days)

FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR

T2

PA QL (2/28 days)

FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR

T2

PA QL (2/28 days)

GLUCOCOM AUTOLINK

T1

GUARDIAN RT CHARGER

T1

GUARDIAN RT STARTER KIT

T1

GUARDIAN TEST PLUG

T1

HUMAPEN LUXURA HD

T1

IHEALTH CONTROL SOLN LEVEL 2

T1

INPEN

T1

NOVOPEN ECHO

T1

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)		
OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS)	T2	QL (30 crtgs/30 days)
OMNIPOD 5 (GEN 5) KIT	T2	PA QL (1 kit/365 days)
OMNIPOD 5 (GEN 5) POD	T2	PA QL (30 pods/30 days)
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5)	T2	QL (1 unit/365 days)
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5)	T2	QL (30 crtgs/30 days)
OMNIPOD CLASSIC (GEN 3 & 4) KIT	T2	PA QL (1 kit/365 days)
OMNIPOD CLASSIC (GEN 3 & 4) PODS	T2	PA QL (30 pods/30 days)
OMNIPOD DASH 5 PACK POD	T2	PA QL (6 boxes/30 days)
ONETOUCH DELICA PLUS LANC DEV	T1	
ONETOUCH ULTRA CONTROL SOLN	T1	
REPLACEMENT PEDIATRIC MONITOR	T1	
SEN-SERTER	T1	
V-GO 20-40	T2	
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I)		
1ST TIER UNILET COMFORTOUCH	T1	
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	
BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS	T1	
BUTTERFLY TOUCH LANCET	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)		
CAREONE	T1	
CARESENS LANCET	T1	
CARETOUCH TWIST LANCET	T1	
CHOSEN LANCET	T1	
CHOSEN SAFETY LANCET	T1	
CLEVER CHEK LANCETS	T1	
COAGUCHEK	T1	
COLOR LANCETS	T1	
COMFORT EZ	T1	
COMFORT LANCETS	T1	
COMFORT TOUCH PLUS SAFETY LANC	T1	
COMFORT TOUCH ULT THIN LANCET	T1	
EMBRACE SAFETY LANCET	T1	
EZ SMART LANCETS	T1	
EZ-LETS	T1	
FIFTY50 SAFETY SEAL LANCETS	T1	
FINE 30 UNIVERSAL LANCETS	T1	
FINGERSTIX	T1	
FORA LANCETS	T1	
FORACARE LANCETS	T1	
FREESTYLE LANCETS	T1	
FREESTYLE UNISTIK 2	T1	
GLUCOCOM	T1	
GLUCOCOM LANCETS	T1	
GOJJI LANCETS	T1	
HEALTHY ACCENTS UNILET LANCET	T1	
INCONTROL SUPER THIN LANCETS	T1	
INCONTROL ULTRA THIN LANCETS	T1	
INJECT EASE LANCETS	T1	
INVACARE LANCETS	T1	
LANCETS	T1	
LANCETS THIN	T1	
LANCETS ULTRA THIN	T1	
LITE TOUCH LANCETS	T1	
MEDISENSE THIN LANCETS	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)		
MEDLANCE PLUS	T1	
MICRO THIN LANCETS	T1	
MICROLET	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	
ON-THE-GO	T1	
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5)	T2	QL
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5)	T2	QL
PERFECT POINT SAFETY LANCETS	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	
READYLANCER 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	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)		
SMARTTEST LANCET	T1	
SOLUS V2	T1	
SOLUS V2 LANCETS	T1	
STERILANCE TL	T1	
STERILE LANCETS	T1	
SUPER THIN LANCETS	T1	
SURE COMFORT LANCETS	T1	
SURE-LANCE	T1	
SURE-TOUCH	T1	
TECHLITE LANCETS	T1	
TELCARE ULTRA THIN 30G LANCETS	T1	
THIN LANCETS	T1	
TOPCARE UNIVERSAL1 LANCET / THIN LANCET	T1	
TRUE COMFORT LANCET / SAFETY LANCET	T1	
TRUEPLUS LANCETS	T1	
TWIST LANCETS / TOP LANCET	T1	
ULTILET	T1	
ULTRA THIN LANCETS	T1	
ULTRA-CARE LANCETS	T1	
ULTRALANCE	T1	
ULTRA-THIN II LANCETS	T1	
ULTRALC LANCETS	T1	
UNISTIK 3 NORMAL	T1	
UNILET	T1	
UNISTIK	T1	
UNISTIK 2	T1	
UNISTIK 3	T1	
UNIVERSAL 1	T1	
VERIFINE SAFETY LANCET MINI	T1	
VERIFINE UNIVERSAL LANCET	T1	
VIVAGUARD LANCET	T1	

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)		
VIVAGUARD SAFETY LANCET	T1	
AGUJAS/DISPOSITIVOS SIN AGUJA		
ASSURE ID INSULIN SAFETY	T1	
BLUNT NEEDLE	T1	
CAREPOINT PRECISION NEEDLE	T1	
DROPSAFE SICURA SAFETY NEEDLE	T1	
ECLIPSE NEEDLE	T1	
FILTER NEEDLE	T1	
HYPODERMIC NEEDLE	T1	
MONOJECT BLOOD COLLECTION	T1	
NEEDLES	T1	
PERFECT POINT SAFETY NEEDLE	T1	
PHASEAL PROTECTOR	T1	
PRECISIONGLIDE NEEDLE	T1	
TERUMO SURGUARD2	T1	
JERINGAS Y ACCESORIOS		
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE	T1	
INSULIN SYRINGE	T1	
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE	T1	
MAGELLAN INSULIN SYRINGE / SAFETY SYRNG	T1	
MINIMED RESERVOIR	T1	
MONOJECT	T1	
MONOJECT INSULIN SYRINGE	T1	
PARADIGM	T1	
SECURESAFE INSULIN SYRINGE	T1	
SURE COMFORT INDULIN SYRINGE	T1	
TRUE COMFORT SAFE INSULIN SYRG	T1	
ULTRA THIN II INS SYRINGE	T1	
VERIFINE INSULIN SYRINGE	T1	
DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Varios)		
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I)		
MOBILE LANCETS	T2	QL (1 unit/year)
ONETOUCH ULTRASOFT 2 LANCET	T2	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)		
ONETOUCH ULTRA TEST STRIP	T2	QL (1 unit/year)
ONETOUCH VERIO TEST STRIP	T2	
PRO COMFORT SAFETY LANCET	T2	
UNISTIK 2	T1	
UNISTIK 3	T1	
AYUDAS, DISPOSITIVOS, EQUIPOS RESPIRATORIOS		
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER	T2	QL (1 unit/year)
AEROCHAMBER MECHANICAL VENT	T2	QL(1 spacer/365 days)
AEROCHAMBER MV & MINI	T2	QL (1 unit/year)
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU	T2	QL (1 unit/year)
AEROCHAMBER WITH FLOWSIGNAL	T2	QL (1 unit/year)
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS	T2	QL (1 unit/year)
AEROTRACH PLUS	T2	QL (1 unit/year)
AEROVENT PLUS	T2	QL (1 unit/year)
BREATHERITE	T2	QL (1 unit/year)
BREATHERITE SPACER-ADULT MASK	T2	QL (1 unit/year)
BREATHERITE SPACER-INFANT MASK	T2	QL (1 unit/year)
BREATHERITE SPACER-LARGE MASK	T2	QL (1 mask/365 days)
BREATHERITE SPACER-LG CHLD MSK	T2	QL (1 unit/year)
BREATHERITE SPACER-MEDIUM MASK	T2	QL (1 mask/365 days)
BREATHERITE SPACER-NEONATE MSK	T2	QL (1 unit/year)
BREATHERITE SPACER-SM CHLD MSK	T2	QL (1 unit/year)
BREATHRITE	T2	QL (1 unit/year)
CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER	T2	QL (1 unit/year)
COMFORTSEAL	T2	QL
COMPACT SPACE CHAMBER	T2	QL (1 unit/year)
EASIVENT	T2	QL (1 unit/year)
E-Z SPACER	T2	QL (1 unit/year)
FLEXICHAMBER	T2	QL (1 unit/year)
FLEXICHAMBER MASK	T2	QL (1 unit/year)
INSPIRACHAMBER	T2	QL (1 unit/year)
LITEAIRE	T2	QL (1 unit/year)
LITETOUCH	T2	QL (1 unit/year)
MICROCHAMBER	T2	QL (1 unit/year)
MICROSPACER	T2	QL (1 unit/year)

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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.)		
OPTICHAMBER	T2	QL (1 unit/year)
OPTICHAMBER DIAMOND	T2	QL (1 unit/year)
POCKET CHAMBER	T2	QL (1 unit/year)
PRIMEAIRE	T2	QL (1 unit/year)
PRO COMFORT SPACER WITH MASK	T2	QL (1 unit/year)
PROCARE SPACER WITH ADULT MASK	T2	QL (1 unit/year)
PROCARE SPACER WITH CHILD MASK	T2	QL (1 unit/year)
PROCHAMBER	T2	QL (1 unit/year)
RITEFLO	T2	QL (1 unit/year)
SILICONE MASK	T2	QL (1 unit/year)
SPACE CHAMBER	T2	QL (1 unit/year)
SPACE CHAMBER-LARGE MASK	T2	QL (1 unit/year)
SPACE CHAMBER-MEDIUM MASK	T2	QL (1 unit/year)
SPACE CHAMBER-SMALL MASK	T2	QL (1 unit/year)
VORTEX	T2	QL (1 unit/year)
VORTEX HOLDING CHAMBER-CHILD	T2	QL (1 unit/year)
VORTEX HOLDING CHAMBER-TODDLER	T2	QL (1 unit/year)
VORTEX VHC FROG MASK	T2	QL (1 unit/year)
VORTEX VHC LADYBUG MASK	T2	QL (1 unit/year)

RELAJANTES MUSCULARES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)

RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS		
<i>baclofen</i>	T1	HD
<i>baclofen 10 mg tablet</i>	T1	HD
<i>baclofen 20 mg tablet</i>	T1	HD
<i>baclofen 5 mg tablet</i>	T1	HD
<i>carisoprodol/aspirin</i>	T1	
<i>chlorzoxazone</i>	T1	
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	T1	
<i>cyclobenzaprine hcl (Fexmid)</i>	T1	
DANTRIUM (<i>dantrolene sodium</i>)	T3	
<i>dantrolene sodium</i>	T1	
<i>dantrolene sodium (Dantrium)</i>	T1	
FEXMID (<i>cyclobenzaprine hcl</i>)	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS (cont.)		
<i>metaxalone</i>	T1	
<i>metaxalone</i> (Skelaxin)	T1	
<i>methocarbamol</i>	T1	
<i>methocarbamol</i> (Robaxin-750)	T1	
<i>orphenadrine citrate</i>	T1	
OZOBAX DS	T3	
ROBAXIN-750 (<i>methocarbamol</i>)	T3	
SKELAXIN (<i>metaxalone</i>)	T3	
<i>tizanidine hcl</i>	T1	
<i>tizanidine hcl</i> (Zanaflex)	T1	
ZANAFLEX (<i>tizanidine hcl</i>)	T3	

VITAMINAS PRENATALES (Nutritivas/alimenticias)

PREPARACIONES DE VITAMINAS PRENATALES		
ATABEX EC	T3	
CITRANATAL 90 DHA	T3	
CITRANATAL ASSURE	T3	
CITRANATAL DHA	T3	
CITRANATAL HARMONY	T3	
CITRANATAL RX	T3	
OBSTETRIX EC	T3	
OBTREX DHA	T3	
<i>pnv 22/iron, gluc/folic/dss/dha</i>	T1	
<i>pnv 66/iron/folic/docusate/dha</i>	T1	
<i>pnv 69/iron/folic/docusate/dha</i>	T1	
<i>pnv 80/iron fum/folic/dss/dha</i>	T1	
<i>pnv/ferrous fum/docusate/folic</i>	T1	
<i>pnv/iron, carb/docusat/folic ac</i>	T1	
<i>pnv no. 154/iron fum/folic acid</i>	T1	
<i>prenatal 12/iron/folic/dss/om3</i> (Obtrex Dha)	T1	
PRENATAL 19	T1	
<i>prenatal 34/iron/folic/dss/dha</i>	T1	
<i>prenatal vits15/iron/folic/dss</i>	T1	
VITAFOL FE+	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar)¹⁰

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIDEPRESIVOS ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES ALFA 2		
<i>mirtazapine</i>	T1	HD
<i>mirtazapine</i> (Remeron)	T1	HD
MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS - BENZODIAZEPINAS		
<i>alprazolam</i>	T1	
<i>alprazolam</i> (Xanax Xr)	T1	
<i>alprazolam</i> (Xanax)	T1	
<i>chlordiazepoxide hcl</i>	T1	
<i>clorazepate dipotassium</i>	T1	
<i>clorazepate dipotassium</i> (Tranxene T-tab)	T1	
<i>diazepam 10 mg tablet</i> (Valium)	T1	
<i>diazepam 2 mg tablet</i> (Valium)	T1	
<i>diazepam 5 mg tablet</i> (Valium)	T1	
<i>diazepam 5 mg/5 ml solution</i>	T1	
<i>diazepam 5 mg/ml oral conc</i>	T1	
<i>lorazepam</i>	T1	
<i>oxazepam</i>	T1	
TRANXENE T-TAB (<i>clorazepate dipotassium</i>)	T3	
MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS		
<i>buspirone hcl</i>	T1	
<i>meprobamate</i>	T1	
ANTIDEPRESIVOS - ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES NMDA		
SPRAVATO	T3	PA SP
BIPOLAR DISORDER DRUGS		
EQUETRO	T3	HD
<i>lithium carbonate</i>	T1	HD
<i>lithium carbonate</i> (Lithobid)	T1	HD
<i>lithium citrate</i>	T1	HD
ANTIDEPRESIVOS - DEPRESIÓN POSPARTO (PPD)		
ZURZUVAE 20 MG CAPSULE	T3	PA QL(28 caps/270 days) SP HD
ZURZUVAE 25 MG CAPSULE	T3	PA QL(28 caps/270 day) SP HD
ZURZUVAE 30 MG CAPSULE	T3	PA QL(14 caps/270 day) SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar)¹⁰ (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
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 200 mg tablet</i> (Wellbutrin Sr)	T1	QL (2 tabs/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 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 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</i> (Prozac)	T1	QL (8 caps/day) HD
<i>fluoxetine hcl 20 mg capsule</i> (Prozac)	T1	QL (4 caps/day) HD
<i>fluoxetine hcl 40 mg capsule</i> (Prozac)	T1	QL (2 caps/day) HD
<i>fluoxetine hcl 10 mg tablet</i> (Sarafem)	T1	HD
<i>fluoxetine hcl 20 mg tablet</i>	T1	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</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)¹⁰ (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDOR SELECTIVO DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (SSRI) (cont.)		
<i>paroxetine cr 25 mg tablet</i>	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>paroxetine cr 37.5 mg tablet</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>paroxetine er 12.5 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>paroxetine er 25 mg tablet</i>	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>paroxetine er 37.5 mg tablet</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</i>	T1	QL (2 Tabs/day) HD
<i>desvenlafaxine succnt er 25 mg</i>	T1	QL (2 Tabs/day) HD
<i>desvenlafaxine succnt er 50 mg</i>	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
<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

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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)¹⁰ (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIB. DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA-NOREPINEFRINA (SNRI) (cont.)		
<i>venlafaxine hcl 75 mg tablet</i>	T1	QL (5 tabs/day) HD
<i>venlafaxine hcl er 150 mg cap (Effexor XR)</i>	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 (Effexor XR)</i>	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 (Effexor XR)</i>	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
<i>vilazodone hcl 10 mg tablet (Viibryd)</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>vilazodone hcl 20 mg tablet (Viibryd)</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>vilazodone hcl 40 mg tablet (Viibryd)</i>	T1	HD
SSRI, ANTIDEPRESIVOS MODULADORES DE RECEPTORES DE SEROTONINA		
TRINTELLIX 10 MG TABLET	T2	QL (1 TAB/DAY)
TRINTELLIX 20 MG TABLET	T2	
TRINTELLIX 5 MG TABLET	T2	QL (1 TAB/DAY)
COMBINACIONES DE ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS-FENOTIAZINAS		
<i>perphenazine/amitriptyline hcl</i>	T1	HD
ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS, INHIB. NO SELECT. DE LA RECAPTACIÓN REL.		
<i>amoxapine</i>	T1	HD
<i>clomipramine hcl</i>	T1	HD
<i>desipramine hcl</i>	T1	HD
<i>doxepin 10 mg capsule</i>	T1	HD
<i>doxepin 10 mg/ml oral conc</i>	T1	HD
<i>doxepin 100 mg capsule</i>	T1	HD
<i>doxepin 150 mg capsule</i>	T1	HD
<i>doxepin 25 mg capsule</i>	T1	HD
<i>doxepin 50 mg capsule</i>	T1	HD
<i>doxepin 75 mg capsule</i>	T1	HD
<i>imipramine hcl</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar)¹⁰ (cont.)

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

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Trastorno de déficit de atención e hiperactividad)¹⁰

TRAT. PARA EL ADHD - AGONISTAS SELECTIVOS DE LOS RECEPTORES ALFA 2

<i>clonidine hcl</i> (Kapvay)	T1	
<i>guanfacine hcl</i> (Intuniv)	T1	

TRAT. PARA EL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (ADHD)/NARCOLEPSIA

DAYTRANA	T3	PA QL (1 patch/day)
<i>dexmethylphenidate hcl</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dexmethylphenidate hcl</i> (Focalin)	T1	PA
FOCALIN (<i>dexmethylphenidate hcl</i>)	T3	PA
METHYLIN (<i>methylphenidate hcl</i>)	T3	PA
<i>methylphenidate</i> (Daytrana)	T1	PA QL (1 patch/day)
<i>methylphenidate</i> 10, 15, 20, 30mg/9hr ptch (Daytrana)	T1	PA QL (1 patch/day)
<i>methylphenidate er</i> 18, 27, 36, 54 mg tab (Relexxii)	T1	PA QL (1 tab/day)
<i>methylphenidate er</i> 10 mg cap	T1	QL (1 cap/day)
<i>methylphenidate er</i> 10 mg tab	T1	PA QL (2 tabs/day)
<i>methylphenidate er</i> 15 mg cap	T1	QL (1 per day)
<i>methylphenidate er</i> 18 mg tab	T1	PA QL (1 tab/day)
<i>methylphenidate er</i> 20 mg cap	T1	QL (1 per day)
<i>methylphenidate er</i> 20 mg tab	T1	PA QL (3/day)
<i>methylphenidate er</i> 27 mg tab	T1	PA QL (1 tab/day)
<i>methylphenidate er</i> 30 mg cap	T1	QL (1 per day)
<i>methylphenidate er</i> 36 mg tab	T1	PA QL (2 tabs/day)
<i>methylphenidate er</i> 40 mg cap	T1	QL (1 per day)
<i>methylphenidate er</i> 50 mg cap	T1	QL (1 per day)
<i>methylphenidate er</i> 54 mg tab	T1	PA QL (1 tab/day)
<i>methylphenidate er</i> 60 mg cap	T1	QL (1 per day)
METHYLPHENIDATE ER 72 MG TAB	T1	PA QL (1 tab/day)
<i>methylphenidate hcl</i> (Metadate Cd)	T1	PA
<i>methylphenidate hcl</i> (Methylin)	T1	PA

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Trastorno de déficit de atención e hiperactividad)¹⁰ (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
TRAT. PARA EL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (ADHD)/NARCOLEPSIA (cont.)		
<i>methylphenidate hcl</i> (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 cap/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)
QUILLIVANT XR	T3	PA QL (12ml/day)
RITALIN (<i>methylphenidate hcl</i>)	T3	PA
TRAT. PARA EL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (ADHD), TIPO NRI		
<i>atomoxetine hcl 10 mg capsule</i>	T1	HD
<i>atomoxetine hcl 100 mg capsule</i>	T1	HD
<i>atomoxetine hcl 18 mg capsule</i>	T1	HD
<i>atomoxetine hcl 25 mg capsule</i>	T1	HD
<i>atomoxetine hcl 40 mg capsule</i>	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>atomoxetine hcl 60 mg capsule</i>	T1	HD
<i>atomoxetine hcl 80 mg capsule</i>	T1	HD
MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Varios)		
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE DESEO SEXUAL HIPOACTIVO (HSDD)		
ADDYI	T3	PA QL (1 tab/day)
VYLEESI	T3	PA QL (8 injectors/30 days) SP
MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Esquizofrenia/antipsicóticos)¹⁰		
ANTIPSIC., ANTAG. DE LA DOPAMINA, DIFENILBUTILPIPERIDINAS		
<i>pimozide</i>	T1	
ANTIPSICÓTICOS, ATÍPICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA		
<i>asenapine maleate</i> (Saphris)	T1	
CAPLYTA	T3	ST QL(1 tabs/caps/day)
<i>clozapine</i>	T1	
<i>clozapine</i> (Clozapine Odt)	T1	
<i>clozapine</i> (Clozaril)	T1	
CLOZAPINE ODT	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)¹⁰ (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIPSICÓTICOS, ATÍPICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA (cont.)		
INVEGA ER 1.5 MG TABLET (<i>paliperidone er</i>)	T3	ST
INVEGA ER 3 MG TABLET (<i>paliperidone er</i>)	T3	QL (1 tab/day) ST
INVEGA ER 6 MG TABLET (<i>paliperidone er</i>)	T3	ST
INVEGA ER 9 MG TABLET (<i>paliperidone er</i>)	T3	ST
LATUDA 120 MG TABLET	T2	
LATUDA 20 MG TABLET	T2	
LATUDA 40 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day)
LATUDA 60 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day)
LATUDA 80 MG TABLET	T2	
<i>lurasidone hcl 120 mg tablet</i>	T1	
<i>lurasidone hcl 20 mg tablet</i>	T1	
<i>lurasidone hcl 40 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
<i>lurasidone hcl 60 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
<i>lurasidone hcl 80 mg tablet</i>	T1	
<i>olanzapine (Zyprexa)</i>	T1	
<i>paliperidone er 1.5 mg tablet</i>	T1	
<i>paliperidone er 1.5 mg tablet (Invega)</i>	T1	
<i>paliperidone er 3 mg tablet (Invega)</i>	T1	QL (1 tab/day)
<i>paliperidone er 9 mg tablet (Invega)</i>	T1	
<i>quetiapine fumarate (Seroquel Xr)</i>	T1	
<i>quetiapine fumarate (Seroquel)</i>	T1	
<i>risperidone</i>	T1	
<i>risperidone (Risperdal)</i>	T1	
SAPHRIS (<i>asenapine maleate</i>)	T3	ST
SECUADO	T3	ST
SEROQUEL (<i>quetiapine fumarate</i>)	T3	ST
SEROQUEL XR (<i>quetiapine fumarate er</i>)	T3	ST
SODIUM OXYBATE 0.5 G/ML SOLN	T3	PA QL (18 mls/day) SP HD
<i>ziprasidone 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

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Esquizofrenia/antipsicóticos)¹⁰ (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
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		
<i>aripiprazole</i>	T1	
<i>aripiprazole 1 mg/ml solution</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, BUTIROFENONAS		
<i>haloperidol</i>	T1	
<i>haloperidol lactate</i>	T1	
ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, DIHIDROINDOLONAS		
<i>molindone hcl</i>	T1	
ANTIPSICÓTICOS, FENOTIAZINAS		
<i>chlorpromazine hcl</i>	T1	
<i>fluphenazine hcl</i>	T1	
<i>perphenazine</i>	T1	
<i>thioridazine hcl</i>	T1	
<i>trifluoperazine hcl</i>	T1	
SSRI-ANTIPSIC., ATÍPICOS, ANTAG. DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA		
<i>olanzapine/fluoxetine hcl</i>	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)¹⁰ (cont.)

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

SSRI-ANTIPIC., ATÍPICOS, ANTAG. DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA (cont.)

olanzapine/fluoxetine hcl (Symbyax)	T1	
-------------------------------------	----	--

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Trastornos del sueño/sedantes)

AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA NARCOLEPSIA Y LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO

armodafinil	T1	PA
-------------	----	----

modafinil (Provigil)	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 (30 pkts/30 days) SP
--------	----	----------------------------

LUMRYZ STARTER PACK	T3	PA SP HD
---------------------	----	----------

SODIUM OXYBATE	T3	PA QL(18 mls/day) SP HD
----------------	----	-------------------------

XYWAV	T3	PA SP HD
-------	----	----------

BARBITÚRICOS

phenobarbital	T1	
---------------	----	--

secobarbital sodium	T3	PA
---------------------	----	----

HIPNÓTICOS, AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA MELATONINA MT1/MT2

HETLIOZ	T3	PA SP HD
---------	----	----------

HETLIOZ LQ	T3	PA SP HD
------------	----	----------

ramelteon (Rozerem)	T1	QL (1 tab/day)
---------------------	----	----------------

HIPNÓTICOS SEDANTES - BENZODIAZEPINAS

flurazepam hcl	T1	
----------------	----	--

triazolam	T1	
-----------	----	--

triazolam (Halcion)	T1	
---------------------	----	--

HIPNÓTICOS SEDANTES, NO BARBITÚRICOS

DAYVIGO	T2	QL (1 tab/day) ST
---------	----	-------------------

doxepin hcl 3 mg tablet (Silenor)	T1	QL (1 tab/day)
-----------------------------------	----	----------------

doxepin hcl 6 mg tablet (Silenor)	T1	
-----------------------------------	----	--

eszopiclone (Lunesta)	T1	
-----------------------	----	--

zaleplon	T1	
----------	----	--

zolpidem tartrate 5, 10mg tablet (Ambien)	T1	
---	----	--

zolpidem tart er 12.5 mg tab	T1	
------------------------------	----	--

zolpidem tart er 6.25 mg tab	T1	QL (1 tab/day)
------------------------------	----	----------------

zolpidem tartrate	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
AGENTE TIPO SEDANTE ANTINARCOLEPSIA Y ANTICATAPLEXIA		
LUMRYZ	T3	PA QL (1 pack/day) SP HD
PREPARACIONES CUTÁNEAS (Cáncer)		
INMUNOMODULADORES		
imiquimod	T1	
PREPARACIONES CUTÁNEAS (Varias)		
ANTISÉPTICOS, VARIOS		
GUAIACOL	T1	
IRRIGANTES		
acetic acid	T1	
neomycin sulf/polymyxin b sulf	T1	
PHYSIOLYTE	T3	
PHYSIOSOL	T3	
ringer's solution	T1	
ringer's solution, lactated	T1	
sod, pot chlor/mag/sod, pot phos	T3	
sodium chloride irrig solution	T1	
SORBITOL	T1	
SORBITOL-MANNITOL	T1	
VASHE WOUND	T3	
water for irrigation, sterile	T1	
AGENTES OXIDANTES		
hydrogen peroxide	T1	
PREPARACIONES CUTÁNEAS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
AGENTES ANTIPSORIÁSICOS, SISTÉMICOS		
acitretin	T1	
BIMZELX SYRING	T3	PA QL(2 mls/28 days) SP HD
BIMZELX AUTOINJECTOR	T3	PA QL(2 mls/28 days) SP HD
COSENTYX	T3	PA QL
methoxsalen (Oxsoralen-ultra)	T1	
OXSORALEN-ULTRA (methoxsalen)	T3	
SOTYKTU	T2	PA QL(1 tab/day) SP HD
SPEVIGO	T3	PA QL(2 mls/28 days) SP HD
TALTZ	T2	PA QL (1 injector/28 days) SP HD
TREMFYA 100 MG/ML INJECTOR	T2	PA QL (1 injector/56 days) SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIPSORIÁSICOS, SISTÉMICOS (cont.)		
TREMFYA 100 MG/ML SYRINGE	T2	PA QL (1 syringe/56 days) SP HD
ANTIINFLAMATORIOS TÓPICOS, ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS		
DICLAREAL	T3	HD
<i>diclofenac sodium 1% gel</i>	T1	QL (1000gm/30 days) HD
PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas)		
AGENTES ANTIACNÉ, SISTÉMICOS		
ABSORICA (<i>isotretinoin</i>)	T3	
ACCUTANE	T1	
AMNESTEEM	T1	
CLARAVIS	T1	
MYORISAN	T1	
ZENATANE	T1	
AGENTES ANTIACNÉ, TÓPICOS		
ACZONE 7.5% GEL PUMP	T3	
<i>adapalene/benzoyl peroxide</i>	T1	
<i>clindamycin-benzoyl perox 1-5%</i>	T1	
<i>clindamycin/tretinoin (Veltin)</i>	T1	
<i>dapsone (Aczone)</i>	T1	
KLARON (<i>sulfacetamide sodium</i>)	T3	
ONEXTON (<i>clindamycin phos/benzoyl perox</i>)	T3	
<i>sulfacetamide sodium (Klaron)</i>	T1	
ANTITRANSPIRANTES		
DRYSOL	T3	
ANTIPRURIGINOSOS, TÓPICOS		
ALEVICYN PLUS	T3	
AGENTES ANTIPSORIÁSICOS		
<i>calcipotriene 0.005% ointment</i>	T1	
<i>calcipotriene 0.005% solution</i>	T1	
<i>calcitriol 3 mcg/g ointment</i>	T1	QL (800gm/30 days)
<i>tazarotene (Tazorac)</i>	T1	
AGENTES ANTISEBORREICOS		
OVACE PLUS	T3	
<i>selenium sulfide</i>	T1	
<i>sulfacetamide sodium</i>	T1	
TERSI FOAM	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES PARA ÚLCERAS POR DIABETES, TÓPICAS		
REGRANEX	T3	PA QL (2 tubs/30 days)
EMOLIENTES		
ATOPICLAIR	T3	
<i>emollient combination no.35 (Mimyx)</i>	T1	
<i>emollient combination no.60 (Restizan)</i>	T1	
HALUCORT	T3	
MIMYX (<i>prumyx</i>)	T3	
RESTIZAN	T1	
<i>vite ac/grape/hyaluronic acid (Atopiclair)</i>	T1	
XCLAIR	T3	
RUBEFIACIENTES/CONTRAIRITANTES		
<i>methyl salicylate</i>	T1	
QUTENZA	T3	
QUERATOLÍTICOS		
BENZEFOAM	T3	
BENZEPRO	T1	
<i>benzoyl peroxide (Enzoclear)</i>	T1	
<i>benzoyl peroxide (Pacnex)</i>	T1	
ENZOCLEAR	T3	
HYDRO 35	T3	
HYDRO 40 (<i>umecta</i>)	T3	
INOVA	T3	
KERAFOAM	T3	
KERALYT 6% GEL (<i>salicylic acid</i>)	T3	
<i>keralyt 6% shampoo</i>	T1	
KERALYT SCALP (<i>salicylic acid</i>)	T3	
PACNEX (<i>benzoyl peroxide</i>)	T3	
PODOCON-25	T1	
<i>podofilox</i>	T1	
PR BENZOYL PEROXIDE	T1	
SALICATE	T3	
<i>salicylic acid</i>	T1	
<i>salicylic acid (Keralyt Scalp)</i>	T1	
<i>salicylic acid/ceramide comb 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

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
QUERATOLÍTICOS (cont.)		
SALIMEZ FORTE	T1	
SALKERA	T3	
SALVAX DUO PLUS	T3	
<i>silver nitrate</i>	T1	
<i>silver nitrate applicator</i>	T1	
URAMAXIN	T3	
URAMAXIN (<i>urea</i>)	T3	
<i>urea</i> (Hydro 35)	T1	
<i>urea</i> (Hydro 40)	T3	
<i>urea</i> (Uramaxin)	T1	
<i>urea</i> (Xurea)	T1	
XUREA	T3	
PROTECTORES		
BIONECT	T3	
PHARMABASE BARRIER	T1	
<i>polydimethylsiloxanes/silicon</i>	T1	
<i>protectives2/ceramide 1, 3, 6-ii</i>	T1	
RADIAPLEXRX	T3	
SCARTRATE	T3	
<i>zinc oxide</i>	T1	
AGENTES PARA LA ROSÁCEA, TÓPICOS		
<i>azelaic acid</i>	T1	
<i>ivermectin</i>	T1	
<i>metronidazole</i>	T1	
SOOLANTRA (ivermectin)	T3	
ADHESIVOS PARA TEJIDOS/HERIDAS		
ARTISS	T3	
SURGISEAL STYLUS	T3	
SURGISEAL TEARDROP	T3	
SURGISEAL TWIST	T3	
TISSEEL VHSD	T3	
ANTIINFLAM. TÓPICO, INHIB. DE LA FOSFODIESTERASA-4 (PDE4)		
EUCRISA	T2	
AGENTES TÓPICOS, VARIOS		
GORDON'S UREA	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 TÓPICOS, VARIOS (cont.)		
HYFTOR	T3	PA SP
L-MESITRAN SOFT	T3	
MEDIHONEY	T3	
SAF-CLENS AF	T1	
<i>trichloroacetic acid</i>	T3	
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</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
<i>clobetasol propionate</i>	T1	
<i>clobetasol propionate</i> (Clobex)	T1	
<i>clobetasol propionate</i> (Olux)	T1	
<i>clobetasol propionate</i> (Temovate)	T1	
<i>clobetasol propionate/emoll</i>	T1	
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>	T1	
<i>desonide</i> (Desowen)	T1	
DESOWEN (<i>desonide</i>)	T3	ST
<i>desoximetasone</i> (Topicort)	T1	
DIPROLENE (<i>betamethasone diprop augmented</i>)	T3	ST

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS (cont.)		
<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>halobetasol prop 0.05% cream</i>	T1	
<i>halobetasol prop 0.05% ointmnt</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	
NUCORT	T3	ST
<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		
EPIFOAM	T2	
<i>hydrocortisone/pramoxine</i> (Pramosone)	T1	
<i>lidocaine/hydrocortisone ac</i>	T1	
MEZPAROX-HC	T1	
ANTIPARASITARIOS TÓPICOS		
<i>lindane</i>	T1	
<i>malathion</i> (Ovide)	T1	
OVIDE (<i>malathion</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

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES ANTIBACTERIANAS TÓPICAS		
<i>dermazene cream</i>	T1	
DERMAZENE CREAM PACKET	T3	
<i>hydrocortisone/iodoquinol</i>	T1	
<i>hydrocortisone/iodoquinol/aloe</i>	T1	
<i>iodine/potassium iodide</i>	T1	
<i>iodine/sodium iodide</i>	T1	
IODOFLEX	T3	
IODOSORB	T3	
<i>silver nitrate</i>	T1	
ANÁLOGOS DE VIT. D/ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS		
<i>calcipotriene/betamethasone</i>	T1	
TACLONEX 0.005%-0.064% SUSPENS (<i>calcipotriene/betamethasone</i>)		
ENZIMAS TÓPICAS/DE LAS MEMBR. MUCOSAS/SUBCUT.		
SANTYL	T3	QL (60gm/30 days)
DERIVADOS DE LA VITAMINA A		
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
<i>tretinoin microspheres</i>	T1	PA
AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR (Productos para dejar de fumar)⁹		
AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR (ESTIM. GANGLIONARES, OTROS)		
NICODERM CQ 14 MG/24HR PATCH (nicotine)	T3	PPACA
NICODERM CQ 21 MG/24HR PATCH (nicotine)	T1	PPACA
NICODERM CQ 7 MG/24HR PATCH (nicotine)	T3	PPACA
NICORETTE (nicotine polacrilex)	T3	PPACA
<i>nicotine</i> (Nicoderm Cq)	T1	PPACA
NICOTINE LOZENGE	T1	PPACA
<i>nicotine polacrilex</i> (Nicorette)	T1	PPACA
NICOTROL	T3	PPACA
NICOTROL NS	T3	PPACA

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR (Productos para dejar de fumar)⁹ (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR-AGONISTA PARCIAL DE LOS RECEPT. DE NICOTINA		
CHANTIX	T3	
varenicline 0.5mg & 1 mg tablet	T1	PPACA
varenicline 1 mg cont month bx	T1	PPACA
varenicline starting month box	T1	PPACA
AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR, OTROS		
bupropion hcl sr 150 mg tablet	T1	PPACA

PREPARACIONES PARA LA TIROIDES (Agentes hormonales)

PREPARACIONES ANTITIROIDEAS		
methimazole (Tapazole)	T1	HD
propylthiouracil	T1	HD
TAPAZOLE (methimazole)	T3	HD
HORMONAS TIROIDEAS		
LEVOTHYROXINE CAPSULE	T3	HD
levothyroxine 25-200 mcg tablet (Synthroid)	T1	HD
levothyroxine sodium	T1	HD
liothyronine sodium	T1	HD
thyroid, pork	T1	HD
thyroid, pork (Wp Thyroid)	T1	HD
THYROLAR-1	T3	HD
THYROLAR-1/2	T3	HD
THYROLAR-1/4	T3	HD
THYROLAR-2	T3	HD
THYROLAR-3	T3	HD
WP THYROID	T1	HD
WP THYROID (nature-throid)	T1	HD
WP THYROID (westhroid)	T1	HD

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (SIDA/VIH)

INHIBIDORES DEL CITOCROMO P450		
TYBOST	T3	SP

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

INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS		
JOENJA	T3	PA QL (2 tabs/day) SP
VIJOICE 125 mg, 50 mg	T3	PA QL (30 tabs/30days) SP
VIJOICE 250 mg dose pack	T3	PA QL (2 tabs/30days) SP

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
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		
<i>icatibant acetate</i>	T1	PA SP HD
INHIBIDORES DE LA ESTERASA CI		
HAEGARDA	T3	PA SP HD
INHIBIDORES DE CALICREÍNA PLASMÁTICA		
ORLADEYO	T3	PA QL (1 caps/day) SP
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Cáncer)		
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)
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

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

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

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a 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.)		
MUSE	T3	PA QL (6/30 days)
PAPAVERINE-ALPROSTADIL	T1	
PHENTOLAMINE-ALPROSTADIL	T1	
<i>sildenafil 100 mg tablet (Viagra)</i>	T1	QL (6 tabs/30 days) HD
<i>sildenafil 25 mg tablet (Viagra)</i>	T1	QL (6 tabs/30 days) HD
<i>sildenafil 50 mg tablet (Viagra)</i>	T1	QL (6 tabs/30 days) HD
STENDRA (<i>avanafil</i>)	T3	ST QL (8 tabs/30 days)
<i>tadalafil 2.5 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/30 days) HD
<i>tadalafil 10 mg tablet (Cialis)</i>	T1	QL (8 tabs/30 days) HD
<i>tadalafil 20 mg tablet (Cialis)</i>	T1	PA QL (8 tabs/30 days) HD
<i>tadalafil 5 mg tablet (Cialis)</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
TRI-MIX	T3	
<i>ildenafil hcl (Levitra)</i>	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)

AGENTES ORALES PARA LA MUCOSITIS/ESTOMATITIS		
GELCLAIR	T3	
ORAMAGICRX	T3	
AGENTES ESTIMULANTES DE LA SALIVA		
NUMOISYN	T3	
NEUTRASAL	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 (Forteo)</i>		
ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE LA HORMONA DE CRECIMIENTO		
SOMAVERT	T2	PA SP HD
AGENTES PARA EL TRAT. DEL HIPERPARATIROID. - TIPO ANÁLOGO DE VITAMINA D		
<i>doxercalciferol</i>	T1	
<i>paricalcitol</i>	T1	SP HD
<i>paricalcitol (Zemplan)</i>	T1	SP HD
RAYALDEE	T3	
ZEMPLAR (<i>paricalcitol</i>)	T3	SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ABORTIVOS-ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA PROGESTERONA		
MIFEPREX	T3	
<i>mifepristone</i> (Mifeprex)	T1	
AGENTES PARA TRATAR LA PARÁLISIS PERIÓDICA - INHIB. DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA		
<i>dichlorphenamide</i> (Keveyis)	T1	PA SP
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>	T1	PA SP HD
<i>pirfenidone 801 mg tablet</i> (Esbriet)	T1	PA SP HD
AGENTES CRIOPRESERVANTES		
<i>dimethyl sulfoxide</i>	T1	
MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA TIROSINEMIA HEREDITARIA		
<i>nitisinone</i> (Orfadin)	T1	PA SP HD
NITYR	T2	PA SP
ORFADIN	T3	PA SP
ORFADIN (<i>nitisinone</i>)	T3	PA SP
MEDICAMENTOS PARA TRATAR DIAG. DE GAUCHER TIPO I, REDUCTORES DE SUSTRATOS		
CERDELGA	T2	PA SP HD
<i>miglustat</i> (Zavesca)	T1	PA SP HD
ZAVESCA (<i>miglustat</i>)	T3	PA SP HD
AGENTES PARA INHALACIÓN GENERALES		
HYPER-SAL	T3	
<i>nebusal 3% vial</i>	T1	
NEBUSAL 6% VIAL	T3	
<i>sodium chloride for inhalation</i>	T1	
<i>sodium chloride for inhalation</i> (Hyper-sal)	T1	
INHIBIDOR DE LA GLUCOSILCERAMIDA SINTASA (GCS)		
<i>miglustat</i> (Zavesca)	T1	PA SP
OPFOLDA	T3	PA QL(8 caps/30 days) SP HD

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SUPRESORES DE LOS SÍNTOMAS MENOPÁUSICOS - SSRI		
<i>paroxetine mesylate</i>	T1	QL (1 cap/day) HD
REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, HIPOFOSFATASIA		
STRENSIQ	T2	PA SP
AGENTES PARA TRATAR LA INTOXIC. POR METALES		
CHEMET	T3	
<i>deferasirox</i> (Exjade)	T1	SP HD
<i>deferasirox</i> (Jadenu Sprinkle)	T1	SP HD
<i>deferasirox</i> (Jadenu)	T1	SP HD
<i>deferiprone</i> (Ferriprox)	T1	PA SP
EXJADE (<i>deferasirox</i>)	T3	PA SP HD
FERRIPROX	T3	PA SP
FERRIPROX (2 TIMES A DAY)	T3	PA SP
GALZIN	T3	
RADIOGARDASE	T3	
<i>trientine hcl</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
AGENTE PARA TRATAR LA FENILCETONURIA-COFACTOR DE LA FENILALANINA HIDROXILASA		
<i>javygtor powder packet</i> (Kuvan)	T1	PA SP
<i>javygtor tablet</i> (Kuvan)	T1	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
AGONISTAS DEL RECEPTOR DE ÁCIDO RETINOICO (RAR)		
SOHONOS	T3	PA SP
SOLVENTES		
FT ISOPROPYL ALCOHOL 91%	T1	
FT ISOPROPYL RUB ALCOHOL 70%	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SOLVENTES (cont.)		
GS ISOPROPYL ALCOHOL 70%	T3	
<i>isopropyl alcohol</i>	T1	
MURI-LUBE MINERAL OIL	T1	
<i>sm isopropyl alcohol 91%</i>	T1	
INHIBIDORES DE LA LINFOPOYETINA ESTROMAL TÍMICA (TSLP)		
TEZSPIRE 210 MG/1.91 ML PEN	T2	PA QL(1 pen/28 days) SP HD
TEZSPIRE 210 MG/1.91 ML SYRING	T2	PA SP HD
TRATAMIENTO DE LA HIPERFAGIA EN EL SÍNDROME DE PRADER-WILLI		
VYKAT XR	T3	PA SP
AGENTES PARA DEFICIENCIAS METABÓLICAS		
TEZSPIRE 210 MG/1.91 ML PEN	T2	PA QL(1 pen/28 days) SP HD
TEZSPIRE 210 MG/1.91 ML SYRING	T2	PA SP HD
<i>levocarnitine (with sugar) (Carnitor)</i>	T1	

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Productos para la osteoporosis)

AGENTES QUE ESTIM. LA FORMACIÓN DE HUESO - HORMONA PARATIROIDEA		
<i>teriparatide 600 mcg/2.4ml pen</i>	T1	PA QL(0.09 mls/day) SP HD
COMBINACIONES DE INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA Y VITAMINA D		
FOSAMAX PLUS D	T2	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>	T1	HD
<i>ibandronate sodium</i> (Boniva)	T1	HD
<i>raloxifene hcl</i> (Evista)	T1	HD PPACA
<i>risedronate sodium</i>	T1	HD
<i>risedronate sodium</i> (Actonel)	T1	HD
<i>risedronate sodium</i> (Atelvia)	T1	HD

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

ANTIINFLAM. ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-1		
ARCALYST	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 (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA LA FIBROMIALGIA, INHIB. DE LA RECAPT. DE SEROTONINA-NOREPINEFRINA		
SAVELLA	T3	
INMUNOMODULADORES, INHIB. ESPECÍF. DE ESTIM. DE LINFOCITOS B (BLYS)		
BENLYSTA	T3	PA SP HD
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones cutáneas)		
INHIBIDORES DE LA INTERLEUCINA-13 (IL-13), ANTICUERPOS MONOCLONALES		
ADBRY	T2	PA SP HD
EBGLYSS PEN	T2	PA SP
AGENTES CICATRIZANTES LOCALES		
FILSUVEZ	T3	PA SP
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Abuso de sustancias)		
TRATAMIENTO PARA LA ABSTINENCIA DE OPIOIDES, AGONISTAS ADRENÉRGICOS ALFA 2		
lofexidine	T1	QL(192 tabs/30 days)
LUCEMYRA	T2	QL (168 tabs/14 days)
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO PARA LA ABSTINENCIA DE OPIOIDES, TIPO OPIOIDES		
BUNAVAIL	T3	
buprenorphine 2 mg tablet sl	T1	
buprenorphine 8 mg tablet sl	T1	
buprenorphine hcl	T1	
buprenorphine hcl/naloxone hcl	T1	
buprenorphine hcl/naloxone hcl (Suboxone)	T1	
SUBOXONE (buprenorphine-naloxone)	T3	
ZUBSOLV	T2	
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Medicamentos para trasplante)		
INHIBIDORES DE LA QUINASA RHO		
REZUROCK	T3	PA SP HD
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones urinarias)		
AGENTES PARA LA HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA/MICCIÓN		
alfuzosin hcl (Uroxatral)	T1	HD
dutasteride (Avodart)	T1	HD
finasteride (Proscar)	T1	HD
PROSCAR (finasteride)	T3	HD
RAPAFLO 4 MG CAPSULE (silodosin)	T3	QL (1 cap/day) HD
RAPAFLO 8 MG CAPSULE (silodosin)	T3	HD
silodosin 4 mg capsule (Rapaflo)	T1	QL (1 cap/day) HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones urinarias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA LA HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA/MICCIÓN (cont.)		
<i>silodosin 8 mg capsule</i> (Rapaflo)	T1	HD
<i>tamsulosin hcl</i> (Flomax)	T1	HD
<i>tiopronin dr tablet</i>	T1	SP
UROXATRAL (<i>alfuzosin hcl</i> er)	T3	HD
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	T2	SP
AGENTES PARA CÁLCULOS RENALES		
<i>tiopronin</i>	T1	SP HD
AGENTES PARA LA VEJIGA HIPERACTIVA, RECEP. ADRENÉRGICOS BETA 3		
<i>mirabegron er 25 mg tablet</i> (Myrbetriq)	T1	QL(1 tab/day) HD
<i>mirabegron er 50 mg tablet</i> (Myrbetriq)	T1	HD
ANTIESPASMÓDICOS DE LAS VÍAS URINARIAS, ANTAG. SELECTIVO DE M(3)		
<i>darifenacin er 15 mg tablet</i>	T1	HD
<i>darifenacin er 7.5 mg tablet</i>	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>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 DE VITAMINA B12		
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12)</i> (Nascobal)	T1	
PREPARACIONES DE VITAMINA D		
<i>calcitriol 0.25 mcg capsule</i> (Rocaltrol)	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA D (cont.)		
<i>calcitriol 0.5 mcg capsule</i> (Rocaltrol)	T1	
<i>calcitriol 1 mcg/ml solution</i> (Rocaltrol)	T1	HD
DRISDOL (<i>vitamin d2</i>)	T3	HD
<i>ergocalciferol (vitamin d2)</i>	T1	HD
ROCALTROL (<i>calcitriol</i>)	T3	HD
PREPARACIONES DE VITAMINA K		
MEPHYTON (<i>phytonadione</i>)	T3	
<i>phytonadione (vit k1)</i> (Mephyton)	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:¹¹

- 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,¹² 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.....	101
1ST TIER UNILET.....	101
2-IN-1 LANCET.....	101

A

abacavir/lamivudine/zidovudine.....	56
abacavir sulfate.....	56, 57
abacavir sulfate/lamivudine.....	56
ABRYSVO.....	63
ACAM2000.....	63
acamprosate calcium.....	128
acarbose.....	41
ACCOLATE.....	29
ACCU-CHEK.....	101
AC CUTANE.....	119
ACD SOLUTION A.....	37
ACE.....	105, 106
acebutolol.....	71
ACETAMIN-CAFF-DIHYDROCODEINE.....	21
acetamin-codein 300-30 mg/12.5.....	20
acetaminop-codeine 120-12 mg/5.....	20
acetaminophen/caff/dihydrocod.....	21
acetaminophen-cod.....	20
acetazolamide.....	83
acetic acid.....	44, 84, 118
acetic acid/oxyquinoline.....	44
acetylcysteine.....	29
acitretin.....	118
ACTEMRA.....	98, 99
ACTHIB.....	62, 63
ACTIGALL.....	91
ACTI-LANCE.....	101
ACTIMMUNE.....	51
ACTIQ.....	21
ACTIVELLA.....	95
ACTONEL.....	130
ACTOPLUS.....	42
ACTOS.....	42
ACUVAIL.....	84
acyclovir.....	58
ACZONE.....	119
ADACEL.....	63
ADALAT.....	65
ADALIMUMAB.....	45
ADALIMUMAB-ADAZ.....	45
adapalene.....	119
adapalene/benzoyl peroxide.....	119
ADBRY.....	131

ADDERALL.....	60
ADDYI.....	114
adefovir dipivoxil.....	59
ADEMPAS.....	67
ADIPEX-P.....	52
ADRENALIN CHLORIDE.....	84
ADV AIR HFA.....	28
ADVANCED.....	81, 101
ADVANCED DNA MEDICATED COLLECT.....	81
ADVOCATE.....	101
AEMCOLO.....	35
AEROCHAMBER.....	103, 104, 106
AEROTRACH.....	106
AEROVENT.....	106
AFINITOR.....	48
AFLURIA.....	62
AGRYLIN.....	55
AIMOVIG.....	15, 19
AIRDUO DIGIHALER.....	28
AJOVY.....	15, 19
AKEEGA.....	51
AKTEN.....	85
AKYNZEO.....	90
ALA-SCALP.....	122
albendazole.....	44
ALBENZA.....	44
albuterol.....	27, 28
ALBUTEROL.....	28
ALCAINE.....	85
alclometasone dipropionate.....	122
ALDACTAZIDE.....	83
ALECENSA.....	48
alendronate.....	130
ALEVICYN.....	119
alfuzosin.....	131, 132
ALHEMO.....	64
ALINIA.....	53
aliskiren.....	72
ALKERAN.....	46
allopurinol.....	25
almotriptan malate.....	15, 19
ALORA.....	95
alose tron.....	92
alprazolam.....	109
ALREX.....	84
ALTABAX.....	122
ALTAFLUOR BENOX.....	85
ALTERNATE SITE.....	101

Índice de medicamentos

ALUNBRIG.....	48	ARIKAYCE.....	31
ALVESCO.....	29	ARIMIDEX.....	47
amantadine.....	53	aripiprazole.....	116
AMARYL.....	42	ARIXTRA.....	37
ambrisentan.....	67	armodafinil.....	117
amcinonide.....	122	AROMASIN.....	47
AMICAR.....	64	ARTHROTEC.....	25
amiloride.....	83	ARTISS.....	121
aminocaproic acid.....	64	ARYMO ER.....	21
amiodarone.....	65	asenapine maleate.....	114, 115
amitriptyline.....	112	ASMANEX.....	29
amlodipine-atorvast.....	72	aspirin/dipyridamole.....	55
amlodipine besylate.....	65, 66, 68, 69	ASSURE.....	101, 105, 108
amlodipine-olmesartan.....	69, 70	ASTAGRAF.....	99
amlodipine/valsartan/hcthiazid.....	69	ASTRINGYN.....	64
AMNESTEEM.....	119	ATABEX.....	108
amoxapine.....	112	atazanavir sulfate.....	57
amoxicillin.....	34, 43	ATELVIA.....	130
amphetamine sulfate.....	60	atenolol.....	71, 72
ampicillin trihydrate.....	34	atomoxetine.....	114
ANADROL.....	94	ATOPICLAIR.....	120
anagrelide.....	55	atorvastatin.....	72, 73
ANA-LEX.....	93	atovaquone.....	44, 45
ANALPRAM.....	93	atovaquone/proguanil hcl.....	44
ANAPROX DS.....	26	atropine.....	86, 90, 91
anastrozole.....	47	atropine sulfate.....	86
ANCOBON.....	39	ATROVENT HFA.....	27
ANDROGEL.....	94	ATTRUBY.....	129
ANGELIQ.....	96	AURYXIA.....	87
ANNOVERA.....	79	AUSTEDO.....	75
ANORO ELLIPTA.....	28	AVANDIA.....	42
ANTABUSE.....	128	avar.....	36
ANTICOAG.....	37	AVAR.....	36
ANZEMET.....	90	AVC.....	43
APADAZ.....	20	AVELOX.....	35
APOKYN.....	53	AVITENE.....	64
apraclonidine.....	85	AVMAPKI.....	51
aprepitant.....	90	AVONEX.....	75
APRETUDE.....	57	AYVAKIT.....	48
APRISO.....	92	AZASAN.....	99
APTIVUS.....	56	azathioprine.....	99
AQUA GLYCOLIC HC.....	122	azelaic acid.....	121
ARAVA.....	25	AZILECT.....	54
ARCALYST.....	130	azithromycin.....	33, 34
ARCAPTA NEOHALER.....	28	B	
arformoterol.....	28	bacitracin.....	31
ARICEPT.....	60	bacitracin/polymyxin b sulfate.....	31
ARIDOL.....	81	baclofen.....	107
		BACTRIM.....	31

Índice de medicamentos

BACTRIM DS.....	31	BLEPH-10.....	30
BAFIERTAM.....	75	BLEPHAMIDE.....	30
balsalazide.....	92	BLOOD.....	64, 65, 101, 105
BALVERSA.....	48	BLULINK.....	100
BAQSIMI.....	87	BLUNT NEEDLE.....	105
BARACLUDE.....	59	BONIVA.....	130
BAXDELA.....	35	BONJESTA.....	90
BCG.....	63	BOOSTRIX.....	63
BD.....	101	bosentan.....	67
BELBUCA.....	21	BOSULIF.....	48
BELVIQ.....	52	BREATHERITE.....	106
benazepril.....	68, 70	BREATHRITE.....	106
BENLYSTA.....	131	BREO ELLIPTA.....	28
benoxinate hcl/fluorescein sod.....	85	BREZTRI AEROSPHERE.....	29
BENZAMYCIN.....	36	brimonidine.....	85
BENZEFOAM.....	120	brinzolamide.....	85
BENZEPRO.....	120	BRIVIACT.....	76
BENZHYDROCODONE-ACETAMINOPHEN.....	20	bromfenac sodium.....	84
BENZNIDAZOLE.....	45	bromocriptine mesylate.....	54
benzonatate.....	80	brompheniramine/pseudoephed/dm.....	80
benzoyl peroxide.....	36, 119, 120	BROMSITE.....	84
benzphetamine.....	52	BRUKINSA.....	48
benztropine mesylate.....	53	BRYHALI.....	122
BESIVANCE.....	31	budesonide.....	29, 96
BETADINE.....	84	budesonide 2 mg rectal foam.....	94
betamethasone dipropionate.....	122	BULLSEYE.....	101
betamethasone/propylene glyc.....	122	bumetanide.....	83
betamethasone valerate.....	122, 123	BUNAVAIL.....	131
BETASERON.....	75	buprenorphine.....	21, 22, 131, 137
betaxolol.....	71, 85	bupropion.....	110, 125
bethanechol.....	61	buspirone.....	109
BETOPTIC S.....	85	butalb-acetamin-caff 50-300-40.....	15, 19
BEVESPI AEROSPHERE.....	28	butalb-acetamin-caff 50-325-40.....	15, 19
BEVYXXA.....	37	butalb/acetaminophen/caffeine.....	15, 19
bexarotene.....	46	butalb-aspirin-caffe 50-325-40.....	15, 19
BEXSERO.....	62	butalbit/acetamin/caff/codeine.....	23
bicalutamide.....	46	butalbital/acetaminophen.....	15
BIJUVA.....	95	butalbital-asa-caffeine cap (Fiorinal).....	15, 19
BIKTARVY.....	57	butorphanol tartrate.....	21
BILTRICIDE.....	44	BUTRANS.....	22
bimatoprost.....	85	BUTTERFLY.....	101
BIMZELX.....	118	BYDUREON.....	40
BINOSTO.....	130	C	
BIONECT.....	121	cabergoline.....	97
BIPOLAR DISORDER DRUGS.....	109	CADUET.....	72, 73
bisac/nacl/naHco3/kcl/peg 3350.....	92	CAFERGOT.....	15, 19
bismuth/metronid/tetracycline (Pylera).....	91	caffeine citrate.....	75
bisoprolol fumarate.....	71	CALAN.....	65
bisoprolol/hydrochlorothiazide.....	72	calcipotriene.....	119, 124

Índice de medicamentos

calcitonin, salmon, synthetic.....	98	CENTANY.....	36
calcitriol.....	119, 132, 133	cephalexin.....	33
calcium acetate.....	87	CEQUA.....	86
CALQUENCE.....	49	CEQUR.....	100
CAMZYOS.....	66	CERDELGA.....	128
candesartan cilexetil.....	70	CERVIDIL.....	97
candesartan/hydrochlorothiazid.....	69	CETYLEV.....	128
capecitabine.....	47	cevimeline.....	61
CAPEX.....	122	CHANTIX.....	125
CAPLYTA.....	114	CHEMET.....	129
CAPRELSA.....	49	CHENODAL.....	91
captopril.....	68, 70	chlordiazepoxide.....	89, 109
captopril-hctz.....	68	chlordiazepoxide/clidinium br.....	89
CAPVAXIVE.....	62	chlorhexidine gluconate.....	126
CARBAGLU.....	89	chloroquine.....	44
carbamazepine.....	76, 77, 78	chlorpromazine.....	116
CARBAMAZEPINE.....	76	chlorpropamide.....	42
carbidopa.....	54, 55	chlorthalidone.....	72, 83
carbidopa/levodopa.....	54	chlorzoxazone.....	107
carbidopa/levodopa/entacapone.....	54	CHOLBAM.....	91
carbinoxamine maleate.....	40	cholestyramine.....	73, 74
CARDURA.....	69	choline salicyl/mag salicylate.....	15, 19
CAREONE.....	102	CHOSEN.....	100, 102
CAREPOINT.....	105	CIALIS.....	126
CARESENS.....	100, 102	CIBINQO.....	25
CARETOUCH.....	100, 102	ciclodan.....	39
carglumic.....	89	CICLODAN.....	39, 45
carisoprodol.....	23, 107	ciclopirox.....	39, 40, 45
carisoprodol/aspirin.....	23	cilostazol.....	55
carisoprodol/aspirin/codeine.....	23	CIMDUO.....	56
CAROSPIR.....	83	cimetidine.....	92
carteolol.....	85	CIMZIA.....	45
carvedilol.....	68, 69	CIPRO.....	30
CASODEX.....	46	ciprofloxacin.....	30, 35
CATAPRES.....	71	ciprofloxacin hcl.....	30
CATAPRES-TTS.....	71	CIPROFLOXACIN HCL-FLUOCINOLONE.....	30
CAVERJECT.....	126	citalopram.....	110
CAYA CONTOURED.....	80	CITRANATAL.....	108
CAYSTON.....	33	CITRATE PHOSPHATE DEXTROSE.....	37
cefaclor.....	33	CLARAVIS.....	119
cefadroxil.....	33	CLARINEX-D.....	40
cefditoren pivoxil.....	33	clarithromycin.....	34
cefixime.....	33	demastine fumarate.....	40
cefepodoxime proxetil.....	33	CLEVER.....	102, 106
cefprozil.....	33	CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER.....	106
cefuroxime axetil.....	33	CLIMARA.....	95
CELEBREX.....	27	clindacin.....	36
celecoxib.....	27	CLINDACIN.....	36
CELONTIN.....	77	clindamycin.....	33, 36, 119

Índice de medicamentos

clindamycin palmitate	33	crotamiton.....	53
CLINPRO	87	CTEXLI	91
clobazam.....	76	CUVPOSA	89
clobetasol.....	122, 123	cyanocobalamin	132
clobetasol propionate	122, 123	cyclobenzaprine.....	107
CLOCORTOLONE PIVALATE.....	122	CYCLOMYDRIL.....	86
clodan	122	cyclopentolate.....	86
CLODAN	122	cyclophosphamide	46
CLODERM	122	CYCLOSERINE.....	33
clomiphene citrate.....	98	CYCLOSET	41
clomipramine.....	112	cyclosporine.....	99
clonazepam.....	76	CYLTEZO	45
clonidine	71, 113	cyproheptadine.....	40
clopidogrel bisulfate	55	CYSTADROPS.....	86
clorazepate dipotassium.....	109	CYSTAGON.....	132
clotrimazole	39	CYSTARAN.....	86
clotrimazole/betamethasone.....	39	CYSTO-CONRAY II.....	82
clozapine	114	CYSTOGRAFIN.....	82
CLOZAPINE	114	CYSTOGRAFIN-DILUTE	82
COAGUCHEK.....	102	CYTOTEC	91
COARTEM	44	D	
codeine/butalbital/asa/cafein	23	dalfampridine	76
codeine sulfate.....	22	DALIRESP.....	29, 30
colchicine	25, 27	danazol.....	97
COLCHICINE	25	DANTRIUM	107
COLCRYS	25	dantrolene.....	107
colesevelam	74	dapsone.....	32, 119
colestipol.....	74	DAPTACEL.....	63
COLOR.....	102	darifenacin	132
COMBIGAN	85	darunavir	56
COMBIPATCH	95	dasatinib	49
COMBIVENT RESPIMAT	28	DAURISMO	47
COMETRIQ	49	DAXBIA.....	33
COMFORT	102, 103, 105, 107	DAYPRO	26
COMFORTSEAL	106	DAYTRANA	113
COMPACT SPACE CHAMBER.....	106	DAYVIGO	117
COMPAZINE.....	90	deferasirox.....	129
CONTRACE.....	53	deferiprone.....	129
COPIKTRA	49	deflazacort	96
COREG.....	69	DELSTRIGO	57
coremino	35	demedocycline.....	35
CORLANOR	67	DEMSEI.....	70
CORTENEMA.....	94	DEPEN.....	24
cortisone acetate.....	96	DEPO-ESTRADIOL	95
COSENTYX	118	DEPO-PROVERA	97
COTELLIC	48	DEPO-SUBQ PROVERA	79
CRESEMBA	39	DEPO-TESTOSTERONE.....	94
CRINONE.....	97, 98	DERMA-SMOOTH-FS	122
cromolyn	24, 29, 85	DERMATOP	122

Índice de medicamentos

dermazene	124	DISALCID	24
DERMAZENE	124	disopyramide phosphate	65
DERMOTIC	84	disulfiram	128
DESCOVY	56	DIURIL	83
desflurane	23	divalproex sodium	77
desipramine	112	DIVIGEL	95
desmopressin	95	dofetilide	65
desog-e.estradiol/e.estradiol	79	DOJOLVI	86
desogestrel-ethinyl estradiol	79	donepezil	60
desonide	122	DONNATAL	91
DESOWEN	122	DOPTLET	79
desoximetasone	122, 123	dorzolamide	85
desvenlafaxine	111	DOVATO	56
dexamethasone	30, 84, 96	doxazosin mesylate	69
dexamethasone sodium phosphate	84	doxepin	112, 117
DEXCOM	100	doxercalciferol	127
dexmethylphenidate	113	doxycycline	35, 126, 140
dextroamp-amphet	60	doxylamine succinate/vit b6	90
dextroamphetamine	60	DRISDOL	133
DIACOMIT	77	dronabinol	90
DIASTAT	76	drospir/eth estra/levomefol ca	79
diatrizoate meglumine, sodium	82	DROXIA	64
diazepam	76, 109	droxidopa	60
diazoxide	87	DRYSOL	119
DIBENZYLINE	61	DUAVEE	96
dichlorphenamide	128	DUETACT	42
DICLAREAL	119	DULERA	28
diclofenac	84, 119	duloxetine	111
diclofenac potassium	20	DUOPA	54
diclofenac sod dr	26	DUPIXENT	98
diclofenac sod ec	26	DURAGESIC	22
diclofenac sodium	25, 26	dutasteride	131, 132
diclofenac sodium/misoprostol	25, 26	dutasteride/tamsulosin hcl	132
dicloxacillin	34	DYAZIDE	83
dicyclomine	89	E	
diethylpropion	52	EASIVENT	106
DIFICID	34	EASY	100, 105
diflunisal	15, 19	EASY COMFORT	105
digoxin	66	EBGLYSS	131
dihydroergotamine	15, 19	ECLIPSE	105
DILANTIN	77	EC-NAPROSYN	26
DILATRATE-SR	67	econazole nitrate	39
diltiazem	66	ECOZA	40
dimethyl fumarate	75	EDEX	126
dimethyl sulfoxide	128	EDURANT	56
diphenoxylate hcl/atropine	90	efavirenz	56, 57
DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS-PED	63	effer-k	88
DIPROLENE	122	EFFER-K	88
dipyridamole	55	EFFIENT	55

Índice de medicamentos

EFUDEX.....	52	ergoloid mesylates.....	72
EGRIFTA.....	96	ergotamine tartrate/caffeine.....	15, 19
ELESTRIN.....	95	ERIVEDGE.....	47
eletriptan hydrobromide.....	15, 19	ERLEADA.....	46
ELIMITE.....	53	erlotinib.....	49
ELIQUIS.....	37	ERVEBO.....	63
ELLA.....	79	ERYPED.....	34
ELMIRON.....	23	erythromycin.....	31, 34, 36
EMBRACE.....	102	escitalopram.....	110
EMCYT.....	51	ESGIC.....	15, 19
EMEND.....	90	esomeprazole.....	93
EMFLAZA.....	96	estradiol.....	79, 80, 95, 96, 98
EMGALITY.....	15, 19, 76	ESTROGEL.....	95
emollient combination.....	120	estrogen, ester/me-testosterone.....	95
Empaveli.....	64	eszopiclone.....	117
EMSAM.....	110	ethambutol.....	32
emtricitabine.....	57	ethinyl estradiol.....	79, 80, 95
emtricitabine.....	56, 57	ethinyl estradiol/drospirenone.....	79
emtricitabine-tenofv.....	56	ethosuximide.....	77, 78
EMTRIVA.....	57	ethynodiol d-ethinyl estradiol.....	79
EMVERM.....	44	etodolac.....	26
enalapril/hydrochlorothiazide.....	68	etonogestrel.....	79
enalapril maleate.....	70	etoposide.....	51
ENBREL.....	45	EUCRISA.....	121
ENDARI.....	64	EVAMIST.....	95
ENDO-AVITENE.....	64	EVEKEO.....	60
ENDOMETRIN.....	98	everolimus.....	48, 99, 100
ENGRIX-B.....	63	EVICEL.....	64
ENLITE.....	100	EVISTA.....	130
enoxaparin.....	37, 38	EVOCLIN.....	36
ENSACOVE.....	49	EVOTAZ.....	57
ENSPRYNG.....	99	EVOXAC.....	61
entacapone.....	54, 55	EXELON.....	60
entecavir.....	59	exemestane.....	47
ENTERO.....	82	EXJADE.....	129
ENTOCORT EC.....	96	EXKIVITY.....	49
ENTRESTO.....	69	EXODERM.....	40
ENTYVIO.....	92	EYSUVIS.....	84
ENVARUS.....	99	E-Z.....	82, 106
ENZOCLEAR.....	120	EZ.....	62, 102
EPCLUSA.....	58	ezetimibe.....	72, 74
EPIDIOLEX.....	76	ezetimibe/simvastatin.....	72
EPIFOAM.....	123	EZ FLU.....	62
epinephrine.....	59, 84	F	
EPIVIR.....	59	FABHALTA.....	64
eplerenone.....	83	FACTIVE.....	35
eprosartan mesylate.....	70	famciclovir.....	58
EQUETRO.....	109	famotidine.....	92
ergocalciferol.....	133		

Índice de medicamentos

FARESTON.....	51	fluocinolone acetonide.....	84, 122, 123
FARXIGA.....	41	fluocinolone/shower cap.....	123
FARYDAK.....	46	fluocinonide.....	123
febuxostat.....	25	fluocinonide/emollient base.....	123
felbamate.....	77	fluorescein.....	81, 85
FELDENE.....	26	fluoride.....	87
felodipine.....	66	FLUORIDEX.....	87
FEMARA.....	47, 48	fluorometholone.....	84
FEMCAP.....	80	FLUOROPLEX.....	52
FEMHRT.....	95	fluorouracil.....	52
FEMRING.....	98	fluoxetine.....	110, 111, 116, 117
fenofibrate.....	74	fluphenazine.....	116
fenofibric.....	74	flurazepam.....	117
FENOPROFEN.....	26	flurbiprofen.....	26, 84
fentanyl.....	21, 22	flutamide.....	46
FENTORA.....	22	fluticasone.....	29
FERRIPROX.....	129	FLUTICASONE.....	29
FETZIMA.....	111	fluticasone propion/salmeterol.....	29
FEXMID.....	107	fluticasone-salmeterol.....	28
FIASP.....	43	fluvastatin.....	73
FIBRICOR.....	74	FLUVIRIN.....	62
FIFTY50.....	102	fluvoxamine.....	110
FILSPARI.....	74	FLUZONE.....	62
FILSUVEZ.....	131	FOCALIN.....	113
FILTER.....	105	fondaparinux.....	37
finasteride.....	131	FORA.....	102
FINE.....	101, 102	FORACARE.....	102
FINGERSTIX.....	102	FORA TN'GO.....	100
FINTEPLA.....	77	formaldehyde.....	45
FIORICET.....	15, 19	FOSAMAX.....	130
FIORINAL.....	15, 19	fosamprenavir calcium.....	57
Fiorinal With Codeine #3.....	23	fosaprepitant dimeglumine.....	90
FIORINAL WITH CODEINE #3.....	23	fosfomycin tromethamine.....	32
FIRDAPSE.....	76	fosinopril/hydrochlorothiazide.....	68
FLAGYL.....	32	fosinopril sodium.....	70
FLAREX.....	84	FOSRENOL.....	87
flavoxate.....	132	Fotivda.....	49
flecainide acetate.....	65	FRAGMIN.....	37
FLEXICHAMBER.....	106	FRAICHE.....	87
FLUAD.....	62	FREESTYLE.....	81, 100, 102
FLUARIX.....	62	FREESTYLE LANCETS.....	102
FLUBLOK.....	62	FREESTYLE LIBRE.....	100
FLUCELVAX.....	62	froatriptan succinate.....	19
fluconazole.....	39	FRUZAQLA.....	49
flucytosine.....	39	FT ISOPROPYL.....	129
fludrocortisone acetate.....	97	ful-glo 1 mg oph strip.....	81
FLULAVAL.....	62	FUL-GLO EYE STRIPS.....	82
FLUMADINE.....	58	FULPHILA.....	79
FLUMIST.....	62	FURADANTIN.....	34

Índice de medicamentos

furosemide.....	83	granisetron.....	90
FUZEON.....	56	GRANIX.....	79
FYCOMPA.....	77	GRASTEK.....	61
G		griseofulvin.....	39
gabapentin.....	77	griseofulvin ultramicrosize.....	39
GALAFOLD.....	129	GRIS-PEG.....	39
galantamine.....	60	GS ISOPROPYL ALCOHOL.....	130
GALZIN.....	129	GUAIACOL.....	118
GARDASIL.....	63	guanfacine.....	71, 113
GASTROCROM.....	24	guanidine.....	61
GASTROGRAFIN.....	82	GUARDIAN.....	100
GASTROMARK.....	82	GYNAZOLE.....	39
gatifloxacin.....	31	H	
GATTEX.....	93	HAEGARDA.....	126
GAVRETO.....	49	halobetasol.....	123
gefitinib.....	49	halobetasol propionate.....	123
gelatin sponge, absorb/porcine.....	64	haloperidol.....	116
GELCLAIR.....	127	HALUCORT.....	120
GELFILM.....	85	HARVONI.....	58, 59
GELFOAM.....	64	HAVRIX.....	63
gemfibrozil.....	74	HEALTHY.....	102
GENOTROPIN.....	97	HEMLIBRA.....	64
gentamicin sulfate.....	31, 36	heparin.....	37, 38
GENVOYA.....	58	HEPLISAV-B.....	63
GILOTRIF.....	49	HETLIOZ.....	117
glatiramer acetate.....	76	HIBERIX.....	63
glatopa.....	75	homatropine.....	81, 86
GLEEVEC.....	49	HUMALOG.....	43
GLEOSTINE.....	46	HUMAPEN.....	100
glimepiride.....	42	HUMIRA.....	45, 46
GLIMEPIRIDE.....	42	HUMULIN.....	43, 143
glipizide.....	42	HYCANTIN.....	48
GLIPIZIDE.....	42	HYCODAN.....	81
glucagon.....	87	hydralazine.....	71
GLUCOCOM.....	100, 102	HYDREA.....	46
GLUCOPHAGE.....	41	HYDRO.....	120
GLUCOTROL.....	42	hydrochlorothiazide.....	68, 69, 71, 72, 83
glyburide.....	42	hydrocodone/acetaminophen.....	21
GLYCAT.....	89	HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN.....	21
glycine urologic solution.....	45	hydrocodone bitartrate.....	22, 23
glycopyrrolate.....	89	hydrocodone bit/homatrop me-br.....	81
GLYNASE.....	42	hydrocodone/chlorphen p-stirex.....	81
GLYSET.....	41	hydrocodone/cpm/pseudoephed.....	81
GLYXAMBI.....	42	HYDROCODONE-GUAIFENESIN.....	81
GOJJI.....	102	hydrocodone-homatropine.....	81
GOMEKLI.....	48	HYDROCODONE-HOMATROPINE.....	81
GORDON'S UREA.....	121	hydrocodone/ibuprofen.....	21
		hydrocortisone.....	84, 94, 96, 123, 124

Índice de medicamentos

hydrocortisone/acetic acid	84	INPEN	100
hydrocortisone/iodoquinol.....	124	INQOVI.....	47
hydrocortisone/iodoquinol/aloe	124	INREBIC.....	49
hydrogen peroxide.....	118	INSPIRACHAMBER.....	106
hydromorphone hcl.....	22	INSPIRA	83
hydroxychloroquine sulfate.....	44	INSULIN SYRINGE.....	105
hydroxyurea	46	INTRAROSA	94
hydroxyzine.....	40	INVACARE.....	102
HYFTOR.....	122	INVEGA.....	115
HYMPAVZI	64	INVELTYS.....	84
hyoscyamine sulfate	91	iodine/potassium iodide	124
HYPER-SAL	128	iodine/sodium iodide	124
HYPODERMIC.....	105	IODOFLEX.....	124
HYSINGLA ER	22	IODOSORB	124
I		IPOL.....	61
ibandronate.....	130	ipratropium/albuterol sulfate.....	28
IBRANCE	49	ipratropium bromide	27, 83
IBTROZI.....	49	irbesartan.....	69, 70
IBUDONE	21	irbesartan/hydrochlorothiazide	69
ibuprofen.....	21, 26	IRESSA	49
ibuprofen/oxycodone hcl	21	ISENTRESS	57
icatibant acetate.....	126	isoflurane	23
ICLUSIG.....	49	isomethept/dichlphn/acetaminop	19
icosapent ethyl.....	89	isomethepten/caf/acetaminophen.....	19
IDHIFA.....	51	isoniazid	32
IFE-BIMIX 30/1	126	isopropyl alcohol.....	130
IFE-PG20	126	ISOPTO CARPINE	85
IHEALTH.....	100	isosorbide.....	67, 72
ILEVRO.....	84	isosorbide dinitrate	67
imatinib mesylate	49	isoxsuprine	72
IMBRUVICA	49	isradipine.....	66
imipramine	112, 113	itraconazole.....	39
imiquimod	118	ivabradine	67
IMPAVIDO	45	ivermectin	44, 53, 121
IMURAN	99	IWILFIN.....	49
IMVEXXY	98	IXCHIQ	63
INBRIJA.....	54	J	
INCONTROL	102	JAKAFI	47
INCRELEX.....	97	JANUMET	42
INCRUSE ELLIPTA	27	JANUVIA.....	41
indapamide.....	83	JARDIANCE	41
INDICLOR	82	javygtor	129
indomethacin.....	26	JOENJA	125
INFANRIX	63	JULUCA.....	56
INGREZZA	75	JYNNEOS	63
INJECT.....	102	K	
INLYTA	49	KADIAN	22
INNOPRAN.....	71	KEFLEX.....	33
INOVA	120	KERAFOAM.....	120

Índice de medicamentos

keralyt.....	120	levalbuterol hcl	28
KERALYT	120	LEVVID.....	91
KERENDIA.....	83	LEVITRA.....	126
KESIMPTA.....	76	levobunolol.....	85
ketoconazole.....	39, 40	levocarnitine	130
ketoprofen.....	26	levofloxacin.....	31, 35
ketorolac.....	20, 84	levonorgest	80
KINERET.....	24	levothyroxine	125
KINRIX	63	LEVOTHYROXINE.....	125
KISQALI.....	48, 49	LEVSIN.....	91
KISQALI FEMARA	48	lidocaine.....	24, 81, 123
KITABIS.....	31	lidocaine 5% ointment.....	24
KLARON.....	119	lidocaine hcl.....	24
KLONOPIN.....	76	lidocaine hcl/glycerin	81
klor-con.....	88	LIDODERM.....	24
Kloxxado.....	38	LIKMEZ.....	32
KOSELUGO.....	48	LILETTA.....	80
K-PHOS.....	88	lindane	123
KRINTAFEL.....	44	linezolid.....	34
KRISTALOSE.....	93	liothyronine.....	125
K-TAB.....	88	LIPOFEN.....	74
KYLEENA	80	LIQUID E-Z PAQUE.....	82
KYNAMRO	73	LIQUID POLIBAR PLUS.....	82
KYNMOBI.....	54	LIRAGLUTIDE	40
L		lisdexamphetamine	60
labetalol	69	lisinopril	68, 70
LACRISERT	84	lisinopril/hydrochlorothiazide	68
lactulose.....	89, 93	lissamine green.....	82
LAGEVRIO.....	59	LITEAIRE	106
lamivudine.....	56, 57, 59	LITE TOUCH.....	102
lamivudine/zidovudine	56	LITETOUCH	106
lamotrigine	77	LITFULO	25
LAMPIT.....	45	lithium carbonate	109
LANCETS.....	101, 102, 105	lithium citrate	109
lansoprazole/amoxiciln/clarith	91	LITHOSTAT	89
lanthanum carbonate	87	LIVTENCITY	58
lapatinib ditosylate	49	L-MESITRAN.....	122
latanoprost.....	85	l-norgest/e.estradiol-e.estrad.....	80
LATUDA	115	LOCORT.....	96
LAZANDA	22	LODINE.....	26
leflunomide.....	25	lofexidine	131
lenalidomide.....	48	LOKELMA.....	87
LENVIMA	49	LOMAIRA	52
LEQSELVI	25	LOMOTIL.....	90
LETAIRIS	67	LONHALA MAGNAIR	27
letrozole.....	47	LONSURF	47
leucovorin calcium.....	126	loperamide.....	90
LEUKERAN.....	46	LOPID.....	74
LEUKINE.....	79	lopinavir/ritonavir.....	57

Índice de medicamentos

LOPROX.....	40	MENOSTAR.....	95
lorazepam.....	109	MENQUADFI.....	62
LORBRENA.....	49	MENVEO.....	62
LORTAB.....	21	meperidine hcl.....	22
losartan/hydrochlorothiazide.....	69	MEPHYTON.....	133
losartan potassium.....	70	meprobamate.....	109
loteprednol etabonate.....	84	mercaptopurine.....	47
lovastatin.....	73	mesalamine.....	92
LOVENOX.....	38	MESNEX.....	126
loxapine.....	116	MESTINON.....	60
LUCEMYRA.....	131	metaproterenol.....	27
LULICONAZOLE.....	40	metaxalone.....	108
LUMAKRAS.....	47	metformin.....	41, 42
LUMRYZ.....	117, 118	methamphetamine.....	60
LUPKYNIS.....	99	methazolamide.....	83
lurasidone.....	115	methenamine hippurate.....	32
LUXIQ.....	123	methenamine mandelate.....	32
LYNPARZA.....	50	methimazole.....	125
LYRICA.....	77	METHITEST.....	94
LYSODREN.....	51	methocarbamol.....	108
LYSTEDA.....	64	methotrexate.....	47
LYTGobi.....	50	methoxsalen.....	118
LYUMJEV.....	43	methscopolamine bromide.....	91
M		methyldopa.....	71
MACROBID.....	34	methyldopa/hydrochlorothiazide.....	71
MACRODANTIN.....	34	methylergonovine maleate.....	97
mafenide.....	36	METHYLIN.....	113
MAGELLAN.....	105	methylphenidate.....	113, 114
MALARONE.....	44	METHYLPHENIDATE.....	113
malathion.....	123	methylprednisolone.....	96
maprotiline.....	113	methyl salicylate.....	120
maraviroc.....	56	methyltestosterone.....	94
MARPLAN.....	110	metoclopramide.....	92
MATULANE.....	51	metolazone.....	83
MAVENCLAD.....	76	METOPIRON.....	82
meclofenamate sodium.....	26	metoprolol/hydrochlorothiazide.....	72
MEDIHONEY.....	122	metoprolol succinate.....	71
MEDISENSE.....	102	metoprolol tartrate.....	71
MEDLANCE.....	103	metronidazole.....	32, 36, 121
medroxyprogesterone.....	97	metyrosine.....	70, 71
mefenamic acid.....	20	mexiletine.....	65
mefloquine.....	44	MEZPAROX-HC.....	123
megestrol acetate.....	52, 132	MIACALCIN.....	98
MEKINIST.....	48	miconazole nitrate.....	39
meloxicam.....	26	MICRO.....	103
melphalan.....	46	MICROCHAMBER.....	106
memantine.....	74	MICROGESTIN.....	80
MENACTRA.....	62	MICROLET.....	103
MENEST.....	95	MICROSPACER.....	106

Índice de medicamentos

midodrine	60	MYDRIACYL.....	86
MIEBO.....	84	Myfembree.....	97
MIFEPREX.....	128	MYGLUCOHEALTH	103
mifepristone.....	41, 128	MYLERAN.....	46
miglitol.....	41	MYORISAN	119
miglustat.....	128	MYTESI.....	89
millipred.....	96	N	
MILLIPRED.....	96	nabumetone	26
MIMYX.....	120	nadolol.....	71, 72
MINIMED.....	105	naftifine.....	40
MINIPRESS	69	NALFON.....	26
MINITRAN	67	NALOCET	21
minocycline.....	35	naloxone.....	22, 38, 131
minoxidil.....	71	NALOXONE	38
mirabegron	132	naltrexone	38
MIRAPEX	54	NAMENDA	74
MIRENA.....	80	NAMZARIC	75
mirtazapine.....	109	NAPROSYN.....	26
misoprostol.....	25, 26, 91	naproxen	20, 26
MITIGARE.....	25	naratriptan hcl	19
MITOSOL.....	86	NARCAN	38
M-M-R II VACCINE.....	63	NATACYN.....	38
MOBIC	26	nateglinide	42
moexipril.....	70	NAYZILAM.....	76
molindone.....	116	NEBUPENT.....	45
MOLNUPIRAVIR.....	59	nebusal.....	128
MOMETACURE.....	123	NEBUSAL.....	128
MONOJECT	105	NEEDLE.....	105
MONOLET.....	103	NEEDLES.....	105
MONSEL'S.....	64	nefazodone	111
montelukast sodium.....	29	neomycin	30, 31
MONUROL.....	32	neomycin/bacit/p-myx/hydrocort.....	30
MORPHABOND ER.....	22	neomycin/polymyxin b/dexametha.....	30
morphine sulfate.....	22	neomycin/polymyxin b/hydrocort.....	30
MOTOFEN	90	neomycin/polymyxn b/gramicidin	31
MOVANTIK.....	38	neomycin sulfate.....	31
MOXATAG.....	35	neomycin sulf/bacitracin/poly	31
MOXEZA.....	31	neomycin sulf/polymyxin b sulf.....	118
moxifloxacin.....	35	NEO-SYNALAR.....	36
moxifloxacin hcl.....	31	NERLYNX	50
MS CONTIN.....	22	NEULUMEX.....	82
MULPLETA.....	79	NEUPOGEN	79
MULTAQ.....	65	NEUPRO.....	54
mupirocin.....	36	NEURONTIN.....	77
MURI-LUBE MINERAL OIL.....	130	NEUTRASAL.....	127
MUSE.....	127	nevirapine	56
mv-mins	88	NEXAVAR.....	50
MYALEPT	98	NEXIUM.....	93
mycophenolate mofetil	99	NEXPLANON.....	79

Índice de medicamentos

niacin.....	74	NULEV	91
NIASPAN.....	74	NULYTELY	93
nicardipine	66	NUMOISYN.....	127
NICODERM.....	124	NUPLAZID.....	110
nicotine	124	NURTEC ODT.....	19
NICOTINE	124	NUZYRA	35
NICOTROL	124	NYMALIZE	66
nifedipine.....	65, 66	nystatin	39, 40
nilutamide.....	46	NYVEPRIA.....	79
NINLARO	50	O	
nisoldipine	66	OBREDON	81
nitazoxanide.....	53	OBSTETRIX.....	108
nitisinone	128	OBTREX.....	108
nitrofurantoin.....	34	OALIVA	92
nitrofurantoin macrocrystal.....	34	ODACTRA.....	61
nitrofurantoin monohyd/m-cryst	34	ODEFSEY.....	57
nitroglycerin	67, 93	ODOMZO	47
NITROLINGUAL.....	67	ofloxacin.....	31, 35
NITROMIST	67	OGSIVEO.....	50
NITROSTAT	67	OJEMDA.....	47
NITYR.....	128	OJJAARA.....	50
NIVESTYM	79	olanzapine	115, 116, 117
nizatidine	92	olmesartan/amlodipin/hcthiazid	69
NOCTIVA.....	95	olmesartan-hctz	69
NORCO.....	21	olmesartan medoxomil	70
norelgestromin/ethin.estradiol	80	olopatadine.....	83
noreth-ethinyl estradiol/iron	80	OLPRUVA.....	89
norethind-eth estrad	80, 95	OLUMIANT.....	25
norethindrone.....	80, 95, 96, 97	omega-3 acid ethyl esters.....	89
norethindrone ac-eth estradiol	80, 96	OMNIPOD	101, 103
norethindrone-e.estradiol-iron	80	OMNIPOD 5 (GEN 5) KIT	101
norethindrone-ethin. estradiol	80	OMNIPOD 5 (GEN 5) POD	101
norethin-ee.....	80	OMNIPOD CLASSIC (GEN 3 & 4) KIT	101
norethin-eth estrad	96	OMNIPOD CLASSIC (GEN 3 & 4) PODS	101
norgestrel-ethinyl estradiol.....	80	OMNIPRED	84
NORLIQVA.....	66	OMNITROPE	97
NORPACE	65	OMVOH	98, 99
nortriptyline.....	113	ON CALL	103
NORVASC.....	66	ondansetron.....	90
NORVIR.....	57	ONETOUCH	101, 103, 105, 106
NOURIANZ.....	54	ONETOUCH ULTRASOFT 2 LANCET	101, 105, 106
NOVA	103	ONEXTON.....	119
NOVOPEN	100	ON-THE-GO.....	103
NUBEQA	46	ONUREG	47
NUCALA.....	29	OPFOLDA.....	128
NUCORT	123	opium.....	22, 90
NUCYNTA	22	opium/belladonna alkaloids	22
NUCYNTA ER	22	OPSUMIT	67
NUDEXTA.....	75	OPSYNVI.....	68

Índice de medicamentos

OPTICHAMBER.....	107	PAREMYD.....	86
OPVEE.....	38	paricalcitol.....	127
ORACIT.....	88	PARLODEL.....	54
ORALAIR.....	61	paromomycin sulfate.....	44
ORAMAGICRX.....	127	paroxetine.....	110, 111, 129
ORAPRED.....	96	PASER.....	32
ORAVIG.....	39	PATANASE.....	83
ORENCIA.....	25	pazopanib.....	50
ORENITRAM.....	68	PCE.....	34
ORFADIN.....	128	PEDIARIX.....	63
ORGOVYX.....	48	PEDVAXHIB.....	63
ORLISSA.....	97	peg3350/sod sulf, bicarb, cl/kcl.....	93
ORLADEYO.....	126	peg3350/sod sul/nacl/kcl/asb/c.....	93
orphenadrine.....	108	PEGANONE.....	77
oseltamivir.....	58	PEGASYS.....	59
OSMOLEX.....	54	PEGINTRON.....	59
OTEZLA.....	25	PEMAZYRE.....	50
OTOVEL.....	30	PENBRAYA.....	62
OTREXUP.....	24	penicillamine.....	24
OVACE.....	119	penicillin v potassium.....	35
OVIDE.....	123	PENTACEL.....	63
oxandrolone.....	94	pentamidine isethionate.....	45
oxaprozin.....	26, 27	PENTASA.....	92
OXAPROZIN.....	27	pentazocine hcl/naloxone hcl.....	22
OXAYDO.....	22	pentoxifylline.....	65
oxazepam.....	109	PERCOCET.....	21
OXBRYTA.....	64	PERFECT.....	105
oxcarbazepine.....	77	PERFECT POINT.....	103, 105
OXERVATE.....	86	PERIDEX.....	126
OXSORALEN-ULTRA.....	118	perindopril erbumine.....	70
OXTELLAR.....	77	permethrin.....	53
oxycodone hcl.....	21, 22	perphenazine.....	112, 116
oxycodone hcl/acetaminophen.....	21	perphenazine/amitriptyline hcl.....	112
OXYCODONE HCL ER.....	22	PHARMABASE BARRIER.....	121
oxymorphone hcl.....	22	PHASEAL.....	105
OZEMPIC.....	40, 41	PHEBURANE.....	89
OZOBAX.....	108	phenazopyridine hcl.....	24
P		phendimetrazine tartrate.....	52
pacerone.....	65	phenelzine sulfate.....	110
PACNEX.....	120	phenobarb/hyoscy/atropine/scop.....	91
PAIN EASE MEDIUM STREAM SPRAY.....	24	phenobarbital.....	91, 117
paliperidone.....	115	phenobarbital-belladonna elixr.....	91
PALYNZIQ.....	61	PHENOBARBITAL-BELLADONNA ELIXR.....	91
PANCREAZE.....	93	phenoxybenzamine.....	61
PANRETIN.....	52	phentermine.....	52
PAPAVERINE-ALPROSTADIL.....	127	PHENTOLAMINE-ALPROSTADIL.....	127
PARADIGM.....	105	phenylephrine.....	40, 85
PARAGARD.....	80	phenylephrine hcl/prometh hcl.....	40
paregoric.....	90	PHENYTEK.....	77

Índice de medicamentos

phenytoin.....	77	PR BENZOYL PEROXIDE	120
PHOSLYRA	87	PRECISION	81, 105
PHOSPHOLINE IODIDE.....	86	PRECISIONGLIDE	105
PHYSIOLYTE.....	118	PRECOSE.....	41
PHYSIOSOL.....	118	prednicarbate.....	122, 123
phytonadione.....	133	prednisolone	31, 84, 96
PICATO	52	prednisolone acetate	84
PIFELTRO.....	56	prednisolone sodium phosphate.....	84, 96
pilocarpine	61, 85, 86	prednisone	96
pimecrolimus.....	99	pregabalin	77
pimozide	114	PREMARIN.....	96
pindolol.....	71	PREMPHASE.....	96
pioglitazone	42	PREMPRO	96
pioglitazone hcl/glimepiride.....	42	prenatal 12/iron/folic/dss/om3.....	108
pioglitazone hcl/metformin hcl	42	PRENATAL 19.....	108
PIP LANCET	103	prenatal 34/iron/folic/dss/dha	108
PIQRAY	50	prenatal vits15/iron/folic/dss.....	108
pirfenidone	128	PREPIDIL.....	97
piroxicam.....	26	PREPOPIK	93
pitavastatin	73	PRESSURE.....	85, 86, 103
PLAQUENIL.....	44	PRESTALIA.....	68
PLAVIX.....	55	PRETOMANID	33
PLEGRIDY	76	PREVIDENT	87
PLIXDA	124	PREVNAR.....	62
PNEUMOVAX	62	PREVYMIS	58
pnv 22/iron, gluc/folic/dss/dha.....	108	PREZCOBIX.....	56
pnv 66/iron/folic/docusate/dha	108	PREZISTA	56
pnv 69/iron/folic/docusate/dha	108	PRIFTIN.....	33
pnv 80/iron fum/folic/dss/dha	108	PRIMAQUINE	44
pnv/ferrous fum/docusate/folic.....	108	primaquine phosphate	44
pnv/iron, carb/docusat/folic ac.....	108	PRIMEAIRE	107
pnv no.154.....	108	primidone	77
POCKET CHAMBER.....	107	PRIMLEV.....	21
PODOCON-25.....	120	PRIMSOL	32
podofilox.....	120	PRISMASOL.....	88
POLIBAR	82	probenecid	27
polydimethylsiloxanes/silicon.....	121	probenecid/colchicine	27
POMALYST.....	51	PROCARDIA.....	66
posaconazole	39	PROCARE.....	107
potassium	20	PROCHAMBER.....	107
potassium bicarbonate/cit ac.....	88	prochlorperazine.....	90
potassium chloride	88	PRO COMFORT.....	103, 106, 107
potassium citrate	88, 89	PRODIGY.....	103
potassium iodide/iodine	88	progesterone	97
pramipexole	54, 55	PROGLYCEM	87
prasugrel	55	PROGRAF.....	99
pravastatin	73	PROLENSA.....	85
praziquantel	44	PROMACTA.....	79
prazosin.....	69	promethazine.....	40, 81, 90

Índice de medicamentos

promethazine-codeine solution.....	81	ramipril.....	70
promethazine-codeine syrup.....	81	ranitidine.....	92
promethazine/dextromethorphan.....	81	ranolazine.....	65
promethazine/phenyleph/codeine.....	81	RAPAFLO.....	131
propafenone.....	65	RAPLIXA.....	64
propantheline bromide.....	89	rasagiline mesylate.....	54, 55
proparacaine/fluorescein sod.....	85	RAYALDEE.....	127
proparacaine hcl.....	85	RAZADYNE.....	60
propranolol.....	71, 72	READI-CAT 2.....	82
propylthiouracil.....	125	READYLANCE.....	103
PROQUAD.....	63	REBIF.....	76
PROSCAR.....	131	RECOMBIVAX HB.....	63
PROSTIN.....	97	RECOTHROM.....	64
protectives2/ceramide 1, 3, 6-ii.....	121	RECTIV.....	93
PROTOPIC.....	99	REGIMEX.....	52
protriptyline.....	113	REGLAN.....	92
PROVERA.....	79, 97	REGRANEX.....	120
PROVOCHOLINE.....	81	RELAGARD.....	44
PULMICORT.....	29	RELENZA.....	58
PURE COMFORT.....	103	RELEUKO.....	79
PURIXAN.....	47	RELIAMED.....	103
PUSH BUTTON.....	103	RELISTOR.....	38
pyrazinamide.....	32	RENACIDIN.....	88
PYRIDIUM.....	24	repaglinide.....	42
pyridostigmine bromide.....	60	REPATHA.....	73
pyrimethamine.....	44	REPLACEMENT PEDIATRIC MONITOR.....	101
Q		RESPA.....	80
QINLOCK.....	50	RESTASIS.....	86
QMIIZ ODT.....	26	RESTIZAN.....	120
QSYMIA.....	52	RETEVMO.....	50
QUADRACEL.....	63	RETIN.....	124
QUALAQUIN.....	44	REVLIMID.....	48
QUESTRAN.....	74	REXTOVY.....	38
quetiapine fumarate.....	115	REXULTI.....	116
QUILLIVANT.....	114	REYATAZ.....	57
quinapril.....	68, 70	REZDIFFRA.....	127
quinapril/hydrochlorothiazide.....	68	REZLIDHIA.....	51
quinidine gluconate.....	65	REZUROCK.....	131
quinine sulfate.....	44	REZVOGLAR KWIKPEN.....	41
QUTENZA.....	120	RHOPRESSA.....	86
QVAR.....	29	ribasphere.....	59
R		RIBASPHERE.....	59
RADIAGEL.....	129	RIDAURA.....	25
RADIAPLEXRX.....	121	rifabutin.....	32
RADICAVA ORS.....	75	RIFAMATE.....	33
RADIOGARDASE.....	129	rifampin.....	33
RAGWITEK.....	61	RIFATER.....	33
raloxifene.....	130	RIGHTEST.....	103
ramelteon.....	117	RILUTEK.....	75

Índice de medicamentos

riluzole.....	75	SCARTRATE.....	121
rimantadine.....	58	SCEMBLIX.....	50
RIMSO-50.....	23	scopolamine.....	91
ringer's.....	118	secobarbital sodium.....	117
RINVOQ.....	25	SECUADO.....	115
RIOMET.....	41	SECURESAFE.....	105
risedronate.....	130	SEGLUROMET.....	43
risperidone.....	115	selegiline.....	55
RITALIN.....	114	selenium sulfide.....	119
RITEFLO.....	107	SELZENTRY.....	56
ritonavir.....	57	SEN-SERTER.....	101
rivastigmine.....	60	SEROQUEL.....	115
rizatriptan benzoate.....	19	SEROSTIM.....	97
ROBAXIN.....	108	sertraline.....	111
ROBINUL.....	89	sevelamer.....	88
ROCALTROL.....	133	sevoflurane.....	24
ROCKLATAN.....	86	SFROWASA.....	92
roflumilast.....	30	SHINGRIX.....	63
ROMVIMZA.....	50	SIGNIFOR.....	97
ROSANIL.....	36	SIKLOS.....	64
rosuvastatin.....	73	sildenafil.....	67, 127
ROTARIX.....	62	SILICONE.....	107
ROTATEQ.....	62	silodosin.....	131, 132
ROXYBOND.....	23	SILVADENE.....	36
ROZLYTREK.....	50	silver nitrate.....	121, 124
RUBRACA.....	50	silver sulfadiazine.....	37
rufinamide.....	77, 78	SIMBRINZA.....	86
RUZURGI.....	76	SIMLANDI.....	46
RYBELSUS.....	41	SIMPONI.....	46
RYDAPT.....	50	simvastatin.....	72, 73
RYTARY.....	55	SINEMET.....	55
RYTHMOL.....	65	SINGLE.....	103
S		SINGULAIR.....	29
SAF-CLENS AF.....	122	sirolimus.....	99
SAFETY.....	101, 102, 103, 105	SIRTURO.....	33
SALAGEN.....	61	SITZMARKS.....	82
salicylic acid.....	120	SIVEXTRO.....	34
salicylic acid/ceramide comb 1.....	120	SKELAXIN.....	108
SALIMEZ.....	121	SKLICE.....	53
SALKERA.....	121	SKYLA.....	80
salsalate.....	24	SKYTROFA.....	97
SALVAX.....	121	SMART.....	102
SANCUSO.....	90	SMARTEST.....	104
SANTYL.....	124	sm isopropyl.....	130
SAPHRIS.....	115	sodium chloride for inhalation.....	128
SARAFEM.....	111	sodium chloride irrig solution.....	118
SAVAYSA.....	37	sodium chloride/nahco3/kcl/peg.....	93
SAVELLA.....	131	SODIUM CITRATE.....	37
SCALACORT.....	123	sodium fluoride/potassium nit.....	87

Índice de medicamentos

SODIUM OXYBATE.....	115, 117	sulfacetamide sod/sulfur/urea.....	37
sodium phenylbutyrate.....	89	sulfacetamide/sulfur/cleansr23.....	37
sodium polystyrene sulfonate.....	88	sulfact sod/sulur/avob/otn/oct.....	37
sodium polystyrene sulfon/sorb.....	88	sulfadiazine.....	31, 37
sod, pot chlor/mag/sod, pot phos.....	118	sulfamethoxazole/trimethoprim.....	31
SOHONOS.....	129	sulfasalazine.....	92
solifenacin.....	132	sumatriptan.....	19, 20
SOLIQUA.....	41	SUNOSI.....	117
SOLTAMOX.....	51	SUPER.....	102, 104
SOLUS.....	104	SUPREP.....	93
SOMAVERT.....	127	SURE COMFORT.....	104
SOOLANTRA.....	121	SURE-LANCE.....	104
SORBITOL.....	118	SURE-TOUCH.....	104
sotalol.....	71	SURGIFOAM.....	64
SOTYKTU.....	118	SURGISEAL.....	121
SOTYLIZE.....	71	SYMAX DUOTAB.....	91
SOVALDI.....	58	SYMLINPEN.....	41
SPACE CHAMBER.....	106, 107	SYMPROIC.....	38
SPECTRACEF.....	33	SYM TUZA.....	56
SPEVIGO.....	118	SYNALAR.....	36, 123
spinosad.....	53	SYNJARDY.....	43
SPIRIVA RESPIMAT.....	27	SYRINGE AVITENE.....	64
spironolact/hydrochlorothiazid.....	83	T	
spironolactone.....	83	TABLOID.....	47
SPRAVATO.....	109	TABRECTA.....	50
SPRITAM.....	78	TACHOSIL.....	64
sps.....	88	TACLONEX.....	124
SSKI.....	88	tacrolimus.....	99
STALEVO.....	55	tadalafil.....	67, 126, 127
STARLIX.....	42	TAFINLAR.....	47
STEGLATRO.....	41	TAGITOL.....	82
STELARA.....	99	TAGRISSO.....	50
STENDRA.....	127	TAKHZYRO.....	61
STERILANCE.....	104	TALTZ.....	118
STERILE.....	104	TALZENNA.....	50
STIMATE.....	95	tamsulosin.....	132
STIMUFEND.....	79	TAPAZOLE.....	125
STIOLTO RESPIMAT.....	28	TASMAR.....	55
STIVARGA.....	50	TAVALISSE.....	126
STRENSIQ.....	129	TAVNEOS.....	64
STRIBILD.....	58	tazarotene.....	119
STRIVERDI RESPIMAT.....	28	TAZVERIK.....	48
STROMECTOL.....	44	TC99M SULFUR COLLOID.....	81
SUBOXONE.....	131	TDVAX.....	63
SUCRAID.....	92	TECHLITE.....	104
sucralfate.....	91	TEGRETOL.....	78
SULAR.....	66	TEGSEDI.....	128
sulfacetamide.....	30, 31	TELCARE.....	104
sulfacetamide sodium.....	37, 119	telmisartan.....	69, 70

Índice de medicamentos

telmisartan-amlodipine	70	TOBRADEX	30
telmisartan-hctz	69	tobramycin	30, 31, 32
TEMIXYS	56	TOBRAMYCIN	32
TEMOVATE	123	tobramycin/dexamethasone	30
temozolomide	46	TOLAK	52
TENIVAC	63	tolbutamide	42
tenofovir disoproxil fumarate	57	tolcapone	55
TEPMETKO	50	tolmetin sodium	27
terazosin	69	tolterodine tart.	132
terbinafine	39	tolterodine tartrate	132
terbutaline	28	tolvaptan	82
terconazole	39	TOLVAPTAN	82
teriflunomide	76	TOPCARE	104
teriparatide	127, 130	TOPICORT	123
TERSI	119	topiramate	78
TERUMO	105	toremifene citrate	51
TESSALON PERLE	80	torsemide	83
testosterone	94, 95	TRACLEER	67
TESTOSTERONE	94	tramadol	21, 23
tetrabenazine	75	TRAMADOL	23
tetracaine	85	tramadol er	23
tetracycline	36	tramadol hcl	21, 23
TETRAVISC	85	TRAMADOL HCL	23
TEXACORT	123	tramadol hcl/acetaminophen	21
TEZSPIRE	130	trandolapril	68, 70
THALOMID	32	trandolapril/verapamil hcl	68
THEO-24	30	tranexamic acid	64
theophylline	30	TRANSDERM-SCOP	91
THIN LANCETS	102, 103, 104	TRANXENE	109
thioridazine	116	tranylcypromine sulfate	110
THROMBI-GEL	65	travoprost	86
THROMBIN-JMI	65	trazodone	111
THROMBI-PAD	65	TRECATOR	32
thyroid	125	TRELEGY ELLIPTA	29
THYROLAR	125	TREMFYA	98, 118, 119
tiagabine	78	TRESIBA	43
TIAZAC	66	tretinoin	51, 119, 124
TIBSOVO	51	TREXALL	47
ticlopidine	55	TREZIX	21
TIGLUTIK	75	triamcinolone acetonide	126
TIKOSYN	65	triamterene	83
timolol maleate	71, 86	triamterene/hydrochlorothiazid	83
TINDAMAX	44	triazolam	117
tinidazole	44	trichloroacetic acid	122
tiopronin	132	TRICOR	74
TISSEEL	121	trientine	129
TIVICAY	57	TRIENTINE HCL	129
tizanidine	108	trifluoperazine	116
TOBI	31		

Índice de medicamentos

trifluridine	58	ULTRA THIN	102, 104
TRIGLIDE.....	74	ULTRA-THIN II.....	104
trihexyphenidyl.....	53	ULTRATLC.....	104
TRIJARDY.....	43	ULTRAVATE	123
TRILIPIX	74	UNILET.....	101, 102, 104
trimethobenzamide.....	91	UNISTIK	102, 104, 106
trimethoprim	31, 32	UNIVERSAL.....	102, 104
trimipramine.....	113	UPTRAVI	68
TRI-MIX.....	127	URAMAXIN.....	121
TRIMO-SAN.....	44	urea	37, 45, 121
TRIUMEQ.....	56	UROCIT-K.....	89
TROKENDI.....	78	UROQID-ACID.....	89
tropicamide.....	86	UROXATRAL.....	132
tropium chloride.....	132	URSO	91
TRUE.....	104, 105	ursodiol	91
TRUE COMFORT	104	UTA	32
TRUE METRIX	81	V	
TRUEPLUS.....	104	valacyclovir	58
TRULANCE.....	92	VALCHLOR.....	52
TRULICITY.....	41	valganciclovir.....	58
TRUMENBA	62	valproic acid.....	78
TRUQAP	50	valsartan	69, 70
TRUSOPT	86	valsartan/hydrochlorothiazide.....	69
TUKYSA	50	VALTOCO.....	76
TURALIO	50	VALTREX	58
TUXARIN.....	81	vancomycin.....	36
TUZISTRA	81	VANFLYTA.....	51
TWINRIX.....	63	VANRAFIA	132
TWIST LANCETS.....	104	VAQTA	63
TYBLUME.....	80	vardenafil	126, 127
TYBOST.....	125	varenicline.....	125
TYENNE	99	VARIBAR.....	82
TYKERB.....	50	VARIVAX	64
TYRVAYA.....	129	VARUBI.....	91
TYVASO	68	VASCEPA.....	89
U		VASHE.....	118
UBRELVY.....	20	VAXELIS	63
UCERIS.....	96	VECAMEYL.....	70
UDENYCA	79	VELPHORO.....	88
UKONIQ	50	VELTASSA	88
ULESFIA.....	53	VEMLIDY	59
ULORIC.....	25	VENCLEXTA	51
ULTANE.....	24	venlafaxine.....	111, 112
ULTILET.....	104	VENTAVIS.....	68
ULTRA-CARE	104	verapamil	65, 66, 68
ULTRACET.....	21	VEREGEN	59
ULTRAFOAM.....	65	VERELAN	66
ULTRALANCE.....	104	VERIFINE.....	104, 105
ULTRAM.....	23	VERQUVO	67

Índice de medicamentos

VERZENIO	51
VFEND	39
V-GO	101
VIAGRA	127
VIBERZI	92
VIBRAMYCIN	36
vigabatrin	78
VIIBRYD	112
VUJOICE	125
vilazodone	112
VIMPAT	78
VIOKACE	93
VIREAD	57
VISTARIL	40
VISTOGARD	126
VITAFOL	108
vite ac/grape/hyaluronic acid.....	120
VITRAKVI	51
VIVAGUARD	104, 105
VIVJOA	39
VIZIMPRO	51
VOQUEZNA	93
voriconazole	39
VORTEX	107
VOSEVI	58
VOXZOGO	129
VOYDEYA	64
VRAYLAR	116
VUMERITY	76
VYKAT	130
VYLEESI	114
VYNDAMAX	129
VYNDAQEL	129

W

WAKIX	78
warfarin	37
water for irrigation, sterile	118
Wegovy	52
WIDE SEAL DIAPHRAGM	80
WINREVAIR	67
WP THYROID	125

X

XADAGO	55, 156
XALKORI	51
XARELTO	37
XATMEP	47
XCLAIR	120
XCOPRI	78

XDEMVI	53
XELJANZ	25
XELODA	47
XELSTRYM	60
XENICAL	53
XENLETA	35
XEPI	36
XERMELO	89
XIFAXAN	35
XIGDUO	43
XOFLUZA	58
XOLAIR	29
XOLREMDI	79
XOPENEX	28
XOSPATA	51
XPOVIO	51
XTAMPZA ER	23
XTANDI	46
XUREA	121
XURIDEN	87
XYWAV	117

Y

YUTREPIA	68
----------------	----

Z

zafirlukast	29
zaleplon	117
ZANAFLEX	108
ZARONTIN	78
ZARXIO	79
ZAVESCA	128
ZEJULA	51
ZELBORAF	47
ZEMPLAR	127
ZENATANE	119
ZENPEP	93
ZENZEDI	60
ZEPATIER	59
ZEPBOUND	52
ZETIA	74
zidovudine	56, 57
ZIEXTENZO	79
zileuton	27
ZIMHI	38
zinc oxide	121
ziprasidone	115
ZIRGAN	58
ZITHROMAX	34
ZOHYDRO ER	23

Índice de medicamentos

ZOKINVY126

ZOLINZA46

zolmitriptan20

zolpidem117

zonisamide.....78

ZORTRESS100

ZOSTAVAX.....64

ZTLIDO24

ZUBSOLV131

ZURZUVAE.....109

ZYDELIG.....51

ZYLET.....30

ZYLOPRIM25

ZYMFENTRA46

ZYVOX34

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 médicamente 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. Por lo general, el plan no cubre medicamentos para dejar de fumar, a excepción de lo exigido por ley o por los términos de su plan específico. Los costos y detalles completos de la cobertura de medicamentos con receta del plan, incluida una lista completa de exclusiones y limitaciones, 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.
3. 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.
4. 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).
5. 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).
6. **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).
7. Su plan paga el costo del envío estándar.
8. 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.
9. 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.
10. **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.
11. 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.
12. **Para los planes que deben cumplir con leyes de seguro estatales, como Delaware:** Es posible que su plan cubra medicamentos para la infertilidad y para dejar de fumar aunque en esta Lista de medicamentos se indique que su plan tal vez no los cubra. Para averiguar si su plan específico cubre estos medicamentos, inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com, o consulte los materiales de su plan.

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

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

La discriminación es ilegal.

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

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

Cigna Healthcare:

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



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

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

ACAGrievance@CignaHealthcare.com

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

También puede presentar una queja en materia de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
1.800.368.1019, 800.537.7697 (TDD)

Los formularios para presentar una queja están disponibles en <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>

Todos los productos y servicios de Cigna Healthcare se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de The Cigna Group, que incluyen a Cigna Health and Life Insurance Company, Connecticut General Life Insurance Company, Evernorth Behavioral Health, Inc., Evernorth Care Solutions, Inc. y HMO subsidiarias o compañías de servicios subsidiarias de Cigna Health Corporation, incluidas Cigna HealthCare of Arizona, Inc., Cigna HealthCare of California, Inc., Cigna HealthCare of Colorado, Inc., Cigna HealthCare of Connecticut, Inc., Cigna HealthCare of Florida, Inc., Cigna HealthCare of Georgia, Inc., Cigna HealthCare of Illinois, Inc., Cigna HealthCare of Indiana, Inc., Cigna HealthCare of St. Louis, Inc., Cigna HealthCare of North Carolina, Inc., Cigna HealthCare of New Jersey, Inc., Cigna HealthCare of South Carolina, Inc., Cigna HealthCare of Tennessee, Inc. y Cigna HealthCare of Texas, Inc. ATTENTION: If you speak languages other than English, language assistance services, free of charge are available to you. For current Cigna customers, call the number on the back of your ID card. Otherwise, call 1.800.244.6224 (TTY: Dial 711). ATENCIÓN: Si usted habla un idioma que no sea inglés, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Si es un cliente actual de Cigna

Proficiency of Language Assistance Services

English – ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-800-244-6224 (TTY: Dial 711) or speak to your provider.

Spanish – ATENCIÓN: Si habla español, los servicios de asistencia lingüística gratuitos están disponibles para usted. También están disponibles de forma gratuita ayudas y servicios auxiliares adecuados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-800-244-6224 (TTY: Marque 711) o hable con su proveedor.

Chinese – 注意: 如果您讲中文, 我们提供免费的语言援助服务。适当的辅助设备和服务也可以免费提供, 以提供无障碍格式的信息。请拨打 1-800-244-6224 (TTY: 拨打 711) 或与您的服务提供者联系。

Vietnamese – XIN LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Viet, dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí có sẵn cho bạn. Các thiết bị và dịch vụ hỗ trợ phù hợp để cung cấp thông tin ở định dạng có thể tiếp cận cũng có sẵn miễn phí. Gọi số 1-800-244-6224 (TTY: Gọi 711) hoặc nói chuyện với nhà cung cấp của bạn).

Korean – 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 무료 언어 지원 서비스가 제공됩니다. 접근 가능한 형식으로 정보를 제공하기 위한 적절한 보조 기기 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-800-244-6224 (TTY: 711 로 전화) 로 전화하시거나 제공자에게 문의하십시오.

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

Russian – ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском, доступны бесплатные услуги языковой помощи. Также бесплатно предоставляются соответствующие вспомогательные средства и услуги для предоставления информации в доступных форматах. Позвоните по телефону 1-800-244-6224 (TTY: Наберите 711) или обратитесь к вашему провайдеру.

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

French Creole – ATANSYON: Si ou pale Kreyòl Ayisyen, sèvis asistans lang gratis yo disponib pou ou. Ekipman ak sèvis adisyonèl ki apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm ki aksesib yo disponib tou gratis. Rele 1-800-244-6224 (TTY: Rele 711) oswa pale ak founisè ou a.

French – ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont disponibles pour vous. Des aides et des services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-800-244-6224 (TTY : composez le 711) ou parlez à votre fournisseur.

Portuguese – ATENÇÃO: Se você fala português, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Auxílios e serviços apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-800-244-6224 (TTY: disque 711) ou fale com seu prestador de serviços.

Polish – UWAGA: Jeśli mówisz po polsku, dostępne są bezpłatne usługi pomocy językowej. Odpowiednie pomoce i usługi wspierające w celu dostarczenia informacji w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1-800-244-6224 (TTY: wybierz 711) lub skontaktuj się ze swoim dostawcą usług.

Japanese – 注意: 日本語を話す場合は、無料の言語支援サービスが利用できます。アクセス可能な形式で情報を提供するための適切な補助機器やサービスも無料で利用できます。1-800-244-6224 (TTY: 711 にダイヤル) に電話するか、提供者に話してください。

Italian – ATTENZIONE: Se parli italiano, sono disponibili per te servizi gratuiti di assistenza linguistica. Sono disponibili gratuitamente anche ausili e servizi appropriati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama il numero 1-800-244-6224 (TTY: comporre il 711) o parla con il tuo fornitore.

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

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