



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

Cobertura a partir del 1 de enero de 2026

Para el estado de California

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

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

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

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

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



¿Qué encontrará adentro?	Página
Información sobre esta Lista de medicamentos	3
• Preguntas frecuentes	3
• Palabras que quizás necesite conocer	10
• Acerca de esta Lista de medicamentos	12
• Cómo leer esta Lista de medicamentos	12
• Cómo encontrar su medicamento	15
Lista de medicamentos con receta	18
Exclusiones y limitaciones de la cobertura	155
Índice de medicamentos	156

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

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

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

¿Tiene preguntas?

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

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

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

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Medicamentos 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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

herramienta *Price a Medication* (Conozca los precios de los medicamentos). Si al lado del nombre del medicamento aparece:

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

P. ¿Qué tipos de medicamentos generalmente necesitan aprobación?

R. Medicamentos que:

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

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

R. Medicamentos que:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- **Para las solicitudes no urgentes**, les informaremos la decisión a usted y a su médico dentro de las 72 horas. Si se aprueba, la cobertura se

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 comuniquen con nosotros para comenzar el proceso de revisión de la cobertura. Ellos saben cómo funciona el proceso de revisión y se ocuparán de todo por usted. Por si el personal del consultorio pregunta, pueden descargar un formulario de solicitud desde nuestro portal para proveedores en **cignaforhcp.com**.

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

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

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

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

R. Si usted y su médico consideran que un medicamento alternativo no será efectivo para usted, su médico podrá pedirnos que evaluemos la posibilidad de aprobar la cobertura de su medicamento actual. Pídale al personal del consultorio de su médico que se comuniquen 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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

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 comuniquen con nosotros para comenzar el proceso de revisión de la cobertura.

Podrá adquirir el medicamento de todos modos (sin usar su plan/seguro), pero pagará el precio total en la farmacia. En ese caso, lo que pague no podrá aplicarse a su deducible anual ni al desembolso máximo.

P. ¿Qué pasa si trato de que me despachen un medicamento con receta que tiene un límite de cantidad?

R. Su farmacéutico solo le despachará la cantidad que cubra su plan. Si usted quiere que le despachen más de la cantidad permitida, el personal del consultorio puede pedirnos que cubramos esa cantidad mayor a través de nuestro proceso de revisión.

P. ¿Todos los medicamentos incluidos en esta Lista de medicamentos están aprobados por la FDA?

R. Sí.

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

R. Nosotros revisamos todos los medicamentos y productos recientemente aprobados para determinar si deberían estar cubiertos y, en ese caso, con qué costo compartido (en qué nivel).

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

Esto incluye, a modo de ejemplo, medicamentos, suministros médicos y/o dispositivos cubiertos por los beneficios de farmacia estándares. Desde la fecha de aprobación de la FDA, nuestra decisión puede demorar hasta seis meses.

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

P. ¿Qué son los medicamentos preventivos?

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

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.

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

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,
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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

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.

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:

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

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).

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.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

- **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**, 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.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Palabras que quizás necesite conocer (cont.)

- **Nivel de medicamentos:** Un grupo de medicamentos con receta que corresponde a un nivel específico de costo compartido en su póliza de seguro de salud. El nivel de medicamentos en el cual se incluye un medicamento con receta determina la parte del costo del medicamento que usted debe pagar.
- **Solicitud de excepción:** Una solicitud de cobertura de un medicamento no incluido en el Formulario. Si usted, la persona que usted designe o el proveedor de cuidado de la salud que le emite recetas presentan una solicitud de cobertura de un medicamento no incluido en el Formulario, su aseguradora debe cubrir el medicamento no incluido en el Formulario cuando sea médicamente necesario que usted tome el medicamento.
- **Circunstancias apremiantes:** Cuando usted sufre una condición médica que puede poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad para recuperar su funcionamiento pleno, o cuando usted se está realizando un tratamiento con un medicamento no incluido en el Formulario.
- **Formulario o Lista de medicamentos con receta:** La lista de medicamentos cubiertos por su póliza de seguro de salud en virtud del beneficio de medicamentos con receta de la póliza.
- **Medicamento genérico:** Un medicamento que es igual a su equivalente de marca en términos de dosis, concentración, efecto, forma de tomarse, calidad, seguridad y uso previsto. En este Formulario, los medicamentos genéricos están escritos en *minúscula cursiva*.
- **Médicamente necesarios:** Los beneficios de cuidado de la salud necesarios para diagnosticar, tratar o prevenir una condición médica o sus síntomas, y que cumplen con los estándares aceptados de la medicina. Por lo general, los seguros de salud no cubren los beneficios de cuidado de la salud que no son médicamente necesarios.
- **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 Value 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 Value de 3 niveles de Cigna Healthcare.*

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

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Cómo encontrar su medicamento

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

Condición	Página	Condición	Página
Analgésicos (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	19-23	Antiinfecciosos/Varios (varios)	48
Analgésicos (condiciones urinarias)	24	Antiinfecciosos/Varios (condiciones cutáneas)	48
Anestésicos (varios)	24	Agentes inhibidores del factor de necrosis tumoral antiinflamatorios (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	48, 49
Anestésicos (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	24	Antineoplásicos (cáncer)	49-56
Anestésicos (condiciones urinarias)	24	Antineoplásicos (condiciones cutáneas)	57
Antialérgicos (alergia y rociadores nasales)	25	Medicamentos contra la obesidad (control del peso)	57, 58
Antiartríticos (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	25-28	Antiparasitarios (condiciones oculares)	58
Antiasmáticos (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	28-30	Antiparasitarios (infecciones)	58
Antibióticos (alergia/rociadores nasales)	30	Medicamentos antiparkinsonianos (enfermedad de Parkinson)	58-60
Antibióticos (medicamentos para los oídos)	30, 31	Medicamentos antiplaquetarios (diluyentes de la sangre/anticoagulantes)	60
Antibióticos (condiciones oculares)	31, 32	Antivíricos (SIDA/VIH)	60-63
Antibióticos (infecciones)	32-37	Antivíricos (condiciones oculares)	63
Antibióticos (condiciones cutáneas)	37, 38	Antivíricos (infecciones)	63-65
Anticoagulantes (diluyentes de la sangre/ anticoagulantes)	38-40	Antivíricos (condiciones cutáneas)	65
Antídotos (condiciones gastrointestinales/ pirosis)	40	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (alergia/rociadores nasales)	65
Antídotos (abuso de sustancias)	40, 41	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (enfermedad de Alzheimer)	65, 66
Antimicóticos (condiciones oculares)	41	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (trastorno de déficit de atención e hiperactividad)	66
Antimicóticos (productos femeninos)	41	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	67
Antimicóticos (infecciones)	41	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (condiciones urinarias)	67
Antimicóticos (condiciones cutáneas)	42	Productos biológicos (alergia/rociadores nasales)	67
Antihistamínicos y descongestivos combinados (alergia/rociadores nasales)	42	Productos biológicos (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	67
Antihistamínicos (alergia/rociadores nasales)	42, 43	Productos biológicos (varios)	67
Antihistamínicos (condiciones oculares)	43	Productos biológicos (vacunas)	67-70
Antihiper glucémicos (diabetes)	43-46		
Antiinfecciosos (productos femeninos)	46		
Antiinfecciosos (infecciones)	47		
Antiinfecciosos/Varios (productos femeninos)	47		
Antiinfecciosos/Varios (infecciones)	47, 48		

Información sobre esta Lista de medicamentos

Cómo encontrar su medicamento (cont.)

Condición	Página	Condición	Página
Sangre (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)	70, 71	Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (condiciones oculares)	94-97
Sangre (diluyentes de la sangre/ anticoagulantes)	71	Elect./calóricos/H2O (medicamentos para el colesterol)	97
Medicamentos para enfermedades cardíacas (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	71-74	Elect./calóricos/H2O (productos dentales)	97
Cardiovasculares (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	74, 75	Elect./calóricos/H2O (diabetes)	98
Cardiovasculares (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	75-79	Elect./calóricos/H2O (varios)	98
Cardiovasculares (medicamentos para el colesterol)	79-82	Elect./calóricos/H2O (nutritivos/alimenticios)	98-100
CARDIOVASCULARES (Varios)	82	Elect./calóricos/H2O (condiciones urinarias)	100
Medicamentos para el sistema nervioso central (enfermedad de Alzheimer)	82	Gastrointestinales (medicamentos para el colesterol)	100
Medicamentos para el sistema nervioso central (varios)	83	Gastrointestinales (condiciones gastrointestinales/pirosis)	100-106
Medicamentos para el sistema nervioso central (esclerosis múltiple)	83, 84	Gastrointestinales (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	106
Medicamentos para el sistema nervioso central (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	84	Hormonas (agentes hormonales)	106-112
Medicamentos para el sistema nervioso central (trastornos convulsivos)	84-87	Hormonas (infertilidad)	112
Medicamentos para el sistema nervioso central (trastornos del sueño/sedantes)	87	Hormonas (varias)	113
Factores estimulantes de colonias (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)	87, 88	Hormonas (productos para la osteoporosis)	113
Anticonceptivos (productos anticonceptivos)	88, 89	Inmunosupresores (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	113
Preparaciones para la tos/el resfrío (alergia/rociadores nasales)	89	Inmunosupresores (condiciones cutáneas)	114
Preparaciones para la tos/el resfrío (medicamentos para la tos/el resfrío)	90	Inmunosupresores (medicamentos para trasplante)	114
DIAGNÓSTICO (Diabetes)	90	Dispositivos y suministros médicos varios, no farmacológicos (diabetes)	114-118
Diagnóstico (varios)	91, 92	Dispositivos y suministros médicos varios, no farmacológicos (varios)	118-124
Diuréticos (diuréticos)	92, 93	Relajantes musculares (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	125
Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (alergia/rociadores nasales)	93, 94	Vitaminas prenatales (nutritivas/alimenticias)	125, 126
Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (medicamentos para los oídos)	94	Medicamentos psicoterapéuticos (ansiedad/depresión/trastorno bipolar)	126-130
		Medicamentos psicoterapéuticos (trastorno de déficit de atención e hiperactividad)	130-132
		Medicamentos psicoterapéuticos (varios)	132
		Medicamentos psicoterapéuticos (esquizofrenia/antipsicóticos)	132-134
		Medicamentos psicoterapéuticos (trastornos del sueño/sedantes)	134

Información sobre esta Lista de medicamentos

Cómo encontrar su medicamento (cont.)

Condición	Página	Condición	Página
Sedantes/hipnóticos (trastornos del sueño/sedantes)	134, 135	Productos farmacológicos no clasificados (disfunción eréctil)	147
Preparaciones cutáneas (varias)	134	Productos farmacológicos no clasificados (condiciones gastrointestinales/pirosis)	147, 148
Preparaciones cutáneas (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	136, 137	Productos farmacológicos no clasificados (agentes hormonales)	148
Preparaciones cutáneas (condiciones cutáneas)	137-143	Productos farmacológicos no clasificados (varios)	148-151
Agentes para dejar de fumar (productos para dejar de fumar)	143, 144	Productos farmacológicos no clasificados (nutritivos/alimenticios)	151
Preparaciones para la tiroides (agentes hormonales)	144, 145	Productos farmacológicos no clasificados (productos para la osteoporosis)	151, 152
Productos farmacológicos no clasificados (SIDA/VIH)	145	Productos farmacológicos no clasificados (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	152
Productos farmacológicos no clasificados (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	145, 146	Productos farmacológicos no clasificados (condiciones cutáneas)	152
Productos farmacológicos no clasificados (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)	146	Productos farmacológicos no clasificados (abuso de sustancias)	152
Productos farmacológicos no clasificados (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	146	Productos farmacológicos no clasificados (medicamentos para trasplante)	152
Productos farmacológicos no clasificados (cáncer)	146	Productos farmacológicos no clasificados (condiciones urinarias)	153, 154
Productos farmacológicos no clasificados (productos dentales)	147	Productos farmacológicos no clasificados (control del peso)	154
		Vitaminas (nutritivas/alimenticias)	154

Lista de medicamentos con receta

ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)

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

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES ANTIMIGRAÑOSAS (cont.)		
<i>rizatriptan benzoate</i> (Maxalt)	T1	QL (12 tabs/30 days)
<i>rizatriptan 10 mg odt</i> (Maxalt Mlt)	T1	QL (12 tabs/30 days)
<i>rizatriptan 10 mg tablet</i> (Maxalt)	T1	QL (12 tabs/30 days)
<i>rizatriptan 5 mg odt</i>	T1	QL (12 tabs/30 days)
<i>rizatriptan 5 mg tablet</i>	T1	QL (12 tabs/30 days)
<i>sumatriptan</i>	T1	QL (2 boxes/30 days)
<i>sumatriptan 4 mg/0.5 ml cart</i>	T1	QL (4ml/30 days)
<i>sumatriptan 4 mg/0.5 ml inject</i>	T1	QL (4ml/30 days)
<i>sumatriptan 6 mg/0.5 ml cart</i>	T1	QL (4ml/30 days)
<i>sumatriptan 6 mg/0.5 ml inject</i>	T1	QL (4ml/30 days)
<i>sumatriptan 6 mg/0.5 ml syrng</i>	T1	QL (4ml/30 days)
<i>sumatriptan 6 mg/0.5 ml vial</i>	T1	QL (5ml/30 days)
<i>sumatriptan succ 100 mg tablet</i>	T1	QL (9 tabs/30 days)
<i>sumatriptan succ 25 mg tablet</i>	T1	QL (9 tabs/30 days)
<i>sumatriptan succ/naproxen sod</i>	T1	QL (18 tabs/30 days)
UBRELVY	T2	PA QL (0.67 tabs/day)
<i>zolmitriptan</i>	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 (40mg/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 (4 mls/day)
<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>meloxicam 15 mg tablet</i>	T1	HD
<i>meloxicam 7.5 mg tablet</i> (Mobic)	T1	HD
<i>mefenamic acid</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

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANALGÉSICOS NO SALICILATOS		
<i>naproxen dr 375 mg tablet</i> (Ec-Naprosyn)	T1	HD
<i>naproxen dr 500 mg tablet</i> (Ec-Naprosyn)	T1	HD
ZAVZPRET	T2	PA QL (6 units/30 days)
<i>acetamin-codein 300-30 mg/12.5</i>	T1	
<i>acetaminop-codeine 120-12 mg/5</i>	T1	
<i>acetaminophen-cod #2 tablet</i>	T1	PA
<i>acetaminophen-cod #3 tablet</i>	T1	PA
<i>acetaminophen-cod #4 tablet</i>	T1	PA
APADAZ	T3	
BENZHYDROCODONE-ACETAMINOPHEN	T1	
<i>hydrocodone/acetaminophen</i>	T1	PA
<i>hydrocodone/acetaminophen</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
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

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
COMB. DE ANALGÉSICOS OPIOIDES, NO SALICILATOS Y XANTINAS (cont.)		
<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)
BUTRANS (<i>buprenorphine</i>)	T3	QL (4 patches/28 days)
<i>codeine sulfate</i>	T1	PA
DURAGESIC (<i>fentanyl</i>)	T3	PA
<i>fentanyl</i>	T1	PA
<i>fentanyl</i> (Duragesic)	T1	PA
FENTANYL CITRATE	T1	PA
<i>fentanyl citrate</i> (Actiq)	T1	PA
FENTORA	T3	PA
<i>hydrocodone bitartrate</i> (Hysingla Er)	T1	PA
<i>hydrocodone bitartrate</i> (Zohydro Er)	T1	PA
<i>hydromorphone hcl</i>	T1	PA
<i>hydromorphone hcl</i> (Dilaudid)	T1	PA
HYSINGLA ER (<i>hydrocodone bitartrate er</i>)	T2	PA
KADIAN (<i>morphine sulfate er</i>)	T3	PA
LAZANDA	T3	PA
<i>meperidine hcl</i>	T1	PA
MORPHABOND ER	T2	PA
<i>morphine sulfate</i>	T1	PA
<i>morphine sulfate</i> (Kadian)	T1	PA
<i>morphine sulfate</i> (Ms Contin)	T1	PA
MS CONTIN (<i>morphine sulfate er</i>)	T3	PA
NUCYNTA	T2	PA
NUCYNTA ER	T3	PA
<i>opium/belladonna alkaloids</i>	T1	PA
OXAYDO	T3	PA

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANALGÉSICOS OPIOIDES (cont.)		
<i>oxycodone hcl (ir) 10 mg tab</i>	T1	PA
<i>oxycodone hcl (ir) 15 mg tab</i> (Roxicodone)	T1	PA
<i>oxycodone hcl (ir) 20 mg tab</i>	T1	PA
<i>oxycodone hcl (ir) 30 mg tab</i> (Roxicodone)	T1	PA
<i>oxycodone hcl (ir) 5 mg cap</i>	T1	PA
<i>oxycodone hcl (ir) 5 mg tablet</i> (Roxicodone)	T1	PA
<i>oxycodone hcl 100 mg/5 ml conc</i>	T1	PA
<i>oxycodone hcl 5 mg/5 ml cup</i>	T1	PA
<i>oxycodone hcl 5 mg/5 ml soln</i>	T1	PA
OXYCODONE HCL ER	T1	PA
<i>oxymorphone hcl</i>	T1	PA
<i>pentazocine hcl/naloxone hcl</i>	T1	PA
ROXYBOND	T3	PA
<i>tramadol hcl 50 mg tablet</i>	T1	QL (8 tabs/day)
TRAMADOL HCL 75 MG TABLET	T3	QL (< 18 yo 5 tabs/day)
<i>tramadol hcl 100 mg tablet</i>	T1	QL (4 tabs/day)
<i>tramadol er 100 mg, 200mg, 300mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
TRAMADOL HCL ER 100 MG CAPSULE	T1	QL (1 cap/day)
<i>tramadol hcl er 100 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
TRAMADOL HCL ER 150 MG, 200 MG, 300 MG CAPSULE	T1	QL (1 cap/day)
<i>tramadol hcl er 200 mg, 300 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
ULTRAM (<i>tramadol hcl</i>)	T3	QL (8 tabs/day)
XTAMPZA ER	T2	PA
ZOHYDRO ER (<i>hydrocodone bitartrate er</i>)	T3	PA
ANALGÉSICOS OPIOIDES Y SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
<i>codeine/butalbital/asa/cafein</i> (Fiorinal With Codeine #3)	T1	PA
FIORINAL WITH CODEINE #3 (<i>butalbital compound-codeine</i>)	T3	PA
ANALGÉSICOS OPIOIDES, NO SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
<i>butalbit/acetamin/caff/codeine</i>	T1	PA
<i>butalbit/acetamin/caff/codeine</i> (Fioricet With Codeine)	T1	PA
FIORICET WITH CODEINE (<i>butalb-acetaminoph-caff-codein</i>)	T3	PA
RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS, ANALGÉSICOS SALICILATOS, OPIOIDES		
<i>carisoprodol/aspirin/codeine</i>	T1	PA

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANALGÉSICOS (Condiciones urinarias)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANALGÉSICOS DE LAS VÍAS URINARIAS		
ELMIRON	T3	
RIMSO-50	T2	
ANESTÉSICOS (Varios)		
ANESTÉSICOS GENERALES, PARA INHALACIÓN		
<i>desflurane</i> (Suprane)	T1	
<i>isoflurane</i>	T1	
<i>isoflurane</i>	T3	
<i>sevoflurane</i> (Ultane)	T1	
ULTANE (<i>sevoflurane</i>)	T3	
ANESTÉSICOS LOCALES		
<i>lidocaine hcl</i>	T1	
ANESTÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
ANESTÉSICOS LOCALES TÓPICOS		
<i>desflurane</i> (Suprane)	T1	
<i>isoflurane</i>	T1	
<i>isoflurane</i>	T3	
<i>sevoflurane</i> (Ultane)	T1	
SUPRANE	T3	
ULTANE (<i>sevoflurane</i>)	T3	
<i>lidocaine 5% ointment</i>	T1	QL (145gm/30 days)
<i>lidocaine 5% patch</i> (Lidoderm)	T1	
<i>lidocaine 5% patch</i> (Lidocan II)	T1	
<i>lidocaine hcl</i>	T3	
<i>lidocaine/prilocaine</i>	T1	
LIDODERM (<i>lidocaine</i>)	T3	
PAIN EASE MEDIUM STREAM SPRAY	T3	
ZTLIDO	T2	
ANESTÉSICOS (Condiciones urinarias)		
AGENTES ANESTÉSICOS/ANALGÉSICOS DE LAS VÍAS URINARIAS (COLORANTES AZODERIVADOS)		
<i>phenazopyridine hcl</i> (Pyridium)	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

ANTIALÉRGICOS (Alergia/rociadores nasales)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS		
cromolyn 100 mg/5 ml oral conc (Gastrocrom)	T1	
ANTIARTRÍTICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS, SALICILATOS		
DISALCID (<i>salsalate</i>)	T3	HD
salsalate (Disalcid)	T1	HD
AGENTES ANTIARTRÍTICOS Y QUELANTES		
DEPEN (<i>penicillamine</i>)	T3	PA SP
penicillamine	T1	PA SP
penicillamine (Depen)	T1	PA SP
AGENTES ANTIARTRÍTICOS, ANTAGONISTAS DE LOS FOLATOS		
OTREXUP	T2	PA
ANTIINFLAMATORIOS, INHIBIDORES DE LA SÍNTESIS DE PIRIMIDINAS		
ARAVA (<i>leflunomide</i>)	T3	HD
leflunomide (Arava)	T1	HD
ANTIINFLAMATORIOS, INHIB. DE LA FOSFODIESTERASA-4 (PDE4)		
OTEZLA 10-20 MG STARTER 28 DAY	T2	PA QL(55 tabs/365 days) SP HD
OTEZLA 10-20-30MG START 28 DAY	T2	PA QL(55 tabs/365 days) SP HD
OTEZLA 20 MG TABLET	T2	PA QL(2 tabs/day) 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		
COLCHICINE	T1	HD
colchicine 0.6 mg capsule (Mitigare)	T1	HD
colchicine 0.6 mg tablet (Colcrys)	T1	HD
COLCRYS (<i>colchicine</i>)	T3	HD
MITIGARE	T3	HD
MITIGARE (colchicine)	T2	HD
SALES DE ORO		
RIDAURA	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

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
TRAT. DE LA HIPERURICEMIA - INHIBIDORES DE LA XANTINA OXIDASA		
<i>allopurinol</i> (Zyloprim)	T1	HD
<i>febuxostat 40 mg tablet</i> (Uloric)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>febuxostat 80 mg tablet</i> (Uloric)	T1	HD
LEQSELVI	T3	PA QL(2 tabs/day) SP 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)		
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
COMB. CONTRAIRITANTE DE ANTIINFLAMATORIO NO ESTEROIDEO Y RUBEFACIENTE TÓPICO		
COMFORT PAC-IBUPROFEN	T3	
COMFORT PAC-MELOXICAM	T3	
COMFORT PAC-NAPROXEN	T3	
ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (INHIB. NO ESPECÍFICOS DE LA COX) Y ANÁLOGOS DE LA PROSTAGLANDINA		
ARTHROTEC 50 (<i>diclofenac sodium-misoprostol</i>)	T3	ST HD
ARTHROTEC 75 (<i>diclofenac sodium-misoprostol</i>)	T3	ST HD
<i>diclofenac sodium/misoprostol</i> (Arthrotec 50)	T1	HD
<i>diclofenac sodium/misoprostol</i> (Arthrotec 75)	T1	HD
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA		
ANAPROX DS (<i>naproxen sodium ds</i>)	T3	ST HD
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

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA (cont.)		
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>	T1	HD
<i>flurbiprofen</i>	T1	HD
<i>ibuprofen</i>	T1	HD
<i>indomethacin 25 mg/5 ml susp</i> (Indocin)	T1	HD
<i>indomethacin</i>	T1	HD
<i>indomethacin 50 mg suppository</i> (Indocin)	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
OXAPROZIN 300 MG CAPSULE	T3	HD
<i>oxaprozin 600 mg caplet</i> (Daypro)	T1	HD
<i>oxaprozin 600 mg tablet</i> (Daypro)	T1	HD
<i>piroxicam</i> (Feldene)	T1	HD
QMIIZ ODT 15 MG TABLET	T3	ST HD
QMIIZ ODT 7.5 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST HD
<i>tolmetin sodium</i>	T1	HD
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, INHIBIDOR SELECTIVO DE LA CICLOOXIGENASA-2 (COX-2)		
<i>celecoxib 100 mg capsule</i> (Celebrex)	T1	QL (2 caps/day) HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, INHIBIDOR SELECTIVO DE LA CICLOOXIGENASA-2 (COX-2) (cont.)		
<i>celecoxib 200 mg capsule</i> (Celebrex)	T1	QL (2 caps/day) HD
<i>celecoxib 400 mg capsule</i> (Celebrex)	T1	ST QL (1 cap/day) HD
<i>celecoxib 50 mg capsule</i> (Celebrex)	T1	ST 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
STRIVERDI RESPIMAT	T2	QL (1 inhaler/30 days) HD
SPIRIVA RESPIMAT	T2	HD
ANTICOLINÉRGICOS, DE INHALACIÓN ORAL, ACCIÓN RÁPIDA		
ATROVENT HFA	T2	HD
<i>ipratropium bromide</i>	T1	HD
AGENTES ADRENÉRGICOS BETA		
<i>albuterol sulf 2 mg/5 ml syrup</i>	T1	HD
<i>albuterol 8 mg/20 ml syrup cup</i>	T1	HD
<i>albuterol sulfate 2 mg tab</i>	T1	HD
<i>albuterol sulfate 4 mg tab</i>	T1	HD
AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS, ACCIÓN RÁPIDA		
<i>albuterol sulfate er 8 mg tab</i>	T1	HD
<i>albuterol 15 mg/3 ml solution</i>	T1	
<i>albuterol 75 mg/15 ml soln</i>	T1	
<i>albuterol 2.5 mg/0.5 ml sol</i>	T1	
<i>albuterol 5 mg/ml solution</i>	T1	
<i>albuterol sul 0.63 mg/3 ml sol</i>	T1	
<i>albuterol sul 1.25 mg/3 ml sol</i>	T1	
<i>albuterol sul 2.5 mg/3 ml soln</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS, ACCIÓN RÁPIDA		
<i>albuterol hfa 90 mcg inhaler</i> (Proair Hfa)	T1	QL (8.5gm/30 days)
ALBUTEROL SULFATE HFA	T1	QL (8.5gm/30 days)
<i>levalbuterol hcl</i> (Xopenex Concentrate)	T1	
<i>levalbuterol hcl</i> (Xopenex)	T1	
<i>metaproterenol sulfate</i>	T1	HD
<i>terbutaline sulfate</i>	T1	HD
XOPENEX (<i>levalbuterol hcl</i>)	T3	
XOPENEX CONCENTRATE (<i>levalbuterol concentrate</i>)	T3	
AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS POR VÍA ORAL, ACCIÓN PROLONGADA		
<i>arformoterol tartrate</i> (Brovana)	T1	QL(4 mls/day) HD
<i>formoterol fumarate</i> (Perforomist)	T1	QL(240 mls/30 days) HD
COMBO DE ADRENÉRGICOS BETA Y ANTICOLINÉRGICOS, INHALADOS		
ANORO ELLIPTA	T2	HD
COMBIVENT RESPIMAT	T2	QL
<i>ipratropium/albuterol sulfate</i>	T2	HD
STIOLTO RESPIMAT INHAL SPRAY	T2	HD
COMBO DE ADRENÉRGICOS BETA Y GLUCOCORTICOIDES, INHALADOS		
AIRSUPRA	T2	QL(2 inhalers/28 days) HD
AIRDUO DIGIHALER	T3	ST HD
<i>budesonide/formoterol fumarate</i> (Symbicort)	T1	QL HD
DULERA	T2	HD
<i>fluticasone propion/salmeterol</i>	T1	QL(1 inhaler/30 days)
<i>fluticasone-salmeterol</i> 100-50 (Advair Diskus)	T1	QL(1 inhaler/30 days) HD
<i>fluticasone-salmeterol</i> 250-50 (Advair Diskus)	T1	QL(1 inhaler/30 days) HD
<i>fluticasone-salmeterol</i> 500-50 (Advair Diskus)	T1	QL(1 inhaler/30 days) HD
FLUTICASONE-SALMETEROL 113-14	T1	QL(1 Inhaler/30 days) HD
FLUTICASONE-SALMETEROL 232-14	T1	QL(1 inhaler/30 days) HD
FLUTICASONE-SALMETEROL 55-14	T1	QL(1 Inhaler/30 days) HD
ADRENÉRGICOS BETA-ANTICOLINÉRGICOS-GLUCOCORT., INHALADOS		
BREZTRI AEROSPHERE	T2	
TRELEGY ELLIPTA	T2	
GLUCOCORTICOIDES, PARA INHALACIÓN ORAL		
<i>budesonide</i> (Pulmicort)	T1	HD
ALVESCO	T2	HD
ASMANEX HFA	T2	QL(1 inhaler/30 days) HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
GLUCOCORTICOIDES, PARA INHALACIÓN ORAL (cont.)		
ASMANEX TWISTHALER	T2	QL
ASMANEX TWISTHALER 110 MCG #30	T2	QL(1 inhaler/30 days) HD
ASMANEX TWISTHALER 220 MCG #14	T2	HD
ASMANEX TWISTHALER 220 MCG #30	T2	QL(1 inhaler/30 days) HD
ASMANEX TWISTHALER 220 MCG #60	T2	QL(1 inhaler/30 days) HD
ASMANEX TWISTHALER 220 MCG #120	T2	QL(1 inhaler/30 days) HD
budesonide (Pulmicort)	T1	HD
FLOVENT DISKUS	T2	HD
FLOVENT HFA	T2	HD
FLUTICASONE PROP 100MCG DISKUS	T3	QL HD
FLUTICASONE PROP 250 MCG DISK	T3	QL HD
FLUTICASONE PROP 50 MCG DISKUS	T3	QL HD
QVAR REDHALER	T2	HD
ANTAGONISTAS ALFA DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-5 (IL-5), ANTICUERPOS MONOCLONALES		
FASENRA PEN	T2	PA SP HD
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LEUCOTRIENOS		
ACCOLATE (zafirlukast)	T3	HD
montelukast sodium (Singulair)	T1	HD
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
DALIRESP 500 MCG TABLET	T3	QL (2 tabs/day) HD
roflumilast 250 mcg tablet (Daliresp)	T3	QL (28 tabs/180 days) HD
roflumilast 500 mcg tablet (Daliresp)	T3	QL (2 tabs/day) HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

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

XANTINAS

THEO-24	T2	HD
<i>theophylline anhydrous</i>	T1	HD

ANTIBIÓTICOS (Alergia/rociadores nasales)

PREPARACIONES NASALES ANTIBIÓTICAS

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

ANTIBIÓTICOS (Medicamentos para los oídos)

PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIBIÓTICAS

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

PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIBIÓTICOS ANTIINFLAMATORIOS

CIPRODEX (<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>)	T3	
<i>ciprofloxacin hcl/dexameth</i>	T1	
OTOVEL	T3	

ANTIBIÓTICOS (Condiciones oculares)

COMBINACIONES DE ANTIBIÓTICOS PARA LOS OJOS Y GLUCOCORTICOIDES

<i>neomycin/bacit/p-myx/hydrocort</i>	T1	
<i>neomycin/polymyxin b/dexametha</i> (Maxitrol)	T1	
<i>neomycin/polymyxin b/hydrocort</i>	T1	
TOBRADEX EYE OINTMENT	T3	
TOBRADEX (<i>tobramycin-dexamethasone</i>)	T3	
TOBRADEX ST	T2	
TOBRADEX ST 0.3-0.05% DROP	T2	
<i>tobramycin/dexamethasone</i> (Tobradex)	T1	
ZYLET	T3	

SULFONAMIDAS PARA LOS OJOS

BLEPH-10 (<i>sulfacetamide sodium</i>)	T3	
BLEPHAMIDE	T3	
<i>sulfacetamide sodium</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Condiciones oculares) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SULFONAMIDAS PARA LOS OJOS (cont.)		
<i>sulfacetamide sodium</i> (Bleph-10)	T1	
<i>sulfacetamide/prednisolone sp</i>	T1	
ANTIBIÓTICOS OFTÁLMICOS		
AZASITE	T2	
AZASITE 1% EYEDROPS	T2	
BACIGUENT (<i>bacitracin</i>)	T3	
<i>bacitracin</i>	T1	
<i>bacitracin</i> (Baciguent)	T1	
<i>bacitracin/polymyxin b sulfate</i>	T1	
BESIVANCE	T2	
BESIVANCE 0.6% SUSP	T2	
<i>erythromycin base</i>	T1	
<i>gatifloxacin</i>	T1	
<i>gentamicin sulfate</i>	T1	
<i>levofloxacin</i>	T1	
MOXEZA (<i>moxifloxacin</i>)	T3	
<i>moxifloxacin hcl</i> (Moxeza)	T1	
<i>moxifloxacin hcl</i> (Vigamox)	T1	
<i>neomycin sulf/bacitracin/poly</i>	T1	
<i>neomycin/polymyxn b/gramicidin</i>	T1	
<i>ofloxacin</i> (Ocuflox)	T1	
<i>tobramycin 0.3% eye drop</i>	T1	
ANTIBIÓTICOS (Infecciones)		
AGENTES ANTIBACTERIANOS TIPO SULFONAMIDAS ABSORBIBLES		
BACTRIM (<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>)	T3	
BACTRIM DS (<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>)	T3	
<i>sulfadiazine</i>	T1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i> (Bactrim Ds)	T1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i> (Bactrim)	T1	
ANTIBIÓTICOS AMINOGLUCÓSIDOS		
ARIKAYCE	T3	PA SP
<i>gentamicin sulfate</i>	T1	
<i>gentamicin sulfate/pf</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS AMINOGLUCÓSIDOS (cont.)		
KITABIS PAK	T3	PA QL (10ml/day) SP HD
<i>neomycin sulfate</i>	T1	
TOBI PODHALER	T2	PA QL (8 caps/day) SP HD
<i>tobramycin 20 mg/2 ml vial</i>	T1	
<i>tobramycin 300 mg/4 ml ampule</i>	T1	QL (8 ml/day) SP HD
<i>tobramycin 300 mg/5 ml ampule</i>	T1	PA QL (10ml/day) SP HD
<i>tobramycin 40 mg/ml vial</i>	T1	
<i>tobramycin 80 mg/2 ml vial</i>	T1	
<i>tobramycin 1.2 gm vial</i>	T1	PA
<i>tobramycin 1.2 gram/30 ml vial</i>	T1	
TOBRAMYCIN PAK 300 MG/5 ML	T3	PA QL (10ml/day) SP HD
AGENTES ANTIBACTERIANOS-ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS		
FLAGYL (<i>metronidazole</i>)	T3	
LIKMEZ	T3	PA
<i>metronidazole</i> (Flagyl)	T1	
ANTIBIÓTICOS, ANTIBACTERIANOS, VARIOS		
<i>fosfomycin tromethamine</i>	T1	
<i>fosfomycin tromethamine</i> (Monurol)	T1	
<i>meth/meblue/sod phos/psal/hyos</i> (Uribel)	T1	
<i>methen/mbblue/sal/sod phos/hyos</i>	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

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS (cont.)		
<i>isoniazid</i>	T1	HD
PASER	T3	HD
<i>pyrazinamide</i>	T1	HD
<i>rifabutin</i>	T1	HD
TRECTOR	T3	HD
ANTIBIÓTICOS ANTITUBERCULOSOS		
<i>cycloserine</i>	T1	
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.º GENERACIÓN		
<i>cefadroxil</i>	T1	
<i>cephalexin</i>	T1	
<i>cephalexin</i> (Keflex)	T1	
DAXBIA	T3	
KEFLEX (<i>cephalexin</i>)	T3	
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 2.º GENERACIÓN		
<i>cefaclor</i>	T1	
<i>cefprozil</i>	T1	
<i>cefuroxime axetil</i>	T1	
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 3.º GENERACIÓN		
<i>cefixime</i> (Suprax)	T1	
<i>cefpodoxime proxetil</i>	T1	
ANTIBIÓTICOS LINCOSAMIDAS		
CLEOCIN PEDIATRIC (<i>clindamycin</i> (pediatric))	T3	
<i>clindamycin hcl</i> (Cleocin Hcl)	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIBACTERIANOS DERIVADOS DE NITROFURANOS (cont.)		
MACROBID (<i>nitrofurantoin mono-macro</i>)	T3	
<i>nitrofurantoin 25 mg/5 ml susp</i> (Furadantin)	T1	
<i>nitrofurantoin suspension</i>	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>amoxicillin/potassium clav</i> (Augmentin Es-600)	T1	
<i>ampicillin trihydrate</i>	T1	
<i>dicloxacillin sodium</i>	T1	
MOXATAG	T3	
<i>penicillin v potassium</i>	T1	
DERIVADOS DE LA PLEUROMUTILINA		
XENLETA	T3	PA QL (10 tabs/30 days)
ANTIBIÓTICOS DE QUINOLONAS		
AVELOX (<i>moxifloxacin hcl</i>)	T3	
BAXDELA	T3	PA
CIPRO (<i>ciprofloxacin hcl</i>)	T3	
CIPRO (<i>ciprofloxacin</i>)	T3	
<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)

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
RIFAMICINAS Y ANTIBIÓTICOS DERIVADOS AFINES (cont.)		
XIFAXAN 200 MG TABLET	T2	
XIFAXAN 550 MG TABLET	T2	QL (126 tabs/year)
ANTIBIÓTICOS DE TETRACICLINA		
coremino er 135 mg tablet	T1	
coremino er 45 mg tablet	T1	QL (1 tab/day)
coremino er 90 mg tablet	T1	
demeclocycline hcl	T1	
doxycycline hyclate	T1	
doxycycline 50 mg tablet (Targadox)	T1	
minocycline er 115 mg tablet	T1	
minocycline er 45 mg tablet	T1	QL (1 tab/day)
minocycline er 55 mg, 65 mg, 80 mg, 90mg tablet	T1	
minocycline hcl	T1	
NUZYRA	T3	PA QL (30 tablets/28 days) SP
tetracycline 250 mg capsule	T1	
tetracycline 500 mg capsule	T1	
VIBRAMYCIN	T3	
VIBRAMYCIN (doxycycline monohydrate)	T3	
ANTIBIÓTICOS VAGINALES		
CLEOCIN	T3	
CLEOCIN (clindamycin phosphate)	T3	
clindamycin phosphate (Cleocin)	T1	
metronidazole (Metrogel-vaginal)	T1	
vancomycin 250 mg/5 ml soln	T1	
vancomycin 50 mg/ml solution	T1	
vancomycin hcl 125 mg capsule (Vancocin Hcl)	T1	
vancomycin hcl 250 mg capsule (Vancocin Hcl)	T1	
vancomycin hcl (Firvanq)	T1	
ANTIBIÓTICOS (Condiciones cutáneas)		
ANTIBIÓTICOS TÓPICOS Y ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS		
NEO-SYNALAR	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Condiciones cutáneas) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS TÓPICOS		
BENZAMYCIN (<i>erythromycin-benzoyl peroxide</i>)	T3	
CENTANY	T3	
CENTANY AT	T3	
CLEOCIN T (<i>clindamycin phosphate</i>)	T3	
CLINDACIN ETZ KIT	T3	
CLINDACIN PAC	T3	
<i>clindamycin phosphate</i>	T1	
<i>clindamycin phosphate</i> (Cleocin T)	T1	
<i>clindamycin phosphate</i> (Evoclin)	T1	
<i>erythromycin base in ethanol</i>	T1	
<i>erythromycin base in ethanol</i>	T3	
<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i> (Benzamycin)	T1	
EVOCLIN (<i>clindamycin phosphate</i>)	T3	
<i>gentamicin sulfate</i>	T1	
<i>mupirocin</i> (Centany)	T1	
<i>mupirocin calcium</i>	T1	
XEPI	T3	
SULFONAMIDAS TÓPICAS		
AVAR 9.5-5% CLEANSING PADS	T3	
<i>avar cleanser</i> (Rosanil)	T1	
AVAR LS	T3	
<i>mafenide acetate</i>	T1	
ROSANIL (<i>sodium sulfacetamide-sulfur</i>)	T1	
SILVADENE (<i>ssd</i>)	T3	
<i>silver sulfadiazine</i> (Silvadene)	T1	
<i>sulfacetamide sod/sulfur/urea</i>	T1	
<i>sulfacetamide sodium/sulfur</i>	T1	
<i>sulfacetamide sodium/sulfur</i> (Avar-e Green)	T1	
<i>sulfacetamide sodium/sulfur</i> (Rosanil)	T1	
<i>sulfacetamide/sulfur/cleansr23</i>	T1	
<i>sulfact sod/sulur/avob/otn/oct</i>	T1	
SULFAMILYLON	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

ANTICOAGULANTES (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICOAGULANTES CUMARÍNICOS		
<i>warfarin sodium</i>	T1	HD
CITRATOS COMO ANTICOAGULANTES		
ACD SOLUTION A	T3	
ACD-A SOLUTION	T2	
ACD-A SOLUTION	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	
<i>rivaroxaban</i>	T1	
XARELTO	T2	
HEPARINA Y PREPARACIONES RELACIONADAS		
ARIXTRA (<i>fondaparinux sodium</i>)	T3	QL (1 syringe/day) SP
<i>enoxaparin 100 mg/ml syringe</i> (Lovenox)	T1	QL (2 syringes/day) SP
<i>enoxaparin 120 mg/0.8 ml syr</i> (Lovenox)	T1	QL (2 syringes/day) SP
<i>enoxaparin 150 mg/ml syringe</i> (Lovenox)	T1	QL (2 syringes/day) SP
<i>enoxaparin 30 mg/0.3 ml syr</i> (Lovenox)	T1	QL (2 syringes/day) SP
<i>enoxaparin 300 mg/3 ml vial</i> (Lovenox)	T1	QL (1 vial/day) SP
<i>enoxaparin 40 mg/0.4 ml syr</i> (Lovenox)	T1	QL (2 syringes/day) SP
<i>enoxaparin 60 mg/0.6 ml syr</i> (Lovenox)	T1	QL (2 syringes/day) SP
<i>enoxaparin 80 mg/0.8 ml syr</i> (Lovenox)	T1	QL (2 syringes/day) SP
<i>fondaparinux sodium</i> (Arixtra)	T1	QL (1 syringe/day) SP
FRAGMIN	T2	QL (2ml/day) SP
<i>heparin 10, 000 unit/10 ml vial</i>	T1	
<i>heparin 30, 000 unit/30 ml vial</i>	T1	
<i>heparin 40, 000 unit/4 ml vial</i>	T1	
<i>heparin 50, 000 unit/10 ml vial</i>	T1	
<i>heparin 50, 000 unit/5 ml vial</i>	T1	
<i>heparin sod 1, 000 unit/ml vial</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HEPARINA Y PREPARACIONES RELACIONADAS (cont.)		
heparin sod 10, 000 unit/ml v1	T1	
heparin sod 20, 000 unit/ml v1	T1	
heparin sod 2,000 unit/ml v1	T1	
heparin sod 5, 000 unit/0.5 ml	T1	
HEPARIN SOD 5, 000 UNIT/0.5 ML	T1	
heparin sod 5, 000 unit/0.5 ml (Heparin Sodium)	T1	
heparin sod 5, 000 unit/ml syrg	T3	
heparin sod 5, 000 unit/ml vial	T1	
LOVENOX 100 MG/ML SYRINGE (enoxaparin sodium)	T3	QL (2 syringes/day) SP
LOVENOX 120 MG/0.8 ML SYRINGE (enoxaparin sodium)	T3	QL (2 syringes/day) SP
LOVENOX 150 MG/ML SYRINGE (enoxaparin sodium)	T3	QL (2 syringes/day) SP
LOVENOX 30 MG/0.3 ML SYRINGE (enoxaparin sodium)	T3	QL (2 syringes/day) SP
LOVENOX 300 MG/3 ML VIAL (enoxaparin sodium)	T3	QL (1 vial/day) SP
LOVENOX 40 MG/0.4 ML SYRINGE (enoxaparin sodium)	T3	QL (2 syringes/day) SP
LOVENOX 60 MG/0.6 ML SYRINGE (enoxaparin sodium)	T3	QL (2 syringes/day) SP
LOVENOX 80 MG/0.8 ML SYRINGE (enoxaparin sodium)	T3	QL (2 syringes/day) SP

INHIBIDORES DE LA TROMBINA, SELECTIVOS, DIRECTOS Y REVERSIBLES

dabigatran etexilate	T1	HD
----------------------	----	----

ANTÍDOTOS (Condiciones gastrointestinales/pirosis)

ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES OPIOIDES MU, CON ACCIÓN PERIFÉRICA

MOVANTIK	T2	PA
RELISTOR 8 MG/0.4 ML SYRINGE	T3	PA
RELISTOR 12 MG/0.6 ML VIAL	T3	PA
SYMPROIC	T2	PA

ANTÍDOTOS (Abuso de sustancias)

ANTAGONISTAS OPIOIDES

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

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTÍDOTOS (Abuso de sustancias) (cont.)

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

ANTIMICÓTICOS (Condiciones oculares)

AGENTES ANTIMICÓTICOS OFTÁLMICOS

NATACYN	T3	
---------	----	--

ANTIMICÓTICOS (Productos femeninos)

ANTIMICÓTICOS VAGINALES

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

ANTIMICÓTICOS (Infecciones)

AGENTES ANTIMICÓTICOS

ANCOBON (<i>flucytosine</i>)	T3	
<i>clotrimazole</i>	T1	
CRESEMBA	T3	PA
fluconazole	T1	
<i>flucytosine</i> (Ancobon)	T1	
<i>itraconazole</i>	T1	
<i>ketoconazole</i>	T1	
NOXAFIL	T3	
NOXAFIL 40 MG/ML SUSPENSION (<i>posaconazole</i>)	T3	
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

GRIS-PEG (<i>griseofulvin ultramicrosize</i>)	T3	
<i>griseofulvin ultramicrosize</i> (Gris-peg)	T1	
<i>griseofulvin ultra 125 mg tab</i>	T1	
<i>griseofulvin ultra 165 mg tab</i>	T1	QL (4 tabs/day)
<i>griseofulvin ultra 250 mg tab</i>	T1	
<i>nystatin</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

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

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIISTAMÍNICOS (Alergia/rociadores nasales) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIISTAMÍNICOS - 1.ª GENERACIÓN (cont.)		
<i>hydroxyzine pamoate</i>	T1	
<i>hydroxyzine pamoate</i> (Vistaril)	T1	
<i>promethazine hcl</i>	T1	
VISTARIL (<i>hydroxyzine pamoate</i>)	T3	
ANTIISTAMÍNICOS - 2.ª GENERACIÓN		
<i>cetirizine hcl</i>	T1	HD
<i>desloratadine 2.5 mg odt</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>desloratadine 5 mg odt</i>	T1	HD
<i>desloratadine 5 mg tablet</i>	T1	HD
<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	T1	HD
ANTIISTAMÍNICOS (Condiciones oculares)		
ANTIISTAMÍNICOS PARA LOS OJOS		
<i>azelastine hcl 0.05% drops</i>	T1	
<i>bepotastine besilate</i>	T1	
<i>epinastine hcl</i>	T1	
<i>olopatadine hcl 0.1% eye drops</i>	T1	
<i>olopatadine hcl 0.2% eye drop</i>	T1	
ANTIIPERGLUCÉMICOS (Diabetes)		
ANTIIPERGLUCÉMICOS, MIMÉTICOS DE INCRETINA (AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-I)		
BYDUREON	T2	QL (4 vials/28 days) ST HD
BYDUREON BCISE	T2	PA QL(4 mls/28 days)
BYDUREON PEN	T2	QL (4 pens/28 days) ST HD
<i>exenatide</i>	T1	PA QL(3 mls/30 days)
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)
ANTIIPERGLUCÉMICOS, INSULINA, ACCIÓN PROLONGADA-AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-I		
SOLIQUA 100-33	T2	HD
ANTIIPERGLUCÉM.-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

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERGLUCÉMICOS - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE DOPAMINA		
CYCLOSET	T3	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE LA ALFA-GLUCOSIDASA		
acarbose (Precose)	T1	HD
GLYSET (miglitol)	T3	HD
miglitol (Glyset)	T1	HD
PRECOSE (acarbose)	T3	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO ANÁLOGOS DE AMILINA		
SYMLINPEN 120	T2	HD
SYMLINPEN 60	T2	
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO BIGUANIDAS		
GLUCOPHAGE XR (metformin hcl er)	T3	HD
metformin hcl	T1	HD
metformin hcl 1,000 mg tablet	T1	HD
metformin hcl 850 mg tablet	T1	HD
metformin hcl (Glucophage XR)	T1	HD
RIOMET (metformin hcl)	T3	HD
RIOMET ER	T3	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE DPP-4		
JANUVIA	T2	QL (1 tab/day) ST HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO ESTIMULANTES DE LIBERACIÓN DE INSULINA		
AMARYL (glimepiride)	T3	HD
chlorpropamide	T1	HD
glimepiride (Amaryl)	T1	HD
glimepiride 1 mg tablet (Amaryl)	T1	HD
glimepiride 2 mg tablet	T1	HD
GLIMEPIRIDE 3 MG TABLET	T3	HD
glimepiride 4 mg tablet	T1	HD
GLIPIZIDE 2.5 MG TABLET	T3	HD
glipizide 10 mg tablet	T1	HD
glipizide 5 mg tablet	T1	HD
GLUCOTROL (glipizide)	T3	HD
GLUCOTROL XL (glipizide xl)	T3	HD
glyburide	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

ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO ESTIMULANTES DE LIBERACIÓN DE INSULINA (cont.)		
<i>glyburide, micronized</i> (Glynase)	T1	HD
GLYNASE (<i>glyburide micronized</i>)	T3	HD
<i>nateglinide</i> (Starlix)	T1	HD
<i>repaglinide</i>	T1	HD
STARLIX (<i>nateglinide</i>)	T3	HD
<i>tolbutamide</i>	T1	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, COMB. DE INHIBIDORES DE SGLT-2 Y DPP-4		
GLYXAMBI	T2	QL (1 tab/day) ST HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS (AGONISTAS DE PPARG)		
<i>pioglitazone hcl</i> (Actos)	T1	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>glyburide/metformin hcl</i>	T1	HD
<i>repaglinide/metformin hcl</i>	T1	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS (AGONISTAS DE PPARG)		
ACTOS (<i>pioglitazone hcl</i>)	T3	HD
AVANDIA	T3	HD
<i>pioglitazone hcl</i> (Actos)	T1	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS-BLOQUEADORES DE LOS RECEPTORES DE GLUCOCORTICOIDES		
<i>mifepristone 300 mg tablet</i> (Korlym)	T1	PA SP
ANTIHIPERGLUCÉMICOS-COMB. DE INHIBIDORES DE SGLT-2 Y BIGUANIDAS		
SYNJARDY	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
SYNJARDY XR 10-1, 000 MG TABLET	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
SYNJARDY XR 12.5-1, 000 MG TAB	T2	QL (2 tabs/day) ST HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPLERGLUCÉMICOS-COMB. DE INHIBIDORES DE SGLT-2 Y BIGUANIDAS (cont.)		
SYNJARDY XR 25-1,000 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day) ST HD
SYNJARDY XR 5-1,000 MG TABLET	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
XIGDUO XR 10 MG-1,000 MG TAB	T2	QL (1 tab/day) ST HD
XIGDUO XR 10 MG-500 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day) ST HD
XIGDUO XR 2.5 MG-1,000 MG TAB	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
XIGDUO XR 5 MG-1,000 MG TABLET	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
XIGDUO XR 5 MG-500 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day) ST HD
ANTIHIPERGLUCÉM.-COMB. DE INHIB. DE SGLT-2, INHIB. DE DPP-4 Y BIGUANIDAS		
TRIJARDY XR	T2	QL (1 tab/day) ST HD
INSULINAS		
HUMALOG	T2	QL(1.5 mls/day) HD
BASAGLAR KWIKPEN U-100	T2	QL (1.5ml/day) HD
FIASP PENFILL	T3	QL (1.5ml/day) HD
HUMALOG	T2	QL (1.5ml/day) HD
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	T2	QL (1.5ml/day) HD
HUMALOG KWIKPEN U-100	T2	QL (1.5ml/day) HD
HUMALOG KWIKPEN U-200	T2	QL (1ml/day) HD
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	T2	QL (2ml/day) HD
HUMALOG MIX 75-25	T2	QL (2ml/day) HD
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	T2	QL (2ml/day) HD
HUMULIN N 100 UNIT/ML VIAL	T2	QL (1.5ml/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-100	T2	QL (1.5ml/day) HD
LYUMJEV KWIKPEN U-200	T2	QL (1ml/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	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIINFECCIOSOS (Infecciones)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS DE PENICILINA		
<i>amoxicillin</i>	T1	
ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Productos femeninos)		
ANTISÉPTICOS VAGINALES		
<i>acetic acid/oxyquinoline</i> (Relagard)	T1	
RELAGARD (<i>fem ph</i>)	T3	
TRIMO-SAN	T3	
ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Infecciones)		
ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS DE 2.ª GENERACIÓN-ANTIBACTERIANOS		
TINDAMAX (<i>tinidazole</i>)	T3	
<i>tinidazole</i>	T1	
<i>tinidazole</i> (Tindamax)	T1	
AMEBICIDAS		
<i>paromomycin sulfate</i>	T1	
ANTHELMÍNTICOS		
<i>albendazole</i> (Albenza)	T1	
ALBENZA (<i>albendazole</i>)	T3	
BILTRICIDE (<i>praziquantel</i>)	T3	
EMVERM	T1	
<i>praziquantel</i> (Biltricide)	T1	
STROMEKTOL (<i>ivermectin</i>)	T3	
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	
PRIMAQUINE (<i>primaquine phosphate</i>)	T1	
primaquine phosphate	T1	
<i>pyrimethamine 25 mg tablet</i> (Daraprim)	T4	PA SP

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Infecciones) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MEDICAMENTOS CONTRA LA MALARIA (cont.)		
QUALAQUIN (<i>quinine sulfate</i>)	T3	PA
<i>quinine sulfate</i> (Qualaquin)	T1	
MEDICAMENTOS ANTIPROTOZOARIOS, VARIOS		
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	
ANTISÉPTICOS, GENERALES		
ALCOHOL SWABSTICK	T3	
GS ISOPROPYL ALCOHOL 70% SPRAY	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		
PEN	T2	PA QL (2 doses/ 28 days) SP HD
ADALIMUMAB-ADB(M)(CF)	T2	PA QL(2 pens/syringes/28 days) SP HD
ADALIMUMAB-ADB(M)(CF) PEN CROHNS	T2	PA QL(1 starter kit/365 days) SP HD
ADALIMUMAB-ADB(M)(CF) PEN PS-UV	T2	PA QL(1 starter kit/365 days) SP HD
ADALIMUMAB-ADB(M)(CF) PEN	T2	PA QL(2 pens/28 days) SP HD
ADALIMUMAB-RYVK(CF)	T2	PA QL(2pens/syringes/28 days) SP HD
ADALIMUMAB-RYVK(CF) AUTOINJECT	T2	PA QL SP
AVSOLA	T2	PA SP
CIMZIA (2 PACK)	T2	PA QL (1 kit/28 days) SP HD
CYLTEZO (CF)	T2	PA QL(2 pens/syringes/28 days) SP HD
CYLTEZO(CF) PEN	T2	PA QL(2 pens/28 days) SP HD
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS	T2	PA QL(1 starter kit/365 days) SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAMATORIOS INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL (cont.)		
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV	T2	PA QL(1 starter kit/365 days) SP HD
CIMZIA	T2	PA QL (1 kit/28 days) SP HD
ENBREL 25 MG KIT	T2	PA QL (8 vials/28 days) SP HD
ENBREL 25 MG/0.5 ML SYRINGE	T2	PA QL (8 syringes/28 days) SP HD
ENBREL 25 MG/0.5 ML VIAL	T2	PA QL (4ml/28 days) SP HD
ENBREL 50 MG/ML SYRINGE	T2	PA QL (4 syringes/28 days) SP HD
ENBREL MINI	T2	PA QL (4 cartridges/28 days) SP HD
ENBREL SURECLICK	T2	PA QL (4 syringes/28 days) SP HD
HUMIRA	T2	PA QL (2 syringes/28 days) SP HD
HUMIRA PEN	T2	PA QL (2 pens/28 days) SP HD
HUMIRA(CF)	T2	PA QL (2 syringes/28 days) SP HD
HUMIRA(CF) PEN 40 MG/0.4 ML	T2	PA QL (2 pens/28 days) SP HD
HUMIRA(CF) PEN 80 MG/0.8 ML	T2	PA QL (1 kit/year) SP HD
HUMIRA(CF) PEN CROHN'S-UC-HS	T2	PA QL (1 kit/year) SP HD
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC	T2	PA QL(1 starter kit/365 days) SP
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS	T2	PA QL (1 kit/year) SP HD
INFLECTRA	T2	PA SP HD
REMICADE	T3	PA SP HD
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR	T2	PA QL(2 auto-injs/28 days) SP HD
SIMPONI 100 MG/ML PEN INJECTOR	T2	PA QL (1 injector/28 days) SP HD
SIMPONI 100 MG/ML SYRINGE	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
<i>cyclophosphamide</i>	T1	SP HD
GLEOSTINE	T2	
HYDREA (<i>hydroxyurea</i>)	T3	
<i>hydroxyurea</i> (Hydrea)	T1	
LEUKERAN	T2	
<i>melfalan</i> (Alkeran)	T1	SP 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
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS - ALQUILANTES		
ALKERAN (<i>melfalan</i>)	T3	SP
MYLERAN	T2	
<i>temozolomide</i>	T1	PA SP HD CSL
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS - ANTIANDROGÉNICOS		
<i>abiraterone 500 mg tablet</i>	T1	SP HD
<i>abiraterone acetate 250 mg tab</i>	T1	PA SP HD
<i>abiraterone acetate (Zytiga)</i>	T1	SP HD CSL
<i>bicalutamide</i> (Casodex)	T1	
CASODEX (<i>bicalutamide</i>)	T3	
ERLEADA	T2	PA SP HD CSL
ERLEADA 240 MG TABLET	T2	PA QL(1 tab/day) SP HD CSL
ERLEADA 60 MG TABLET	T2	PA SP HD CSL
<i>flutamide</i>	T1	
<i>nilutamide</i>	T1	QL (4 tabs/day)
NUBEQA	T2	PA SP HD
XTANDI	T2	PA SP HD
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 (<i>mercaptopurine</i>)	T3	SP
ANTINEOPLÁSICOS - ANTIMETABOLITOS (cont.)		
TABLOID	T3	
TREXALL	T2	
ANTINEOPLÁSICOS - ANTIMETABOLITOS		
XATMEP	T3	
XELODA (<i>capecitabine</i>)	T3	PA SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE 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
<i>letrozole</i> (Femara)	T1	HD CSL
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA BRAF		
OJEMDA 25 MG/ML ORAL SUSP	T3	PA QL(8 bottles/28 days) SP CSL
OJEMDA 100 MG TAB (400MG DOSE)	T3	PA QL(1 packet/28 days) SP CSL
OJEMDA 100 MG TAB (500MG DOSE)	T3	PA QL(1 packet/28 days) SP CSL
OJEMDA 100 MG TAB (600MG DOSE)	T3	PA QL(1 packet/28 days) SP CSL
TAFINLAR	T2	PA SP HD
TAFINLAR 10 MG TABLET FOR SUSP	T2	PA QL(30 tabs/day) SP HD CSL
TAFINLAR 50 MG CAPSULE	T2	PA QL(4 caps/day) SP HD CSL
TAFINLAR 75 MG CAPSULE	T2	PA QL(4 caps/day) SP HD CSL
ZELBORAF	T3	PA SP HD
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA VÍA DE HEDGEHOG		
DAURISMO	T3	PA SP HD
ERIVEDGE	T2	PA SP HD
ODOMZO	T2	PA SP HD CSL
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
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 caps/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

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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 MTOR		
AFINITOR 10 MG TABLET	T2	PA SP HD
AFINITOR 2.5 MG, 5 MG, 7.5 MG TABLET (<i>everolimus</i>)	T3	PA SP HD
AFINITOR DISPERZ	T3	PA SP
<i>everolimus</i> (Afinitor)	T1	PA QL(1 tab/day) SP CSL
<i>everolimus 2.5 mg tablet</i>	T1	PA SP HD
<i>everolimus 5 mg tablet</i>	T1	PA SP HD
<i>everolimus 7.5 mg tablet</i>	T1	PA QL(1 tab/day) SP HD CSL
<i>everolimus 10 mg tablet</i>	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	T2	PA QL (1 tab/28 days) SP CSL
ANTINEOPLÁSICOS - ANTICUERPOS MONOCLONALES BLOQUEADORES DE LOS RECEPTORES DEL EGF		
PHESGO	T3	PA SP HD
ANTINEOPLÁSICOS - COMB. DE INHIBIDORES DE ENZIMAS Y AGENTES ANTIANDROGÉNICOS		
AKEEGA	T3	PA QL(2 tabs/day) SP CSL
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS INMUNOMODULADORES		
<i>lenalidomide</i>	T1	PA QL(1 cap/day) SP HD CSL
POMALYST	T2	PA QL(21 caps/28 days) SP HD CSL
REVLIMID	T2	PA QL(1 tab/day) SP HD CSL
ANTAGONISTAS DE LHRH (GNRH) ANTINEOPLÁSICOS, SUPR. HIPOFISARIOS		
FIRMAGON	T3	PA SP HD
<i>leuprolide acetate</i>	T1	PA SP HD
LEUPROLIDE DEPOT	T3	PA SP
LUPRON DEPOT 22.5 MG 3MO KIT	T3	PA SP HD
LUPRON DEPOT 45 MG 6MO KIT	T3	PA SP HD
LUPRON DEPOT 7.5 MG KIT	T3	PA SP HD
LUPRON DEPOT-4 MONTH KIT	T3	PA SP HD
ORGOVYX	T3	PA SP
ZOLADEX	T2	PA SP HD
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS		
ALECENSA	T2	PA QL(8 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 ENZIMAS SISTÉMICAS (cont.)		
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 SP HD
BOSULIF 100 MG CAPSULE	T3	PA QL(3 caps/day) SP HD CSL
BOSULIF 50 MG CAPSULE	T3	PA QL SP HD CSL
BRUKINSA	T2	PA QL (4 caps/day) SP
CABOMETYX	T3	PA SP HD
CALQUENCE	T3	PA SP
CAPRELSA	T3	PA SP
COMETRIQ	T3	PA SP HD
COPIKTRA	T3	PA SP
<i>dasatinib 100 mg tablet</i>	T1	PA QL(1 tab/day) SP CSL
<i>dasatinib 140 mg tablet</i>	T1	PA QL(1 tab/day) SP CSL
<i>dasatinib 20 mg tablet</i>	T1	PA QL(3 tabs/day) SP CSL
<i>dasatinib 50 mg tablet</i>	T1	PA QL(1 tab/day) SP CSL
<i>dasatinib 70 mg tablet</i>	T1	PA QL(2 tabs/day) SP CSL
<i>dasatinib 80 mg tablet</i>	T1	PA QL(1 tab/day) SP CSL
DANZITEN	T2	PA SP CSL
ENSACOVE 25 MG CAPSULE	T2	PA QL(9 caps/day) SP CSL
ENSACOVE 100 MG CAPSULE	T2	PA QL (2 caps/day) SP CSL
<i>erlotinib hcl</i>	T1	PA SP HD CSL
EXKIVITY	T3	PA 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 caps/day) SP CSL
<i>gefitinib</i>	T1	PA SP HD CSL
GILOTRIF	T3	PA SP HD
GLEEVEC (<i>imatinib mesylate</i>)	T3	PA SP HD
IBRANCE 100 MG CAPSULE	T3	PA QL(21 caps/28 days) SP HD CSL
IBRANCE 100 MG TABLET	T3	PA QL(21 tabs/28 days) SP HD CSL
IBRANCE 125 MG CAPSULE	T3	PA QL(21 caps/28 days) 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 ENZIMAS SISTÉMICAS (cont.)		
IBRANCE 125 MG TABLET	T3	PA QL(21 tabs/28 days) SP HD CSL
IBRANCE 75 MG CAPSULE	T3	PA QL(21 caps/28 days) SP HD CSL
IBRANCE 75 MG TABLET	T3	PA QL(21 tabs/28 days) SP HD CSL
<i>imatinib mesylate 100 mg tab</i> (Gleevec)	T1	QL(6 tabs/day) SP HD CSL
<i>imatinib mesylate 400 mg tab</i> (Gleevec)	T1	QL(2 tabs/day) SP HD CSL
<i>imatinib mesylate</i> (Gleevec)	T1	QL(6 tabs/day) SP HD CSL
IMKELDI	T2	PA SP CSL
INLYTA	T3	PA SP HD
INREBIC	T3	PA SP HD
IRESSA	T3	PA SP HD
ITOVEBI	T3	PA SP HD CSL
IWILFIN	T3	PA QL(8 tabs/day) SP CSL
KISQALI 600mg	T2	PA SP QL(63 tabs/28 days)HD CSL
KISQALI 400mg	T2	PA SP QL(42 tabs/28 days) HD CSL
KISQALI 200mg	T2	PA QL(21 tabs/28 days) SP HD CSL
<i>lapatinib ditosylate</i> (Tykerb)	T1	PA SP HD
LENVIMA	T3	PA SP HD CSL
LORBRENA	T3	PA SP HD
LYNPARZA	T2	PA SP HD
LYTGOBI 12 MG DAILY DOSE (3X 4MG TB)	T3	PA QL(3 tabs/day) sP CSL
LYTGOBI 16 MG DAILY DOSE (4X 4MG TB)	T3	PA QL(4 tabs/day) SP CSL
LYTGOBI 20 MG DAILY DOSE (5X 4MG TB)	T3	PA QL(5 tabs/day) SP CSL
NERLYNX	T3	PA SP HD
NINLARO	T3	PA QL(3 caps/28 days) SP HD CSL
OGSIVEO 100 MG TABLET	T3	PA QL SP CSL
OGSIVEO 150 MG TABLET	T3	PA QL SP CSL
OGSIVEO 50 MG TABLET	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

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS (cont.)		
REVUFORJ 25 MG, 110 MG TABLET	T3	PA SP CSL
REVUFORJ 160 MG TABLET	T3	PA QL(2 tabs/day) SP CSL
ROMVIMZA	T3	PA QL (8 caps/28 days) SP CSL
SCEMBLIX	T3	PA QL (2 tablets/day) SP
SCEMBLIX 40 MG TABLET	T2	PA SP CSL
TURALIO	T3	PA QL(4 caps/day) SP CSL
TURALIO 125 MG CAPSULE	T3	PA QL(4 caps/day) SP CSL
TURALIO 200 MG CAPSULE	T3	PA SP CSL
RETEVMO 40 MG CAPSULE	T3	PA QL (6 caps/day) SP HD
RETEVMO 80 MG CAPSULE	T3	PA QL (4 tabs/day) SP HD
ROZLYTREK	T3	PA SP HD
RUBRACA	T2	PA SP
RYDAPT	T3	PA SP HD
SPRYCEL	T2	PA SP HD
STIVARGA	T2	PA QL(84 tabs/28 days) SP HD CSL
SUTENT	T2	PA SP HD
TABRECTA	T3	PA QL (4 tabs/day) SP HD
TAGRISSO	T3	PA SP HD
TALZENNA	T3	PA QL(1 cap/day) SP HD CSL
TEPMETKO	T3	PA QL (2 tabs/day) SP
TRUQAP	T3	PA QL(64 tabs/28 days) SP CSL
TUKYSA	T3	PA SP
TYKERB (<i>lapatinib</i>)	T3	PA SP HD
UKONIQ	T3	PA QL (4 tabs/day) SP
VANFLYTA	T3	PA QL(2 tabs/day) SP CSL
VERZENIO	T2	PA QL(2 tabs/day) SP HD CSL
VITRAKVI	T3	PA SP HD
VIZIMPRO	T3	PA SP HD
XALKORI 150 MG PELLET	T3	PA QL(4 pellets/day) SP HD CSL
XALKORI 20 MG PELLET	T3	PA QL(4 pellets/day) SP HD CSL
XALKORI 200 MG CAPSULE	T3	PA QL(4 caps/day) SP HD CSL
XALKORI 250 MG CAPSULE	T3	PA QL(4 caps/day) SP HD CSL
XALKORI 50 MG PELLET	T3	PA QL(4 pellets/day) SP HD CSL
XOSPATA	T3	PA SP
ZEJULA	T2	PA QL(1 tab/day) SP 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 ENZIMAS SISTÉMICAS (cont.)		
ZYDELIG	T3	PA SP HD
ANTINEOPLÁSICOS, COMB. DE INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS		
AVMAPKI-FAKZYNJA	T3	PA SP CSL
ANTINEOPLÁSICOS, ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-MUERTE PROGRAMADA-I (PD-I)		
OPDIVO	T3	PA SP HD
ANTINEOPLÁSICOS-INHIBIDORES DE LINFOMA DE CÉLULAS B-2 (BCL-2)		
VENCLEXTA	T3	PA SP
VENCLEXTA STARTING PACK	T3	PA SP
ANTINEOPLÁSICOS-INHIBIDORES DE LA ISOCITRATO DESHIDROGENASA		
IDHIFA	T3	PA SP HD
REZLIDHIA	T3	PA QL(2 caps/day) SP CSL
TIBSOVO	T3	PA SP
FÁRMACOS INMUNOCONJUGADOS ANTINEOPLÁSICOS		
ENHERTU	T3	PA SP HD
ANTINEOPLÁSICOS, VARIOS		
<i>etoposide</i>	T1	SP HD
LYSODREN	T2	
MATULANE	T2	SP
<i>tretinoin 10 mg capsule</i>	T1	PA
ANTINEOPLÁSICOS-INHIB. SELECT. DE LA EXP. NUCLEAR (SINE)		
XPOVIO	T3	PA SP
ANTICUERPO MONOCLONAL AL RECEPTOR ANTÍGENO DEL LINFOCITO T CITOTÓXICO (CTLA-4)		
YERVOY	T3	PA SP HD
INMUNOMODULADORES		
ACTIMMUNE	T2	PA SP HD
MODULADORES SELECTIVOS DE RECEPTORES ESTROGÉNICOS (SERM)		
FARESTON (<i>toremifene citrate</i>)	T3	QL (2 tabs/day) HD
SOLTAMOX	T2	HD
<i>tamoxifen citrate</i>	T1	HD PPACA
<i>toremifene citrate</i> (Fareston)	T1	QL (2 tabs/day) HD
ANTINEOPLÁSICOS ESTEROIDES		
EMCYT	T2	SP HD
<i>megestrol acetate</i>	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Condiciones cutáneas)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSICOS TÓPICOS FOTOACT., LESIONES PREMALIGNAS		
LEVULAN	T3	SP
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS TÓPICOS PARA LESIONES PREMALIGNAS		
EFUDEX (<i>fluorouracil</i>)	T3	
FLUOROPLEX	T2	
<i>fluorouracil</i>	T1	
<i>fluorouracil</i> (Efudex)	T1	
PANRETIN	T3	SP HD
PICATO	T3	
TARGRETIN 1% GEL	T2	SP HD
TOLAK	T3	
VALCHLOR	T3	SP HD
MEDICAMENTOS CONTRA LA OBESIDAD (Control del peso)		
ANOREXÍGENOS CONTRA LA OBESIDAD		
ADIPEX-P (<i>phentermine hcl</i>)	T3	PA
<i>benzphetamine hcl</i>	T1	
<i>benzphetamine hcl</i> (Regimex)	T1	
<i>diethylpropion hcl</i>	T1	
LOMAIRA	T3	
<i>phendimetrazine tartrate</i>	T1	
<i>phentermine hcl</i>	T1	
<i>phentermine hcl</i> (Adipex-p)	T1	
QSYMIA	T3	PA
REGIMEX (<i>benzphetamine hcl</i>)	T3	
VYKAT XR	T3	SP
AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA MELANOCORTINA 4 CONTRA LA OBESIDAD		
IMCIVREE	T3	PA QL (9 ml/22 days) SP
AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DEL PÉPTIDO SIMILAR AL GLUCAGÓN TIPO I CONTRA LA OBESIDAD		
SAXENDA	T2	PA
AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA SEROTONINA 2C CONTRA LA OBESIDAD		
BELVIQ	T3	PA
BELVIQ XR	T3	PA
ANTAG. OPIOIDES-INHIB. DE LA RECAPT. DE NOREPINEFRINA Y DOPAMINA CONTRA LA OBESIDAD		
CONTRAVE	T3	PA

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

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

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 100 MG/5 ML SUSPENSION (<i>nitazoxanide</i>)	T3	
<i>nitazoxanide</i> (Alinia)	T1	

ANTIPARASITARIOS TÓPICOS

<i>crotamiton</i> (Eurax)	T1	
ELIMITE (<i>permethrin</i>)	T3	
EURAX	T3	
<i>ivermectin</i> (Sklice)	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	T2	PA SP HD
<i>bromocriptine mesylate</i>	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa</i>	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa</i> (Sinemet)	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i>	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 ANTIPARKINSONIANOS (Enfermedad de Parkinson) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, OTROS (cont.)		
DUOPA	T3	SP HD
<i>entacapone</i>	T1	HD
INBRIJA	T3	PA SP HD
KYNMOBI	T2	PA HD
MIRAPEX ER 1.5 MG TABLET (<i>pramipexole er</i>)	T3	QL (1 tab/day) HD
NEUPRO	T3	HD
NOURIANZ	T3	PA QL (1 tab/day) SP HD
OSMOLEX ER	T3	QL (1 tab/day) HD
OSMOLEX ER 258 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) HD
<i>pramipexole di-hcl</i>	T1	HD
<i>pramipexole er 0.375 mg tablet</i>	T1	QL(1 tab/day) HD
<i>pramipexole er 0.75 mg tablet</i>	T1	HD
<i>pramipexole er 1.5 mg tablet</i> (Mirapex Er)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>pramipexole er 2.25 mg tablet</i>	T1	QL(1 tab/day) HD
<i>pramipexole er 3 mg tablet</i>	T1	HD
<i>pramipexole er 3.75 mg tablet</i>	T1	HD
<i>pramipexole er 4.5 mg tablet</i>	T1	HD
<i>rasagiline mesylate 0.5 mg tab</i> (Azilect)	T1	QL (1 tab/day) HD
RYTARY	T3	HD
<i>selegiline hcl</i>	T1	HD
SINEMET (<i>carbidopa/levodopa</i>)	T3	HD
STALEVO 75 (<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>)	T3	HD
STALEVO 100 (<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>)	T3	HD
TASMAR (<i>tolcapone</i>)	T3	HD
<i>tolcapone</i> (Tasmar)	T1	HD
XADAGO	T3	ST HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS (Enfermedad de Parkinson) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
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</i> (Plavix)	T1	HD
<i>dipyridamole</i>	T1	HD
INHIBIDORES DE LA AGRUPACIÓN PLAQUETARIA		
EFFIENT (<i>prasugrel hcl</i>)	T3	HD
<i>prasugrel hcl</i> (Effient)	T1	HD
<i>ticagrelor</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</i> (Agrylin)	T1	
ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH)		
ANTIRRETROVIRALES-INHIBIDORES DE LA CÁPSIDE		
SUNLENCA 300 MG TABLET	T3	PA QL(5 tabs/180 days) SP
SUNLENCA 463.5 MG/1.5 ML VIAL	T3	PA SP
ANTIRRETROVIRALES-COMB. DE INHIBIDORES DE LA INTEGRASA Y NNRTI		
CABENUVA	T3	PA SP
JULUCA	T2	SP
ANTIRRETROVIRALES-COMB. DE INHIBIDORES DE LA INTEGRASA Y NRTI		
DOVATO	T2	SP
ANTIRRETROVIRALES-COMB. DE NRTI E INHIBIDORES DE LA INTEGRASA		
TRIUMEQ	T2	SP QL (1 tablet/day)
ANTIRRETROVIRALES-NUCLEÓSIDOS, NUCLEÓTIDOS, INHIB. DE LA PROTEASA		
SYM TUZA	T2	SP
ANTIVÍRICOS - ESPEC. PARA VIH, INHIB. DE LA PROTEASA NO PEPTÍDICOS		
APTIVUS	T2	PA SP
<i>darunavir</i> (Prezista)	T1	SP
<i>darunavir ethanolate</i> (Prezista)	T1	SP
PREZCOBIX	T3	PA SP

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIVÍRICOS - ESPEC. PARA VIH, INHIB. DE LA PROTEASA NO PEPTÍDICOS (cont.)		
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION	T2	SP
PREZISTA 150 MG TABLET	T2	SP
PREZISTA 75 MG TABLET	T2	SP
ANTIVÍRICOS - ESPEC. PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS-NUCLEÓTIDOS		
CIMDUO	T3	PA SP
DESCOVY	T2	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 20 MG/ML ORAL SOLN	T2	PA SP
SELZENTRY 25 MG, 75 MG TABLET	T2	PA SP
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA FIJACIÓN DE LA CD4		
RUKOBIA	T3	PA QL (2 tablets/day) SP
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA FUSIÓN		
FUZEON	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
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS, RTI		
abacavir sulfate	T1	PA SP
emtricitabine (Emtriva)	T1	PA SP
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	T2	PA SP

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS, RTI (cont.)		
<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>zidovudine</i>	T1	SP
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓTIDOS, RTI		
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	T1	PA SP
VIREAD POWDER	T2	PA SP
VIREAD	T2	PA SP
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, COMB. DE INHIBIDORES DE LA PROTEASA		
KALETRA 100-25 MG TABLET	T2	
KALETRA 200-50 MG TABLET	T2	
KALETRA 80-20 MG SOLUTION	T2	
<i>lopinavir/ritonavir</i>	T1	
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-I		
APRETUDE	T3	PA SP
ISENRESS	T2	SP
ISENRESS HD	T2	PA SP
TIVICAY	T2	SP
ANTIVÍRICOS - INHIBIDORES DE LA TRANSFERENCIA DE CADENA DE LA INTEGRASA DEL VIH-I (cont.)		
TIVICAY PD	T2	SP
ANTIRRETROV., COMB. DE NUCLEÓSIDOS, NUCLEÓTIDOS Y RTI NO NUCLEÓSIDOS		
DELSTRIGO	T3	PA SP
<i>efavirenz/emtricit/tenofovr df</i>	T1	PA SP
<i>efavirenz/lamivu/tenofov disop (Symfi Lo)</i>	T1	SP
<i>efavirenz/lamivu/tenofov disop (Symfi)</i>	T1	SP

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIRRETROV., COMB. DE NUCLEÓSIDOS, NUCLEÓTIDOS Y RTI NO NUCLEÓSIDOS (cont.)		
<i>emtricitabine/rilpivirine/tenofovir</i> (Complera)	T1	QL (1 tab/day) SP
ODEFSEY	T3	PA SP
ANTIRRETROV.-NUCLEÓSIDOS, RTI NUCLEÓTIDOS, INHIBIDORES DE LA INTEGRASA		
BIKTARVY	T2	SP
GENVOYA	T2	SP
STRIBILD	T3	PA SP

ANTIVÍRICOS (Condiciones oculares)

ANTIVÍRICOS PARA LOS OJOS

<i>trifluridine</i>	T1	
ZIRGAN	T3	

ANTIVÍRICOS (Infecciones)

ANTIVÍRICOS, GENERALES

<i>acyclovir</i>	T1	
<i>acyclovir susp</i>	T1	
<i>famciclovir</i>	T1	
FLUMADINE (<i>rimantadine hcl</i>)	T3	
LIVTENCITY	T4	PA QL (4 tabs/day) SP
<i>oseltamivir 6 mg/ml suspension</i> (Tamiflu)	T1	QL (180ml/30 days)
<i>oseltamivir phos 30 mg capsule</i> (Tamiflu)	T1	QL (20 caps/30 days)
<i>oseltamivir phos 45 mg capsule</i> (Tamiflu)	T1	QL (10/30 days)
<i>oseltamivir phos 75 mg capsule</i> (Tamiflu)	T1	QL (10/30 days)
PREVMIS PELLETT PACKET	T3	SP
PREVMIS TABLET	T3	SP HD
RELENZA	T3	QL (20/30 days)
<i>rimantadine hcl</i> (Flumadine)	T1	
TAMIFLU 30 MG CAPSULE (<i>oseltamivir phosphate</i>)	T3	QL (20/30 days)
TAMIFLU 45 MG CAPSULE (<i>oseltamivir phosphate</i>)	T3	QL (10/30 days)
TAMIFLU 6 MG/ML SUSPENSION (<i>oseltamivir phosphate</i>)	T3	QL (180ml/30 days)

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (Infecciones) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIVÍRICOS, GENERALES (cont.)		
TAMIFLU 75 MG CAPSULE (<i>oseltamivir phosphate</i>)	T3	QL (10/30 days)
<i>valganciclovir hcl</i>	T1	
VALTREX (<i>valacyclovir</i>)	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, 200 MG PELLET PACKET	T2	PA QL (1 tab/day) SP HD
SOVALDI 200 MG, 400 MG TABLET	T2	PA QL (1 tab/day) SP HD
VIRUS DE LA HEP. C - COMBO DE INHIB. DE LA POLIMERASA NS5B Y NS5A		
EPCLUSA 200 MG-50 MG TABLET	T2	PA QL (1 tab/Day) SP HD
EPCLUSA 400 MG-100 MG TABLET	T2	PA SP HD
HARVONI 33.75-150 MG PELLET PK	T2	PA QL (1 tab/day) SP HD
HARVONI 45-200 MG PELLET PACKET	T2	PA QL (1 tab/day) SP HD
HARVONI 45-200 MG TABLET	T2	PA QL (1 tab/day) SP HD
HARVONI 90-400 MG TABLET	T2	PA SP HD
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS B		
HARVONI 45-200 MG PELLET PACKET	T2	PA QL (1 tab/day) SP HD
HARVONI 45-200 MG TABLET	T2	PA QL (1 tab/day) SP HD
HARVONI 90-400 MG TABLET	T2	PA SP HD
<i>adefovir dipivoxil</i> (Hepsera)	T1	SP HD
BARACLUDE	T2	SP HD
<i>entecavir 0.5 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) SP HD
<i>entecavir 1 mg tablet</i>	T1	SP HD
EPIVIR	T3	SP
<i>lamivudine</i> (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
<i>ribasphere 200 mg capsule</i>	T1	SP HD
<i>ribasphere 200 mg tablet</i>	T1	SP HD
<i>ribasphere 400 mg tablet</i>	T1	SP
<i>ribasphere 600 mg tablet</i>	T1	SP

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (Infecciones) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C (cont.)		
<i>ribasphere ribapak 200-400 mg</i>	T1	SP HD
<i>ribasphere ribapak 400-400 mg</i>	T1	SP HD
<i>ribasphere ribapak 400-400 mg</i>	T1	SP HD
<i>ribasphere ribapak 600-400 mg</i>	T1	SP HD
<i>ribasphere ribapak 600-400 mg</i>	T1	SP HD
<i>ribasphere ribapak 600-600 mg</i>	T1	SP HD
<i>ribasphere ribapak 600-600 mg</i>	T1	SP HD
<i>ribavirin</i>	T1	SP HD
VIRUS DE LA HEPATITIS C - COMB. DE INHIB. DE NS5A Y NS3/4A		
ZEPATIER	T2	PA QL(1 tab/day) SP HD
INHIBIDOR DE LA ARN POLIMERASA		
LAGEVRIO 200 MG CAP (EUA)	T2	QL(1 pack/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		
<i>epinephrine</i>	T1	QL (2 packs/30 days)
<i>epinephrine (Epinephrine)</i>	T1	QL (2 packs/30 days)
MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Enfermedad de Alzheimer)		
INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA		
ARICEPT (<i>donepezil hcl</i>)	T3	HD
<i>donepezil hcl</i>	T1	HD
<i>donepezil hcl (Aricept)</i>	T1	HD
EXELON (<i>rivastigmine</i>)	T3	HD
<i>galantamine er 16 mg capsule (Razadyne Er)</i>	T1	HD
<i>galantamine er 24 mg capsule (Razadyne Er)</i>	T1	HD
<i>galantamine er 8 mg capsule (Razadyne Er)</i>	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>galantamine hbr</i>	T1	HD
MESTINON (<i>pyridostigmine bromide er</i>)	T3	HD
<i>pyridostigmine bromide (Mestinon)</i>	T1	HD
RAZADYNE ER 16 MG CAPSULE (<i>galantamine er</i>)	T3	HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA (cont.)		
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 ST
<i>amphetamine sulfate</i> (Evekeo)	T1	PA
<i>dextroamphetamine/amphetamine</i> (Adderall Xr)	T1	PA QL(1 cap/day)
<i>dextroamphetamine/amphetamine</i> (Mydayis)	T1	PA QL(1 cap/day)
<i>dextroamph-amphet er 12.5mg cp</i> (Mydayis)	T1	PA QL(1 cap/day)
<i>dextroamph-amphet er 25 mg cap</i> (Mydayis)	T1	PA QL(1 cap/day)
<i>dextroamph-amphet er 37.5mg cp</i> (Mydayis)	T1	PA QL(1 cap/day)
<i>dextroamph-amphet er 50 mg cap</i> (Mydayis)	T1	PA QL(1 cap/day)
<i>lisdexamfetamine capsule</i> (Vyvanse)	T1	PA QL(1 cap/day)
<i>lisdexamfetamine tb chew</i> (Vyvanse)	T1	PA QL(1 cap/day)
<i>dextroamp-amphet er 10 mg cap</i>	T1	PA QL (1 per day)
<i>dextroamp-amphet er 15 mg cap</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dextroamp-amphet er 20 mg cap</i>	T1	PA QL (1 per day)
<i>dextroamp-amphet er 25 mg cap</i>	T1	PA QL (1 per day)
<i>dextroamp-amphet er 30 mg cap</i>	T1	PA QL (1 per day)
<i>dextroamp-amphet er 5 mg cap</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dextroamphetamine er 10 mg cap</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dextroamphetamine er 15 mg cap</i>	T1	PA QL (3 cap/day)
<i>dextroamphetamine er 5 mg cap</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dextroamphetamine/amphetamine</i> (Adderall Xr)	T1	PA QL(1 cap/day)
<i>dextroamphetamine/amphetamine</i> (Mydayis)	T1	PA QL(1 cap/day)
<i>dextroamphetamine sulfate</i>	T1	PA
EVEKEO (<i>amphetamine sulfate</i>)	T3	PA ST
<i>methamphetamine hcl</i>	T1	PA
XELSTRYM	T3	PA QL(1 patch/day)
ZENZEDI	T3	PA ST

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES VASOCONSTRICTORES ADRENÉRGICOS		
<i>droxidopa</i> (Northera)	T1	SP HD
<i>midodrine hcl</i>	T1	
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA		
DIBENZYLINE (<i>phenoxybenzamine hcl</i>)	T3	HD
<i>phenoxybenzamine hcl</i> (Dibenzylamine)	T1	HD
<i>prazosin hcl</i>	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
<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
JANSSEN COVID-19 VACCINE (EUA)	T2	PPACA
MODERNA COVID-19 VACCINE (EUA)	T2	PPACA
MODERNA COVID	T2	PPACA

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
VACUNAS CONTRA EL COVID-19 (cont.)		
NOVAVAX COVID	T2	PPACA
PFIZER COVID-19 VACCINE	T2	PPACA
SPIKEVAX	T2	PPACA
VACUNAS CONTRA VIRUS ENTÉRICOS		
IPOL	T2	PPACA
ROTARIX	T3	PPACA
ROTATEQ	T3	PPACA
VACUNAS CONTRA COCOS GRAMNEGATIVOS		
BXSERO	T2	PPACA
BXSERO	T2	PPACA
MENACTRA	T2	
PENBRAYA	T2	PPACA
MENQUADFI	T2	PPACA
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP	T2	PPACA
TRUMENBA	T2	PPACA
VACUNAS CONTRA COCOS GRAMPOSITIVOS		
CAPVAXIVE	T2	PPACA
PNEUMOVAX 23	T2	PPACA
PREVNAR	T2	
VACUNAS CONTRA EL VIRUS DE LA INFLUENZA		
AFLURIA	T2	PPACA
AFLURIA QUAD	T2	PPACA
AFLURIA TRIV	T2	PPACA
AFLURIA TRIVALENT	T2	PPACA
EZ FLU	T2	PPACA
FLUAD	T2	PPACA
FLUAD QUAD	T2	PPACA
FLUARIX QUAD	T2	PPACA
FLUARIX TRIVALENT	T2	PPACA
FLUBLOK	T2	PPACA
FLUBLOK QUAD	T2	PPACA
FLUBLOK TRIVALENT	T2	PPACA
FLUCELVAX QUAD	T2	PPACA
FLUCELVAX TRIVALENT	T2	PPACA

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas) (cont.)

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
VACUNAS ANTIVIRALES/DE CÉLULAS TUMORÍGENAS (cont.)		
ENERIX-B ADULT	T2	PPACA
ENERIX-B PEDIATRIC-ADOLESCENT	T2	PPACA
ERVEBO (NATIONAL STOCKPILE)	T3	
GARDASIL 9	T2	PPACA
HEPLISAV-B	T2	PPACA
IXCHIQ	T3	PPACA
JYNNEOS	T3	
MRESVIA	T3	PPACA
PEDIARIX	T2	PPACA
RECOMBIVAX HB	T2	PPACA
SHINGRIX	T2	QL (2 doses/lifetime) PPACA
TWINRIX	T2	PPACA
VARIVAX VACCINE	T2	PPACA
ZOSTAVAX	T2	PPACA

SANGRE (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)

AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA TROMBÓTICA		
CABLIVI	T3	PA SP
AGENTES ANTIFIBRINOLÍTICOS		
AMICAR (<i>aminocaproic acid</i>)	T3	SP HD
<i>aminocaproic acid</i> (Amicar)	T1	SP HD
LYSTEDA (<i>tranexamic acid</i>)	T3	SP
<i>tranexamic acid</i> (Lysteda)	T1	SP
FACTORES ANTIHEMOFÍLICOS		
ALTUVIIIO	T2	PA SP HD
INHIBIDORES DEL COMPLEMENTO		
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		
HEMLIBRA	T2	PA SP HD
HYMPAVZI PEN	T2	PA SP
AGENTES PARA LA ANEMIA DREPANOCÍTICA		
DROXIA	T2	
ENDARI	T3	
SIKLOS	T3	PA

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HEMOSTÁTICOS TÓPICOS		
ASTRINGYN	T3	
AVITENE	T3	
ENDO-AVITENE	T3	
EVICEL	T3	
<i>gelatin sponge, absorb/porcine</i> (Gelfoam)	T1	
GELFOAM (<i>surgifoam</i>)	T3	
GELFOAM COMPRESSED	T3	
MONSEL'S	T3	
RAPLIXA	T3	
RECOTHROM	T3	
SURGIFOAM	T1	
SYRINGE AVITENE	T3	
THROMBI-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> (Ranexa)	T1	QL (4 tabs/day) HD
ANTIARRÍTMICOS		
<i>amiodarone hcl</i>	T1	HD
MULTAQ	T2	HD
NORPACE (<i>disopyramide phosphate</i>)	T3	PA HD
NORPACE CR	T3	HD
<i>pacerone 100 mg tablet</i>	T3	PA HD
<i>pacerone 200 mg tablet</i>	T1	HD
<i>pacerone 400 mg tablet</i>	T3	PA HD
<i>propafenone hcl</i> (Rythmol Sr)	T1	HD
<i>quinidine gluconate</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIARRÍTMICOS (cont.)		
RHYTHMOL SR (<i>propafenone hcl er</i>)	T3	PA HD
TIKOSYN 125 MCG CAPSULE (<i>dofetilide</i>)	T3	PA QL (8 caps/day) HD
TIKOSYN 250 MCG CAPSULE (<i>dofetilide</i>)	T3	PA QL (4 caps/day) HD
TIKOSYN 500 MCG CAPSULE (<i>dofetilide</i>)	T3	PA QL (2 caps/day) HD
AGENTES BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO		
ADALAT CC (<i>nifedipine er</i>)	T3	HD
<i>amlodipine besylate</i> (Norvasc)	T1	HD
CALAN SR (<i>verapamil er</i>)	T3	HD
CAMZYOS	T3	PA QL (30Caps/30days) SP
CARDIZEM LA 180 MG TABLET (<i>matzim la</i>)	T3	HD
CARDIZEM LA 240 MG TABLET (<i>matzim la</i>)	T3	HD
CARDIZEM LA 300 MG TABLET (<i>matzim la</i>)	T3	HD
CARDIZEM LA 360 MG TABLET (<i>matzim la</i>)	T3	HD
CARDIZEM LA 420 MG TABLET (<i>matzim la</i>)	T3	HD
<i>diltiazem 24h er(la) 120 mg tb</i> (Cardizem La)	T1	QL(1 tab/day) HD
<i>diltiazem 24h er(la) 180 mg tb</i> (Cardizem La)	T1	HD
<i>diltiazem 24h er(la) 240 mg tb</i> (Cardizem La)	T1	HD
<i>diltiazem 24h er(la) 300 mg tb</i> (Cardizem La)	T1	HD
<i>diltiazem 24h er(la) 360 mg tb</i> (Cardizem La)	T1	HD
<i>diltiazem 24h er(la) 420 mg tb</i> (Cardizem La)	T1	HD
<i>diltiazem hcl</i>	T1	HD
<i>diltiazem hcl</i> (Cardizem La)	T1	HD
<i>diltiazem hcl</i> (Tiazac)	T1	HD
<i>felodipine</i>	T1	HD
<i>isradipine</i>	T1	
KATERZIA	T3	QL (10ml/day) HD
<i>nicardipine hcl</i>	T1	HD
<i>nifedipine</i>	T1	HD
<i>nifedipine</i> (Adalat Cc)	T1	HD
<i>nifedipine</i> (Procardia XI)	T1	HD
<i>nifedipine</i> (Procardia)	T1	HD
<i>nisoldipine er 17 mg tablet</i> (Sular)	T1	HD
<i>nisoldipine er 20 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO (cont.)		
<i>nisoldipine er 25.5 mg tablet</i>	T1	HD
<i>nisoldipine er 30 mg tablet</i>	T1	HD
<i>nisoldipine er 34 mg tablet</i> (Sular)	T1	HD
<i>nisoldipine er 40 mg tablet</i>	T1	HD
<i>nisoldipine er 8.5 mg tablet</i> (Sular)	T1	HD
NORLIQVA	T2	PA QL(10 mls/day) HD
NORLIQVA ORAL SOLN	T2	PA QL
NYMALIZE	T3	
PROCARDIA (<i>nifedipine</i>)	T3	HD
SULAR (<i>nisoldipine</i>)	T3	HD
TIAZAC (<i>tiadylt er</i>)	T3	HD
<i>verapamil hcl</i>	T1	HD
<i>verapamil hcl</i> (Calan Sr)	T1	HD
<i>verapamil hcl</i> (Verelan Pm)	T1	HD
<i>verapamil hcl</i> (Verelan)	T1	HD
VERELAN (<i>verapamil hcl</i>)	T3	HD
VERELAN (<i>verapamil sr</i>)	T3	HD
VERELAN PM (<i>verapamil er pm</i>)	T3	HD
GLUCÓSIDOS DIGITÁLICOS		
<i>digoxin</i>	T1	HD
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 5MG	T2	PA HD
CORLANOR 5 MG TABLET (<i>ivabradine hcl</i>)	T2	PA HD
CORLANOR 7.5MG	T2	PA HD
CORLANOR 7.5 MG TABLET (<i>ivabradine hcl</i>)	T2	PA HD
<i>ivabradine hcl</i> (Corlanor)	T1	PA HD
VASODILADORES, CORONARIOS		
DILATRATE-SR	T3	HD
<i>isosorbide dinitrate</i>	T1	HD
<i>isosorbide-hydralazine</i> (Bidil)	T1	QL(6 tabs/day) HD
MINITRAN	T1	HD
NITRO-DUR	T3	HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
VASODILADORES, CORONARIOS (cont.)		
<i>nitroglycerin</i> (Nitro-dur)	T1	HD
<i>nitroglycerin</i> (Nitromist)	T1	HD
<i>nitroglycerin 0.3 mg tablet sl</i> (Nitrostat)	T1	HD
<i>nitroglycerin 0.4 mg tablet sl</i> (Nitrostat)	T1	HD
<i>nitroglycerin 0.6 mg tablet sl</i> (Nitrostat)	T1	HD
<i>nitroglycerin 400 mcg spray</i> (Nitrolingual)	T1	HD
NITROLINGUAL (<i>nitroglycerin</i>)	T3	HD
NITROMIST (<i>nitroglycerin</i>)	T3	HD
NITROSTAT (<i>nitroglycerin</i>)	T3	HD
CARDIOVASCULARES (Asma/EPOC/condiciones respiratorias)		
ANTIHIP. PULM., ESTIMULADOR DE LA GUANILATO CICLASA SOLUBLE		
ADEMPAS	T2	PA SP HD
VERQUVO	T3	PA QL(1 tab/day)
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
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
ANTIHIPERTENSIVOS PULMONARES, TIPO PROSTACICLINAS		
ORENITRAM ER	T3	PA SP HD
ORENITRAM MONTH 1 TITRATION KT	T3	PA QL(168 tabs/180 days) SP HD
ORENITRAM MONTH 2 TITRATION KT	T3	PA QL(336 tabs/180 days) SP HD
ORENITRAM MONTH 3 TITRATION KT	T3	PA QL(252 tabs/180 days) SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERTENSIVOS PULMONARES, TIPO PROSTACICLINAS (cont.)		
TYVASO	T3	PA SP HD
TYVASO DPI	T2	PA SP HD
TYVASO INSTITUTIONAL START KIT	T3	PA SP HD
TYVASO REFILL KIT	T3	PA SP HD
TYVASO STARTER KIT	T3	PA SP HD
UPTRAVI	T2	PA SP HD
VENTAVIS	T3	PA SP HD
ANTIHIP. PULMONAR-ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES DE ENDOTELINA-INHIB. DE LA PDE5 DEL GMPC		
OPSYNVI	T2	PA QL(1 tab/day) SP HD

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

COMBINACIÓN DE INHIBIDORES DE LA ECA-BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO		
<i>amlodipine besylate/benazepril</i>	T1	HD
PRESTALIA 14 MG-10 MG TABLET	T3	HD
PRESTALIA 3.5 MG-2.5 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) HD
PRESTALIA 7 MG-5 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) HD
<i>trandolapril/verapamil hcl</i>	T1	HD
INHIBIDOR DE LA ECA-TIAZIDA O DIURÉTICO TIAZÍDICO		
<i>benazepril/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>captopril-hctz 25-15 mg tablet</i>	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>captopril-hctz 25-25 mg tablet</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>captopril-hctz 50-15 mg tablet</i>	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>captopril-hctz 50-25 mg tablet</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>enalapril/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>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
COREG (<i>carvedilol</i>)	T3	ST HD
COREG CR 10 MG CAPSULE (<i>carvedilol er</i>)	T3	QL (1 cap/day) ST HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA/BETA (cont.)		
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>terazosin hcl</i>	T1	HD
ANTAG. DE RECEPT. DE ANGIOTENSINA-BLOQ. DE LOS CANALES DE CALCIO-TIAZIDAS		
<i>amlodipine/valsartan/hcthiaid</i>	T1	HD
<i>olmesartan/amlodipin/hcthiaid</i>	T1	HD
COMB. INHIBIDOR DEL RECEPT. DE ANGIOTENSINA-DE LA NEPRILISINA (ARNI)		
ENTRESTO SPRINKLE	T3	QL (2 tabs/day)
<i>sacubitril/valsartan</i> (Entresto)	T1	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
<i>valsartan/hydrochlorothiazide (Diovan Hct)</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
<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

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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>telmisartan-amlodipine 80-10</i>	T1	HD
<i>telmisartan-amlodipine 80-5 mg</i>	T1	HD
<i>benazepril hcl</i>	T1	HD
<i>captopril</i>	T1	HD
<i>enalapril maleate (Vasotec)</i>	T1	HD
<i>lisinopril (Zestril)</i>	T1	HD
<i>enalapril maleate</i>	T1	HD
<i>EPANED</i>	T3	HD
<i>fosinopril sodium</i>	T1	HD
<i>lisinopril</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 (Benicar)</i>	T1	QL(1 tab/day) HD
<i>olmesartan medoxomil 40 mg tab (Benicar)</i>	T1	HD
<i>olmesartan medoxomil 5 mg tab (Benicar)</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		
<i>VECAMYL</i>	T1	
ANTIHIPERTENSIVOS, VARIOS		
<i>DEMSER (metyrosine)</i>	T3	HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para 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>guanfacine hcl</i>	T1	HD
<i>methyl dopa</i>	T1	HD
<i>methyl dopa/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
ANTIHIPERTENSIVOS, VASODILADORES		
<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
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
BETABLOQUEANTES Y TIAZIDAS, DIURÉTICOS TIAZÍDICOS		
<i>atenolol/chlorthalidone</i> (Tenoretic 100)	T1	HD
<i>atenolol/chlorthalidone</i> (Tenoretic 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

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 (cont.)		
<i>bisoprolol/hydrochlorothiazide (Ziac)</i>	T1	HD
<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>nadolol/bendroflumethiazide</i>	T1	HD
<i>propranolol/hydrochlorothiazide</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 VASODILADORES		
<i>isosorbide-hydralazine 20-37.5 (Bidil)</i>	T1	QL (6 tabs/day) HD
BIDIL	T3	QL (6 tabs/day)
VASODILADORES, PERIFÉRICOS		
<i>ergoloid mesylates</i>	T1	
<i>isoxsuprine hcl</i>	T1	

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para el colesterol)

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

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para el colesterol) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERLIP. - INHIB. DE HMG-COA REDUCT.-BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO (cont.)		
CADUET 10 MG-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 LA APOLIPOPROTEÍNA		
TRYNGOLZA	T3	PA QL SP
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDORES DE PCSK9		
REPATHA PUSHTRONEX	T2	
REPATHA SURECLICK	T2	
REPATHA SYRINGE	T2	
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS-INHIB. DE LA HMG-COA REDUCTASA (Estatinas)		
<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 (Crestor)</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>rosuvastatin calcium 40 mg tab (Crestor)</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>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 (Caduet)</i>	T1	HD
<i>amlodipine-atorvast 5-20 mg (Caduet)</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>amlodipine-atorvast 5-40 mg (Caduet)</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>amlodipine-atorvast 5-80 mg (Caduet)</i>	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

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para el colesterol) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS-INHIB. DE LA HMG-COA REDUCTASA (Estatinas) (cont.)		
CADUET 10 MG-80 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	HD
CADUET 5 MG-10 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	HD
CADUET 5 MG-20 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	QL (1 tab/day) HD
CADUET 5 MG-40 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	QL (1 tab/day) HD
CADUET 5 MG-80 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	HD
CADUET 10 MG-40 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	HD
CADUET 10 MG-80 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	HD
CADUET 5 MG-10 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	HD
CADUET 5 MG-20 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	QL (1 tab/day) HD
CADUET 5 MG-40 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	QL (1 tab/day) HD
CADUET 5 MG-80 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	HD
<i>pitavastatin 1 mg tablet</i> (Livalo)	T1	QL(1 tab/day) HD PPACA
<i>pitavastatin 2 mg tablet</i> (Livalo)	T1	QL(1 tab/day) HD PPACA
<i>pitavastatin 4 mg tablet</i> (Livalo)	T1	HD PPACA
<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</i> (with sugar) (Questran)	T1	HD
<i>cholestyramine/aspartame</i>	T1	HD
<i>cholestyramine</i> (Questran Light)	T1	HD
<i>colesevelam hcl</i> (Welchol)	T1	HD
COLESTID (<i>colestipol hcl</i>)	T3	HD
<i>colestipol hcl</i>	T1	HD
QUESTRAN (<i>cholestyramine</i>)	T3	HD
QUESTRAN LIGHT (<i>prevalite</i>)	T3	HD
LIPOTRÓPICOS		
<i>ezetimibe</i> (Zetia)	T1	HD
<i>fenofibrate 120 mg tablet</i> (Fenoglide)	T1	HD
<i>fenofibrate 40 mg tablet</i> (Fenoglide)	T1	HD
<i>fenofibrate</i>	T1	HD
<i>fenofibrate nanocrystallized</i> (Tricor)	T1	HD
<i>fenofibrate, micronized</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 el colesterol) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
LIPOTRÓPICOS (cont.)		
<i>fenofibric acid</i> (choline) (Trilipix)	T1	HD
<i>fenofibric acid</i> (Fibricor)	T1	HD
FIBRICOR (<i>fenofibric acid</i>)	T3	ST HD
<i>gemfibrozil</i> (Lopid)	T1	HD
LIPOFEN	T3	ST HD
LOPID (<i>gemfibrozil</i>)	T3	HD
<i>niacin</i> (Niaspan)	T1	HD
NIASPAN (<i>niacin er</i>)	T3	HD
<i>omega-3 acid ethyl esters</i> (Lovaza)	T1	HD
TRICOR (<i>fenofibrate</i>)	T3	ST HD
TRIGLIDE	T3	ST HD
TRILIPIX (<i>fenofibric acid</i>)	T3	ST 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	T3	HD
NAMENDA XR 14 MG CAPSULE (<i>memantine hcl er</i>)	T3	QL (1 cap/day) HD
NAMENDA XR 28 MG CAPSULE (<i>memantine hcl er</i>)	T3	HD
NAMENDA XR 7 MG CAPSULE (<i>memantine hcl er</i>)	T3	QL (1 cap/day) HD
NAMENDA XR TITRATION PACK	T3	QL (112/365 days) HD

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

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

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Varios)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA		
RILUTEK (<i>riluzole</i>)	T3	SP HD
RADICAVA ORS	T3	PA QL (50ml/28days) SP
<i>riluzole</i> (Rilutek)	T1	SP HD
TIGLUTIK	T3	PA SP
MEDICAMENTOS PARA TRATAR TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO		
AUSTEDO	T3	PA SP HD
AUSTEDO XR	T3	PA QL SP HD
AUSTEDO XR TITRATION KIT(WK1-4)	T3	PA QL(1 kit/180 days) SP HD
AUSTEDO XR 6MG	T3	PA QL(1 tab/day) SP HD
AUSTEDO XR 12MG	T3	PA QL(2 tabs/day) SP HD
AUSTEDO XR 18 MG TABLET	T3	PA QL(1 tab/day) SP HD
AUSTEDO XR 24MG	T3	PA QL(3 tabs/day) SP HD
INGREZZA	T3	PA QL(1 cap/day) SP
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV)	T3	PA QL(28 caps/365 days) SP
INGREZZA SPRINKLE	T3	PA QL 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>glatiramer</i>	T1	HD
<i>glatiramer acetate</i>	T1	PA SP HD
<i>glatopa</i>	T1	HD
KESIMPTA PEN	T2	PA SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos 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 (cont.)		
MAVENCLAD	T3	PA SP HD
MAYZENT	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
MODULADOR DE LOS RECEPTORES DE ESFINGOSINA I-FOSFATO (SIP)		
VELSIPITY	T2	PA QL(30 tabs/30 days) SP HD
MODULADOR DE LOS RECEPTORES DE ESFINGOSINA I-FOSFATO (SIP)		
ZEPOSIA	T2	PA SP HD
MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos convulsivos)		
ANTICONVULSIVOS - TIPO BENZODIAZEPINAS		
<i>clobazam</i> (Onfi)	T1	HD
<i>clonazepam</i>	T1	HD
<i>clonazepam</i> (Klonopin)	T1	HD
DIASTAT (<i>diazepam</i>)	T3	PA HD
<i>diazepam 10 mg rectal gel syst</i>	T1	HD
<i>diazepam 20 mg rectal gel syst</i>	T1	HD
<i>diazepam 2.5 mg rectal gel sys</i> (Diastat)	T1	HD
KLONOPIN (<i>clonazepam</i>)	T3	PA HD
LIBERVANT	T3	QL(10 films/30 days) HD
NAYZILAM	T2	PA QL (5 kits/30 days) HD
ONFI (<i>clobazam</i>)	T3	PA HD
VALTOCO	T3	PA QL (10 packs/30 days) HD
ANTICONVULSIVOS - TIPO CANNABINOIDES		
EPIDIOLEX	T3	PA SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONVULSIVOS (cont.)		
BANZEL 200 MG TABLET	T3	PA QL (16 tabs/day) HD
BANZEL 400 MG TABLET	T3	PA QL (8 tabs/day) HD
BRIVIACT	T3	PA HD
<i>carbamazepine</i>	T1	HD
CARBAMAZEPINE 200 MG TAB CHEW	T3	HD
<i>carbamazepine</i> (Carbatrol)	T1	HD
<i>carbamazepine</i> (Tegretol Xr)	T1	HD
<i>carbamazepine</i> (Tegretol)	T1	HD
CARBATROL (<i>carbamazepine er</i>)	T3	PA HD
CELONTIN	T2	HD
DIACOMIT	T3	PA SP HD
DILANTIN 100 MG CAPSULE (<i>phenytoin sodium extended</i>)	T3	PA HD
DILANTIN 30 MG CAPSULE	T2	PA HD
DILANTIN 50 MG INFATAB (<i>phenytoin</i>)	T3	PA HD
DILANTIN-125 (<i>phenytoin</i>)	T3	PA HD
<i>divalproex sodium</i> (Depakote Er)	T1	HD
<i>divalproex sodium</i> (Depakote Sprinkle)	T1	HD
<i>divalproex sodium</i> (Depakote)	T1	HD
<i>ethosuximide</i> (Zarontin)	T1	HD
<i>eslicarbazepine</i> 200 mg, 400 mg tablet	T1	PA QL HD
<i>eslicarbazepine</i> 600 mg, 800 mg tablet	T1	PA HD
<i>felbamate</i>	T1	HD
FINTEPLA	T3	PA SP HD
FYCOMPA 0.5 MG/ML ORAL SUSP	T2	PA HD
<i>gabapentin</i>	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	T3	PA HD
PEGANONE	T2	HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONVULSIVOS (cont.)		
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>	T1	HD
<i>primidone 250 mg tablet</i> (Mysoline)	T1	HD
<i>primidone 50 mg tablet</i> (Mysoline)	T1	HD
<i>rufinamide</i> (Banzel)	T1	PA QL (80ml/day) HD
<i>rufinamide 200 mg tablet</i> (Banzel)	T1	PA QL(16 tabs/day) HD
<i>rufinamide 400 mg tablet</i> (Banzel)	T1	PA QL(8 tabs/day) HD
SPRITAM	T3	PA HD
TEGRETOL (<i>carbamazepine</i>)	T3	PA HD
TEGRETOL (<i>epitol</i>)	T3	PA HD
TEGRETOL XR (<i>carbamazepine er</i>)	T3	PA HD
<i>tiagabine hcl 12 mg tablet</i>	T1	QL (8 tabs/day) HD
<i>tiagabine hcl 16 mg tablet</i>	T1	QL (6 tabs/day) HD
<i>tiagabine hcl 2 mg tablet</i>	T1	HD
<i>tiagabine hcl 4 mg tablet</i>	T1	HD
<i>topiramate er</i> (Qudexy Xr)	T1	HD
<i>topiramate er 200 mg capsule</i> (Trokendi Xr)	T1	HD
<i>topiramate er 100 mg capsule</i> (Trokendi Xr)	T1	QL(1 cap/day) HD
<i>topiramate er 50 mg capsule</i> (Trokendi Xr)	T1	HD
<i>topiramate er 25 mg capsule</i> (Trokendi Xr)	T1	QL(1 cap/day) HD
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</i> (as sodium salt)	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

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONVULSIVOS (cont.)		
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
zonisamide	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

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

ANTAGONISTA DEL RECEPTOR DE QUIMIOCINAS CXCR4		
XOLREMDI	T3	PA QL(4 caps/day) SP CSL

ERITROPOYESIS-AGENTES ESTIMULANTES		
PROCRIT	T2	PA SP
RETACRIT	T2	PA SP

ESTIMULANTES DE LEUCOCITOS (RECuento DE GLÓBULOS BLANCOS)		
FULPHILA	T3	PA SP
GRANIX	T3	PA SP
LEUKINE	T2	SP
NEULASTA	T2	PA SP
NEULASTA ONPRO	T2	PA SP HD
NEUPOGEN	T3	PA SP
NIVESTYM	T2	SP HD
NYPOZI	T3	PA SP
NYVEPRIA	T2	PA SP
ROLVEDON	T2	PA SP
STIMUFEND	T3	PA SP
UDENYCA	T2	PA SP
UDENYCA AUTOINJECTOR	T2	PA SP
ZARXIO	T2	SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

FACTORES ESTIMULANTES DE COLONIAS (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ESTIMULANTES DE LEUCOCITOS (RECUENTO DE GLÓBULOS BLANCOS) (cont.)		
ZIEXTENZO	T3	PA SP
AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE TROMBOPOYETINA		
DOPTLET	T2	PA SP HD
AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE TROMBOPOYETINA (cont.)		
MULPLETA	T3	PA SP HD
ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos)		
ANTICONCEPTIVOS, INTRAVAGINALES, SISTÉMICOS		
etonogestrel/ethinyl estradiol (Nuvaring)	T1	PPACA
NUVARING (etonogestrel-ethinyl estradiol)	T3	
ANTICONCEPTIVOS, IMPLANTABLES		
NEXPLANON	T2	SP PPACA
ANTICONCEPTIVOS, INYECTABLES		
DEPO-PROVERA (medroxyprogesterone acetate)	T3	
DEPO-PROVERA 150 MG/ML SYRINGE (medroxyprogesterone acetate)	T3	
DEPO-PROVERA 150 MG/ML VIAL (medroxyprogesterone acetate)	T3	
DEPO-SUBQ PROVERA 104	T2	
desog-e.estradiol/e.estradiol	T1	HD PPACA
desogestrel-ethinyl estradiol	T1	HD PPACA
drospir/eth estra/levomefol ca (Beyaz)	T1	HD PPACA
ELLA	T3	HD PPACA
ESTROSTEP FE (tri-legest fe)	T3	HD
ethinyl estradiol/drospirenone (Yasmin 28)	T1	HD PPACA
drospir/eth estra/levomefol ca (Safyral)	T1	HD PPACA
ethinyl estradiol/drospirenone (Yaz)	T1	HD PPACA
ethynodiol d-ethinyl estradiol	T1	HD PPACA
GENERESS FE (norethin-eth estra-ferrous fum)	T3	HD
levonorgestrel/ethin.estradiol	T1	HD PPACA
levonorgest/eth.estradiol/iron (Balcoltra)	T1	HD PPACA
l-norgest/e.estradiol-e.estrad	T1	HD PPACA
l-norgest/e.estradiol-e.estrad (Quartette)	T1	HD PPACA
LOESTRIN (norethindrone ac/eth estradiol)	T3	HD
LOESTRIN FE (tarina fe 1-20 eq)	T3	HD
MICROGESTIN 24 FE (tarina 24 fe)	T3	HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONCEPTIVOS, ORALES (cont.)		
MIRCETTE (<i>volnea</i>)	T3	HD
<i>noreth-ethinyl estradiol/iron</i>	T1	HD PPACA
<i>noreth-ethinyl estradiol/iron</i> (Generess Fe)	T1	HD PPACA
<i>noreth-ethinyl estradiol/iron</i> (Generess Fe)	T3	HD PPACA
<i>norethind-eth estrad 1-0.02 mg</i> (Loestrin)	T1	HD PPACA
<i>norethindrone</i> (Ortho Micronor)	T1	HD PPACA
<i>norethindrone ac/eth estradiol</i> (Loestrin)	T1	HD PPACA
<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i>	T1	HD PPACA
<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i> (Eastrostep Fe)	T1	HD PPACA
<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i> (Loestrin Fe)	T1	HD PPACA
<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i> (Microgestin 24 Fe)	T1	HD PPACA
<i>norethindrone-ethin. estradiol</i>	T1	HD PPACA
<i>norethin-ee 1.5-0.03 mg(21) tb</i> (Loestrin)	T1	HD PPACA
<i>norgestrel-ethinyl estradiol</i>	T1	HD PPACA
ORTHO MICRONOR (<i>tulana</i>)	T3	HD
QUARTETTE (<i>rivelsa</i>)	T3	HD
ANTICONCEPTIVOS TRANSDÉRMICOS		
<i>norelgestromin/ethin.estradiol</i>	T1	HD PPACA
DIAFRAGMAS/CAPUCHONES CERVICALES		
CAYA CONTOURED	T2	PPACA
FEMCAP	T2	PPACA
WIDE SEAL DIAPHRAGM	T3	PPACA
DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)		
KYLEENA	T3	SP PPACA
LILETTA	T3	SP PPACA
MIRENA	T3	SP PPACA
MIUDELLA	T3	SP PPACA
PARAGARD T 380-A	T3	SP PPACA
SKYLA	T3	SP PPACA
PREPARACIONES PARA LA TOS/EL RESFRÍO (Alergia/rociadores nasales)		
COMB. DE ANTIHIST.-DESCONGEST.-ANTICOLINÉRGICOS DE 1.ª GENERACIÓN		
RESPA A.R.	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

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

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

DIAGNÓSTICO (Varios)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE DIAGNÓSTICO, VARIAS		
ADVANCED DNA MEDICATED COLLECT	T3	
ARIDOL	T3	
GLUCAGEN	T2	
<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	
FUL-GLO EYE STRIPS	T3	
<i>lissamine green</i>	T1	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOPACOS GASTROINTESTINALES		
ENTERO VU	T3	
E-Z DISK	T3	
E-Z-HD	T3	
E-Z-PAQUE	T3	
E-Z-PASTE	T3	
GASTROMARK	T3	
LIQUID E-Z PAQUE	T3	
LIQUID POLIBAR PLUS	T3	
NEULUMEX	T3	
POLIBAR ACB	T3	
READI-CAT 2	T3	
SITZMARKS	T3	
TAGITOL V	T3	
VARIBAR HONEY	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	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

DIAGNÓSTICO (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOPACOS URINARIOS		
CYSTO-CONRAY II	T3	
CYSTOGRAFIN	T3	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOPACOS URINARIOS (cont.)		
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
INHIBIDORES DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA		
<i>acetazolamide</i>	T1	HD
<i>methazolamide</i>	T1	HD
DIURÉTICOS DE ASA		
<i>bumetanide</i>	T1	HD
<i>furosemide</i>	T1	HD
FUROSCIX	T3	
<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 HD
CAROSPIR SUSP	T2	PA HD
<i>eplerenone</i> (Inspra)	T1	HD
INSPRA (<i>eplerenone</i>)	T3	HD
KERENDIA	T2	PA QL(1 tab/day)
<i>spironolactone</i>	T1	HD
DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO		
<i>spironolactone</i> (Carospir)	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

DIURÉTICOS (Diuréticos) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO (cont.)		
<i>spironolact/hydrochlorothiazid</i>	T1	HD
<i>spironolactone</i> (Aldactone)	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
<i>triamterene/hydrochlorothiazid</i> (Maxzide)	T1	HD
<i>triamterene/hydrochlorothiazid</i> (Maxzide-25 Mg)	T1	HD
THIAZIDA 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 NAALES		
<i>azelastine 0.1% (137 mcg) spray</i>	T1	HD
<i>azelastine 0.15% nasal spray</i>	T1	HD
<i>olopatadine 665 mcg nasal spray</i> (Patanase)	T1	HD
PATANASE (<i>olopatadine hcl</i>)	T3	HD
COMB. DE ANTIISTAMÍNICOS NAALES Y ANTIINFLAM. ESTEROIDEOS		
<i>azelastine/fluticasone</i>	T1	HD
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS NAALES		
<i>flunisolide</i>	T1	HD
<i>fluticasone prop 50 mcg spray</i>	T1	HD
<i>mometasone furoate 50 mcg spray</i>	T1	QL (4 bots/30 days) HD
PREPARACIONES NAALES, VARIAS (CON RECETA)		
<i>ipratropium bromide</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Alergia/rociadores nasales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
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		
ACULAR (<i>ketorolac tromethamine</i>)	T3	
ACULAR LS (<i>ketorolac tromethamine</i>)	T3	
<i>bromfenac sodium</i>	T1	
<i>bromfenac sodium</i> (Bromsite)	T1	
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	T1	
<i>diclofenac 0.1% eye drops</i>	T1	
EYSUVIS	T2	QL (8.3ml/14 days)
<i>fluorometholone</i> (Fml)	T1	
<i>flurbiprofen sodium</i>	T1	
ILEVRO	T3	
INVELTYS 1% EYE DROP	T2	
<i>ketorolac 0.4% ophth solution</i> (Acular Ls)	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 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.)		
<i>ketorolac 0.5% ophth solution</i> (Acular)	T1	
<i>loteprednol etabonate</i> (Alrex)	T1	
<i>loteprednol etabonate</i> (Lotemax)	T1	
OMNIPRED (<i>prednisolone acetate</i>)	T3	
<i>prednisolone acetate</i> (Pred Forte)	T1	
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	T1	
PROLENSA	T3	
ANESTÉSICOS LOCALES PARA LOS OJOS		
AKTEN	T3	
ALCAINE (<i>proparacaine hcl</i>)	T3	
ALTAFLUOR BENOX (<i>flurox</i>)	T3	
<i>benoxinate hcl/fluorescein sod</i> (Altafluor Benox)	T1	
<i>proparacaine hcl</i> (Alcaine)	T1	
<i>proparacaine/fluorescein sod</i>	T1	
<i>proparacaine/fluorescein sod</i>	T3	
<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
BETIMOL	T3	HD
BETOPTIC S	T2	HD
BETOPTIC S 0.25% DROPS	T2	HD
<i>bimatoprost</i>	T1	QL (10 gm/30 days) HD
<i>bimatoprost 0.03% eye drops</i>	T1	QL (10 mls/30 days) HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MIÓTICOS Y OTROS REDUCTORES DE LA PRESIÓN INTRAOCULAR (cont.)		
<i>brimonidine tartrate/timolol</i> (Combigan)	T1	HD
<i>brimonidine tartrate</i>	T1	HD
<i>brimonidine tartrate</i> (Alphagan P)	T1	HD
<i>brinzolamide</i> (Azopt)	T1	HD
<i>carteolol hcl</i>	T1	HD
COMBIGAN	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
IOPIDINE	T3	HD
<i>latanoprost</i>	T1	HD
<i>levobunolol hcl</i>	T1	HD
PHOSPHOLINE IODIDE	T3	HD
<i>pilocarpine hcl</i> (Isopto Carpine)	T1	HD
RHOPRESSA	T3	
ROCKLATAN	T3	
SIMBRINZA	T2	HD
<i>timolol maleate</i>	T1	HD
<i>timolol maleate</i> (Timoptic)	T1	HD
<i>travoprost</i>	T1	HD
TRUSOPT (<i>dorzolamide hcl</i>)	T3	HD
MIDRIÁTICOS		
<i>atropine sulfate</i>	T1	HD
<i>atropine sulfate</i> (Isopto Atropine)	T1	HD
CYCLOGYL	T3	HD
<i>CYCLOGYL (cyclopentolate hcl)</i>	T3	HD
CYCLOMYDRIL	T3	HD
<i>cyclopentolate hcl</i> (Cyclogyl)	T1	HD
<i>homatropine hbr</i>	T1	HD
MYDRIACYL (<i>tropicamide</i>)	T3	HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MIDRIÁTICOS (cont.)		
PAREMYD	T3	HD
<i>tropicamide</i>	T1	HD
<i>tropicamide</i> (Mydracyl)	T1	HD
AGENTES ANTIFIBRÓTICOS OFTÁLMICOS		
MITOSOL	T3	
ANTIINFLAMATORIOS OFTÁLMICOS, TIPO INMUNOMODULADOR		
RESTASIS	T2	HD
VEVYE	T3	QL 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
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Productos dentales)		
PREPARACIONES CON FLÚOR		
FLUORIDEX	T1	
FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF	T3	
FRAICHE 5000 PREVI	T3	
PREVIDENT	T3	
PREVIDENT (<i>sodium fluoride</i>)	T3	
PREVIDENT KIDS	T3	
PREVIDENT 5000 ENAMEL PROTECT	T3	
PREVIDENT 5000 ORTHO DEFENSE	T3	
PREVIDENT 5000 PLUS (<i>sodium fluoride 5000 plus</i>)	T3	
PREVIDENT 5000 SENSITIVE	T3	
<i>sodium fluoride/potassium nit</i> (Prevident 5000 Sensitive)	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Diabetes)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA TRATAR LA HIPOGLUCEMIA (HIPERGLUCÉMICOS)		
BAQSIMI	T2	QL (2 units/30 days)
<i>diazoxide</i> (Proglycem)	T1	
<i>glucagon 1 mg emergency kit</i>	T1	QL (2 pens/30 days)
GLUCAGON 1 MG EMERGENCY KIT	T3	QL (2 pens/30 days)
PROGLYCEM (<i>diazoxide</i>)	T3	
BAQSIMI	T2	QL (2/30 days)
<i>diazoxide</i> (Proglycem)	T1	
<i>glucagon 1 mg emergency kit</i>	T1	QL (2 pens/30 days)
GLUCAGON 1 MG EMERGENCY KIT	T3	QL (2 pens/30 days)
PROGLYCEM (<i>diazoxide</i>)	T3	
BAQSIMI	T2	QL (2/30 days)
<i>diazoxide</i> (Proglycem)	T1	
<i>glucagon 1 mg emergency kit</i>	T1	QL (2 pens/30 days)
GLUCAGON 1 MG EMERGENCY KIT	T3	QL (2 pens/30 days)
PROGLYCEM (<i>diazoxide</i>)	T3	
BAQSIMI	T2	QL (2/30 days)
<i>diazoxide</i> (Proglycem)	T1	
<i>glucagon 1 mg emergency kit</i>	T1	QL (2 pens/30 days)
GLUCAGON 1 MG EMERGENCY KIT	T3	QL (2 pens/30 days)
PROGLYCEM (<i>diazoxide</i>)	T3	
BAQSIMI	T2	QL (2/30 days)
<i>diazoxide</i> (Proglycem)	T1	
<i>glucagon 1 mg emergency kit</i>	T1	QL (2 pens/30 days)
GLUCAGON 1 MG EMERGENCY KIT	T3	QL (2 pens/30 days)
PROGLYCEM (<i>diazoxide</i>)	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)
<i>calcium acetate</i>	T1	
<i>lanthanum carbonate</i> (Fosrenol)	T1	
LOKELMA	T2	
PHOSLYRA	T3	
<i>sevelamer carbonate</i> (Renvela)	T1	
<i>sevelamer hcl</i>	T1	
<i>sevelamer hcl</i> (Renagel)	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

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
REDUCTORES DE ELECTROLITOS (cont.)		
sodium polystyrene sulfon/sorb	T1	
sodium polystyrene sulfonate	T1	
sps 15 gm/60 ml suspension	T1	
sps 30 gm/120 ml enema susp	T3	
VELPHORO	T2	
VELTASSA	T2	
PHOSLYRA	T3	
sevelamer carbonate (Renvela)	T1	
sevelamer hcl	T1	
sevelamer hcl (Renagel)	T1	
sodium polystyrene sulfon/sorb	T1	
sodium polystyrene sulfonate	T1	
sps 15 gm/60 ml suspension	T1	
sps 30 gm/120 ml enema susp	T3	
VELPHORO	T2	
VELTASSA	T2	
AGENTES QUE CONTIENEN YODO		
potassium iodide/iodine	T1	
SSKI	T1	
REPOSICIÓN DE HIERRO		
mv-mins no.73/iron fum/folic (Hemocyte Plus)	T1	
CITRANATAL BLOOM	T3	
REPOSICIÓN DE POTASIO		
EFFER-K 10 MEQ TABLET EFF	T3	
EFFER-K 20 MEQ TABLET EFF	T3	
effer-k 25 meq tablet eff	T1	
klor-con 10 meq tablet (K-tab Er)	T1	
klor-con 8 meq tablet	T1	
K-TAB ER (potassium chloride)	T3	
potassium bicarbonate/cit ac	T1	
potassium chloride	T1	
potassium cl 10% (20 meq/15ml)	T1	
potassium cl 10% (40 meq/30ml)	T1	
potassium cl 20 meq packet	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

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
REPOSICIÓN DE POTASIO (cont.)		
<i>potassium cl 20% (40 meq/15ml)</i>	T1	
<i>potassium cl er 10 meq capsule</i>	T1	
<i>potassium cl er 10 meq tablet</i>	T1	
<i>potassium cl er 15 meq tablet</i>	T1	
POTASSIUM CL ER 15 MEQ TABLET	T3	
<i>potassium cl er 20 meq tablet</i>	T1	
<i>potassium cl er 20 meq tablet (K-Tab Er)</i>	T1	
<i>potassium cl er 8 meq capsule</i>	T1	
<i>potassium cl er 8 meq tablet</i>	T1	
<i>potassium cl 10% (20 meq/15ml) cup</i>	T1	
<i>potassium cl 10% (40 meq/30ml) cup</i>	T1	
<i>potassium cl 20% (40 meq/15ml) cup</i>	T1	

REPOSICIÓN DE PROTEÍNAS

AQNEURSA	T3	PA SP
----------	----	-------

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Condiciones urinarias)

SOLUCIONES PARA DIÁLISIS

PRISMASOL	T3	
-----------	----	--

MODIFICADORES DEL PH URINARIO

K-PHOS NO.2	T3	HD
K-PHOS ORIGINAL	T3	HD
ORACIT	T3	HD
<i>potassium citrate (Urocit-k)</i>	T1	HD
<i>potassium citrate/citric acid</i>	T1	HD
RENACIDIN	T3	HD
UROCI-K (<i>potassium citrate er</i>)	T3	HD
UROQID-ACID NO.2	T3	HD

GASTROINTESTINALES (Medicamentos para el colesterol)

LIPOTRÓPICOS

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

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis)

INHIBIDORES DE AMONÍACO

CARBAGLU (<i>carglumic acid</i>)	T3	SP HD
------------------------------------	----	-------

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE AMONIACO (cont.)		
<i>carglumic acid</i> (Carbaglu)	T1	SP HD
<i>lactulose</i>	T1	HD
<i>lactulose 10 gm/15 ml solution</i>	T1	
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
ANTIDIARREICOS		
<i>diphenoxylate hcl/atropine</i>	T1	
<i>diphenoxylate hcl/atropine</i> (Lomotil)	T1	
<i>loperamide hcl</i>	T1	
MOTOFEN	T3	
<i>opium tincture</i>	T1	PA
<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

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIEMÉTICOS/ANTIVÉRTIGO (cont.)		
<i>aprepitant</i> 125 mg capsule	T1	QL (4 caps/28 days)
<i>aprepitant</i> 125-80-80 mg pack (Emend)	T1	QL (12 caps/28 days)
<i>aprepitant</i> 40 mg capsule	T1	QL (1 cap/28 days)
<i>aprepitant</i> 80 mg capsule (Emend)	T1	QL (8 caps/28 days)
BONJESTA	T3	
COMPAZINE (<i>prochlorperazine maleate</i>)	T3	
COMPAZINE (<i>prochlorperazine</i>)	T3	
DICLEGIS (<i>doxylamine succ-pyridoxine hcl</i>)	T3	
<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	
<i>fosaprepitant dimeglumine</i> (Emend)	T1	
<i>granisetron hcl</i>	T1	
<i>granisetron hcl/pf</i>	T1	
<i>ondansetron hcl</i>	T1	
<i>ondansetron odt</i>	T1	
<i>ondansetron hcl/pf</i>	T1	
<i>prochlorperazine</i> (Compazine)	T1	
<i>prochlorperazine maleate</i> (Compazine)	T1	
<i>promethazine hcl</i>	T1	
<i>promethazine hcl</i>	T3	
SANCUSO	T3	PA QL (4 patches/30 days)
<i>scopolamine</i> (Transderm-scop)	T1	
<i>trimethobenzamide hcl</i>	T1	
TRANSDERM-SCOP (<i>scopolamine</i>)	T3	
VARUBI	T3	PA QL (4 tabs/28 days)
PREPARACIONES ANTIULCEROSAS		
CYTOTEC (<i>misoprostol</i>)	T3	HD
<i>misoprostol</i> (Cytotec)	T1	HD
<i>sucralfate</i> (Carafate)	T1	HD
ANTIULCEROSOS-AGENTES CONTRA LA H. PYLORI		
<i>bismuth/metronid/tetracycline</i> (Pylera)	T1	
<i>lansoprazole/amoxicilin/clarith</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ALCALOIDES DE BELLADONA		
<i>methscopolamine bromide</i>	T1	HD
NULEV (<i>symax</i>)	T1	HD
<i>phenobarb/hyoscy/atropine/scop</i> (Donnatal)	T1	HD
<i>phenobarb/hyoscy/atropine/scop</i> (Phenobarbital-belladonna)	T1	HD
<i>phenobarbital-belladonna elixir</i> (Donnatal)	T1	HD
<i>phenobarbital-belladonna elixir</i> (Phenobarbital-belladonna)	T1	HD
PHENOBARBITAL-BELLADONNA ELIXR (<i>phenohygro</i>)	T3	HD
SYMAX DUOTAB	T3	HD
SALES BILIARES		
ACTIGALL (<i>ursodiol</i>)	T3	HD
CHENODAL	T3	SP HD
CHOLBAM	T3	PA SP HD
CTEXLI	T3	PA SP
URSO FORTE (<i>ursodiol</i>)	T3	HD
<i>ursodiol</i> (Actigall)	T1	HD
<i>ursodiol</i> (Urso Forte)	T1	HD
<i>ursodiol</i> (Urso)	T1	HD
INFLAM. CRÓNICA DIAG. DE COLON, 5-A-SALICILATO, TRAT. RECTAL		
<i>mesalamine 1,000 mg supp</i> (Canasa)	T1	
<i>mesalamine 4 gm/60 ml enema</i> (Sfrowasa)	T1	
<i>mesalamine 4 gm/60 ml kit</i>	T1	
SFROWASA (<i>mesalamine</i>)	T3	
TRAT. FARMAC.-INFLAM. CRÓNICA DIAG. DE COLON, 5-AMINOSALICILATO		
APRISO (<i>mesalamine er</i>)	T3	HD
<i>balsalazide disodium</i>	T1	HD
<i>balsalazide disodium</i> (Colazal)	T1	
<i>mesalamine</i>	T1	HD
<i>mesalamine</i> (Apriso)	T1	HD
<i>mesalamine 800 mg dr tablet</i>	T1	HD
<i>mesalamine dr 1.2 gm tablet</i> (Lialda)	T1	HD
PENTASA 500 MG CAPSULE (<i>mesalamine</i>)	T3	HD
<i>sulfasalazine</i> (Azulfidine)	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
TRASPLANTE DE MICROBIOTA FECAL (TMF)		
VOWST	T3	PA QL(12 caps/56 days) SP
AGONISTAS DEL RECEPTOR X FARNESOIDE (FXR), ANÁLOGOS DEL ÁCIDO BILIAR		
OCALIVA	T3	PA SP HD
ENZIMAS GÁSTRICAS		
SUCRAID	T3	PA SP
INHIBIDORES DE LOS RECEPTORES DE HISTAMINA H2		
<i>cimetidine hcl</i>	T1	HD
<i>famotidine</i>	T1	HD
<i>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	T2	PA SP HD
ESTIMULANTES DE LA MOTILIDAD INTESTINAL		
<i>metoclopramide hcl</i>	T1	
<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		
bisac/nac/nahco3/kcl/peg 3350	T1	PPACA
<i>lactulose</i>	T1	
<i>lactulose 10 gm/15 ml solution</i>	T1	
<i>lactulose 20 gm/30 ml solution</i>	T1	
<i>lubiprostone</i> (Amitiza)	T1	
NULYTELY	T3	PPACA
<i>peg3350/sod sul/nac/kcl/asb/c</i>	T1	PPACA
<i>peg3350/sod sulf, bicarb, cl/kcl</i>	T1	PPACA
PREPOPIK	T2	PPACA
<i>sodium chloride/nahco3/kcl/peg</i>	T1	PPACA
PREPARACIONES ANORRECTALES LOCALES CON NITRATO		
<i>nitroglycerin 0.4% ointment</i> (Rectiv)	T1	
RECTIV (<i>nitroglycerin</i>)	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ENZIMAS PANCREÁTICAS		
PANCREAZE	T2	HD
VIOKACE	T3	HD
ZENPEP	T2	HD
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES		
dexlansoprazole dr 30 mg cap	T1	QL (2 caps/day) HD
dexlansoprazole dr 60 mg cap	T1	QL (1 cap/day) HD
esomeprazole dr 10 mg packet	T1	QL (4 packets/day) HD
esomeprazole dr 20 mg packet (Nexium)	T1	QL (2 packs/day) HD
esomeprazole dr 20 mg packet	T1	QL (2 packs/day) HD
esomeprazole dr 40 mg packet (Nexium)	T1	QL (1 pack/day) HD
esomeprazole dr 40 mg packet	T1	QL (1 packet/day) HD
esomeprazole mag dr 20 mg cap	T1	QL (2 caps/day) HD
esomeprazole mag dr 40 mg cap	T1	QL (1 cap/day) HD
esomeprazole sodium	T1	HD
lansoprazole dr 15 mg capsule	T1	QL (2 caps/day) HD
lansoprazole dr 30 mg capsule	T1	QL (1 cap/day) HD
lansoprazole odt 15 mg tablet	T1	QL (2 tabs/day) HD
lansoprazole odt 30 mg tablet	T1	QL (30 tabs/30 days) HD
NEXIUM DR 2.5 MG PACKET	T2	QL (480 packs/30 days) HD
NEXIUM DR 5 MG PACKET	T2	QL (240 packs/30 days) HD
omeppi 20 mg-1, 100 mg capsule	T1	PA QL (60 caps/30 days) HD
omeppi 40 mg-1, 100 mg capsule	T1	PA QL (30 caps/30 days) HD
omeprazole dr 10 mg capsule	T1	QL (120 caps/30 days) HD
omeprazole dr 20 mg capsule	T1	QL (60 caps/30 days) HD
omeprazole dr 40 mg capsule	T1	QL (30 caps/30 days) HD
omeprazole-bicarb 20-1, 100 cap	T1	PA QL (60 caps/30 days) HD
omeprazole-bicarb 20-1, 680 pkt	T1	PA QL (60 packs/30 days) HD
omeprazole-bicarb 40-1, 100 cap	T1	PA QL (1 cap/day) HD
omeprazole-bicarb 40-1, 680 pkt	T1	PA QL (30 packs/30 days) HD
pantoprazole 40 mg suspension	T1	QL (1 dose/day) HD
pantoprazole sod dr 20 mg tab	T1	QL (2 tabs/day) HD
pantoprazole sod dr 40 mg tab	T1	QL (1 tab/day) HD
pantoprazole sodium 40 mg vial	T1	
rabeprazole sodium	T1	QL (30 tabs/30 days) HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)

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

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	
<i>hydrocortisone/lidocaine/aloe</i>	T1	
<i>hydrocortisone/pramoxine</i> (Analpram Hc)	T1	
<i>lidocaine/hydrocortisone ac</i>	T1	
LIDOCAINE-HYDROCORTISONE	T1	
PROCORT	T3	
PROCTOFOAM-HC	T3	

PREP. RECTALES/DE COLON, GLUCOCORT. (NO HEMORR.)

<i>budesonide 2 mg rectal foam</i>	T1	QL (2 kits/180 days)
CORTENEMA (<i>hydrocortisone</i>)	T3	
<i>hydrocortisone</i> (Cortenema)	T1	

HORMONAS (Agentes hormonales)

INHIBIDORES DE ESTEROIDES ADRENALES

ISTURISA	T3	PA QL (2 tabs/day) SP
----------	----	-----------------------

PREP. DE ANDRÓGENOS/ESTRÓGENOS PARA DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

INTRAROSA	T3	
-----------	----	--

AGENTES ANDROGÉNICOS

ANADROL-50	T3	PA
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	PA QL (150gm/30 days)

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANDROGÉNICOS (cont.)		
<i>testosterone 1% (50 mg/5 g) pk</i> (Testosterone)	T1	PA QL (2 packs/day)
<i>testosterone 1.62% (2.5 g) pkt</i> (Androgel)	T1	PA QL (150gm/30 days)
<i>testosterone 1.62%(1.25 g) pkt</i> (Androgel)	T1	PA QL (2 packs/day)
<i>testosterone 10 mg gel pump</i>	T1	PA QL (120 gm/30 days)
TESTOSTERONE 12.5 MG/1.25 GRAM	T1	PA QL (150gm/30 days)
<i>testosterone 12.5 mg/1.25 gram</i> (Testosterone)	T1	PA QL (150gm/30 days)
<i>testosterone 30 mg/1.5 ml pump</i>	T1	PA QL (180ml/30 days)
<i>testosterone 50 mg/5 gram gel</i>	T1	PA QL (2 tubes/day)
TESTOSTERONE 50 MG/5 GRAM PKT	T1	PA QL (2 packs/day)
<i>testosterone cypionate</i> (Depo-testosterone)	T1	
<i>testosterone enanthate</i>	T1	
XYOSTED	T3	PA QL (2 ml/28 days)
HORMONAS ANTIDIURÉTICAS Y VASOCONSTRICTORAS		
<i>desmopressin</i> (nonrefrigerated)	T1	
<i>desmopressin 0.01% solution</i>	T1	HD
<i>desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr</i>	T1	HD
<i>desmopressin 40 mcg/10 ml vial</i> (Ddavp)	T1	SP
<i>desmopressin ac 4 mcg/ml ampul</i> (Ddavp)	T1	SP
<i>desmopressin ac 4 mcg/ml vial</i> (Ddavp)	T1	SP
<i>desmopressin acetate</i>	T1	
<i>desmopressin acetate 0.1 mg tb</i> (Ddavp)	T1	HD
<i>desmopressin acetate 0.2 mg tb</i> (Ddavp)	T1	HD
NOCTIVA	T3	PA
STIMATE	T3	SP
COMBINACIONES DE ESTRÓGENOS Y PROGESTINAS		
BIJUVA	T3	
COMBINACIONES DE ESTRÓGENOS/ANDRÓGENOS		
<i>estrogen, ester/me-testosterone</i> (Estratest F.S.)	T1	HD
AGENTES ESTROGÉNICOS		
ACTIVELLA (<i>mimvey lo</i>)	T3	HD
ACTIVELLA (<i>mimvey</i>)	T3	HD
ALORA	T3	QL (16 patches/28 days) HD
CLIMARA (<i>estradiol (once weekly)</i>)	T3	HD
CLIMARA PRO	T3	HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ESTROGÉNICOS (cont.)		
COMBIPATCH	T3	
DEPO-ESTRADIOL	T3	HD
DIVIGEL	T3	HD
ELESTRIN	T3	HD
ESTRACE (estradiol)	T3	HD
estradiol/norethindrone acet	T1	HD
estradiol 0.06% 1.25g gel pump	T1	HD
estradiol 0.06% 1.25g gel pump (Estrogel)	T1	HD
estradiol (Climara)	T1	HD
estradiol (Vivelle-dot)	T1	QL (8 patches/21 days) HD
estradiol (Vivelle-dot)	T1	QL (8 patches/21 days) HD
estradiol 0.025 mg patch(2/wk) (Minivelle)	T1	QL(16 patches/28 days) HD
estradiol 0.025 mg patch(2/wk) (Vivelle-Dot)	T1	QL(16 patches/28 days) HD
estradiol 0.0375mg patch(2/wk) (Minivelle)	T1	QL(16 patches/28 days) HD
estradiol 0.0375mg patch(2/wk) (Vivelle-Dot)	T1	QL(16 patches/28 days) HD
estradiol 0.05 mg patch (2/wk) (Minivelle)	T1	QL(16 patches/28 days) HD
estradiol 0.05 mg patch (2/wk) (Vivelle-Dot)	T1	QL(16 patches/28 days) HD
estradiol 0.075 mg patch(2/wk) (Minivelle)	T1	QL(16 patches/28 days) HD
estradiol 0.075 mg patch(2/wk) (Vivelle-Dot)	T1	QL(16 patches/28 days) HD
estradiol 0.1 mg patch (2/wk) (Minivelle)	T1	QL(16 patches/28 days) HD
estradiol 0.1 mg patch (2/wk) (Vivelle-Dot)	T1	QL(16 patches/28 days) HD
estradiol 0.1% (0.5mg) gel pkt (Divigel)	T1	HD
estradiol 0.5 mg tablet (Estrace)	T1	HD
estradiol 1 mg tablet (Estrace)	T1	HD
estradiol 2 mg tablet (Estrace)	T1	HD
estradiol valerate (Delestrogen)	T1	HD
estradiol/norethindrone acet (Activella)	T1	HD
EVAMIST	T3	HD
FEMHRT (norethindron-ethinyl estradiol)	T3	HD
MENEST	T3	HD
MENOSTAR	T3	QL (8 patches/28 days) HD
MINIVELLE (Jyllana)	T3	QL (16 patches/28 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

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ESTROGÉNICOS (cont.)		
<i>norethind-eth estrad 0.5-2.5 (Femhrt)</i>	T1	HD
<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
VIVELLE-DOT (<i>lyllana</i>)	T3	QL (16 patches/28 days) HD
COMB. DE ESTRÓGENOS-PROGESTINAS CON ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES PARA MINERALOCORTICOIDES		
ANGELIQ	T3	HD
COMB. DE ESTRÓGENOS Y MOD. SELECTIVOS DE RECEPTORES ESTROGÉN. (SERM)		
DUAVEE	T2	
GLUCOCORTICOIDES		
<i>budesonide</i>	T1	PA QL (1 tab/day)
<i>budesonide (Entocort Ec)</i>	T1	
<i>cortisone acetate</i>	T1	
<i>deflazacort</i>	T1	PA SP HD
<i>deflazacort (Emflaza)</i>	T1	PA SP HD
<i>dexamethasone</i>	T1	
<i>dexamethasone 1.5 mg tablet</i>	T1	
<i>dexamethasone 2 mg tablet</i>	T1	
<i>dexamethasone 4 mg tablet</i>	T1	
<i>dexamethasone 6 mg tablet</i>	T1	
ENTOCORT EC (<i>budesonide ec</i>)	T3	
<i>hydrocortisone (Cortef)</i>	T1	
LOCORT	T1	
MEDROL	T3	
MEDROL (<i>methylprednisolone</i>)	T3	
<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	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
GLUCOCORTICOIDES (cont.)		
<i>prednisolone</i>	T1	
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	T1	
<i>prednisolone sodium phosphate</i> (Millipred)	T1	
<i>prednisolone sodium phosphate</i> (Orapred Odt)	T1	
<i>prednisone</i>	T1	
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
HORMONAS DEL CRECIMIENTO		
GENOTROPIN	T2	PA SP HD
NORDITROPIN FLEXPRO	T2	PA SP HD
OMNITROPE	T2	PA SP HD
SEROSTIM	T2	PA SP HD
SKYTROFA	T2	PA SP HD
SOGROYA	T3	PA SP
HORMONAS DE FACTOR DE CRECIMIENTO INSULÍNICO TIPO I (IGF-I)		
INCRELEX	T2	PA SP HD
COMB. DE PROGESTINA Y ANÁLOGOS AGONISTAS DE LA LHRH (GNRH)		
LUPANETA PACK	T3	PA SP HD
ANÁLOGOS AGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), SUPRESORES HIPOFISARIOS		
LUPRON DEPOT 3.75 MG KIT	T2	PA SP HD
LUPRON DEPOT 11.25 MG 3MO KIT	T2	PA SP HD
SYNAREL	T3	PA SP HD
COMB. DE PROGESTINA Y ESTRÓGENOS ANTAGONISTAS DE LA LHRH (GNRH)		
ORIAHNN	T2	PA QL (2 capsules/day)
ANTAGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), AGENTES SUPRESORES HIPOFISARIOS		
CETROTIDE	T2	PA SP
<i>ganirelix acet 250 mcg/0.5 ml</i> (Ganirelix Acetate)	T1	PA SP
GANIRELIX ACET 250 MCG/0.5 ML (<i>ganirelix acetate</i>)	T2	PA SP
ORLISSA 150 MG TABLET	T2	PA QL (1 tab/day)
ORLISSA 200 MG TABLET	T2	PA QL (2 tabs/day)
SUP. HIPOF. AGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), PUBERTAD PRECOZ CENTRAL		
FENSOLVI	T3	PA SP
LUPRON DEPOT-PED	T3	PA SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MINERALOCORTICOIDES		
<i>fludrocortisone acetate</i>	T1	HD
OXITÓCICOS		
CERVIDIL	T3	
<i>methylergonovine maleate</i>	T1	
PREPIDIL	T3	
PROSTIN E2 VAGINAL SUPPOSITORY	T3	
AGENTES SUPRESORES HIPOFISARIOS		
<i>cabergoline</i>	T1	QL (16 tabs/28 days) HD
CRENESSITY 50 MG CAPSULE	T3	PA QL(2 caps/day) SP
CRENESSITY 100 MG CAPSULE	T3	PA QL SP
CRENESSITY 50 MG/ML SOLUTION	T3	PA QL(8 mls/day) SP
<i>danazol</i>	T1	HD
BLOQUEADORES DE ÁCIDO COMPETITIVOS DE POTASIO (PCABS)		
VOQUEZNA	T3	PA QL(1 tab/day)
AGENTES PROGESTACIONALES		
CRINONE 4% GEL	T3	PA HD
DEPO-PROVERA 400 MG/ML VIAL	T3	HD
<i>medroxyprogesterone 10 mg tab</i> (Provera)	T1	HD
<i>medroxyprogesterone 2.5 mg tab</i> (Provera)	T1	HD
<i>medroxyprogesterone 5 mg tab</i> (Provera)	T1	HD
<i>norethindrone acetate</i>	T1	HD
<i>progesterone, micronized</i> (Prometrium)	T1	HD
PROMETRIUM (<i>progesterone</i>)	T3	HD
AGENTES SOMATOSTÁTICOS		
<i>lanreotide 120 mg/0.5 ml syrng</i>	T1	PA SP HD
LANREOTIDE 120 MG/0.5 ML SYRNG	T3	PA SP HD
<i>octreotide acetate</i>	T1	PA SP HD
<i>octreotide acetate</i> (Sandostatin)	T1	PA SP HD
SANDOSTATIN (<i>octreotide acetate</i>)	T3	PA SP HD
SANDOSTATIN LAR DEPOT	T2	PA SP
SIGNIFOR	T3	PA SP
SIGNIFOR LAR	T3	PA SP
SOMATULINE DEPOT	T2	PA SP HD
ESTRÓGENOS VAGINALES PARA DISFUNCIÓN SEXUAL		
IMVEXXY 10 MCG MAINTENANCE PAK	T3	QL (16/28 days) HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ESTRÓGENOS VAGINALES PARA DISFUNCIÓN SEXUAL (cont.)		
IMVEXXY 10 MCG STARTER PACK	T3	QL (36/28 days) HD
IMVEXXY 4 MCG MAINTENANCE PACK	T3	QL (16/28 days) HD
IMVEXXY 4 MCG STARTER PACK	T3	QL (36/28 days) HD
PREPARACIONES DE ESTRÓGENOS VAGINALES		
ESTRACE (<i>estradiol</i>)	T3	HD
<i>estradiol</i> (Vagifem)	T1	QL (36 tabs/28 days)
<i>estradiol</i> 0.01% cream (Estrace)	T1	HD
FEMRING	T3	HD
PREMARIN	T2	HD
VAGIFEM (<i>yuvaferm</i>)	T3	QL (36 tabs/28 days) HD
HORMONAS (Infertilidad)		
PREPARACIONES PARA ESTIMULAR LA FERTILIDAD, SIN FSH		
<i>clomiphene citrate</i>	T1	
HORMONAS FOLICULOESTIMULANTES Y LUTEINIZANTES		
MENOPUR	T2	PA SP
HORMONA FOLICULOESTIMULANTE (FSH)		
FOLLISTIM AQ	T3	PA SP
GONAL-F	T2	PA SP
GONAL-F RFF	T2	PA SP
GONAL-F RFF REDI-JECT	T2	PA SP
GONADOTROPINA CORIÓNICA HUMANA (HCG)		
CHORIONIC GONADOTROPIN	T3	PA SP
CHORIONIC GONAD 10, 000 UNIT VL	T1	PA SP
CHORIONIC GONADOTROPIN	T3	PA SP
CHORIONIC GONAD 12, 000 UNIT VL	T1	SP
CHORIONIC GONAD 6, 000 UNIT VL	T1	SP
NOVAREL	T2	PA SP
OVIDREL	T2	PA SP
PREGNYL	T2	PA SP
AGENTES PARA FACILITAR/MANTENER EL EMBARAZO, HORMONALES		
CRINONE 8% GEL	T2	
ENDOMETRIN	T2	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Varias)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANÁLOGOS DE LA HORMONA LEPTINA		
MYALEPT	T3	PA SP HD
HORMONAS (Productos para la osteoporosis)		
INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA		
<i>calcitonin, salmon, synthetic</i>	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
OMVOH PEN	T2	PA QL(2 pens/28 days) SP HD
ANTAGONISTAS ALFA DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-4 (IL-4), ANTICUERPOS MONOCLONALES		
DUPIXENT PEN	T2	PA SP HD
DUPIXENT SYRINGE	T2	PA SP HD
INHIBIDORES DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-6 (IL-6)		
ACTEMRA	T2	PA QL (4 syringes/28 days) SP HD
ACTEMRA ACTPEN	T2	PA QL (4 pens/28 days) SP HD
ENSPRYNG	T3	PA SP HD
KEVZARA 150 MG/1.14 ML PEN INJ	T3	PA QL (2 pens/28 days) SP HD
KEVZARA 150 MG/1.14 ML SYRINGE	T3	PA QL (2 syringes/28 days) SP HD
KEVZARA 200 MG/1.14 ML PEN INJ	T3	PA QL (2 pens/28 days) SP HD
KEVZARA 200 MG/1.14 ML SYRINGE	T3	PA QL (2 syringes/28 days) SP HD
KEVZARA 150 MG/1.14 ML PEN INJ	T3	PA QL (2 pens/28 days) SP HD
KEVZARA 150 MG/1.14 ML SYRINGE	T3	PA QL (2 syringes/28 days) SP HD
KEVZARA 200 MG/1.14 ML PEN INJ	T3	PA QL (2 pens/28 days) SP HD
KEVZARA 200 MG/1.14 ML SYRINGE	T3	PA QL (2 syringes/28 days) SP HD
TYENNE	T2	PA QL(3.6 ml/28 days) SP
TYENNE AUTOINJECTOR	T2	PA QL(3.6 ml/28 days) SP
ANTICUERPOS MONOCLONALES-INHIB. DE LA INTERLEUCINA HUMANA I2/23		
STELARA 45 MG/0.5 ML SYRINGE	T2	PA QL (1 syringe/84 days) SP HD
STELARA 45 MG/0.5 ML VIAL	T2	PA QL (1 vial/84 days) SP HD
STELARA 90 MG/ML SYRINGE	T2	PA QL (1 syringe/84 days) SP HD
SELARSDI	T2	PA QL(1 syringe/84 days) SP
USTEKINUMAB-TTWE	T2	PA QL(1 syringe/84 days) SP HD
YESINTEK	T2	PA QL(1 syringe/84 days) SP

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

INMUNOSUPRESORES (Condiciones cutáneas)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES INMUNOSUPRESORES TÓPICOS		
ELIDEL (<i>pimecrolimus</i>)	T3	
<i>pimecrolimus</i> (Elidel)	T1	
PROTOPIC (<i>tacrolimus</i>)	T3	
<i>tacrolimus</i> 0.03% ointment	T1	
<i>tacrolimus</i> 0.1% ointment	T1	

INMUNOSUPRESORES (Medicamentos para trasplante)

INMUNOSUPRESORES		
ASTAGRAF XL	T3	SP HD
AZASAN	T2	SP HD
<i>azathioprine</i> (Imuran)	T1	SP HD
<i>cyclosporine</i> (Sandimmune)	T1	SP HD
<i>cyclosporine, modified</i>	T1	SP HD
<i>cyclosporine, modified</i> (Neoral)	T1	SP HD
ENVARUS XR	T3	SP HD
<i>everolimus</i> 0.25 mg tablet (Zortress)	T1	SP HD
<i>everolimus</i> 0.5 mg tablet (Zortress)	T1	SP HD
<i>everolimus</i> 0.75 mg tablet (Zortress)	T1	SP HD
LUPKYNIS	T3	PA QL(6 caps/day) SP
<i>mycophenolate mofetil</i> (Cellcept)	T1	SP HD
PROGRAF	T3	SP HD
PROGRAF (<i>tacrolimus</i>)	T3	SP HD
<i>sirolimus</i> (Rapamune)	T1	SP HD
<i>tacrolimus</i> 0.5 mg capsule (ir) (Prograf)	T1	SP HD
<i>tacrolimus</i> 1 mg capsule (ir) (Prograf)	T1	SP HD
<i>tacrolimus</i> 5 mg capsule (ir) (Prograf)	T1	SP HD
ZORTRESS (<i>everolimus</i>)	T3	SP HD

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes)

SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS		
AGAMATRIX CONTROL SOLUTION	T1	
AUTOLET LITE	T1	
CARESENS	T1	
CARETOUCH CONTROL SOLUTION	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.)		
CEQR SIMPLICITY	T2	
CEQR SIMPLICITY INSERTER	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 RECIEVER	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	
FREESTYLE LIBRE 2 PLUS SENSOR	T2	PA QL (2 units/30 days)
FREESTYLE LIBRE 2 READER	T2	PA QL (1 reader/day)
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR	T2	PA QL (2 sensors/21 days)
FREESTYLE LIBRE 3 READER	T2	PA QL (1 unit/720 days)
FREESTYLE LIBRE 3 PLUS SENSOR	T2	PA QL (2 units/28 days)
FORA TN'GO ADVANCE MULTIFN MTR	T3	
FORA TN'GO ADV MOBILE MULT MTR	T3	
FREESTYLE LIBRE 10 DAY READER	T2	PA QL (1 reader/day)
FREESTYLE LIBRE 10 DAY SENSOR	T2	PA QL (3/30 days)
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER	T2	PA QL (1 reader/day)
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR	T2	PA QL (2/28 days)
GLUCOCOM AUTOLINK	T1	
GUARDIAN RT CHARGER	T1	
GUARDIAN RT STARTER KIT	T1	
GUARDIAN TEST PLUG	T1	
HUMAPEN LUXURA HD	T1	
IHEALTH CONTROL SOLN LEVEL 2	T1	
INPEN (FOR HUMALOG)	T1	
INPEN (FOR NOVOLOG OR FIASP)	T1	
LITE TOUCH LANCING PEN	T1	
MOBILE LANCETS	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 G6-G7 PODS (GEN 5)	T2	QL
OMNIPOD CLASSIC (GEN 3) KIT	T2	QL (1 kit/365 days)
OMNIPOD CLASSIC (GEN 4) KIT	T2	QL (1 kit/365 days)
OMNIPOD CLASSIC (GEN 3) PODS	T2	QL (30 pods/30 days)
OMNIPOD CLASSIC (GEN 4) PODS	T2	QL (30 pods/30 days)
OMNIPOD DASH 5 PACK POD	T2	PA QL (6 boxes/30 days)
OMNIPOD 5 DEXG7G6 INTRO(GEN 5)	T2	QL(1 unit/365 days)
OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS (GEN 5)	T2	QL(30 crtgs/30 days)
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET	T1	
ONETOUCH DELICA PLUS LANC DEV	T1	
ONETOUCH ULTRA CONTROL SOLN	T1	
ONETOUCH ULTRA TEST STRIP	T2	
ONETOUCH ULTRASOFT 2 LANCET	T1	
ONETOUCH VERIO TEST STRIP	T2	
ONETOUCH VERIO HIGH CNTRL SOLN	T1	
ONETOUCH VERIO MID CNTRL SOLN	T1	
PRO COMFORT SAFETY LANCET	T1	
REPLACEMENT PEDIATRIC MONITOR	T1	
SEN-SERTER	T1	
V-GO 20	T2	
V-GO 30	T2	
V-GO 40	T2	
AGUJAS/DISPOSITIVOS SIN AGUJA		
AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE	T1	
BLUNT NEEDLE	T1	
CAREPOINT PRECISION NEEDLE	T1	
DROPSAFE SICURA SAFETY NEEDLE	T1	
ECLIPSE NEEDLE	T1	
EMBRACE PEN NEEDLE	T1	
FILTER NEEDLE	T1	
HYPODERMIC NEEDLE	T1	
INSUPEN PEN NEEDLE	T1	
MONOJECT BLOOD COLLECTION	T1	
NEEDLES	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
AGUJAS/DISPOSITIVOS SIN AGUJA (cont.)		
PERFECT POINT SAFETY NEEDLE	T1	
PRECISIONGLIDE NEEDLE	T1	
NANO 2ND GEN PEN NEEDLE	T1	
NANO PEN NEEDLE	T1	
ULTRA-FINE PEN NEEDLE	T1	
JERINGAS Y ACCESORIOS		
BD INS SYR 0.3 ML 8MMX31G(1/2)	T1	
BD INS SYR UF 0.3ML 12.7MMX30G	T1	
BD INS SYR UF 0.5ML 12.7MMX30G	T1	
BD INS SYRN UF 1 ML 12.7MMX30G	T1	
BD INS SYRN UF 1 ML 30G 12.7MM	T1	
BD INS SYRNG 0.3 ML 29GX12.7MM	T1	
BD INS SYRNG 0.5 ML 29GX12.7MM	T1	
BD INS SYRNG UF 0.3 ML 8MMX31G	T1	
BD INS SYRNG UF 0.5 ML 8MMX31G	T1	
BD INSULIN SYR 0.5 ML 28GX1/2"	T1	
BD INSULIN SYR 1 ML 25GX1"	T1	
BD INSULIN SYR 1 ML 25GX5/8"	T1	
BD INSULIN SYR 1 ML 26GX1/2"	T1	
BD INSULIN SYR 1 ML 27GX12.7MM	T1	
BD INSULIN SYR 1 ML 27GX5/8"	T1	
BD INSULIN SYR 1 ML 28GX1/2"	T1	
BD INSULIN SYR 1 ML 29GX12.7MM	T1	
BD INSULIN SYR UF 1 ML 8MMX31G	T1	
BD INSULIN SYRINGE 1 ML	T1	
DROPLET 0.3 ML 29G 12.7MM(1/2)	T1	
DROPLET 0.3 ML 30G 12.7MM(1/2)	T1	
DROPLET INS 0.3ML 30G 8MM(1/2)	T1	
DROPLET INS 0.3ML 31G 6MM(1/2)	T1	
DROPLET INS 0.3ML 31G 8MM(1/2)	T1	
DROPLET INS 0.5 ML 29G 12.7MM	T1	
DROPLET INS 0.5 ML 30G 12.7MM	T1	
DROPLET INS SYR 0.5 ML 31G 6MM	T1	
DROPLET INS SYR 0.5 ML 31G 8MM	T1	
DROPLET INS SYR 0.5ML 30G 8MM	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
JERINGAS Y ACCESORIOS (cont.)		
DROPLET INS SYR 1 ML 30G 8MM	T1	
DROPLET INS SYR 1 ML 31G 6MM	T1	
DROPLET INS SYR 1 ML 31G 8MM	T1	
DROPLET INS SYR 1ML 29G 12.7MM	T1	
DROPLET INS SYR 1ML 30G 12.7MM	T1	
EASY COMFORT SYR 0.5ML 29G 8MM	T1	
EASY COMFORT SYR 1 ML 29G 8MM	T1	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE	T1	
INSULIN SYRINGE	T1	
INSULIN SYRINGE U-500	T1	
LITE TOUCH INSULIN 0.5 ML SYR	T1	
LITE TOUCH INSULIN 1 ML SYR	T1	
MINIMED RESERVOIR	T1	
PARADIGM	T1	
TRUE COMFORT SAFE INSULIN SYRG	T1	
ULTRA-THIN II 1 ML 31GX5/16"	T1	
ULTRA-THIN II INS 0.3 ML 30G	T1	
ULTRA-THIN II INS 0.3 ML 31G	T1	
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 29G	T1	
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 30G	T1	
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 31G	T1	
ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML 29G	T1	
ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML 30G	T1	
VERIFINE INSULIN SYRINGE	T1	

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Varios)

EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I)		
1ST TIER UNILET COMFORTOUCH	T1	
2-IN-1 LANCET DEVICE	T1	
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET DRUM	T1	
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO	T1	
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO PLUS	T1	
ACCU-CHEK SOFTCLIX	T1	
ACTI-LANCE	T1	
ADVANCED TRAVEL LANCETS	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)		
ADVOCATE SAFETY LANCET	T1	
ADVOCATE LANCETS	T1	
ALTERNATE SITE LANCETS	T1	
ASSURE HAEMOLANCE PLUS	T1	
ASSURE LANCE	T1	
ASSURE LANCE PLUS	T1	
BD MICROTAINER LANCETS	T1	
BD ULTRA-FINE	T1	
BD ULTRA-FINE II	T1	
BLOOD LANCETS	T1	
BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS	T1	
BUTTERFLY TOUCH LANCET	T1	
CAREONE	T1	
CARESENS LANCET	T1	
CARETOUCH SAFETY LANCETS	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	
DROPLET LANCETS	T1	
EASY COMFORT LANCETS	T1	
EASY TOUCH	T1	
EASY TWIST & CAP LANCETS	T1	
EMBRACE 30G LANCETS	T1	
EMBRACE SAFETY LANCET	T1	
EZ SMART LANCETS	T1	
EZ-LETS	T1	
FIFTY50 SAFETY SEAL LANCETS	T1	
FINE 30 UNIVERSAL LANCETS	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)		
LITE TOUCH 30G LANCETS	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	T1	
LANCETS THIN	T1	
LANCETS ULTRA THIN	T1	
LITE TOUCH 28G LANCETS	T1	
LITE TOUCH 33G LANCETS	T1	
LITE TOUCH LANCETS	T1	
MEDISENSE THIN LANCETS	T1	
MEDLANCE PLUS	T1	
MICRO THIN LANCET	T1	
MICRO THIN LANCETS	T1	
MICROLET	T1	
MOBILE LANCETS	T1	
MONOLET LANCETS	T1	
MONOLET THIN LANCETS	T1	
MYGLUCOHEALTH LANCETS	T1	
NOVA SAFETY LANCETS	T1	
NOVA SUREFLEX	T1	
ON CALL LANCET	T1	
ON CALL PLUS LANCET	T1	
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET	T1	
ONETOUCH DELICA SAFETY LANCET	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)		
ONETOUCH LANCETS	T1	
ONETOUCH SURESOFT	T1	
ONETOUCH ULTRASOFT 2 LANCET	T1	
ON-THE-GO	T1	
PERFECT POINT SAFETY LANCETS	T1	
PIP LANCET	T1	
PRESSURE ACTIVATED LANCETS	T1	
PRO COMFORT LANCET	T1	
PRO COMFORT LANCETS	T1	
PRO COMFORT SAFETY LANCET	T1	
PRODIGY LANCETS	T1	
PRODIGY TWIST TOP LANCET	T1	
PURE COMFORT LANCETS	T1	
PURE COMFORT SAFETY LANCETS	T1	
PUSH BUTTON SAFETY LANCETS	T1	
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	
SMART SENSE	T1	
SMART SENSE LANCETS	T1	
SMARTTEST LANCET	T1	
SOLUS V2	T1	
SOLUS V2 LANCETS	T1	
STERILANCET L	T1	
STERILE LANCETS	T1	
SUPER THIN LANCETS	T1	
SURE COMFORT LANCETS	T1	
SURE-LANCE	T1	
SURE-TOUCH	T1	
TECHLITE LANCETS	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)		
TELCARE ULTRA THIN 30G LANCETS	T1	
THIN LANCETS	T1	
TOPCARE UNIVERSAL1 LANCET	T1	
TOPCARE UNIVERSAL1 THIN LANCET	T1	
TRUE COMFORT LANCET	T1	
TRUE COMFORT SAFETY LANCET	T1	
TRUEPLUS LANCET	T1	
TRUEPLUS LANCETS	T1	
TWIST LANCETS	T1	
TWIST TOP LANCET	T1	
ULTILET BASIC	T1	
ULTILET CLASSIC	T1	
ULTILET LANCETS	T1	
ULTILET SAFETY	T1	
ULTRA THIN LANCET	T1	
ULTRA THIN LANCETS	T1	
ULTRA THIN PLUS LANCETS	T1	
ULTRA-THIN II 28G LANCETS	T1	
ULTRA-THIN II 28G LANCETS	T1	
ULTRA-THIN II 30G LANCETS	T1	
ULTRA-THIN II 30G LANCETS	T1	
ULTRA-CARE LANCETS	T1	
ULTRA-THIN II	T1	
ULTRATLC LANCETS	T1	
UNILET COMFORTOUCH	T1	
UNILET EXCELITE	T1	
UNILET EXCELITE II	T1	
UNILET GP LANCET	T1	
UNILET LANCET	T1	
UNILET LANCETS	T1	
UNISTIK 2 COMFORT	T1	
UNISTIK 2 COMFORT	T1	
UNISTIK 2 EXTRA	T1	
UNISTIK 2 EXTRA	T1	
UNISTIK 2 NORMAL	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)		
UNISTIK 2 NORMAL	T1	
UNISTIK 3	T1	
UNISTIK 3 NORMAL	T1	
UNISTIK 3 COMFORT	T1	
UNISTIK 3 COMFORT	T1	
UNISTIK 3 DUAL	T1	
UNISTIK 3 DUAL	T1	
UNISTIK 3 EXTRA	T1	
UNISTIK 3 NORMAL	T1	
UNISTIK COMFORT	T1	
UNISTIK CZT	T1	
UNISTIK EXTRA	T1	
UNISTIK NORMAL	T1	
UNISTIK PRO	T1	
UNISTIK SAFETY	T1	
UNISTIK TOUCH	T1	
UNIVERSAL 1	T1	
VERIFINE SAFETY LANCET MINI	T1	
VERIFINE UNIVERSAL LANCET	T1	
VIVAGUARD LANCET	T1	
VIVAGUARD SAFETY LANCET	T1	
AYUDAS, DISPOSITIVOS, EQUIPOS RESPIRATORIOS		
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER	T2	QL (1 unit/year)
AEROCHAMBER MECHANICAL VENT	T2	QL (1 spacer/365 days)
AEROCHAMBER MINI	T2	QL (1 unit/year)
AEROCHAMBER MV	T2	QL (1 unit/year)
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU	T2	QL (1 unit/year)
AEROCHAMBER WITH FLOWSIGNAL	T2	QL (1 unit/year)
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS	T2	QL (1 unit/year)
AEROTRACH PLUS	T2	QL (1 unit/year)
AEROVENT PLUS	T2	QL (1 unit/year)
BREATHERITE	T2	QL (1 unit/year)
BREATHERITE SPACER-ADULT MASK, INFANT MASK	T2	QL (1 unit/year)
BREATHERITE SPACER-LARGE MASK	T2	QL (1 mask/365 days)
BREATHERITE SPACER-MEDIUM MASK	T2	QL (1 mask/365 days)

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

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

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

RELAJANTES MUSCULARES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS CONTRAIRRITANTE RUBEFACIENTE TÓPICO		
COMFORT PAC-CYCLOBENZAPRINE	T3	
COMFORT PAC-TIZANIDINE	T3	
RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS		
<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	
<i>metaxalone 600 mg, 800 mg tablet (Skelaxin)</i>	T1	
<i>methocarbamol</i>	T1	
<i>methocarbamol (Robaxin-750)</i>	T1	
<i>methocarbamol 1,000 mg tablet</i>	T1	
<i>orphenadrine citrate</i>	T1	
OZOBAX DS	T3	
ROBAXIN-750 (<i>methocarbamol</i>)	T3	
SKELAXIN (<i>metaxalone</i>)	T3	
SOMA (<i>vanadom</i>)	T3	
<i>tizanidine hcl</i>	T1	
<i>tizanidine hcl (Zanaflex)</i>	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	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS PRENATALES (Nutritivas/alimenticias) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINAS PRENATALES (cont.)		
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 no.154/iron fum/folic acid</i>	T1	
<i>pnv/iron, carb/docusat/folic ac</i>	T1	
<i>prenatal 12/iron/folic/dss/om3</i>	T1	
PRENATAL 19	T1	
<i>prenatal 34/iron/folic/dss/dha</i>	T1	
<i>prenatal vits15/iron/folic/dss</i>	T1	
VITAFOL FE+	T3	

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar)¹⁰

ANTIDEPRESIVOS ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES ALFA 2		
<i>mirtazapine (Remeron)</i>	T1	HD
MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS - BENZODIAZEPINAS		
<i>alprazolam (Xanax Xr)</i>	T1	
<i>alprazolam (Xanax)</i>	T1	
<i>chlordiazepoxide hcl</i>	T1	
<i>clorazepate dipotassium</i>	T1	
<i>clorazepate dipotassium (Tranxene T-tab)</i>	T1	
<i>diazepam 10 mg tablet (Valium)</i>	T1	
<i>diazepam 2 mg tablet (Valium)</i>	T1	
<i>diazepam 5 mg tablet (Valium)</i>	T1	
<i>diazepam 5 mg/5 ml solution</i>	T1	
<i>diazepam 5 mg/ml oral conc</i>	T1	
<i>lorazepam</i>	T1	
<i>oxazepam</i>	T1	
TRANXENE T-TAB (<i>clorazepate dipotassium</i>)	T3	
XANAX XR 2 MG TABLET (<i>alprazolam</i>)	T3	
MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS		
<i>buspirone hcl</i>	T1	HD
<i>meprobamate</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

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MEDICAMENTOS PARA TRASTORNO BIPOLAR		
EQUETRO	T3	HD
<i>lithium carbonate</i> (Lithobid)	T1	HD
<i>lithium citrate</i>	T1	HD
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
<i>bupropion hcl xl 150 mg tablet</i>	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>bupropion hcl xl 300 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
WELLBUTRIN SR 100 MG TABLET (<i>bupropion hcl sr</i>)	T3	QL (4 tabs/day) ST HD
WELLBUTRIN SR 150 MG TABLET (<i>bupropion hcl sr</i>)	T3	QL (2 tabs/day) ST HD
WELLBUTRIN SR 200 MG TABLET (<i>bupropion hcl sr</i>)	T3	QL (2 tabs/day) ST 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 days) SP HD
ZURZUVAE 30 MG CAPSULE	T3	PA QL(14 caps/270 days) SP 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/10 ml sol</i>	T1	QL (30ml/day) HD
<i>citalopram hbr 20 mg tablet</i> (Celexa)	T1	QL(3 tabs/day) HD
<i>citalopram hbr 40 mg tablet</i> (Celexa)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>escitalopram 5 mg tablet</i>	T1	QL (4 tabs/day) HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar)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>escitalopram 10 mg/10 ml cup</i>	T1	QL (20 mls/day) HD
<i>escitalopram 10 mg tablet</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>escitalopram oxalate 5 mg/5 ml</i>	T1	QL (20ml/day) HD
<i>fluoxetine hcl</i>	T1	QL (4 caps/28 days) HD
<i>fluoxetine hcl 10 mg capsule (Prozac)</i>	T1	QL (8 caps/day) HD
<i>fluoxetine hcl 10 mg tablet (Sarafem)</i>	T1	HD
<i>fluoxetine hcl 20 mg capsule (Prozac)</i>	T1	QL (4 caps/day) HD
<i>fluoxetine 20 mg/5 ml soln cup</i>	T1	QL (20 mls/day) HD
<i>fluoxetine hcl 20 mg tablet</i>	T1	HD
<i>fluoxetine hcl 40 mg capsule (Prozac)</i>	T1	QL (2 caps/day) HD
<i>fluoxetine hcl 60 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>fluvoxamine er 100 mg capsule</i>	T1	QL (3 caps/day) HD
<i>fluvoxamine er 150 mg capsule</i>	T1	QL (2 caps/day) HD
<i>fluvoxamine maleate 100 mg tab</i>	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>fluvoxamine maleate 25 mg tab</i>	T1	QL (12 tabs/day) HD
<i>fluvoxamine maleate 50 mg tab</i>	T1	QL (6 tabs/day) HD
<i>paroxetine cr 12.5 mg tablet (Paxil Cr)</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>paroxetine cr 25 mg tablet (Paxil Cr)</i>	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>paroxetine cr 37.5 mg tablet (Paxil Cr)</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>paroxetine er 12.5 mg tablet (Paxil Cr)</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>paroxetine er 25 mg tablet (Paxil Cr)</i>	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>paroxetine er 37.5 mg tablet (Paxil Cr)</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>paroxetine hcl 10 mg tablet (Paxil)</i>	T1	QL (6 tabs/day) HD
<i>paroxetine hcl 20 mg tablet (Paxil)</i>	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>paroxetine hcl 30 mg tablet (Paxil)</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>paroxetine hcl 40 mg tablet (Paxil)</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>SARAFEM (fluoxetine hcl)</i>	T3	ST HD
<i>sertraline 20 mg/ml oral conc (Zoloft)</i>	T1	QL (10ml/day) HD
<i>sertraline hcl 100 mg tablet (Zoloft)</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>sertraline hcl 25 mg tablet (Zoloft)</i>	T1	QL (8 tabs/day) HD
<i>sertraline hcl 50 mg tablet (Zoloft)</i>	T1	QL (4 tabs/day) HD
INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN/ANTAGONISTAS DE LA SEROTONINA-2 (SARI)		
<i>nefazodone hcl</i>	T1	HD
<i>trazodone hcl</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIB. DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA-NOREPINEFRINA (SNRI)		
<i>desvenlafaxine succnt er 100mg</i>	T1	QL (4 tabs/day) HD
<i>desvenlafaxine succnt er 25 mg</i>	T1	QL (16 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
venlafaxine hcl 100 mg tablet	T1	QL (3 tabs/day) HD
venlafaxine hcl 25 mg tablet	T1	QL (15 tabs/day) HD
venlafaxine hcl 37.5 mg tablet	T1	QL (10 tabs/day) HD
venlafaxine hcl 50 mg tablet	T1	QL (7 tabs/day) HD
venlafaxine hcl 75 mg tablet	T1	QL (5 tabs/day) HD
<i>venlafaxine hcl er 150 mg cap</i> (Effexor Xr)	T1	QL (2 caps/day) HD
venlafaxine hcl er 150 mg tab	T1	QL (2 tabs/day) HD
venlafaxine hcl er 225 mg tab	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>venlafaxine hcl er 37.5 mg cap</i> (Effexor Xr)	T1	QL (8 caps/day) HD
venlafaxine hcl er 37.5 mg tab	T1	QL (8 tabs/day) HD
<i>venlafaxine hcl er 75 mg cap</i> (Effexor Xr)	T1	QL (4 caps/day) HD
venlafaxine hcl er 75 mg tab	T1	QL (4 tabs/day) HD
SSRI Y ANTIDEPRESIVOS AGONISTAS PARCIALES DE 5HT1A		
<i>vilazodone hcl 10 mg tablet</i> (Viibryd)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>vilazodone hcl 20 mg tablet</i> (Viibryd)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>vilazodone hcl 40 mg tablet</i> (Viibryd)	T1	HD
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
SSRI Y ANTIDEPRESIVOS AGONISTAS PARCIALES DE 5HT1A		
VIIBRYD 40 MG TABLET	T3	ST HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SSRI, ANTIDEPRESIVOS MODULADORES DE RECEPTORES DE SEROTONINA		
TRINTELLIX 10 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day)
TRINTELLIX 20 MG TABLET	T3	
TRINTELLIX 5 MG TABLET	T3	QL (1 Tab/day)
COMBINACIONES DE ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS-BENZODIAZEPINAS		
amitriptyline/chlordiazepoxide	T1	HD
COMBINACIONES DE ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS-FENOTIAZINAS		
perphenazine/amitriptyline hcl	T1	HD
ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS, INHIB. NO SELECT. DE LA RECAPTACIÓN REL.		
amitriptyline hcl	T1	HD
amoxapine	T1	HD
clomipramine hcl	T1	HD
desipramine hcl	T1	HD
doxepin 10 mg capsule	T1	HD
doxepin 10 mg/ml oral conc	T1	HD
doxepin 100 mg, 150 mg capsule	T1	HD
doxepin 25 mg capsule	T1	HD
doxepin 50 mg capsule	T1	HD
doxepin 75 mg capsule	T1	HD
imipramine hcl	T1	HD
imipramine pamoate	T1	HD
maprotiline hcl	T1	HD
nortriptyline hcl	T1	HD
protriptyline hcl	T1	HD
trimipramine maleate	T1	HD
MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Trastorno de déficit de atención e hiperactividad)¹⁰		
TRAT. PARA EL ADHD - AGONISTAS SELECTIVOS DE LOS RECEPTORES ALFA 2		
clonidine hcl (Kapvay)	T1	
guanfacine hcl (Intuniv)	T1	HD
TRAT. PARA EL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (ADHD)/NARCOLEPSIA		
DAYTRANA	T3	PA QL (1 patch/day)
dexmethylphenidate er 10 mg cp	T1	PA QL (1 cap/day)
dexmethylphenidate er 15 mg cp	T1	PA QL (1 per day)
dexmethylphenidate er 20 mg cp	T1	PA QL (1 cap/day)
dexmethylphenidate er 25 mg cp	T1	PA QL (1 cap/day)

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Trastorno de déficit de atención e hiperactividad)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>dexmethylphenidate er 30 mg cp</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dexmethylphenidate er 35 mg cp</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dexmethylphenidate er 40 mg cp</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dexmethylphenidate hcl</i> (Focalin)	T1	PA
FOCALIN (<i>dexmethylphenidate hcl</i>)	T3	PA ST
METHYLIN (<i>methylphenidate hcl</i>)	T3	PA
<i>methylphenidate 10 mg/9hr ptch</i> (Daytrana)	T1	PA QL(1 patch/day)
<i>methylphenidate 15 mg/9hr ptch</i> (Daytrana)	T1	PA QL(1 patch/day)
<i>methylphenidate 20 mg/9hr ptch</i> (Daytrana)	T1	PA QL(1 patch/day)
<i>methylphenidate 30 mg/9hr ptch</i> (Daytrana)	T1	PA QL(1 patch/day)
<i>methylphenidate er 10 mg cap</i>	T1	QL (1 per day)
<i>methylphenidate er 10 mg tab</i>	T1	PA QL (2 tabs/day)
<i>methylphenidate er 15 mg cap</i>	T1	QL (1 per day)
<i>methylphenidate er 18 mg tab</i>	T1	PA QL (1 tab/day)
<i>methylphenidate er 18 mg tab</i> (Relexxii)	T1	PA QL(1 tab/day)
<i>methylphenidate er 20 mg cap</i>	T1	QL (1 per day)
<i>methylphenidate er 20 mg tab</i>	T1	PA QL (3/day)
<i>methylphenidate er 27 mg tab</i> (Relexxii)	T1	PA QL(1 tab/day)
<i>methylphenidate er 27 mg tab</i>	T1	PA QL (1 tab/day)
<i>methylphenidate er 30 mg cap</i>	T1	QL (1 per day)
<i>methylphenidate er 36 mg tab</i> (Relexxii)	T1	PA QL(2 tabs/day)
<i>methylphenidate er 36 mg tab</i>	T1	PA QL (2 tabs/day)
<i>methylphenidate er 40 mg cap</i>	T1	QL (1 per day)
<i>methylphenidate er 50 mg cap</i>	T1	QL (1 per day)
<i>methylphenidate er 54 mg tab</i>	T1	PA QL (1 per day)
<i>methylphenidate er 54 mg tab</i> (Relexxii)	T1	PA QL(1 tab/day)
<i>methylphenidate er 60 mg cap</i>	T1	QL (1 per day)
<i>methylphenidate</i> (Daytrana)	T1	PA QL(1 patch/day)
<i>methylphenidate hcl</i> (Metadate CD)	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>methylphenidate hcl</i> (Methylin)	T1	PA
<i>methylphenidate hcl</i> (Ritalin)	T1	PA
<i>methylphenidate la 10 mg cap</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>methylphenidate la 20 mg cap</i>	T1	PA QL (1 per day)
<i>methylphenidate la 30 mg cap</i>	T1	PA QL (1 per day)

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Trastorno de déficit de atención e hiperactividad)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 la 40 mg cap</i>	T1	PA QL (1 cap/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 ST

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

<i>atomoxetine hcl 10 mg capsule (Strattera)</i>	T1	HD
<i>atomoxetine hcl 100 mg capsule (Strattera)</i>	T1	HD
<i>atomoxetine hcl 18 mg capsule (Strattera)</i>	T1	HD
<i>atomoxetine hcl 25 mg capsule (Strattera)</i>	T1	HD
<i>atomoxetine hcl 40 mg capsule (Strattera)</i>	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>atomoxetine hcl 60 mg capsule (Strattera)</i>	T1	HD
<i>atomoxetine hcl 80 mg capsule (Strattera)</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 (Saphris)</i>	T1	
CAPLYTA	T3	ST QL(1 tabs/caps/day)
<i>clozapine</i>	T1	
<i>clozapine (Clozapine Odt)</i>	T1	
<i>clozapine (Clozaril)</i>	T1	
CLOZAPINE ODT	T1	
CLOZARIL (<i>clozapine</i>)	T3	ST
FANAPT TITRATION PACK	T3	QL (4 packs/year) ST
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
<i>lurasidone hcl 120 mg tablet (Latuda)</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

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.)		
<i>lurasidone hcl 20 mg tablet</i> (Latuda)	T1	
<i>lurasidone hcl 40 mg tablet</i> (Latuda)	T1	QL (1 tab/day)
<i>lurasidone hcl 60 mg tablet</i> (Latuda)	T1	QL (1 tab/day)
<i>lurasidone hcl 80 mg tablet</i> (Latuda)	T1	
<i>olanzapine</i> (Zyprexa)	T1	
<i>paliperidone er 1.5 mg tablet</i>	T1	
<i>paliperidone er 3 mg tablet</i> (Invega)	T1	QL (1 tab/day)
<i>paliperidone er 9 mg tablet</i> (Invega)	T1	
<i>quetiapine fumarate 400 mg tab</i> (Seroquel)	T1	
<i>quetiapine fumarate</i> (Seroquel Xr)	T1	
<i>quetiapine fumarate</i> (Seroquel)	T1	
<i>RISPERDAL (risperidone)</i>	T3	ST
<i>risperidone</i>	T1	
<i>risperidone</i> (Risperdal)	T1	
<i>SAPHRIS (asenapine maleate)</i>	T3	ST
<i>SECUADO</i>	T3	ST
<i>SEROQUEL (quetiapine fumarate)</i>	T3	ST
<i>SEROQUEL XR (quetiapine fumarate er)</i>	T3	ST
<i>ziprasidone hcl</i>	T1	
ANTIPSICÓTICOS-ATÍPICOS, AG. PARCIAL DE D3/D2-5HT MIXTOS		
<i>VRAYLAR 1.5 MG CAPSULE</i>	T3	QL (1 cap/day) ST
<i>VRAYLAR 3 MG CAPSULE</i>	T3	QL (1 cap/day) ST
<i>VRAYLAR 4.5 MG CAPSULE</i>	T3	ST
<i>VRAYLAR 6 MG CAPSULE</i>	T3	ST
ANTIPSICÓTICOS-ATÍPICOS, AG. PARCIAL DE D2/5HT MIXTOS		
<i>aripiprazole</i>	T1	
<i>aripiprazole 1 mg/ml solution</i>	T1	
<i>aripiprazole 10 mg tablet</i>	T1	
<i>aripiprazole 15 mg tablet</i>	T1	
<i>aripiprazole 2 mg tablet</i>	T1	
<i>aripiprazole 20 mg tablet</i>	T1	
<i>aripiprazole 30 mg tablet</i>	T1	
<i>aripiprazole 5 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
<i>REXULTI 0.25 MG TABLET</i>	T3	QL (1 tab/day) ST

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIPSICÓTICOS-ATÍPICOS, AG. PARCIAL DE D2/5HT MIXTOS (cont.)		
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, 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	
<i>olanzapine/fluoxetine hcl (Symbyax)</i>	T1	

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Trastornos del sueño/sedantes)

AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA NARCOLEPSIA Y LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO		
<i>armodafinil</i>	T1	PA
<i>modafinil</i>	T1	PA
<i>modafinil (Provigil)</i>	T1	PA
SUNOSI	T2	PA QL (1 tab/day)
SEDANTES/HIPNÓTICOS (Trastornos del sueño/sedantes)		
AGENTE TIPO SEDANTE ANTINARCOLEPSIA Y ANTICATAPLEXIA		
LUMRYZ	T3	PA QL(1 Pack/day) SP HD
LUMRYZ STARTER PACK	T3	PA QL SP HD
SODIUM OXYBATE 0.5 G/ML SOLN	T3	PA QL(18 mls/day) SP HD
XYWAV	T3	PA SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
BARBITÚRICOS		
<i>phenobarbital</i>	T1	
<i>secobarbital sodium</i>	T3	PA
HIPNÓTICOS, AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA MELATONINA MT1/MT2		
HETLIOZ	T3	PA SP HD
HETLIOZ LQ	T3	PA SP HD
<i>ramelteon</i> (Rozerem)	T1	QL (1 tab/day)
<i>tasimelteon</i>	T1	PA SP
HIPNÓTICOS SEDANTES - BENZODIAZEPINAS		
DORAL	T3	
<i>estazolam</i>	T1	
<i>flurazepam hcl</i>	T1	
HALCION (<i>triazolam</i>)	T3	
<i>midazolam hcl</i>	T1	
QUAZEPAM	T1	
<i>quazepam</i> (Quazepam)	T1	
<i>temazepam</i>	T1	
<i>triazolam</i>	T1	
<i>triazolam</i> (Halcion)	T1	
HIPNÓTICOS SEDANTES, NO BARBITÚRICOS		
DAYVIGO	T2	QL (1 tab/day) ST
<i>doxepin hcl 3 mg tablet</i> (Silenor)	T1	QL (1 tab/day)
<i>doxepin hcl 6 mg tablet</i> (Silenor)	T1	
<i>eszopiclone</i> (Lunesta)	T1	
DAYVIGO	T2	QL (1 tab/day) ST
<i>doxepin hcl 3 mg tablet</i> (Silenor)	T1	QL (1 tab/day)
<i>doxepin hcl 6 mg tablet</i> (Silenor)	T1	
<i>eszopiclone</i> (Lunesta)	T1	
<i>zaleplon</i>	T1	
<i>zolpidem tart er 12.5 mg tab</i>	T1	
<i>zolpidem tart er 6.25 mg tab</i>	T1	QL (1 tab/day)
<i>zolpidem tartrate 10 mg tablet</i> (Ambien)	T1	
<i>zolpidem tartrate 5 mg tablet</i> (Ambien)	T1	
<i>zolpidem tartrate</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 CUTÁNEAS (Varias)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
IRRIGANTES		
<i>acetic acid</i>	T1	
<i>neomycin sulf/polymyxin b sulf</i>	T1	
PHYSIOLYTE	T3	
PHYSIOSOL	T3	
<i>ringer's solution</i>	T1	
<i>ringer's solution, lactated</i>	T1	
<i>sod, pot chlor/mag/sod, pot phos</i>	T3	
<i>sodium chloride irrig solution</i>	T1	
SORBITOL	T1	
SORBITOL-MANNITOL	T1	
VASHE WOUND	T3	
<i>water for irrigation, sterile</i>	T1	
AGENTES OXIDANTES		
<i>hydrogen peroxide</i>	T1	

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)

AGENTES ANTIPSORIÁSICOS, SISTÉMICOS		
<i>acitretin</i>	T1	
BIMZELX	T3	PA QL(2 mls/28 days) SP HD
BIMZELX AUTOINJECTOR	T3	PA QL(2 mls/28 days) SP HD
COSENTYX	T3	PA QL SP
ILUMYA	T3	PA QL (1 syringe/84 days) SP HD
SILIQ	T3	PA QL SP
<i>methoxsalen (Oxsoralen-ultra)</i>	T1	
OXSORALEN-ULTRA (<i>methoxsalen</i>)	T3	
SKYRIZI (2 SYRINGES) KIT	T2	PA QL (1 kit/84 days) SP HD
SOTYKTU	T2	PA QL (1 tab/day) SP HD
SPEVIGO	T3	PA QL(2 mls/28 days) SP HD
TALTZ AUTOINJECTOR	T2	PA QL (1 injector/28 days) SP HD
TALTZ AUTOINJECTOR (2 PACK)	T2	PA QL (1 injector/28 days) SP HD
TALTZ AUTOINJECTOR (3 PACK)	T2	PA QL (1 injector/28 days) SP HD
TALTZ SYRINGE	T2	PA QL (1 syringe/28 days) SP HD
TREMFYA 100 MG/ML PEN	T2	PA QL (1 ml/56 days) SP HD
TREMFYA 200 MG/2 ML PEN	T2	PA QL(2 syringe/28 days) SP HD
TREMFYA PEN INDUCTION PK-CROHN	T2	PA QL(2 syringe/28 days) SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAMATORIOS TÓPICOS, ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS		
DICLAREAL	T3	HD
<i>diclofenac sodium 1% gel</i>	T1	QL (1000gm/30 days) HD
PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas)		
AGENTES ANTIACNÉ, SISTÉMICOS		
ACUTANE	T1	
AMNESTEEM	T1	
CLARAVIS	T1	
<i>isotretinoin</i>	T1	
MYORISAN	T1	
ZENATANE	T1	
<i>adapalene/benzoyl peroxide</i>	T1	
AGENTES ANTIACNÉ, TÓPICOS		
ACZONE 7.5% GEL PUMP	T3	
<i>clindamycin-benzoyl perox 1-5%</i>	T1	
<i>clindamycin-bnz perox 1-5% pmp</i>	T1	
<i>clindamycin phos/benzoyl perox</i>	T1	
<i>clindamycin/tretinoin</i>	T1	
<i>dapsone 5% gel (Aczone)</i>	T1	
DAPSONE 7.5% GELPUMP	T3	
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>anthralin</i>	T1	
<i>calcipotriene</i>	T1	
CALCIPOTRIENE 0.005% FOAM	T3	
<i>calcipotriene 0.005% ointment</i>	T1	
<i>calcipotriene 0.005% solution</i>	T1	
<i>calcitriol 3 mcg/g ointment</i>	T1	QL (800gm/30 days)
<i>tazarotene 0.05% cream (Tazorac)</i>	T1	
<i>tazarotene 0.05% gel & 0.1% gel(Tazorac)</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 CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTISEBORREICOS		
OVACE PLUS	T3	
<i>selenium sulfide</i>	T1	
<i>sulfacetamide sodium</i>	T1	
TERSI FOAM	T3	
ANTISÉPTICOS, VARIOS		
GUAIACOL	T1	
PREPARACIONES PARA ÚLCERAS POR DIABETES, TÓPICAS		
REGRANEX	T3	PA QL (2 tubs/30 days)
EMOLIENTES		
<i>ammonium lactate</i>	T1	
ATOPICLAIR	T3	
<i>emollient combination no.35</i> (Mimyx)	T1	
<i>emollient combination no.60</i> (Restizan)	T1	
<i>emollient combination no.60</i> (Restizan)	T3	
HALUCORT	T3	
HPR PLUS-MB HYDROGEL	T1	
MIMYX (<i>prumyx</i>)	T3	
RESTIZAN	T1	
<i>vite ac/grape/hyaluronic acid</i> (Atopiclair)	T1	
XCLAIR	T3	
INMUNOMODULADORES		
<i>imiquimod</i>	T1	
RUBEFACIENTES/CONTRAIRRITANTES		
<i>methyl salicylate</i>	T1	
QUTENZA	T3	
INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK)		
CIBINQO	T2	PA QL(30 tabs/30 days) SP
QUERATOLÍTICOS		
BENZEFOAM	T3	
BENZEPRO	T1	
<i>benzoyl peroxide</i>	T1	
<i>benzoyl peroxide</i> (Enzoclear)	T1	
<i>benzoyl peroxide</i> (Pacnex)	T1	
ENZOCLEAR	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

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PROTECTORES (cont.)		
<i>protectives2/ceramide 1, 3, 6-ii</i>	T1	
RADIAPLEXRX	T3	
<i>zinc oxide</i>	T1	
AGENTES PARA LA ROSÁCEA, TÓPICOS		
<i>azelaic acid</i>	T1	
<i>ivermectin</i>	T1	
<i>metronidazole</i>	T1	
SOOLANTRA (<i>ivermectin</i>)	T3	
ADHESIVOS PARA TEJIDOS/HERIDAS		
ARTISS	T3	
SURGISEAL STYLUS	T3	
SURGISEAL TEARDROP	T3	
SURGISEAL TWIST	T3	
TISSEEL VHSD	T3	
ANTIINFLAM. TÓPICO, INHIB. DE LA FOSFODIESTERASA-4 (PDE4)		
EUCRISA	T2	
ZORYVE 0.15% CREAM	T2	ST QL(60 gms/30 days)
AGENTES TÓPICOS, VARIOS		
L-MESITRAN SOFT	T3	
GORDON'S UREA	T3	
HYFTOR	T3	PA SP
MEDIHONEY	T3	
SAF-CLENS AF	T1	
<i>trichloroacetic acid</i>	T3	
TRICHLOROACETIC ACID	T1	
DERIVADOS DE LA PLEUROMUTILINA, ANTIBIÓTICOS TÓPICOS		
ALTABAX	T3	
AGENTES ANTICOLINÉRGICOS TÓPICOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPERHIDROSIS		
QBREXZA	T3	PA
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS		
ALA-SCALP (<i>scalacort</i>)	T3	ST
<i>alclometasone dipropionate</i>	T1	
<i>amcinonide 0.1% cream</i>	T1	
<i>amcinonide 0.1% lotion</i>	T1	
<i>amcinonide</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 CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS (cont.)		
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 0.05% cream</i> (Temovate)	T1	
<i>clobetasol 0.05% gel</i>	T1	
<i>clobetasol 0.05% ointment</i> (Temovate)	T1	
<i>clobetasol 0.05% shampoo</i> (Clobex)	T1	
<i>clobetasol 0.05% solution</i>	T1	
<i>clobetasol 0.05% topical lotn</i>	T1	
<i>clobetasol prop 0.05% foam</i> (Olux)	T1	
<i>clobetasol prop 0.05% spray</i> (Clobex)	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	
DESOWEN 0.05% CREAM	T3	ST
<i>desoximetasone</i> (Topicort)	T1	
DIPROLENE (<i>betamethasone diprop augmented</i>)	T3	ST
<i>fluocinolone acetonide</i>	T1	
<i>fluocinolone acetonide</i> (Derma-smoothe-fs)	T1	
<i>fluocinolone acetonide</i> (Synalar)	T1	
<i>fluocinolone/shower cap</i> (Derma-smoothe-fs)	T1	
<i>fluocinonide</i>	T1	
<i>fluocinonide/emollient base</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS (cont.)		
<i>fluticasone prop 0.005% oint</i>	T1	
<i>fluticasone prop 0.05% cream</i>	T1	
<i>fluticasone prop 0.05% lotion</i>	T1	
<i>fluticasone propionate</i>	T1	
<i>halcinonide 0.1% solution</i>	T1	
<i>halobetasol prop 0.05% cream</i>	T1	
<i>halobetasol prop 0.05% foam</i>	T1	
<i>halobetasol prop 0.05% ointmnt</i>	T1	
<i>halobetasol propionate</i>	T1	
<i>halobetasol propionate (Ultravate)</i>	T1	
<i>hydrocortisone</i>	T1	
<i>hydrocortisone (Ala-scalp)</i>	T1	
<i>hydrocortisone butyrate</i>	T1	
<i>hydrocortisone valerate</i>	T1	
LUXIQ (<i>betamethasone valerate</i>)	T3	ST
MOMETACURE	T3	
<i>mometasone furoate 0.1% cream</i>	T1	
<i>mometasone furoate 0.1% oint</i>	T1	
<i>mometasone furoate 0.1% soln</i>	T1	
NUCORT	T3	ST
<i>prednicarbate (Dermatop)</i>	T1	
SCALACORT DK	T3	ST
SYNALAR	T3	ST
SYNALAR (<i>fluocinolone acetonide</i>)	T3	ST
SYNALARTS	T3	ST
TEMOVATE (<i>clobetasol propionate</i>)	T3	ST
TEXACORT	T3	ST
TOPICORT (<i>desoximetasone</i>)	T3	ST
ULTRAVATE (<i>halobetasol propionate</i>)	T3	ST
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS-ANESTÉSICOS LOCALES		
ANALPRAM HC	T3	
EPIFOAM	T2	
<i>hydrocortisone/pramoxine (Pramosone)</i>	T1	
<i>lidocaine/hydrocortisone ac</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 CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS-ANESTÉSICOS LOCALES (cont.)		
MEZPAROX-HC	T1	
PRAMOSONE	T3	
ANTIPARASITARIOS TÓPICOS		
<i>lindane</i>	T1	
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	
ENZIMAS TÓPICAS/DE LAS MEMBR. MUCOSAS/ SUBCUT.		
SANTYL	T3	QL (60gm/30 days)
DERIVADOS DE LA VITAMINA A		
<i>adapalene (Plixda)</i>	T1	PA
PLIXDA	T1	PA
RETIN-A MICRO PUMP 0.08% GEL (<i>tretinoin microspheres</i>)	T3	PA
<i>tretinoin 0.01% gel</i>	T1	
<i>tretinoin 0.025% cream</i>	T1	PA
<i>tretinoin 0.025% gel</i>	T1	
<i>tretinoin 0.05% cream</i>	T1	PA
<i>tretinoin 0.05% gel</i>	T1	PA
<i>tretinoin 0.1% cream</i>	T1	PA
<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)		
NICOTROL	T3	PPACA

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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 (ESTIM. GANGLIONARES, OTROS) (cont.)		
NICOTROL NS	T3	PPACA
AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR-AGONISTA PARCIAL DE LOS RECEPT. DE NICOTINA		
CHANTIX	T3	
<i>varenicline 0.5 mg tablet</i>	T1	PPACA
<i>varenicline 1 mg cont month bx</i>	T1	PPACA
<i>varenicline 1 mg tablet</i>	T1	PPACA
<i>varenicline starting month box</i>	T1	PPACA
AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR, OTROS		
<i>bupropion hcl sr 150 mg tablet</i>	T1	PPACA

PREPARACIONES PARA LA TIROIDES (Agentes hormonales)

PREPARACIONES ANTITIROIDEAS		
<i>methimazole (Tapazole)</i>	T1	HD
<i>propylthiouracil</i>	T1	HD
TAPAZOLE (<i>methimazole</i>)	T3	HD
HORMONAS TIROIDEAS		
ARMOUR THYROID	T3	HD
CYTOMEL (<i>liothyronine sodium</i>)	T3	HD
LEVOTHYROXINE	T3	PA HD
<i>levothyroxine 100 mcg tablet (Synthroid)</i>	T1	HD
<i>levothyroxine 112 mcg tablet (Synthroid)</i>	T1	HD
<i>levothyroxine 125 mcg tablet (Synthroid)</i>	T1	HD
<i>levothyroxine 137 mcg tablet (Synthroid)</i>	T1	HD
<i>levothyroxine 150 mcg tablet (Synthroid)</i>	T1	HD
<i>levothyroxine 175 mcg tablet (Synthroid)</i>	T1	HD
<i>levothyroxine 200 mcg tablet (Synthroid)</i>	T1	HD
<i>levothyroxine 25 mcg tablet (Synthroid)</i>	T1	HD
<i>levothyroxine 300 mcg tablet (Synthroid)</i>	T1	HD
<i>levothyroxine 50 mcg tablet (Synthroid)</i>	T1	HD
<i>levothyroxine 75 mcg tablet (Synthroid)</i>	T1	HD
<i>levothyroxine 88 mcg tablet (Synthroid)</i>	T1	HD
<i>levothyroxine sodium (Synthroid)</i>	T1	HD
<i>levothyroxine sodium (Synthroid)</i>	T3	HD
<i>liothyronine sodium (Cytomel)</i>	T1	HD
SYNTHROID (<i>unithroid</i>)	T3	HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HORMONAS TIROIDEAS (cont.)		
<i>thyroid, pork</i>	T1	HD
<i>thyroid, pork</i> (Armour Thyroid)	T1	HD
<i>thyroid, pork</i> (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
TIROSINT, TIROSINT-SOL	T3	PA HD
WP THYROID (<i>nature-throid</i>)	T1	HD
WP THYROID (<i>westhroid</i>)	T1	HD

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (SIDA/VIH)

INHIBIDORES DEL CITOCROMO P450		
TYBOST	T3	SP

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

FIBROSIS QUÍSTICA-COMB. DE POTENCIADOR DE CFTR Y CORRECTOR		
ALYFTREK 10-50-125 MG TABLET	T3	PA QL(2 tabs/day) SP HD
ALYFTREK 4-20-50 MG TABLET	T3	PA QL(3 tabs/day) SP HD
BRONCHITOL 40 MG INHALE CAP	T3	PA SP
ORKAMBI 100 MG-125 MG TABLET	T3	PA QL (4 tabs/day) SP HD
ORKAMBI 100-125 MG GRANULE PKT	T3	PA QL (2 packs/day) SP HD
ORKAMBI 150-188 MG GRANULE PKT	T3	PA QL (2 packs/day) SP HD
ORKAMBI 200 MG-125 MG TABLET	T3	PA QL (4 tabs/day) SP HD
SYMDEKO	T3	PA QL (2 tabs/day) SP HD
TRIKAFTA 100-50-75 MG/150 MG	T3	PA QL (3 tabs/day) SP HD
TRIKAFTA 100-50-75 MG/75MG PKT	T3	PA QL(3 tabs/day) SP HD
TRIKAFTA 50-25-37.5 MG/75 MG	T3	PA QL(3 tabs/day) HD
TRIKAFTA 80-40-60MG/59.5MG PKT	T3	PA QL(3 tabs/day) SP HD

FIB. QUÍSTICA-POTENCIADOR DE LA REG. DE LA CONduc. TRANSMEMB. (CFTR)		
KALYDECO 5.8 MG GRANULES PKT	T3	PA QL SP HD
KALYDECO 150 MG TABLET	T3	PA QL (2 tabs/day) SP HD
KALYDECO 25 MG GRANULES PACKET	T3	PA QL (2 packs/day) SP HD
KALYDECO 50 MG GRANULES PACKET	T3	PA QL (2 packs/day) SP HD
KALYDECO 75 MG GRANULES PACKET	T3	PA QL (2 packs/day) SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SURFACTANTES PULMONARES		
CUROSURF	T3	
INFASURF	T3	
SURVANTA	T3	
MUCOLÍTICOS		
PULMOZYME	T3	PA SP HD
FIBROSIS PULMONAR - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS		
OFEV	T2	PA SP HD
INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS		
JOENJA	T3	PA QL (2 tabs/day) SP
VIJOICE 125 mg, 50 mg	T3	PA QL (30 tabs/30 days) SP
VIJOICE 250 mg dose pack	T3	PA QL (2 tabs/30 days) SP
ZOKINVY	T3	PA QL (4 caps/day) SP

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)

INHIBIDORES DE LA TIROSINA QUINASA DEL BAZO		
TAVALISSE	T2	PA SP

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

ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA BRADIQUININA B2		
<i>icatibant acetate</i>	T1	PA SP HD
INHIBIDORES DE LA ESTERASA CI		
BERINERT	T3	PA SP HD
CINRYZE	T3	PA SP HD
HAEGARDA	T3	PA SP HD
RUCONEST	T3	PA SP HD
INHIBIDORES DE CALICREÍNA PLASMÁTICA		
KALBITOR	T3	PA SP HD
ORLADEYO	T3	PA QL (1 caps/day) SP

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Cáncer)

AGENTES DE RESCATE/ANTÍDOTOS PARA QUIMIOTERAPIA		
<i>leucovorin calcium</i>	T1	
<i>mesna</i> (Mesnex)	T1	SP CSL
MESNEX	T3	SP
VISTOGARD	T3	SP

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Productos dentales)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
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)		
<i>avanafil</i> (Stendra)	T1	QL (8 tabs/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>varafenafil hcl</i>)	T3	QL (10 tabs/30 days) ST
MUSE	T3	PA QL (6/30 days)
PAPAVERINE-ALPROSTADIL	T1	
PHENTOLAMINE-ALPROSTADIL	T1	
<i>sildenafil 100 mg tablet</i> (Viagra)	T1	QL (8 tabs/30 days)
<i>sildenafil 25 mg tablet</i> (Viagra)	T1	QL (8 tabs/30 days)
<i>sildenafil 50 mg tablet</i> (Viagra)	T1	QL (8 tabs/30 days)
STENDRA (<i>avanafil</i>)	T3	QL (8 tabs/30 days) ST
<i>tadalafil 10 mg tablet</i> (Cialis)	T1	QL (8 tabs/30 days)
<i>tadalafil 2.5 mg tablet</i>	T1	QL (1 tabs/day)
<i>tadalafil 20 mg tablet</i> (Cialis)	T1	PA QL (8 tabs/30 days)
<i>tadalafil 5 mg tablet</i> (Cialis)	T1	QL (1 tab/day)
<i>varafenafil hcl</i>	T1	QL (10 tabs/30 days)
<i>varafenafil hcl</i> (Levitra)	T1	QL (10 tabs/30 days)
VIAGRA (<i>sildenafil citrate</i>)	T3	ST QL (8 tabs/30 days)
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones gastrointestinales/pirosis)		
CALCIMIMÉTICO, POTENCIADOR DEL CALCIO PARATIROIDEO		
<i>cinacalcet hcl</i>	T1	SP

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ORALES PARA LA MUCOSITIS/ESTOMATITIS		
GELCLAIR	T3	
MUGARD	T3	
ORAMAGICRX	T3	
AGENTES ESTIMULANTES DE LA SALIVA		
NUMOISYN	T3	
AGENTES SUSTITUTOS DE LA SALIVA		
NEUTRASAL	T3	
NUMOISYN	T3	
AGONISTA DEL RECEPTOR DE LA HORMONA TIROIDEA (THR)		
REZDIFFRA	T3	PA QL(1 tab/day) SP HD
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Agentes hormonales)		
AGENTES QUE ESTIM. LA FORMACIÓN DE HUESO - HORMONA PARATIROIDEA		
<i>teriparatide 600 mcg/2.4ml pen (Forteo)</i>	T1	PA QL(0.09 mls/day) SP HD
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 (Zemlar)</i>	T1	SP HD
RAYALDEE	T3	
ZEMPLAR (<i>paricalcitol</i>)	T3	SP HD
SUP. DE SÍNT. MENOPÁUSICOS-MODULADOR DE RECEPT. ESTROG. SELECT.		
OSPHENA	T3	QL(30 tabs/30 days) HD
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios)		
ABORTIVOS-ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA PROGESTERONA		
MIFEPREX	T3	
<i>mifepristone (Mifeprex)</i>	T1	
<i>mifepristone 200 mg tablet</i>	T1	
AGENTES PARA TRATAR LA PARÁLISIS PERIÓDICA - INHIB. DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA		
<i>dichlorphenamide (Keveyis)</i>	T1	PA SP
INHIBIDORES DE AMONÍACO		
CARBAGLU	T3	SP HD
AGENTES PARA LA AMILOIDOSIS-SUPRESIÓN DE LA TRANSTIRETINA (TTR)		
TEGSEDI	T3	PA SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES ANTIALCOHÓLICAS		
<i>acamprosate calcium</i>	T1	
ANTABUSE (<i>disulfiram</i>)	T3	
<i>disulfiram</i> (Antabuse)	T1	
ANTÍDOTOS, VARIOS		
CETYLEV	T3	
TRATAMIENTO ANTIFIBRÓTICO - ANÁLOGOS DE LA PIRIDONA		
<i>pirfenidone 267 mg capsule</i> (Esbriet)	T1	PA SP HD
<i>pirfenidone 801 mg capsule</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
AGENTES PARA INHALACIÓN GENERALES		
HYPER-SAL	T3	
nebusal 3% vial	T1	
NEBUSAL 6% VIAL	T3	
<i>sodium chloride for inhalation</i>	T1	
<i>sodium chloride for inhalation</i> (Hyper-sal)	T1	
TRATAMIENTO DE TRASTORNO GENÉTICO - TRATAMIENTO POR DEFICIENCIA DE PROTEÍNA SMN		
EVRYSDI	T3	PA SP HD
INHIBIDOR DE LA GLUCOSILCERAMIDA SINTASA (GCS)		
OPFOLDA	T3	PA QL(8 caps/30 days) SP HD
INHIBIDORES DE LA INTERLEUCINA-13 (IL-13), ANTICUERPOS MONOCLONALES		
ADBRY	T2	PA SP HD
EBGLYSS PEN	T2	PA SP
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

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, DEFICIENCIA DEL COFACTOR DE MOLIBDENO		
NULIBRY	T3	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 HD
EXJADE (<i>deferasirox</i>)	T3	PA SP HD
FERRIPROX	T3	PA SP
FERRIPROX (2 TIMES A DAY)	T3	PA SP
GALZIN	T3	SP
RADIOGARDASE	T3	
TRIENTINE HCL 500 MG CAPSULE	T3	PA SP HD
<i>trientine hcl</i>	T1	PA SP HD
<i>trientine hcl 250 mg capsule</i> (Syprine)	T1	PA SP HD
PÉPTIDOS NATRIURÉTICOS		
VOXZOGO	T4	PA SP HD
INHIBIDORES DEL RECEPTOR FC NEONATAL (FCRN)		
VYVGART HYTRULO	T3	PA SP HD
AGONISTA PARCIAL DE RECEPTORES NICOTÍNICOS, ALFA4-BETA2		
TYRVAYA	T2	QL (8.4 mls/30 days)
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 100 mg powder packet</i> (Kuvan)	T1	PA SP
<i>javygtor 100 mg tablet</i> (Kuvan)	T1	PA SP HD
<i>javygtor 500 mg powder packet</i> (Kuvan)	T1	PA SP
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	T1	PA SP HD
ESTABILIZADORES DE PROTEÍNAS		
ATTRUBY	T3	PA QL SP
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

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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		
FT ISOPROPYL ALCOHOL 91%	T1	
FT ISOPROPYL RUB ALCOHOL 70%	T3	
GS ISOPROPYL ALCOHOL 70%	T3	
<i>isopropyl alcohol</i>	T1	
MURI-LUBE MINERAL OIL	T1	

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Nutritivos/alimenticios)

AGENTES PARA DEFICIENCIAS METABÓLICAS		
<i>betaine</i> (Cystadane)	T1	SP
CYSTADANE	T3	SP
<i>levocarnitine</i> (Carnitor Sf)	T1	
<i>levocarnitine</i> (Carnitor)	T1	
<i>levocarnitine</i> (with sugar) (Carnitor)	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
----------	----	-------

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Productos para la osteoporosis)

AGENTES QUE ESTIM. LA FORMACIÓN DE HUESO AGENTES - HORMONA PARATIROIDEA		
<i>teriparatide</i> 560mcg/2.4ml pen	T1	PA QL(0.09 mls/day) SP HD
TERIPARATIDE 620 MCG/2.48 ML	T3	PA QL(0.09 mls/day) SP HD

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>	T1	HD
<i>alendronate sodium</i> (Fosamax)	T1	HD
ATELVIA (<i>risedronate sodium dr</i>)	T3	ST HD
BINOSTO	T3	ST HD
BONIVA (<i>ibandronate sodium</i>)	T3	ST HD
EVISTA (<i>raloxifene hcl</i>)	T3	HD
FOSAMAX (<i>alendronate sodium</i>)	T3	ST HD
<i>ibandronate sodium</i>	T1	HD
<i>ibandronate sodium</i> (Boniva)	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

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Productos para la osteoporosis) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA		
<i>raloxifene hcl</i> (Evista)	T1	HD PPACA
<i>risedronate sodium</i>	T1	HD
<i>risedronate sodium</i> (Actonel) (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
ANTIINFLAMATORIOS, BETABLOQUEANTES DE INTERLEUCINA-1		
ILARIS	T3	PA SP HD
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 AUTOINJECTOR	T2	PA SP HD
EBGLYSS	T2	PA SP
AGENTES CICATRIZANTES LOCALES		
FILSUEVZ	T3	PA SP

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Abuso de sustancias)

TRATAMIENTO PARA LA ABSTINENCIA DE OPIOIDES, AGONISTAS ADRENÉRGICOS ALFA 2		
<i>lofexidine hcl</i> (Lucemyra)	T1	QL (192 tabs/30 days)
LUCEMYRA (<i>lofexidine hcl</i>)	T2	QL (192 tabs/14 days)
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO PARA LA ABSTINENCIA DE OPIOIDES, TIPO OPIOIDES		
BUNAVAIL	T3	
<i>buprenorphine 2 mg tablet sl</i>	T1	
<i>buprenorphine 8 mg tablet sl</i>	T1	
<i>buprenorphine hcl</i>	T1	
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i>	T1	
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i> (Suboxone)	T1	
SUBOXONE (<i>buprenorphine-naloxone</i>)	T3	
ZUBSOLV	T2	

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Medicamentos para trasplante)

INHIBIDORES DE LA QUINASA RHO		
REZUROCK	T3	PA SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones urinarias)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA LA HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA/MICCIÓN		
<i>alfuzosin hcl</i> (Uroxatral)	T1	HD
<i>dutasteride</i> (Avodart)	T1	HD
<i>finasteride</i> (Proscar)	T1	HD
PROSCAR (<i>finasteride</i>)	T3	HD
RAPAFLO 4 MG CAPSULE (<i>silodosin</i>)	T3	QL (1 cap/day) HD
RAPAFLO 8 MG CAPSULE (<i>silodosin</i>)	T3	HD
<i>silodosin 4 mg capsule</i> (Rapaflo)	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>silodosin 8 mg capsule</i> (Rapaflo)	T1	HD
<i>tamsulosin hcl</i> (Flomax)	T1	HD
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> (Jalyn)	T1	HD
AGENTES QUE REDUCEN LA CISTINA, CISTINOSIS NEFROPÁTICA		
CYSTAGON	T2	SP
AGENTES PARA CÁLCULOS RENALES		
<i>solifenacin 5 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>solifenacin 10 mg tablet</i>	T1	HD
THIOLA	T3	SP
THIOLA EC	T3	SP
<i>tiopronin 100 mg tablet</i> (Thiola)	T1	SP
<i>tiopronin dr 100 mg tablet</i>	T1	SP HD
<i>tiopronin dr 300 mg tablet</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
AGENTE ANTIESPASMÓDICO/ANTIINCONTINENCIA DE LAS VÍAS URINARIAS		
<i>flavoxate hcl</i>	T1	HD
<i>oxybutynin 5 mg/5 ml solution</i>	T1	HD
<i>oxybutynin 5 mg/5 ml syrup</i>	T1	HD
<i>oxybutynin chloride</i>	T1	HD
<i>tolterodine tart er 2 mg cap</i> (Detrol La)	T1	QL(1 cap/day) HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTE ANTIESPASMÓDICO/ANTIINCONTINENCIA DE LAS VÍAS URINARIAS (cont.)		
<i>tolterodine tart er 4 mg cap</i> (Detrol La)	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>trospium chloride</i>	T1	HD

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Control del peso)

ESTIM. DEL APETITO PARA LA ANOREXIA, CAQUEXIA, SÍND. DE DESGASTE		
<i>megestrol acetate</i>	T1	

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES CON ÁCIDO FÓLICO		
<i>true folic acid 1600mcg dfe tb</i>	T1	
<i>folic acid</i>	T1	
PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS		
CITRANATAL MEDLEY	T3	
CONCEPT DHA CAPSULE	T3	
FOLET ONE	T3	
<i>mvn no.53/iron/folic/dss/dha</i>	T1	
OBSTETRIX ONE	T1	
PREPARACIONES DE VITAMINA B12		
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12)</i>	T1	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12)</i> (Nascobal)	T1	
PREPARACIONES DE VITAMINA D		
<i>calcitriol 0.25 mcg capsule</i>	T1	
<i>calcitriol 0.5 mcg capsule</i>	T1	
<i>calcitriol 1 mcg/ml solution</i> (Rocaltrol)	T1	
<i>ergocalciferol (vitamin d2)</i>	T1	HD
ROCAITROL (<i>calcitriol</i>)	T3	
PREPARACIONES DE VITAMINA K		
MEPHYTON (<i>phytonadione</i>)	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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.....	118
2-IN-1 LANCET.....	118

A

abacavir/lamivudine/zidovudine.....	61
abacavir sulfate.....	61
abacavir sulfate/lamivudine.....	61
abiraterone.....	50
ABRYSVO.....	69
ACAM2000.....	69
acamprosate calcium.....	149
acarbose.....	44
ACCOLATE.....	30
ACCU-CHEK.....	118
ACCUTANE.....	137
ACD-A.....	39
ACD SOLUTION A.....	39
ACE AEROSOL.....	123
acebutolol hcl.....	78
ACETAMIN-CAFF-DIHYDROCODEINE.....	21
acetamin-codein.....	21
acetaminop-codeine.....	21
acetaminophen/caff/dihydrocod.....	22
acetaminophen-cod.....	21
acetazolamide.....	92
acetic acid.....	47, 94, 136
acetic acid/oxyquinoline.....	47
acetylcysteine.....	30
acitretin.....	136
ACTEMRA.....	113
ACTHIB.....	69
ACTIGALL.....	103
ACTI-LANCE.....	118
ACTIMMUNE.....	56
ACTIQ.....	22
ACTIVELLA.....	107
ACTONEL.....	151
ACTOPLUS MET.....	45
ACTOS.....	45
ACULAR.....	94
acyclovir.....	63
ACZONE.....	137
ADACEL TDAP.....	69
ADALAT CC.....	72
ADALIMUMAB-ADAZ.....	48
ADALIMUMAB-ADBM.....	48
ADALIMUMAB-RYVK.....	48
adapalene.....	137, 143
adapalene/benzoyl peroxide.....	137

ADBRY.....	149, 152
ADDERALL.....	66
ADDYI.....	132
adefovir dipivoxil.....	64
ADEMPAS.....	74
ADIPEX-P.....	57
ADRENALIN CHLORIDE.....	94
ADVANCED DNA MEDICATED COLLECT.....	91
ADVANCED TRAVEL.....	118
ADVOCATE.....	119
AEMCOLO.....	36
AEROCHAMBER.....	123
AEROTRACH.....	123
AEROVENT.....	123
AFINITOR.....	52
AFLURIA.....	68
AFLURIA QUAD.....	68
AGAMATRIX.....	114
AGRYLIN.....	60
AIMOVIG.....	15, 19
AIRDUO.....	29
AIRSUPRA.....	29
AJOVY.....	15, 19
AKEEGA.....	52
AKTEN.....	95
AKYNZEO.....	101
ALA-SCALP.....	140
albendazole.....	47
ALBENZA.....	47
albuterol.....	28, 29
albuterol sulf.....	28
albuterol sulfate.....	28, 29
ALBUTEROL SULFATE HFA.....	29
ALCAINE.....	95
alclometasone dipropionate.....	140
ALDACTAZIDE.....	93
ALECENSA.....	52
alendronate.....	151
ALEVICYN PLUS.....	137
alfuzosin hcl.....	153
ALINIA.....	58
aliskiren.....	79
ALKERAN.....	50
allopurinol.....	26
almotriptan malate.....	15, 19
ALORA.....	107
alosetron hcl.....	104
alprazolam.....	126

Índice de medicamentos

ALTABAX.....	140	ARCALYST.....	152
ALTAFLUOR BENOX.....	95	arformoterol tartrate.....	29
ALTERNATE SITE.....	119	ARICEPT.....	65
ALTUVIIIIO.....	70	ARIDOL.....	91
ALUNBRIG.....	53	ARIKAYCE.....	32
ALVESCO.....	29	ARIMIDEX.....	51
ALYFTREK.....	145	aripiprazole.....	133
amantadine.....	58	ARIXTRA.....	39
AMARYL.....	44	armodafinil.....	134
ambrisentan.....	74	ARMOUR THYROID.....	144
amcinonide.....	140	AROMASIN.....	51
AMICAR.....	70	ARTHROTEC.....	26
amiloride hcl.....	92	ARTISS.....	140
amiloride/hydrochlorothiazide.....	93	ARYMO ER.....	22
aminocaproic acid.....	70	asenapine maleate.....	132, 133
amitriptyline/chlordiazepoxide.....	130	ASMANEX HFA/TWISTHALER.....	29
amitriptyline hcl.....	130	ASMANEX TWISTHALER.....	30
amlodipine-atorvast.....	79, 80	aspirin/dipyridamole.....	60
amlodipine besylate.....	72, 75, 76	ASSURE.....	119, 125
amlodipine-olmesartan.....	76	ASTAGRAF XL.....	114
amlodipine/valsartan/hcthiazid.....	76	ASTRINGYN.....	71
ammonium lactate.....	138	ATABEX EC.....	125
AMNESTEEM.....	137	atazanavir sulfate.....	62
amoxapine.....	130	ATELVIA.....	151
amoxicillin.....	36, 47	atenolol.....	78
amphetamine sulfate.....	66	atomoxetine hcl.....	132
ampicillin trihydrate.....	36	ATOPICLAIR.....	138
ANADROL-50.....	106	atorvastatin.....	79, 80, 81
anagrelide hcl.....	60	atovaquone.....	47
ANA-LEX.....	106	atropine sulfate.....	96
ANALPRAM HC.....	106, 142	ATROVENT HFA.....	28
ANAPROX DS.....	26	ATTRUBY.....	150
anastrozole.....	51	AURYXIA.....	98
ANCOBON.....	41	AUSTEDO.....	83
ANGELIQ.....	109	AUTOLET.....	114
ANTABUSE.....	149	AUTOSHIELD.....	116
anthralin.....	137	avanafil.....	147
ANTICOAGULANT SODIUM CITRATE.....	39	AVANDIA.....	45
ANZEMET.....	101	avar.....	38
APADAZ.....	21	AVAR.....	38
APOKYN.....	58	AVC.....	46
apraclonidine hcl.....	95	AVELOX.....	36
aprepitant.....	102	AVITENE.....	71
APRETUDE.....	62	AVMAPKI.....	56
APRISO.....	103	AVONEX.....	83
APTIVUS.....	60	AVSOLA.....	48
AQNEURSA.....	100	AYVAKIT.....	53
AQUA GLYCOLIC HC.....	141	AZASAN.....	114
ARAVA.....	25		

Índice de medicamentos

AZASITE.....	32	bethanechol chloride.....	67
azathioprine.....	114	BETIMOL.....	95
azelaic acid.....	140	BETOPTIC S.....	95
azelastine.....	43, 93	BEVYXXA.....	39
azelastine hcl.....	43	bexarotene.....	49
azithromycin.....	35	BEXSERO.....	68
B		bicalutamide.....	50
BACIGUENT.....	32	BIDIL.....	79
bacitracin.....	32	BIJUVA.....	107
bacitracin/polymyxin b sulfate.....	32	BIKTARVY.....	63
baclofen.....	125	BILTRICIDE.....	47
BACTRIM.....	32	bimatoprost.....	95
BACTROBAN.....	31	BIMZELX.....	136
BAFIERTAM.....	83	BINOSTO.....	151
balsalazide disodium.....	103	BIONECT.....	139
BALVERSA.....	53	bisac/nac1/nahco3/kcl/peg 3350.....	104
BANZEL.....	85	bismuth/metronid/tetracycline.....	102
BAQSIMI.....	98	bisoprolol/hydrochlorothiazide.....	79
BARACLUDE.....	64	BLEPH-10.....	31
BASAGLAR.....	46	BLEPHAMIDE.....	31
BAXDELA.....	36	BLOOD LANCETS.....	119
BCG.....	69	BLUNT.....	116
BD.....	117, 119	BONIVA.....	151
BELBUCA.....	22	BONJESTA.....	102
BELVIQ.....	57	BOOSTRIX TDAP.....	69
BELVIQ XR.....	57	bosentan.....	74
benazepril hcl.....	77	BOSULIF.....	53
benazepril/hydrochlorothiazide.....	75	BREATHERITE.....	123, 124
BENLYSTA.....	152	BREATHRITE.....	124
benoxinate hcl/fluorescein sod.....	95	BREZTRI AEROSPHERE.....	29
BENZAMYCIN.....	38	brimonidine.....	96
BENZEFOAM.....	138	brimonidine tartrate.....	96
BENZEPRO.....	138	brinzolamide.....	96
BENZHYDROCODONE-ACETAMINOPHEN.....	21	BRIVIACT.....	85
BENZNIDAZOLE.....	48	bromfenac sodium.....	94
benzonatate.....	90	brompheniramine/pseudoephed/dm.....	90
benzoyl peroxide.....	38, 137, 138, 139	BRONCHITOL.....	145
benzphetamine.....	57	BRUKINSA.....	53
benztropine mesylate.....	58	BRYHALI.....	141
bepotastine besilate.....	43	budesonide.....	29, 106, 109
BERINERT.....	146	budesonide/formoterol fumarate.....	29
BESIVANCE.....	32	bumetanide.....	92
BETADINE.....	94	BUNAVAIL.....	152
betaine.....	151	buprenorphine.....	22, 152
betamethasone dipropionate.....	141	bupropion.....	127, 144
betamethasone/propylene glyc.....	141	bupropion hcl sr.....	127, 144
betamethasone valerate.....	141, 142	buspiron.....	126
BETASERON.....	83	butalb-acetamin-caff.....	19
betaxolol hcl.....	78, 95	butalb-acetamin-caff 50-300-40.....	15

Índice de medicamentos

butalb-acetamin-caff 50-325-40.....	15	CARDURA XL.....	76
butalb/acetaminophen/caffeine.....	15, 19	CAREONE.....	119
butalb-aspirin-caffe.....	19	CAREPOINT.....	116
butalb-aspirin-caffe 50-325-40.....	15	CARESENS.....	114, 119
butalbit/acetamin/caff/codeine.....	23	CARETOUCH.....	114, 119
butalbital.....	15, 19, 23	carisoprodol.....	23, 125
butalbital/acetaminophen.....	15, 19	carisoprodol/aspirin.....	23, 125
butalbital-asa-caffeine.....	19	carisoprodol/aspirin/codeine.....	23
butalbital-asa-caffeine cap (Fiorinal).....	15	CAROSPIR.....	92
butorphanol.....	22	carteolol hcl.....	96
BUTRANS.....	22	carvedilol.....	75, 76
BUTTERFLY TOUCH.....	119	carvedilol er.....	75, 76
BYDUREON.....	43	CASODEX.....	50
C		CATAPRES.....	78
CABENUVA.....	60	CATAPRES-TTS.....	78
cabergoline.....	111	CAVERJECT.....	147
CABLIV.....	70	CAYA CONTOURED.....	89
CABOMETYX.....	53	CAYSTON.....	34
CADUET.....	79, 80, 81	cefaclor.....	34
CAFERGOT.....	15, 19	cefadroxil.....	34
caffeine citrate.....	83	cefixime.....	34
CALAN SR.....	72	cefpodoxime proxetil.....	34
calcipotriene.....	137, 143	cefprozil.....	34
CALCIPOTRIENE.....	137	cefuroxime axetil.....	34
calcipotriene/betamethasone.....	143	celecoxib.....	27, 28
calcitonin, salmon, synthetic.....	113	CELONTIN.....	85
calcitriol.....	137, 154	CENTANY.....	38
calcium acetate.....	98	cephalexin.....	34
CALQUENCE.....	53	CEQR.....	115
CAMZYOS.....	72	CERDELGA.....	149
candesartan cilexetil.....	77	CERVIDIL.....	111
candesartan/hydrochlorothiazid.....	76	cetirizine hcl.....	43
capecitabine.....	50	CETROTIDE.....	110
CAPEX.....	141	CETYLEV.....	149
CAPLYTA.....	132	cevimeline hcl.....	67
CAPRELSA.....	53	CHANTIX.....	144
captopril.....	75, 77	CHEMET.....	150
captopril-hctz.....	75	CHENODAL.....	103
CAPVAXIVE.....	68	chlordiazepoxide/clidinium br.....	101
CARBAGLU.....	148	chlordiazepoxide hcl.....	126
carbamazepine.....	85, 86	chlorhexidine gluconate.....	147
CARBAMAZEPINE.....	85	chloroquine ph.....	47
CARBATROL.....	85	chlorpromazine hcl.....	134
carbidopa.....	58, 59, 60	chlorpropamide.....	44
carbidopa/levodopa.....	58	chlorthalidone.....	78, 93
carbidopa/levodopa/entacapone.....	58	chlorzoxazone.....	125
carbinoxamine maleate.....	42	CHOLBAM.....	103
CARDIZEM LA.....	72	cholestyramine.....	81
CARDURA.....	76	cholestyramine/aspartame.....	81

Índice de medicamentos

choline salicyl/mag salicylate	15, 19	clomipramine hcl.....	130
CHORIONIC GONAD	112	clonazepam.....	84
CHORIONIC GONADOTROPIN	112	clonidine	78, 130
CHOSEN	115, 119	clopidogrel bisulfate	60
CIALIS	147	clorazepate dipotassium.....	126
CIBINQO.....	138	clotrimazole	41, 42
ciclodan	42	clotrimazole/betamethasone dip.....	42
CICLODAN	42, 48	clozapine	132
ciclopirox.....	42, 48	CLOZAPINE ODT.....	132
cilostazol	60	CLOZARIL.....	132
CIMDUO.....	61	COAGUCHEK.....	119
cimetidine hcl	104	COARTEM	47
cinacalcet hcl.....	147	codeine/butalbital/asa/cafein	23
CINRYZE.....	146	codeine sulfate	22
CIPRO.....	36	colchicine	25, 28
CIPRODEX	31	COLCHICINE	25
ciprofloxacin.....	31, 36	COLCRYS	25
ciprofloxacin hcl.....	31	colesevelam hcl	81
citalopram	127	COLESTID.....	81
citalopram hbr	127	colestipol hcl	81
CITRANATAL	99, 125, 126	COLOR LANCETS	119
CITRANATAL BLOOM	99	COMBIGAN	96
CITRANATAL MEDLEY	154	COMBIPATCH	108
CITRATE PHOSPHATE DEXTROSE	39	COMBIVENT RESPIMAT	29
CLARAVIS	137	COMETRIQ	53
CLARINEX-D	42	COMFORT EZ	119
clarithromycin.....	35	COMFORT PAC	26, 125
clemastine fumarate.....	42	COMFORT PAC-IBUPROFEN.....	26
CLEOCIN	34, 37, 38	COMFORT PAC-MELOXICAM	26
CLEVER CHEK	119	COMFORT PAC-NAPROXEN	26
CLEVER CHOICE.....	124	COMFORTSEAL	124
CLIMARA	107	COMFORT TOUCH	119
CLINDACIN.....	38	COMIRNATY.....	67
clindamycin.....	34, 35, 37, 38, 137	COMPACT SPACE CHAMBER.....	124
clindamycin-benzoyl	137	COMPAZINE.....	102
clindamycin hcl.....	34	CONCEPT	154
clindamycin palmitate hcl	35	CONCEPT DHA CAPSULE	154
clindamycin phos/benzoyl perox	137	CONTRACE	57
clindamycin phosphate	37, 38	COPIKTRA	53
clindamycin/tretinoin	137	COREG.....	75, 76
clobazam.....	84	COREG CR	75, 76
clobetasol	141, 142	coremino er.....	37
clobetasol propionate	141, 142	CORLANOR	73
CLOCORTOLONE PIVALATE.....	141	CORTENEMA.....	106
clodan	141	cortisone acetate.....	109
CLODAN	141	CORTISPORIN-TC	31
CLODERM	141	COSENTYX.....	136
clomiphene citrate.....	112	COTELLIC	51

Índice de medicamentos

CRENESSITY.....	111	deflazacort.....	109
CRESEMBA.....	41	DELSTRIGO.....	62
CRINONE.....	111, 112	demeclocycline.....	37
cromolyn.....	25, 30, 95	DEMSEK.....	77
crotamiton.....	58	DEPEN.....	25
CTEXLI.....	103	DEPO-ESTRADIOL.....	108
CUROSURF.....	146	DEPO-PROVERA.....	88, 111
CUVPOSA.....	101	DEPO-SUBQ PROVERA.....	88
cyanocobalamin.....	154	DEPO-TESTOSTERONE.....	106
cyclobenzaprine hcl.....	125	DERMA-SMOOTH-ES.....	141
CYCLOGYL.....	96	DERMATOP.....	141
CYCLOMYDRIL.....	96	dermazene.....	143
cyclopentolate hcl.....	96	DERMAZONE.....	143
cyclophosphamide.....	49	DERMOTIC.....	94
cycloserine.....	34	DESCOVY.....	61
CYCLOSERINE.....	34	desflurane.....	24
CYCLOSET.....	44	desipramine hcl.....	130
cyclosporine.....	114	desloratadine.....	43
CYLTEZO.....	48, 49	desmopressin.....	107
cypheptadine.....	42	desog-e.estradiol.....	88
CYSTADANE.....	151	desogestrel-ethinyl estradiol.....	88
CYSTADROPS.....	97	desonide.....	141
CYSTAGON.....	153	DESOWEN.....	141
CYSTARAN.....	97	desoximetasone.....	141, 142
CYSTO-CONRAY II.....	92	desvenlafaxine succnt er.....	129
CYSTOGRAFIN.....	92	dexamethasone.....	31, 94, 109
CYTOMEL.....	144	dexamethasone sodium phosphate.....	94
CYTOTEC.....	102	DEXCOM.....	115
D		DEXCOM G7.....	115
dabigatran.....	40	dexlansoprazole.....	105
dalfampridine.....	84	dexmethylphenidate er.....	130, 131
DALIRESP.....	30	dexmethylphenidate hcl.....	131
danazol.....	111	dextroamp-amphet er.....	66
DANTRIUM.....	125	dextroamph.....	66
dantrolene sodium.....	125	dextroamphetamine.....	66
DANZITEN.....	53	dextroamphetamine er.....	66
dapsone.....	33, 137	dextroamphetamine sulfate.....	66
DAPSONE.....	137	DIACOMIT.....	85
DAPTACEL DTAP.....	69	DIASAT.....	84
darifenacin.....	153	diatrizoate meglumine.....	92
darunavir.....	60	diazepam.....	84, 126
dasatinib.....	53	diazoxide.....	98
DAURISMO.....	51	DIBENZYLIN.....	67
DAXBIA.....	34	dichlorphenamide.....	148
DAYPRO.....	26	DICLAREAL.....	137
DAYTRANA.....	130	DICLEGIS.....	102
DAYVIGO.....	135	diclofenac.....	20, 26, 94, 137
deferasirox.....	150	dicloxacillin sodium.....	36
deferiprone.....	150	dicyclomine hcl.....	101

Índice de medicamentos

diethylpropion	57	DURAGESIC.....	22
DIFICID.....	35	dutasteride	153
diflunisal	15, 19	DYAZIDE.....	93
digoxin	73	E	
dihydroergotamine	15, 19	EASIVENT	124
DILANTIN.....	85	EASY COMFORT	118, 119
DILATRATE-SR.....	73	EASY TOUCH.....	115, 119
diltiazem	72	EASYTRAK	115
diltiazem hcl	72	EASYTWIST.....	119
dimethyl fumarate.....	83	EBGLYSS	149, 152
dimethyl sulfoxide.....	149	ECLIPSE.....	116
diphenoxylate hcl/atropine.....	101	EC-NAPROSYN	27
DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS-PED	69	econazole nitrate.....	42
DIPROLENE.....	141	ECOZA	42
dipyridamole.....	60	EDEX.....	147
DISALCID	25	EDURANT	61
disopyramide phosphate.....	71	efavirenz.....	61, 62
disulfiram.....	149	effer-k	99
DIURIL.....	93	EFFER-K.....	99
divalproex sodium	85	EFFIENT	60
DIVIGEL.....	108	EFUDEX.....	57
dofetilide	72	EGRIFTA	110
DOJOLVI	97	ELESTRIN	108
donepezil hcl.....	65	eletriptan hydrobromide	15, 19
DOPTLET.....	88	ELIDEL	114
DORAL	135	ELIMITE	58
dorzolamide hcl	96	ELIQUIS.....	39
dorzolamide hcl/timolol maleat	96	ELLA	88
dorzolamide/timolol/pf	96	ELMIRON	24
DOVATO	60	EMBRACE	116, 119
doxazosin mesylate	76	EMCYT.....	56
doxepin	130, 135	EMEND	102
doxercalciferol.....	148	EMGALITY	15, 19, 84
doxycycline	37, 147	emollient combination.....	138
doxycycline hyclate.....	37, 147	EMSAM	127
doxylamine succinate/vit b6	102	emtricitata.....	63
dronabinol.....	101	emtricitabine.....	61
DROPLET.....	117, 118, 119	emtricitabine-tenofv	61
DROPSAFE	116	EMTRIVA.....	61
drospir/eth estra/levomefol ca.....	88	EMVERM	47
DROXIA.....	70	enalapril/hydrochlorothiazide.....	75
droxidopa	67	enalapril maleate.....	77
DRYSOL	137	ENBREL.....	49
DUAVEE	109	ENDARI	70
DUETACT.....	45	ENDO-AVITENE.....	71
DULERA	29	ENDOMETRIN	112
duloxetine hcl dr	129	ENGRIX-B ADULT.....	70
DUOPA	59	ENGRIX-B PEDIATRIC-ADOLESCENT	70
DUPIXENT.....	113	ENHERTU	56

Índice de medicamentos

ENLITE SERTER	115	etodolac	27
enoxaparin	39, 40	etonogestrel/ethinyl estradiol	88
ENSACOVE	53	etoposide	56
ENSPRYNG	113	EUCRISA	140
entacapone	58, 59	EURAX	58
entecavir	64	EVAMIST	108
ENTERO	91	EVEKEO	66
ENTOCORT EC	109	everolimus	52, 114
ENTRESTO	76	EVICEL	71
ENTYVIO	104	EVISTA	151
ENVARUS	114	EVOCLIN	38
ENZOCLEAR	138	EVOTAZ	62
EPANED	77	EVRYSDI	149
EPCLUSA	64	EXELON	65
EPIDIOLEX	84	exemestane	51
EPIFOAM	142	exenatide	43
epinastine hcl	43	EXJADE	150
epinephrine	65, 94	EXKIVITY	53
EPIVIR HBV	64	EXODERM	42
eplerenone	92	EYSUVIS	94
eprosartan mesylate	77	E-Z	91, 124
EQUETRO	127	ezetimibe	79, 81
ergocalciferol	154	ezetimibe/simvastatin	79
ergoloid mesylates	79	EZ FLU	68
ergotamine tartrate/cafeine	15, 19	EZ-LETS	119
ERIVEDGE	51	EZ SMART	119
ERLEADA	50	F	
erlotinib	53	FACTIVE	36
ERVEBO	70	famciclovir	63
ERYPED	35	famotidine	104
ERY-TAB	35	FANAPT	132
erythromycin	32, 35, 38	FARESTON	56
escitalopram	127, 128	FARYDAK	49
ESGIC	15, 19	febuxostat	26
eslicarbazepine	85	felbamate	85
esomeprazole	105	FELDENE	27
esomeprazole dr	105	felodipine	72
esomeprazole mag dr	105	FEMARA	52
esomeprazole sodium	105	FEMCAP	89
estazolam	135	FEMHRT	108
ESTRACE	108, 112	FEMRING	112
estradiol	88, 89, 107, 108, 109, 112	fenofibrate	81, 82
estrogen, ester/me-testosterone	107	fenofibric acid	82
ESTROSTEP FE	88	fenoprofen	27
eszopiclone	135	FENSOLVI	110
ethambutol hcl	33	fentanyl	22
ethinyl estradiol/drospirenone	88	FENTANYL	22
ethosuximide	85, 87	FERRIPROX	150
ethynodiol d-ethinyl estradiol	88	FETZIMA	129

Índice de medicamentos

FEXMID.....	125	fluvastatin sodium.....	80
FIASP.....	46, 115	FLUVIRIN.....	69
FIBRICOR.....	82	fluvoxamine er.....	128
FIFTY50.....	119	fluvoxamine maleate.....	128
FILSPARI.....	82	FLUZONE.....	69
FILSUEVZ.....	152	FLUZONE QUAD.....	69
FILTER.....	116	FOCALIN.....	131
finasteride.....	153	FOLET ONE.....	154
FINTEPLA.....	85	folic acid.....	154
FIORICET.....	15, 23	FOLLISTIM AQ.....	112
FIORINAL.....	15, 19, 23	fondaparinux.....	39
FIORINAL WITH CODEINE #3.....	23	FORACARE.....	120
FIRDAPSE.....	84	FORA TN'GO.....	115
FIRMAGON.....	52	formoterol.....	29
FLAGYL.....	33	FOSAMAX.....	151
flavoxate hcl.....	153	FOSAMAX PLUS D.....	151
FLEXICHAMBER.....	124	fosamprenavir calcium.....	62
FLOVENT.....	30	fosaprepitant.....	102
FLUAD.....	68	fosaprepitant dimeglumine.....	102
FLUAD QUAD.....	68	fosfomycin tromethamine.....	33
FLUARIX QUAD.....	68	fosinopril/hydrochlorothiazide.....	75
FLUBLOK.....	68	fosinopril sodium.....	77
FLUBLOK QUAD.....	68	FRAGMIN.....	39
FLUCELVAX QUAD.....	68	FRAICHE.....	97
fluconazole.....	41	FREESTYLE.....	90, 115
flucytosine.....	41	FREESTYLE LIBRE.....	115
fludrocortisone acetate.....	111	FREESTYLE UNISTIK.....	120
FLULAVAL QUAD.....	69	frovatriptan succinate.....	19
FLUMADINE.....	63	FRUZAQLA.....	53
FLUMIST QUAD.....	69	FT ISOPROPYL.....	151
flunisolide.....	93	ful-glo.....	91
fluocinolone acetate.....	94, 141, 142	FUL-GLO.....	91
fluocinolone/shower cap.....	141	FULPHILA.....	87
fluocinonide.....	141	FURADANTIN.....	35
fluorescein sodium.....	91	FUROSCIX.....	92
FLUORIDEX.....	97	furosemide.....	92
fluorometholone.....	94	FUZEON.....	61
FLUOROPLEX.....	57	FYCOMPA.....	85
fluorouracil.....	57	G	
fluoxetine.....	128, 134	gabapentin.....	83, 85
fluphenazine hcl.....	134	GALAFOLD.....	150
flurazepam.....	135	galantamine er.....	65, 66
flurbiprofen.....	27, 94	galantamine hbr.....	65
flutamide.....	50	GALZIN.....	150
fluticasone.....	29, 93, 142	ganirelix acet.....	110
FLUTICASONE PROP.....	30	GANIRELIX ACET.....	110
fluticasone propion/salmeterol.....	29	GARDASIL 9.....	70
fluticasone-salmeterol.....	29	GASTROGRAFIN.....	92
FLUTICASONE-SALMETEROL.....	29	GASTROMARK.....	91

Índice de medicamentos

gatifloxacin.....	32	GUARDIAN.....	115
GATTEX.....	106	GUARDIAN RT.....	115
GAVRETO.....	53	GYNAZOLE 1.....	41
gelatin sponge, absorb/porcine.....	71	H	
GELCLAIR.....	148	HAEGARDA.....	146
GELFILM.....	95	halcinonide.....	142
GELFOAM.....	71	HALCION.....	135
gemfibrozil.....	82	halobetasol.....	142
GENERESS FE.....	88	halobetasol propionate.....	142
GENOTROPIN.....	110	haloperidol.....	134
gentamicin.....	32, 38	HALUCORT.....	138
GENVOYA.....	63	HARVONI.....	64
GILOTRIF.....	53	HEALTHY ACCENTS.....	120
glatiramer.....	83	HEMLIBRA.....	70
glatiramer acetate.....	83	heparin.....	39, 40
glatopa.....	83	HEPLISAV-B.....	70
GLEEVEC.....	53	HETLIOZ.....	135
GLEOSTINE.....	49	HIBERIX.....	69
glimepiride.....	44, 45	homatropine hbr.....	96
GLIMEPIRIDE.....	44	HPR PLUS-MB HYDROGEL.....	138
glipizide.....	44	HUMALOG.....	46, 115
GLIPIZIDE.....	44	HUMAPEN.....	115
GLUCAGEN.....	91	HUMIRA.....	49
glucagon.....	98	HUMULIN.....	46
GLUCAGON.....	98	HUMULIN R.....	46
GLUCOCOM.....	115, 120	HYCANTIN.....	52
GLUCOCOM AUTOLINK.....	115	HYCODAN.....	90
GLUCOPHAGE XR.....	44	hydralazine hcl.....	78
GLUCOTROL.....	44	HYDREA.....	49
GLUCOTROL XL.....	44	HYDRO 35.....	139
glyburide.....	44, 45	HYDRO 40.....	139
GLYATE.....	101	hydrochlorothiazide.....	75, 76, 78, 79, 93
glycine urologic solution.....	48	hydrocodone/acetaminophen.....	21
glycopyrrolate.....	101	HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN.....	21
GLYNASE.....	45	hydrocodone bitartrate.....	22, 23
GLYSET.....	44	hydrocodone bit/homatrop me-br.....	90
GLYXAMBI.....	45	hydrocodone/chlorphen p-stirex.....	90
GOMEKLI.....	51	hydrocodone/cpm/pseudoephed.....	90
GONAL-F.....	112	HYDROCODONE-GUAIFENESIN.....	90
GORDON'S UREA.....	140	hydrocodone-homatropine.....	90
granisetron hcl.....	102	HYDROCODONE-HOMATROPINE.....	90
GRANIX.....	87	hydrocodone/ibuprofen.....	21
GRASTEK.....	67	hydrocortisone.....	94, 106, 109, 142, 143
griseofulvin.....	41	hydrocortisone/acetic acid.....	94
GRIS-PEG.....	41	hydrocortisone/lidocaine/aloe.....	106
GS ISOPROPYL.....	48, 151	hydrocortisone/pramoxine.....	106, 142
GUAIACOL.....	138	hydrogen peroxide.....	136
guanfacine hcl.....	78, 130	hydromorphone.....	22
guanidine hcl.....	67	hydroxychloroquine.....	47

Índice de medicamentos

hydroxychloroquine sulfate	47	INREBIC.....	54
hydroxyurea	49	INSPIRACHAMBER.....	124
hydroxyzine hcl	42	INSPIRA	92
hydroxyzine pamoate	43	INSULIN	117
HYFTOR.....	140	INSULIN SYRINGE.....	118
HYMPAVZI	70	INSUPEN.....	116
HYPER-SAL	149	INTRAROSA	106
HYPODERMIC	116	INVACARE.....	120
HYSINGLA ER	22	INVEGA ER.....	132
I		INVELTYS.....	94
ibandronate sodium	151	iodine/potassium iodide	143
IBRANCE.....	53, 54	iodine/sodium iodide	143
IBUDONE	21	IODOFLEX	143
ibuprofen.....	21, 27	IODOSORB	143
ibuprofen/oxycodone	21	IOPIDINE.....	96
icatibant acetate.....	146	IPOL	68
icosapent ethyl.....	100	ipratropium.....	28, 29, 93
IDHIFA.....	56	ipratropium bromide	28, 93
IFE.....	147	irbesartan.....	76, 77
IHEALTH.....	115	irbesartan/hydrochlorothiazide	76
ILARIS	152	IRESSA	54
ILEVRO.....	94	ISENTRESS	62
ILUMYA.....	136	isoflurane	24
imatinib.....	53, 54	isomethept/dichlphn/acetaminop	19
imatinib mesylate	53, 54	isomethepten/caf/acetaminophen.....	19
IMCIVREE.....	57	isoniazid	34
imipramine	130	isopropyl alcohol.....	151
imipramine pamoate.....	130	ISOPTO CARPINE	96
imiquimod	138	isosorbide.....	73, 79
IMKELDI.....	54	isosorbide dinitrate	73
IMPAVIDO	48	isotretinoin	137
IMVEXXY	111, 112	isoxsuprine hcl	79
INBRIJA.....	59	isradipine.....	72
INCONTROL	120	ISTURISA	106
INCRELEX.....	110	ITOVEBI.....	54
INCRUSE ELLIPTA	28	itraconazole.....	41
indapamide.....	93	ivabradine	73
INDICLOR	91	ivermectin	47, 58, 140
indomethacin.....	27	IWILFIN.....	54
INFANRIX DTAP	69	IXCHIQ	70
INFASURF	146	J	
INFLECTRA.....	49	JAKAFI	51
INGREZZA.....	83	JANSSEN COVID-19 VACCINE	67
INJECT EASE	120	JANUMET	45
INLYTA	54	JANUMET XR.....	45
INNOPRAN XL.....	78	JANUVIA.....	44
INOVA	139	JARDIANCE.....	43
INPEN	115	javygtor	150
INQOVI.....	50	JOENJA	146

Índice de medicamentos

JULUCA.....	60	LENVIMA.....	54
JYLAMVO.....	50	LEQSEVI.....	26
JYNNEOS.....	70	letrozole.....	51
K		leucovorin calcium.....	146
KADIAN.....	22	LEUKERAN.....	49
KALBITOR.....	146	LEUKINE.....	87
KALETRA.....	62	leuprolide acetate.....	52
KALYDECO.....	145	LEUPROLIDE DEPOT.....	52
KATERZIA.....	72	levabuterol.....	29
KEFLEX.....	34	LEVITRA.....	147
KERAFOAM.....	139	levobunolol hcl.....	96
keralyt.....	139	levocarnitine.....	151
KERALYT.....	139	levocetirizine dihydrochloride.....	43
KERENDIA.....	92	levofloxacin.....	32, 36
KESIMPTA.....	83	levonorgest/eth.estradiol/iron.....	88
ketoconazole.....	41, 42	levonorgestrel/ethin.estradiol.....	88
ketorolac.....	20, 94, 95	levothyroxine.....	144
KEVZARA.....	113	LEVOTHYROXINE.....	144
KINRIX.....	69	levothyroxine sodium.....	144
KISQALI.....	52, 54	LEVULAN.....	57
KITABIS.....	33	LIBERVANT.....	84
KLARON.....	137	lidocaine.....	24, 91, 106, 142
KLONOPIN.....	84	lidocaine hcl.....	24, 91
klor-con.....	99	lidocaine hcl/glycerin.....	91
KOSELUGO.....	51	LIDOCAINE-HYDROCORTISONE.....	106
K-PHOS.....	100	LIDODERM.....	24
KRINTAFEL.....	47	LIKMEZ.....	33
K-TAB ER.....	99	LILETTA.....	89
KYLEENA.....	89	lindane.....	143
KYNAMRO.....	80	linezolid.....	36
KYNMOBI.....	59	liothyronine sodium.....	144
L		LIPOFEN.....	82
labetalol hcl.....	76	LIQUID E-Z PAQUE.....	91
LACRISERT.....	94	LIQUID POLIBAR PLUS.....	91
lactulose.....	101, 104	lisdexamfetamine.....	66
LAGEVRIO.....	65	lisinopril.....	75, 77
lamivudine.....	61, 62, 64	lisinopril/hydrochlorothiazide.....	75
lamivudine/zidovudine.....	61	lissamine.....	91
lamotrigine.....	85	LITEAIRE.....	124
LAMPIT.....	48	LITE TOUCH.....	115, 118, 120
lansoprazole/amoxiciln/clarith.....	102	LITETOUCH.....	124
lansoprazole dr.....	105	LITFULO.....	26
lansoprazole odt.....	105	lithium carbonate.....	127
lanthanum carbonate.....	98	lithium citrate.....	127
lapatinib ditosylate.....	54	LITHOSTAT.....	101
latanoprost.....	96	LIVTENCITY.....	63
LAZANDA.....	22	L-MESITRAN SOFT.....	140
leflunomide.....	25	l-norgest/e.estradiol-e.estrad.....	88
lenalidomide.....	52	LOCORT.....	109

Índice de medicamentos

LODINE.....	27	MEDISENSE	120
LOESTRIN.....	88	MEDLANCE.....	120
LOESTRIN FE.....	88	MEDROL.....	109
lofexidine	152	medroxyprogesterone	88, 111
LOKELMA.....	98	mefenamic acid	20
LOMAIRA.....	57	mefloquine hcl.....	47
LONHALA MAGNAIR	28	megestrol acetate	56, 154
LONSURF	50	MEKINIST.....	51
loperamide hcl.....	101	meloxicam	20, 27
LOPID.....	82	melphalan.....	49, 50
lopinavir/ritonavir.....	62	memantine hcl.....	82
LOPROX.....	42	memantine hcl er	82
lorazepam	126	MENACTRA.....	68
LORBRENA.....	54	MENEST.....	108
LORTAB.....	21	MENOPUR	112
losartan/hydrochlorothiazide.....	76	MENOSTAR.....	108
losartan potassium	77	MENQUADFI.....	68
loteprednol etabonate	95	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP	68
lovastatin.....	80	meperidine.....	22
LOVENOX	40	MEPHYTON	154
loxapine succinate	134	mercaptopurine	50
lubiprostone.....	104	mesalamine	103
LUCEMYRA	152	mesna.....	146
LULICONAZOLE.....	42	MESNEX.....	146
LUMAKRAS.....	51	MESTINON.....	65
LUMRYZ.....	134	metaproterenol	29
LUPANETA.....	110	metaxalone.....	125
LUPKYNIS	114	metformin hcl.....	44, 45
LUPRON.....	52, 110	methamphetamine hcl.....	66
LUPRON DEPOT	110	methazolamide.....	92
lurasidone	132, 133	methenamine hippurate	33
LUXIQ.....	142	methenamine mandelate.....	33
LYNPARZA	54	methen/mbblue/sal/sod phos/hyos	33
LYRICA	85	methimazole.....	144
LYSODREN	56	METHITEST	106
LYSTEDA	70	meth/meblue/sod phos/psal/hyos	33
LYTGABI	54	methocarbamol.....	125
LYUMJEV	46	methotrexate sodium	50
M		methoxsalen	136
MACROBID	36	methscopolamine bromide.....	103
mafenide.....	38	methyl dopa.....	78
MALARONE	47	methyl dopa/hydrochlorothiazide	78
maprotiline hcl.....	130	methylegonovine maleate.....	111
MARPLAN.....	127	METHYLIN	131
MATULANE.....	56	methylphenidate	131, 132
MAVENCLAD	84	methylphenidate er	131
MAYZENT	84	methylphenidate hcl	131, 132
meclofenamate.....	27	methylphenidate la	131, 132
MEDIHONEY	140	methylprednisolone	109

Índice de medicamentos

methyl salicylate.....	138	moexipril hcl.....	77
methyltestosterone.....	106	molindone hcl.....	134
metoclopramide hcl.....	104	MOLNUPIRAVIR.....	65
metolazone.....	93	MOMETACURE.....	142
METOPIRONE.....	91	mometasone furoate.....	93, 142
metoprolol/hydrochlorothiazide.....	79	MONOJECT.....	116
metoprolol succinate.....	78	MONOLET.....	120
metoprolol tartrate.....	78	MONSEL'S.....	71
metronidazole.....	33, 37, 140	montelukast sodium.....	30
metirosine.....	77, 78	MONUROL.....	33
MEZPAROX-HC.....	143	MORPHABOND ER.....	22
MIACALCIN.....	113	morphine sulfate.....	22
miconazole nitrate.....	41	MOTOFEN.....	101
MICROCHAMBER.....	124	MOVANTIK.....	40
MICROGESTIN 24 FE.....	88	MOXATAG.....	36
MICROLET.....	120	MOXEZA.....	32
MICROSPACER.....	124	moxifloxacin.....	32, 36
midazolam hcl.....	135	MRESVIA.....	70
midodrine hcl.....	67	MS CONTIN.....	22
MIEBO.....	94	MUGARD.....	148
MIFEPREX.....	148	MULPLETA.....	88
mifepristone.....	45, 148	MULTAQ.....	71
miglitol.....	44	mupirocin.....	38
miglustat.....	149	MURI-LUBE.....	151
millipred.....	109	MUSE.....	147
MILLIPRED.....	109	mvn no.53/iron/folic/dss/dha.....	154
MIMYX.....	138	MYALEPT.....	113
MINIMED RESERVOIR.....	118	mycophenolate mofetil.....	114
MINIPRESS.....	76	MYDRIACYL.....	96
MINITRAN.....	73	MYGLUCOHEALTH.....	120
MINIVELLE.....	108	MYLERAN.....	50
minocycline.....	37	MYORISAN.....	137
minocycline er.....	37	MYTESI.....	101
minoxidil.....	78	N	
mirabegron.....	153	nabumetone.....	27
MIRAPEX ER.....	59	nadolol.....	78, 79
MIRCETTE.....	89	nadolol/bendroflumethiazide.....	79
MIRENA.....	89	naftifine.....	42
mirtazapine.....	126	NAFTIN.....	42
misoprostol.....	26, 102	NALFON.....	27
MITIGARE.....	25	NALOCET.....	21
MITOSOL.....	97	naloxone.....	23, 40, 152
MIUDELLA.....	89	NALOXONE.....	40
M-M-R II VACCINE.....	69	naltrexone.....	40
MOBIC.....	27	NAMENDA.....	82
MOBILE LANCETS.....	115	NAMENDA XR.....	82
modafinil.....	134	NAMZARIC.....	82
MODERNA.....	67	NANO.....	117
MODERNA COVID-19 VACCINE.....	67	NAPROSYN.....	27

Índice de medicamentos

naproxen	20, 21, 26, 27	NOCTIVA	107
naratriptan	19	NORCO	21
NARCAN	40	NORDITROPIN FLEXPRO	110
NATACYN	41	norelgestromin/ethin.estradiol	89
nateglinide	45	noreth-ethinyl estradiol/iron	89
NAYZILAM	84	norethind-eth estrad	89, 109
NEBUPENT	48	norethindrone	88, 89, 108, 109, 111
nebusal	149	norethindrone ac-eth estradiol	109
NEBUSAL	149	norethindrone-e.estradiol-iron	89
NEEDLE	116	norethin-ee	89
NEEDLES	116	norethin-eth estrad	109
nefazodone hcl	128	norgestrel-ethinyl estradiol	89
neomycin	31	NORLIQVA	73
neomycin/bacit/p-myx/hydrocort	31	NORPACE	71
neomycin/polymyxin b/dexametha	31	NORPACE CR	71
neomycin/polymyxin b/hydrocort	31	nortriptyline hcl	130
neomycin/polymyxn b/gramicidin	32	NORVIR	62
neomycin sulfate	33	NOURIANZ	59
neomycin sulf/bacitracin/poly	32	NOVA	120
neomycin sulf/polymyxin b sulf	136	NOVAREL	112
NEO-SYNALAR	37	NOVAVAX	68
NERLYNX	54	NOVOPEN	115
NEULASTA	87	NOXAFIL	41
NEULUMEX	91	NUBEQA	50
NEUPOGEN	87	NUCALA	30
NEUPRO	59	NUCORT	142
NEURONTIN	85	NUCYNTA	22
NEUTRASAL	148	NUCYNTA ER	22
nevirapine	61	NUEDEXTA	83
NEXIUM DR	105	NULEV	103
NEXPLANON	88	NULIBRY	150
niacin	82	NULYTELY	104
NIASPAN	82	NUMOISYN	148
nicardipine hcl	72	NUPLAZID	127
NICOTROL	143, 144	NURTEC ODT	19
nifedipine	72, 73	NUVARING	88
nilutamide	50	NUZYRA	37
NINLARO	54	NYMALIZE	73
nisoldipine er	72, 73	NYPOZI	87
nitazoxanide	58	nystatin	41, 42
nitisinone	149	NYVEPRIA	87
NITRO-DUR	73	O	
nitrofurantoin	35, 36	OBREDON	90
nitroglycerin	74, 104	OBSTETRIX	126, 154
NITROLINGUAL	74	OBTREX DHA	126
NITROMIST	74	OALIVA	104
NITROSTAT	74	octreotide acetate	111
NITYR	149	ODACTRA	67
NIVESTYM	87	ODEFSEY	63

Índice de medicamentos

ODOMZO	51	ORENCIA.....	25
OFEV.....	146	ORENITRAM	74
ofloxacin.....	31, 32, 36	ORENITRAM ER	74
OGSIVEO.....	54	ORFADIN.....	149
OJEMDA.....	51	ORGOVYX.....	52
OJJAARA.....	54	ORIAHNN.....	110
olanzapine	133, 134	ORILISSA.....	110
olmesartan.....	76, 77	ORKAMBI.....	145
olmesartan/amlodipin/hcthiazid	76	ORLADEYO.....	146
olmesartan-hctz	76	orphenadrine citrate	125
olmesartan medoxomil	77	ORTHO MICRONOR.....	89
olopatadine.....	43, 93	oseltamivir	63, 64
olopatadine hcl	43, 93	OSMOLEX ER	59
OLPRUVA.....	101	OSPHENA	148
OLUMIANT.....	26	OTEZLA.....	25
omega	82, 100	OTOVEL.....	31
omega-3 acid ethyl esters.....	100	OTREXUP	25
omeppi.....	105	OVACE.....	138
omeprazole-bicarb	105	OVIDREL	112
omeprazole dr.....	105	oxandrolone.....	106
OMNIPOD.....	116	oxaprozin.....	26, 27
OMNIPOD CLASSIC (GEN 3) kit.....	116	OXAPROZIN.....	27
OMNIPOD CLASSIC (GEN 3) KIT.....	116	OXAYDO.....	22
OMNIPOD CLASSIC (GEN 3) PODS.....	116	oxazepam.....	126
OMNIPOD CLASSIC (GEN 4) KIT.....	116	oxcarbazepine.....	85
OMNIPOD CLASSIC (GEN 4) PODS.....	116	OXERVATE.....	97
OMNIPRED	95	OXSORALEN-ULTRA.....	136
OMNITROPE	110	OXTELLAR XR	85
OMVOH	113	oxybutynin chloride.....	153
ON CALL	120	oxycodone.....	21, 23
ondansetron.....	102	oxycodone hcl.....	21
ONETOUCH	116, 120, 121	oxycodone hcl/acetaminophen	21
ONEXTON.....	137	OXYCODONE HCL ER	23
ONFI.....	84	oxymorphone hcl.....	23
ON-THE-GO.....	121	OZOBAX DS	125
ONUREG	50	P	
OPDIVO.....	56	pacerone.....	71
opium.....	22	PACNEX.....	139
opium/belladonna alkaloids	22	PAIN EASE.....	24
opium tincture	101	paliperidone er.....	132, 133
OPSUMIT	74	PALYNZIQ.....	67
OPSYNVI.....	75	PANCREAZE	105
OPTICHAMBER.....	124	PANRETIN	57
OPVEE.....	40	pantoprazole	105
ORACIT	100	PAPAVERINE.....	147
ORALAIR.....	67	PARADIGM	118
ORAMAGICRX.....	148	PARAGARD	89
ORAPRED ODT.....	109	paregoric	101
ORAVIG.....	41	PAREMYD	97

Índice de medicamentos

paricalcitol.....	148	PHESGO.....	52
paromomycin sulfate.....	47	PHOSLYRA.....	98, 99
paroxetine.....	128, 149	PHOSPHOLINE IODIDE.....	96
paroxetine cr.....	128	PHYSIOLYTE.....	136
paroxetine er.....	128	PHYSIOSOL.....	136
PASER.....	34	phytonadione.....	154
PATANASE.....	93	PICATO.....	57
pazopanib.....	54	PIFELTRO.....	61
PCE.....	35	pilocarpine hcl.....	67, 96
PEDIARIX.....	70	pimecrolimus.....	114
PEDVAXHIB.....	69	pimozide.....	132
peg3350/sod sulf, bicarb, cl/kcl.....	104	pindolol.....	78
peg3350/sod sul/nacl/kcl/asb/c.....	104	pioglitazoe.....	45
PEGANONE.....	85	pioglitazone hcl.....	45
PEGASYS.....	64	pioglitazone hcl/glimepiride.....	45
PEGINTRON.....	64	pioglitazone hcl/metformin hcl.....	45
PEMAZYRE.....	54	PIP.....	121
PENBRAYA.....	68	PIQRAY.....	54
penicillamine.....	25	pirfenidone.....	149
penicillin v potassium.....	36	piroxicam.....	27
PENTACEL.....	69	pitavastatin.....	81
pentamidine isethionate.....	48	PLEGRIDY.....	84
PENTASA.....	103	PLIXDA.....	143
pentazocine hcl/naloxone hcl.....	23	PNEUMOVAX 23.....	68
pentoxifylline.....	71	pnv.....	126
PERFECT.....	117, 121	pnv 22/iron, gluc/folic/dss/dha.....	126
PERIDEX.....	147	pnv 66/iron/folic/docusate/dha.....	126
perindopril erbumine.....	77	pnv 69/iron/folic/docusate/dha.....	126
permethrin.....	58	pnv 80/iron fum/folic/dss/dha.....	126
perphenazine.....	130, 134	pnv/iron, carb/docusat/folic ac.....	126
perphenazine/amitriptyline hcl.....	130	POCKET CHAMBER.....	124
PFIZER.....	68	PODOCON-25.....	139
PFIZER COVID-19 VACCINE.....	68	podofilox.....	139
PHARMABASE BARRIER.....	139	POLIBAR ACB.....	91
PHEBURANE.....	101	polydimethylsiloxanes/silicon.....	139
phenazopyridine.....	24	POMALYST.....	52
phendimetrazine.....	57	posaconazole.....	41
phenelzine sulfate.....	127	potassium bicarbonate/cit ac.....	99
phenobarb/hyoscy/atropine/scop.....	103	potassium chloride.....	99
phenobarbital.....	103, 135	potassium citrate.....	100
phenobarbital-belladonna elixr.....	103	potassium iodide/iodine.....	99
PHENOBARBITAL-BELLADONNA ELIXR.....	103	pramipexole di-hcl.....	59
phenoxybenzamine hcl.....	67	pramipexole er.....	59
phentermine.....	57	PRAMOSONE.....	143
PHENTOLAMINE-ALPROSTADIL.....	147	prasugrel.....	60
phenylephrine hcl.....	42, 95	pravastatin sodium.....	80
phenylephrine hcl/prometh hcl.....	42	praziquantel.....	47
PHENYTEK.....	86	prazosin.....	67, 76
phenytoin.....	85, 86	prazosin hcl.....	76

Índice de medicamentos

PR BENZOYL PEROXIDE	139	PROLENSA	95
PRECISION	90	promethazine-codeine	90
PRECISIONGLIDE	117	promethazine/dextromethorphan	90
PRECOSE	44	promethazine hcl	43, 102
prednicarbate	141, 142	promethazine/phenyleph/codeine	90
prednisolone	32, 95, 109, 110	PROMETRIUM	111
prednisolone acetate	95	propafenone hcl	71, 72
prednisolone sodium	95, 109, 110	propantheline bromide	101
prednisone	110	proparacaine/fluorescein sod	95
pregabalin	85, 86	proparacaine hcl	95
PREGNYL	112	propranolol hcl	78
PREMARIN	109, 112	propranolol/hydrochlorothiazid	79
PREMPHASE	109	propylthiouracil	144
PREMPRO	109	PROQUAD	69
prenatal 12/iron/folic/dss/om3	126	PROSCAR	153
PRENATAL 19	126	PROSTIN	111
prenatal 34/iron/folic/dss/dha	126	protectives2/ceramide	140
prenatal vits15/iron/folic/dss	126	PROTOPIC	114
PREPIDIL	111	protriptyline hcl	130
PREPOPIK	104	PROVERA	88, 111
PRESSURE	95, 96, 121	PROVOCHOLINE	91
PRESTALIA	75	PULMOZYME	146
PRETOMANID	34	PURE COMFORT	121
PREVIDENT	97	PURIXAN	50
PREVNAR 13	68	PUSH BUTTON	121
PREVYMIS	63	pyrazinamide	34
PREZCOBIX	60	pyridostigmine bromide	65
PREZISTA	61	pyrimethamine	47
PRIFTIN	34	Q	
PRIMAQUINE	47	QBREXZA	140
primaquine phosphate	47	QINLOCK	54
PRIMEAIRE	124	QMIIZ ODT	27
primidone	86	QSYMIA	57
PRIMLEV	21	QUADRACEL DTAP-IPV	69
PRIMSOL	33	QUALAQUIN	48
PRISMASOL	100	QUARTETTE	89
probenecid	28	quazepam	135
PROCARDIA	73	QUAZEPAM	135
PROCARE	124	QUESTRAN	81
PROCHAMBER	124	quetiapine fumarate	133
prochlorperazine	102	QUILLIVANT XR	132
PRO COMFORT	116, 121, 124	quinapril hcl	77
PROCORT	106	quinapril/hydrochlorothiazide	75
PROCRIT	87	quinidine gluconate	71
PROCTOFOAM-HC	106	quinine sulfate	48
PRODIGY	121	QUTENZA	138
progesterone, micronized	111	QVAR REDHALER	30
PROGLYCEM	98	R	
PROGRAF	114	rabeprazole sodium	105

Índice de medicamentos

RADIAGEL.....	150	RHOPRESSA.....	96
RADIAPLEXRX.....	140	ribasphere.....	64, 65
RADICAVA ORS.....	83	ribasphere ribapak.....	65
RADIOGARDASE.....	150	RIDAURA.....	25
RAGWITEK.....	67	rifabutin.....	34
raloxifene hcl.....	151, 152	RIFAMATE.....	34
ramelteon.....	135	rifampin.....	34
ramipril.....	77	RIFATER.....	34
ranitidine hcl.....	104	RIGHTEST.....	121
ranolazine.....	71	RILUTEK.....	83
RAPAFLO.....	153	riluzole.....	83
RAPLIXA.....	71	rimantadine hcl.....	63
rasagiline mesylate.....	59	RIMSO-50.....	24
RAYALDEE.....	148	ringer's.....	136
RAZADYNE ER.....	65, 66	RINVOQ.....	26
READI-CAT 2.....	91	RIOMET.....	44
READYLANCER.....	121	RIOMET ER.....	44
REBIF.....	84	risedronate sodium.....	151, 152
RECOMBIVAX HB.....	70	RISPERDAL.....	133
RECOTHROM.....	71	risperidone.....	133
RECTIV.....	104	RITALIN.....	132
REGIMEX.....	57	RITEFLO.....	124
REGLAN.....	104	ritonavir.....	62
REGRANEX.....	138	rivaroxaban.....	39
RELAGARD.....	47	rivastigmine.....	65, 66
RELENZA.....	63	ROBAXIN-750.....	125
RELIAMED.....	121	ROBINUL.....	101
RELION.....	90	ROCALTROL.....	154
RELISTOR.....	40	ROCKLATAN.....	96
REMICADE.....	49	roflumilast.....	30
RENACIDIN.....	100	ROLVEDON.....	87
repaglinide.....	45	ROMVIMZA.....	55
REPATHA.....	80	ROSANIL.....	38
REPLACEMENT PEDIATRIC MONITOR.....	116	rosuvastatin calcium.....	80
RESPA A.R.....	89	ROTARIX.....	68
RESTASIS.....	97	ROTATEQ.....	68
RESTIZAN.....	138	ROXYBOND.....	23
RETACRIT.....	87	ROZLYTREK.....	55
RETEVMO.....	54, 55	RUBRACA.....	55
RETIN.....	143	RUCONEST.....	146
REVLIMID.....	52	rufinamide.....	86
REVUFORJ.....	55	RUKOBIA.....	61
REXTOVY.....	41	RUZURGI.....	84
REXULTI.....	133, 134	RYBELSUS.....	43
REYATAZ.....	62	RYDAPT.....	55
REZDIFFRA.....	148	RYTARY.....	59
REZLIDHIA.....	56	RYTHMOL SR.....	72
REZUROCK.....	152	S	
REZVOGLAR KWIKPEN.....	43	sacubitril.....	76

Índice de medicamentos

SAF-CLENS AF.....	140	SIMLANDI.....	49
SAFETY.....	116, 117, 119, 120, 121, 122, 123	SIMPONI.....	49
SAFETY LANCETS.....	119, 120, 121	simvastatin.....	79, 80, 81
SAFETY-LET.....	121	SINEMET.....	59
SALAGEN.....	67	SINGLE-LET.....	121
SALICATE.....	139	sirolimus.....	114
salicylic acid.....	139	SIRTURO.....	34
SALIMEZ FORTE.....	139	SITZMARKS.....	91
SALKERA.....	139	SIVEXTRO.....	36
salsalate.....	25	SKELAXIN.....	125
SALVAX DUO PLUS.....	139	SKYLA.....	89
SANCUSO.....	102	SKYRIZI.....	136
SANDOSTATIN.....	111	SKYTROFA.....	110
SANTYL.....	143	SMART.....	119, 121
SAPHRIS.....	133	SMARTEST.....	121
sapropterin dihydrochloride.....	150	sodium chloride for inhalation.....	149
SARAFEM.....	128	sodium chloride irrig solution.....	136
SAVELLA.....	152	sodium chloride/nahco3/kcl/peg.....	104
SAXENDA.....	57	SODIUM CITRATE.....	39
SCALACORT DK.....	142	sodium fluoride/potassium nit.....	97
SCEMBLIX.....	55	SODIUM OXYBATE.....	134
scopolamine.....	102	sodium phenylbutyrate.....	101
secobarbital sodium.....	135	sodium polystyrene sulfon/sorb.....	99
SECUADO.....	133	sod, pot chlor/mag/sod, pot phos.....	136
SELARSDI.....	113	SOGROYA.....	110
selegiline hcl.....	59	solifenacin.....	153
selenium sulfide.....	138	SOLIQUEA.....	43
SELZENTRY.....	61	SOLTAMOX.....	56
SEN-SERTER.....	116	SOLUS V2.....	121
SEROQUEL.....	133	SOMA.....	125
SEROQUEL XR.....	133	SOMATULINE DEPOT.....	111
SEROSTIM.....	110	SOMAVERT.....	148
sertraline.....	128	SOOLANTRA.....	140
sevelamer.....	98, 99	SORBITOL.....	136
sevoflurane.....	24	sotalol hcl.....	78
SFROWASA.....	103	SOTYKTU.....	136
SHINGRIX.....	70	SOTYLIZE.....	78
SIGNIFOR.....	111	SOVALDI.....	64
SIKLOS.....	70	SPACE CHAMBER.....	124
sildenafil.....	74, 147	SPEVIGO.....	136
SILICONE.....	124	SPIKEVAX.....	68
SILIQ.....	136	spinosad.....	58
silodosin.....	153	SPIRIVA RESPIMAT.....	28
SILVADENE.....	38	spironolact/hydrochlorothiazid.....	93
silver nitrate.....	139, 143	spironolactone.....	93
silver sulfadiazine.....	38	SPRITAM.....	86
SIMBRINZA.....	96	SPRYCEL.....	55
		sps.....	99

Índice de medicamentos

SSKI	99	SYNJARDY XR.....	45, 46
STALEVO.....	59	SYNTHROID.....	144
STARLIX.....	45	T	
STELARA.....	113	TABLOID.....	50
STENDRA.....	147	TABRECTA.....	55
STERILANCE.....	121	tacrolimus	114
STERILE.....	121	tadalafil	74, 147
STIMATE	107	TAFINLAR	51
STIMUFEND.....	87	TAGITOL	91
STIOLTO RESPIMAT	29	TAGRISSO	55
STIVARGA.....	55	TAKHZYRO.....	67
STRENSIQ	149	TALTZ.....	136
STRIBILD.....	63	TALZENNA	55
STRIVERDI RESPIMAT	28	TAMIFLU	63, 64
STROMEKTOL	47	tamoxifen.....	56
SUBOXONE	152	tamsulosin hcl.....	153
SUCRAID.....	104	TAPAZOLE.....	144
sucrafate.....	102	TARGRETIN	57
SULAR	73	TASMAR	59
sulfacetamide	31, 32	TAVALISSE	146
sulfacetamide/prednisolone sp.....	32	TAVNEOS	70
sulfacetamide sodium	38, 137, 138	tazarotene	137
sulfacetamide sod/sulfur/urea	38	TAZVERIK.....	52
sulfacetamide/sulfur/cleansr23	38	TC99M	91
sulfact sod/sulur/avob/otn/oct.....	38	TDVAX.....	69
sulfadiazine.....	32, 38	TECHLITE	121
sulfamethoxazole/trimethoprim.....	32	TEGRETOL	86
SULFAMYLON.....	38	TEGSEDI.....	148
sulfasalazine.....	103	TELCARE	122
sumatriptan	20	telmisartan.....	76, 77
SUNLENCA	60	telmisartan-amlodipine	76, 77
SUNOSI.....	134	telmisartan-hctz.....	76
SUPER.....	120, 121	temazepam.....	135
SUPRANE.....	24	TEMIXYS.....	61
SURE COMFORT.....	121	TEMOVATE.....	142
SURE-LANCE	121	temozolomide.....	50
SURE-TOUCH	121	TENIVAC.....	69
SURGIFOAM	71	tenofovir disoproxil fumarate	62
SURGISEAL	140	TEPMETKO.....	55
SURVANTA.....	146	terazosin hcl	76
SUTENT.....	55	terbinafine.....	41
SYMAX DUOTAB.....	103	terbutaline.....	29
SYMDEKO	145	terconazole.....	41
SYMLINPEN.....	44	teriparatide.....	148, 151
SYMPROIC	40	TERIPARATIDE.....	151
SYMITUZA.....	60	TERSI.....	138
SYNALAR.....	37, 142	TESSALON PERLE.....	90
SYNAREL	110	testosterone	106, 107
SYNJARDY	45, 46	TESTOSTERONE	106, 107

Índice de medicamentos

tetrabenzazine	83	torse mide	92
tetracaine hcl	95	TRACLEER	74
tetracycline	37, 102	tramadol	21, 23
TETRAVISC	95	TRAMADOL	23
TEXACORT	142	tramadol er	23
TEZSPIRE	151	tramadol hcl	21, 23
THALOMID	33	tramadol hcl/acetaminophen	21
THEO-24	31	TRAMADOL HCL ER	23
theophylline	31	trandolapril	75, 77
THIN	91, 118, 119, 120, 121, 122	trandolapril/verapamil hcl	75
THIOLA	153	tranexamic acid	70
thioridazine hcl	134	TRANSDERM-SCOP	102
THROMBI-GEL	71	TRANXENE T-TAB	126
THROMBIN-JMI	71	tranylcypromine sulfate	127
THROMBI-PAD	71	travoprost	96
thyroid	145	trazodone hcl	128
THYROLAR	145	TRECATOR	34
tiagabine	86	TRELEGY ELLIPTA	29
TIAZAC	73	TREMFYA	136
TIBSOVO	56	TRESIBA	46
ticagrelor	60	tretinoin	56, 137, 143
ticlopidine	60	TREXALL	50
TIGLUTIK	83	TREZIX	22
TIKOSYN	72	triamcinolone acetonide	147
timolol maleate	78, 96	triamterene	93
TINDAMAX	47	triazolam	135
tinidazole	47	trichloroacetic acid	140
tiopronin	153	TRICHLOROACETIC ACID	140
TIROSINT	145	TRICOR	82
TISSEEL	140	trientine	150
TIVICAY	62	TRIENTINE	150
tizanidine hcl	125	trientine hcl	150
TOBI	33	trifluoperazine hcl	134
TOBRADEX	31	trifluridine	63
TOBRADEX ST	31	TRIGLIDE	82
tobramycin	31, 32, 33	trihexyphenidyl	58
TOBRAMYCIN	33	TRIJARDY XR	46
tobramycin/dexamethasone	31	TRIKAFTA	145
TOLAK	57	TRILIPIX	82
tolbutamide	45	trimethobenzamide	102
tolcapone	59	trimethoprim	32, 33
tolmetin	27	trimipramine	130
tolterodine	154	TRIMO-SAN	47
tolvaptan	92	TRINTELLIX	130
TOLVAPTAN	92	TRIUMEQ	60
TOPCARE	122	TROKENDI	86
TOPICORT	142	tropicamide	96, 97
topiramate	86	trospium chloride	154
toremifene	56	TRUE	118

Índice de medicamentos

TRUE COMFORT	118, 122
TRUE METRIX	90
TRUEPLUS.....	122
TRULANCE.....	104
TRULICITY.....	43
TRUMENBA	68
TRUQAP	55
TRUSOPT	96
TRYNGOLZA	80
TUKYSA	55
TURALIO	55
TUXARIN ER.....	90
TUZISTRA XR	90
TWINRIX.....	70
TWIST	119, 121, 122, 140
TYBOST.....	145
TYENNE	113
TYKERB.....	55
TYRVAYA.....	150
TYVASO	75
U	
UBRELVY.....	20
UCERIS.....	110
UDENYCA	87
UKONIQ	55
ULESFIA.....	58
ULORIC.....	26
ULTANE.....	24
ULTILET.....	122
ULTRA.....	117
ULTRA-CARE	122
ULTRACET.....	21
ULTRA-FINE.....	117
ULTRAFOAM.....	71
ULTRAM.....	23
ULTRA THIN	120, 122
ULTRA-THIN	118, 122
ULTRATLC.....	122
ULTRAVATE	142
UNILET.....	118, 120, 122
UNILET EXCELITE.....	122
UNISTIK	120, 122, 123
UNIVERSAL.....	119, 123
UPTRAVI	75
URAMAXIN.....	139
urea	38, 48, 139
UROCIT-K.....	100
UROQID	100
URSO	103

ursodiol	103
USTEKINUMAB.....	113
UTA	33
V	
VAGIFEM.....	112
VALCHLOR.....	57
valganciclovir hcl	64
valproic acid	86
valsartan	76, 77
valsartan/hydrochlorothiazide	76
VALTOCO	84
VALTRES	64
vancomycin.....	37
VANFLYTA.....	55
VANRAFIA	153
vardenafil hcl	147
varenicline.....	144
VARIBAR.....	91
VARIVAX	70
VARUBI.....	102
VASCEPA.....	100
VASHE.....	136
VAXELIS	69
VECAMEYL	77
VELPHORO.....	99
VELSIPITY.....	84
VELTASSA	99
VEMLIDY	64
VENCLEXTA	56
venlafaxine hcl	129
VENTAVIS.....	75
verapamil hcl	73, 75
VEREGEN	65
VERELAN	73
VERIFINE.....	118
VERQUVO	74
VERZENIO	55
VEVYE.....	97
VFEND	41
V-GO.....	116
VIAGRA.....	147
VIBERZI.....	104
VIBRAMYCIN	37
vigabatrin.....	86
VIIBRYD	129
VIJOICE	146
VIMPAT	86
VIOKACE	105
VIREAD	62

Índice de medicamentos

VISTARIL.....	43
VISTOGARD.....	146
VITAFOL FE.....	126
vite ac/grape/hyaluronic acid.....	138
VITRAKVI.....	55
VIVELLE-DOT.....	109
VIVJOA.....	41
VIZIMPRO.....	55
VOQUEZNA.....	111
voriconazole.....	41
VORTEX.....	124
VOSEVI.....	64
VOWST.....	104
VOXZOGO.....	150
VOYDEYA.....	70
VRAYLAR.....	133
VUMERITY.....	84
VYKAT.....	57, 151
VYLEESI.....	132
VYNDAMAX.....	150
VYNDAQEL.....	150
VYVGART.....	150
W	
WAKIX.....	87
warfarin.....	39
water for irrigation, sterile.....	136
WELLBUTRIN SR.....	127
WIDE SEAL DIAPHRAGM.....	89
WINREVAIR.....	74
WP THYROID.....	145
X	
XADAGO.....	59
XALKORI.....	55
XANAX.....	126
XARELTO.....	39
XATMEP.....	50
XCLAIR.....	138
XCOPRI.....	86, 87
XDEMVI.....	58
XELJANZ.....	26
XELODA.....	50
XELSTRYM.....	66
XENICAL.....	58
XENLETA.....	36
XEPI.....	38
XERMELO.....	101
XIFAXAN.....	37
XIGDUO XR.....	46
XOFLUZA.....	64

XOLAIR.....	30
XOLREMDI.....	87
XOPENEX.....	29
XOSPATA.....	55
XPOVIO.....	56
XTAMPZA ER.....	23
XTANDI.....	50
XUREA.....	139
XURIDEN.....	98
XYOSTED.....	107
XYWAV.....	134
Y	
YERVOY.....	56
YESINTEK.....	113
Z	
zafirlukast.....	30
zaleplon.....	135
ZANAFLEX.....	125
ZARONTIN.....	87
ZARXIO.....	87
ZAVZPRET.....	21
ZEJULA.....	55
ZELBORAF.....	51
ZEMPLAR.....	148
ZENATANE.....	137
ZENPEP.....	105
ZENZEDI.....	66
ZEPATIER.....	65
ZEPOSIA.....	84
zidovudine.....	61, 62
ZIEXTENZO.....	88
zileuton.....	28
ZIMHI.....	41
zinc oxide.....	140
ziprasidone hcl.....	133
ZIRGAN.....	63
ZITHROMAX.....	35
ZOHYDRO ER.....	23
ZOKINVY.....	146
ZOLADEX.....	52
ZOLINZA.....	49
zolmitriptan.....	20
zolpidem tart er.....	135
zolpidem tartrate.....	135
zonisamide.....	87
ZORTRESS.....	114
ZORYVE.....	140
ZOSTAVAX.....	70
ZTLIDO.....	24

Índice de medicamentos

ZUBSOLV.....152

ZURZUVAE.....127

ZYDELIG.....56

ZYLET.....31

ZYLOPRIM26

ZYVOX36

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

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



1. Se aplican los términos de la aplicación/tienda en línea y los cargos de las compañías de telefonía celular/uso de datos. Los clientes menores de 13 años no podrán registrarse en myCigna.com (así como tampoco sus padres o tutores).
2. 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 می‌کنید، توجه: اگر به فارسی تماس بگیرید یا با (شماره 711 را بگیرید: TTY) ارائه اطلاعات در قالبهای قابل دسترس به صورت رایگان در دسترس هستند. با شماره 1-800-244-6224 ارائه‌دهنده خود صحبت کنید