



# Lista de medicamentos con receta National Preferred de 3 niveles de Cigna Healthcare

Cobertura a partir del 1 de enero de 2024

## 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](https://www.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®](https://www.myCigna.com)

Última actualización: 1 de agosto de 2023. Esta Lista de medicamentos está sujeta a cambios y ninguna de las versiones anteriores se encuentra vigente.

Ofrecido por: Cigna Health and Life Insurance Company, Connecticut General Life Insurance Company o sus afiliadas.

951800SP f CA NPF 3-Tier 08/23 © 2023 Cigna Healthcare.





## ¿Qué encontrará adentro?

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	136
Índice de medicamentos	137

### Cómo ver la Lista de medicamentos en línea

Este documento se actualizó por última vez el 1 de agosto de 2023.\* En Internet podrá ver la lista más actualizada de los medicamentos que cubre su plan.



**Aplicación myCigna<sup>1</sup> o myCigna.com.** Haga clic en la pestaña *Find Care & Costs* (Dónde atenderse y cuánto cuesta). Luego, seleccione *Price a Medication* (Conozca los precios de los medicamentos) y escriba el nombre de su medicamento.



**Cigna.com/druglist.** Seleccione **National Preferred 3 Tier** (National Preferred de 3 niveles) del menú desplegable. Después escriba el nombre de su medicamento o vea la Lista completa.

### ¿Tiene preguntas?

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

\* Creación de la Lista de medicamentos:  
creada originalmente el 1 de enero de 2023

Última actualización: 1 de agosto de 2023, para los  
cambios que empezarán a regir el 1 de enero de 2024

Próxima actualización planificada: 1 de marzo de 2024, para  
los cambios que empezarán a regir el 1 de julio de 2024

## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Preguntas frecuentes

Comprender su cobertura de medicamentos con receta puede ser confuso. Estas son las respuestas a algunas preguntas frecuentes.

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

**R.** Para asegurarnos de que usted pueda acceder a una cobertura de medicamentos seguros, clínicamente eficaces y de bajo costo, Cigna Healthcare revisa y actualiza regularmente la Lista de medicamentos con receta. Hacemos cambios por varios motivos, como cuando surge algún 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 haya un genérico disponible.** 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 requisitos de cobertura adicionales para un medicamento.**

Cuando hacemos un cambio que afecta la cobertura de un medicamento que está tomando, 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. Esto se debe a que estas opciones de menor costo actúan de una manera igual o similar al medicamento no cubierto. Si está tomando un medicamento que no está cubierto y su médico considera que un medicamento diferente no es adecuado para usted, su médico podrá pedirle a Cigna Healthcare que evalúe la posibilidad de aprobar ese medicamento a través de su proceso de revisión de la cobertura.

También hay determinados medicamentos y productos que no pueden estar cubiertos por su plan por ningún motivo, porque se consideran una “exclusión del plan o del beneficio”. Esto significa que

el medicamento o el producto no está en la Lista de medicamentos de su plan, y no existe la opción de pedirle a Cigna Healthcare que evalúe la posibilidad de aprobarlo a través de su proceso de revisión de la cobertura. Por ejemplo, su plan no cubre, o “excluye”, medicamentos que no estén aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos.

#### **P. ¿Cómo deciden qué medicamentos cubrir?**

**R.** La Lista de medicamentos con receta de Cigna Healthcare se elabora con la ayuda del Comité de Farmacia y Terapéutica (P&T, por sus siglas en inglés) de Cigna Healthcare, que es un grupo de médicos y farmacéuticos en ejercicio, la mayoría de los cuales trabaja fuera de Cigna Healthcare. El grupo se reúne regularmente para revisar evidencia médica e información proporcionadas por agencias federales, fabricantes de medicamentos, asociaciones de profesionales médicos, organizaciones nacionales y revistas revisadas por colegas médicos respecto de la seguridad y eficacia de los medicamentos recientemente aprobados por la FDA y de los medicamentos que ya se encuentran en el mercado. Luego, el Comité de Evaluación del Valor de los Planes de Salud (HVAC, por sus siglas en inglés) de Cigna Healthcare analiza los resultados de la revisión clínica del Comité de P&T, así como el valor general del medicamento y otros factores antes de agregarlo o quitarlo de la Lista de medicamentos.

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

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

#### **P. ¿Cómo sé si estoy tomando un medicamento que necesita aprobación?**

**R.** 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. Si su medicamento tiene la abreviatura **(PA)** o **(ST)** al lado del nombre, necesita aprobación para que su plan lo cubra. Si tiene la abreviatura **(QL)** al lado del nombre, es posible que necesite aprobación según la cantidad que le estén despachando. Si tiene la abreviatura **(AGE)** al lado del nombre, es posible que necesite aprobación según el rango de edad cubierto para el medicamento.

## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Preguntas frecuentes (cont.)

#### P. ¿Qué tipos de medicamentos generalmente necesitan aprobación?

R. Medicamentos que:

- Pueden ser inseguros si se combinan con otros
- Tienen alternativas de menor costo y misma eficacia disponibles
- Solo deberían usarse para determinadas condiciones médicas
- Suelen usarse de manera indebida o abusiva

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

R. Medicamentos que:

- Suelen tomarse en cantidades mayores a lo que sería apropiado o por períodos más largos de lo que sería apropiado
- Suelen usarse de manera indebida o abusiva

#### P. ¿Qué tipos de medicamentos requieren tratamiento escalonado?

R. Medicamentos de alto costo que se usan para tratar muchas condiciones, tales como:

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

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

R. La FDA considera que algunos medicamentos solo son clínicamente apropiados para personas de determinada edad o dentro de un determinado rango de edad.

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

R. Pídale al personal del consultorio de su médico que se comuniquen con Cigna Healthcare 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 el portal para proveedores de Cigna Healthcare en [cignaforhcp.com](http://cignaforhcp.com).

Cigna Healthcare revisará la información que nos envíe su médico para asegurarse de que su medicamento cumpla con los requisitos de cobertura. Les enviaremos una carta a usted y a su médico para comunicarles la decisión y los próximos pasos. Esto puede demorar entre 1 y 5 días hábiles. Puede comunicarse con el consultorio de su médico para averiguar si ya se tomó una decisión. También puede iniciar sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com** para consultar el estado de su aprobación. Haga clic en *Prescriptions* (Recetas) y seleccione *My Medications* (Mis medicamentos) del menú desplegable. Del lado izquierdo de la página, abajo de *Prior Authorization* (Autorización previa), haga clic en el botón *View List* (Ver lista).

Si su medicamento no se aprueba, 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. De lo contrario, usted y su médico pueden apelar la decisión enviando una solicitud por escrito a Cigna Healthcare en la que se expliquen los motivos por los que debería cubrirse el medicamento.

- **Para las solicitudes no urgentes**, Cigna Healthcare les informará 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**, Cigna Healthcare les informará 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 Cigna Healthcare no responde 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 de Cigna Healthcare para que su plan cubra su medicamento, Cigna Healthcare no puede 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).



## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Preguntas frecuentes (cont.)

#### **P. Mi plan no cubre mi medicamento. Necesito tomarlo porque es medicamento 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 pedirle a Cigna Healthcare que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura de su medicamento. Pídale al personal del consultorio de su médico que se comunique con Cigna Healthcare 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 el portal para proveedores de Cigna Healthcare en [cignaforhcp.com](http://cignaforhcp.com).

Cigna Healthcare revisará la información que nos envíe su médico para asegurarse de que su medicamento cumpla con los requisitos de cobertura. Les enviaremos una carta a usted y a su médico para comunicarles la decisión y los próximos pasos. Esto puede demorar entre 1 y 5 días hábiles. Puede comunicarse con el consultorio de su médico para averiguar si ya se tomó una decisión. También puede iniciar sesión en la aplicación **myCigna** o en [myCigna.com](http://myCigna.com) para consultar el estado de su aprobación. Haga clic en *Prescriptions* (Recetas) y seleccione *My Medications* (Mis medicamentos) del menú desplegable. Del lado izquierdo de la página, abajo de *Prior Authorization* (Autorización previa), haga clic en el botón *View List* (Ver lista).

Si su medicamento no se aprueba, 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. De lo contrario, usted y su médico pueden apelar la decisión enviando una solicitud por escrito a Cigna Healthcare en la que se expliquen los motivos por los que debería cubrirse el medicamento.

- **Para las solicitudes no urgentes**, Cigna Healthcare les informará 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**, Cigna Healthcare les informará 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 los requisitos de cobertura de Cigna Healthcare 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 pedirle a Cigna Healthcare que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura de su medicamento actual. Pídale al personal del consultorio de su médico que se comunique con Cigna Healthcare 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 el portal para proveedores de Cigna Healthcare en [cignaforhcp.com](http://cignaforhcp.com).

Cigna Healthcare revisará la información que nos envíe su médico para asegurarse de que su medicamento cumpla con los requisitos de cobertura. Les enviaremos una carta a usted y a su médico para comunicarles la decisión y los próximos pasos. Esto puede demorar entre 1 y 5 días hábiles. Puede comunicarse con el consultorio de su médico para averiguar si ya se tomó una decisión. También puede iniciar sesión en la aplicación **myCigna** o en [myCigna.com](http://myCigna.com) para consultar el estado de su aprobación. Haga clic en *Prescriptions* (Recetas) y seleccione *My Medications* (Mis medicamentos) del menú desplegable. Del lado izquierdo de la página, abajo de *Prior Authorization* (Autorización previa), haga clic en el botón *View List* (Ver lista).

Si su medicamento no se aprueba, 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. De lo contrario, usted y su médico pueden apelar la decisión enviando una solicitud por escrito a Cigna Healthcare en la que se expliquen los motivos por los que debería cubrirse el medicamento.

- **Para las solicitudes no urgentes**, Cigna Healthcare les informará 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).

## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Preguntas frecuentes (cont.)

- **Para las solicitudes urgentes basadas en circunstancias apremiantes**, Cigna Healthcare les informará 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 Cigna Healthcare no responde 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 medicamento apropiado para la persona asegurada.
3. Una aseguradora deberá proporcionar cobertura para la dosis y cantidad medicamente 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 la aprobación previa de Cigna Healthcare. Como usted

no obtuvo la aprobación de antemano, no se aplicará la cobertura de su plan. Esto significa que su plan no cubrirá el costo de su medicamento. Debería pedirle a su médico que se comunique con Cigna Healthcare para comenzar el proceso de revisión de la cobertura. También puede optar por pagarle directamente a la farmacia de su bolsillo el costo total del medicamento (que 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 consultorio de su médico deberá comunicarse con Cigna Healthcare para solicitar la aprobación de la cantidad mayor.

#### **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). Desde la fecha de aprobación de la FDA, la decisión puede demorar hasta seis meses. Esto incluye, a modo de ejemplo, medicamentos, suministros médicos y/o dispositivos cubiertos por los beneficios de farmacia estándares. Si su médico quiere usar un medicamento recientemente aprobado, puede pedirle a Cigna Healthcare que evalúe la posibilidad de aprobarlo a través de su proceso de revisión de la cobertura.

#### **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 alternativas de menor costo están disponibles y qué farmacias ofrecen los mejores

## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Preguntas frecuentes (cont.)

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.<sup>2</sup>

#### **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 tomar un medicamento que está cubierto en un nivel inferior (por ejemplo, un medicamento genérico o de marca preferida) o pedir que le despachen un suministro para 90 días, si su plan lo permite. Debería consultar a su médico para averiguar si una de estas opciones puede ser adecuada para usted.

#### **P. ¿Qué es un medicamento genérico?**

**R.** Un medicamento genérico es igual a un medicamento de marca en cuanto a seguridad, eficacia, calidad, concentración y formulación, así como en la manera en que se toma y se usa.<sup>3</sup> Los medicamentos de marca están protegidos por patentes. Las patentes impiden que otros fabricantes vendan versiones genéricas del medicamento de marca. Una vez que finaliza una patente, otras compañías pueden producir y vender una versión genérica del medicamento de marca. Los medicamentos genéricos suelen venderse con su nombre químico o científico, en lugar del nombre de marca patentado por el fabricante.

#### **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 sus versiones de marca.<sup>3</sup>

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

**R.** Puede que los medicamentos tengan un aspecto diferente. Por ejemplo, los medicamentos genéricos pueden tener una forma, un tamaño o un color diferente a los medicamentos de marca. También es posible que difieran en su sabor, los conservantes que contienen, su envase y/o el etiquetado, y su fecha de vencimiento. Los medicamentos genéricos pueden tener un aspecto distinto al de los de marca, pero son igual de seguros y eficaces.

Los genéricos suelen costar mucho menos que los medicamentos de marca, en algunos casos, hasta un 85% menos.<sup>3</sup> El simple hecho de que los medicamentos genéricos cuesten menos no significa que sean de menor calidad.

#### **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) del menú 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, nuestra farmacia de entrega a domicilio, y/o sus medicamentos de especialidad a través de Accredo®, una farmacia de especialidad de Cigna, para que tengan cobertura. 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.<sup>4</sup>

#### **Express Scripts® Pharmacy para medicamentos de mantenimiento**

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, administrar, hacer el seguimiento y pagar sus medicamentos en su teléfono o en Internet

## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Preguntas frecuentes (cont.)

- Envío estándar sin costo adicional<sup>5</sup>
- Renovaciones automáticas o recordatorios de renovaciones
- Obtenga un suministro máximo para 90 días de una vez<sup>6</sup>
- Amables farmacéuticos las 24 horas, los 7 días de la semana
- Opciones de pago flexibles

#### Estas son tres maneras sencillas de comenzar.

1. **Inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com para pasar su receta electrónicamente.** Haga clic en la pestaña *Prescriptions* (Recetas) y seleccione *My Medications* (Mis medicamentos) del menú desplegable. Luego simplemente haga clic en el botón que está al lado del nombre de su medicamento para pasar su(s) receta(s). O
2. **Llame al consultorio de su médico.** Pida que envíen una receta para 90 días (con renovaciones)<sup>6</sup> electrónicamente al servicio de entrega a domicilio de Express Scripts. O
3. **Llame a Express Scripts® Pharmacy al 800.835.3784.** Ellos se comunicarán con el consultorio de su médico para ayudarles a transferir su receta. Tenga preparada su tarjeta de ID de Cigna Healthcare, la información de contacto de su médico y los nombres de sus medicamentos cuando llame.

#### Accredo® para medicamentos de especialidad

Si está tomando un medicamento de especialidad para tratar una condición médica compleja, el equipo de enfermeras y farmacéuticos capacitados en medicamentos de especialidad de Accredo puede ayudarle. Ellos le despacharán y le enviarán su medicamento de especialidad a su hogar (o al lugar que usted elija).<sup>7</sup> También le proporcionarán la atención y el apoyo personalizados que necesite para controlar su tratamiento, sin costo adicional.

- Es muy fácil administrar y hacer el seguimiento de sus medicamentos en su teléfono o en Internet
- Envío rápido, sin costo adicional<sup>5</sup>
- Renovaciones sencillas y recordatorios gratuitos
- Acceso las 24 horas, los 7 días de la semana a enfermeras y farmacéuticos capacitados en medicamentos de especialidad
- Servicios de atención personalizada, lo que incluye capacitación sobre cómo administrar sus medicamentos
- Ayuda para aplicar a programas externos de asistencia para copagos y otras opciones

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. Para obtener más información sobre Accredo, visite **Cigna.com/specialty**.

#### **P. Tomo un medicamento todos los días para tratar la diabetes. Mi plan me exige despachar mi medicamento a través de Express Scripts® Pharmacy. ¿Cómo puedo comenzar?**

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

#### Estas son tres maneras sencillas de comenzar.

1. **Inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com para pasar su receta electrónicamente.** Haga clic en la pestaña *Prescriptions* (Recetas) y seleccione *My Medications* (Mis medicamentos) del menú desplegable. Luego simplemente haga clic en el botón que está al lado del nombre de su medicamento para pasar su(s) receta(s). O
2. **Llame al consultorio de su médico.** Pida que envíen una receta para 90 días (con renovaciones)<sup>6</sup> electrónicamente al servicio de entrega a domicilio de Express Scripts. O
3. **Llame a Express Scripts® Pharmacy al 800.835.3784.** Ellos se comunicarán con el consultorio de su médico para ayudarles a transferir su receta. Tenga preparada su tarjeta de ID de Cigna Healthcare, la información de contacto de su médico y los nombres de sus medicamentos cuando llame.

#### **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 llamar a Accredo 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.



## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Preguntas frecuentes (cont.)

Es posible que también pueda usar Accredo para despachar su receta.<sup>4</sup> Accredo tiene acceso a la mayoría de los medicamentos de especialidad. Llame al **877.826.7657** para obtener más información. Sus representantes atienden 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. ¿Cómo despacho mi receta?**

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

1. Enviarla electrónicamente a la farmacia de la red que usted elija o a Express Scripts® Pharmacy.<sup>4</sup>
2. Darle una receta en papel. Usted puede llevarla a la farmacia de la red que elija o enviarla por correo a Express Scripts® Pharmacy.<sup>4</sup>

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

**R.** Controlar una condición compleja no es fácil. Como parte de sus beneficios de farmacia administrados por Cigna, usted tiene acceso a Accredo.<sup>4</sup> El equipo de enfermeras y farmacéuticos capacitados en medicamentos de especialidad de Accredo le dará la atención personalizada y el apoyo que necesita para ayudarle a controlar su condición médica compleja. Le ayudarán a sobrellevar los efectos secundarios, se comunicarán con usted y con su médico para saber cómo le está yendo con el tratamiento, le ayudarán a conseguir sus medicamentos con cobertura aprobada y mucho más.

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; y 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.** Puede usar las herramientas y recursos en línea que encontrará en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com** para comprender mejor su cobertura de farmacia. Puede averiguar cuánto cuestan sus medicamentos, 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 medicamentos con receta que tienen entrega a domicilio.

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

**R.** Los medicamentos cubiertos se dividen en niveles (que representan niveles de costo compartido). Por lo general, cuanto más alto sea el nivel, mayor será el precio que deberá pagar para que le despachen la receta. Hay tres lugares donde puede averiguar cuánto pagará por su medicamento, según el nivel al

que pertenezca, incluido el máximo costo compartido permitido:

1. Revise su tarjeta de ID de Cigna Healthcare. Indica su costo compartido para los medicamentos del Nivel 1, del Nivel 2 y del Nivel 3.
2. Inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com** para ver información sobre su cobertura de farmacia. También puede usar la herramienta *Price a Medication* (Conozca los precios de los medicamentos) para ver cuánto puede costarle su medicamento en las diferentes farmacias de la red de su plan.<sup>2</sup>
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. Por lo general, los medicamentos que se administran por inyección o infusión están cubiertos por el beneficio médico. Se administran al paciente en el consultorio de un médico, en un centro de infusión o en el hogar. Generalmente, los medicamentos autoadministrados que pueden despacharse en una farmacia minorista o a través del servicio de entrega a domicilio están cubiertos por el beneficio de farmacia. Consulte la cobertura médica de su resumen de beneficios para obtener más información sobre cómo su plan cubre estos medicamentos.

#### **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**

## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Preguntas frecuentes (cont.)

**[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. ¿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), comúnmente denominada “reforma del cuidado de salud”, se sancionó el 23 de marzo de 2010. En virtud de esta ley, es posible que determinados medicamentos preventivos (incluidos algunos productos de venta libre) estén disponibles para usted sin que tenga que pagar una parte del costo (\$0), según su plan. 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 los medicamentos preventivos. También puede ver la Lista de medicamentos preventivos sin costos compartidos según la PPACA en **Cigna.com/PDL**. Para obtener más información sobre la reforma del cuidado de salud, visite **www.informedonreform.com** o **CignaHealthcare.com**.

**P. ¿Qué son los medicamentos preventivos?**

**R.** Los medicamentos preventivos se usan para prevenir el desarrollo de determinadas condiciones o para evitar que vuelvan. Estas condiciones incluyen, entre otras, asma, depresión, diabetes, ataque al corazón, presión arterial alta, colesterol alto, osteoporosis, carencia nutricional prenatal y derrame cerebral.

**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 cómo estos productos están cubiertos por el beneficio de farmacia:

- **Medicamentos y productos de cuidado preventivo cubiertos en virtud de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (PPACA), también conocida como la “reforma del cuidado de salud”:**
  - **Anticonceptivos:** Cobertura del 100% o sin costos compartidos (\$0). Determinados anticonceptivos con receta están disponibles sujetos al costo compartido aplicable.
  - **Productos para dejar de consumir tabaco:** Hasta dos (2) tratamientos de 90 días por

año del plan tienen cobertura del 100% o sin costos compartidos (\$0). Determinados productos para dejar de consumir tabaco con receta están disponibles sujetos al costo compartido aplicable.

- **Determinadas vitaminas:** Cobertura del 100% o sin costos compartidos (\$0). Todas las demás vitaminas con receta están disponibles sujetas al costo compartido y deducible aplicable (si corresponde).
- **Determinados productos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés):** 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 recibe la aprobación para la cobertura, 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).

### 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.

## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Palabras que quizás necesite conocer (cont.)

- **Coseguro:** Un porcentaje del costo de un beneficio de cuidado de la salud cubierto que usted paga después de haber pagado el deducible, si se aplica un deducible al beneficio de cuidado de la salud.
- **Copago:** Una cantidad fija en dólares que usted paga por un beneficio de cuidado de la salud cubierto después de haber pagado el deducible, si se aplica un deducible al beneficio de cuidado de la salud.
- **Deducible:** La cantidad que usted paga por beneficios de cuidado de la salud cubiertos que están sujetos al deducible antes de que su aseguradora de salud empiece a pagar. Si su póliza de seguro de salud tiene un deducible, puede tener un solo deducible o deducibles separados para beneficios médicos y beneficios de medicamentos con receta. Una vez que pague su deducible, por lo general pagará solo un copago o coseguro por los beneficios de cuidado de la salud cubiertos. Su compañía de seguros paga el resto.
- **Nivel de medicamentos:** Un grupo de medicamentos con receta que corresponde a un nivel específico de costo compartido en su póliza de seguro de salud. El nivel de medicamentos en el cual se incluye un medicamento con receta determina la parte del costo del medicamento que usted debe pagar.
- **Solicitud de excepción:** Una solicitud de cobertura de un medicamento no incluido en el Formulario. Si usted, la persona que usted designe o el proveedor de cuidado de la salud que le emite recetas presentan una solicitud de cobertura de un medicamento no incluido en el Formulario, su aseguradora debe cubrir el medicamento no incluido en el Formulario cuando sea médicamente necesario que usted tome el medicamento.
- **Circunstancias apremiantes:** Cuando usted sufre una condición médica que puede poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad para recuperar su funcionamiento pleno, o cuando usted se está realizando un tratamiento con un medicamento no incluido en el Formulario.
- **Formulario o Lista de medicamentos con receta:** La lista de medicamentos cubiertos por su póliza de seguro de salud en virtud del beneficio de medicamentos con receta de la póliza.
- **Medicamento genérico:** Un medicamento que es igual a su equivalente de marca en términos de dosis, concentración, efecto, forma de tomarse, calidad, seguridad y uso previsto. En este Formulario, los medicamentos genéricos están escritos en *minúscula cursiva*.
- **Medicamento necesarios:** Los beneficios de cuidado de la salud necesarios para diagnosticar, tratar o prevenir una condición médica o sus síntomas, y que cumplen con los estándares aceptados de la medicina. Por lo general, los seguros de salud no cubren los beneficios de cuidado de la salud que no son médicamente necesarios.
- **Medicamento no incluido en el Formulario:** Un medicamento con receta que no aparece en este Formulario.
- **Costos de desembolso:** Sus gastos por beneficios de cuidado de la salud que su seguro de salud no reembolsa. Los costos de desembolso incluyen los deducibles, los copagos y el coseguro por los beneficios de cuidado de la salud cubiertos, además de todos los costos correspondientes a beneficios de cuidado de la salud que no están cubiertos.
- **Proveedor que emite recetas:** Un proveedor de cuidado de la salud que puede emitir una receta para un medicamento con el fin de diagnosticar, tratar o prevenir una condición médica.
- **Receta:** Una orden oral, escrita o electrónica de un proveedor que emite recetas en la que autoriza el suministro de un medicamento con receta a una persona específica.
- **Medicamento con receta:** Un medicamento que, según lo establecido por la ley, requiere una receta.
- **Autorización previa:** La decisión de su aseguradora de salud de que un beneficio de cuidado de la salud es médicamente necesario para usted. Si un medicamento con receta está sujeto al requisito de autorización previa en este Formulario, el proveedor que le emite recetas deberá solicitar la aprobación de su aseguradora de salud para cubrir el medicamento antes de que usted despache su medicamento con receta. Su aseguradora de salud debe otorgar una solicitud de autorización previa cuando sea médicamente necesario que usted tome el medicamento.
- **Tratamiento escalonado:** Una secuencia específica en la que deben probarse los medicamentos con receta para una condición médica en particular. Si un medicamento está sujeto al requisito de tratamiento escalonado en este Formulario, es posible que deba probar uno o más medicamentos antes de que su póliza de seguro de salud cubra ese medicamento para su condición médica. Si el proveedor que le emite recetas presenta una solicitud de excepción al requisito de tratamiento escalonado, su aseguradora de salud debe otorgar la solicitud cuando sea médicamente necesario que usted tome el medicamento.

## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Palabras que quizás necesite conocer (cont.)

- **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.

### 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 National Preferred de 3 niveles de Cigna Healthcare, que entrará en vigor el 1 de enero de 2024. Los medicamentos están ordenados alfabéticamente (según el inglés) por sus nombres genéricos y de marca dentro de su categoría terapéutica y clase.

**La Lista de medicamentos se actualiza bastante seguido, por lo que esta no es una lista completa de los medicamentos que cubre su plan.** Además, también es posible que su plan específico no cubra todos estos medicamentos. Inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan, para ver todos los medicamentos que cubre su plan.

### Cómo leer esta Lista de medicamentos

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

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

### Niveles

Los medicamentos cubiertos se dividen en niveles, que representan niveles de costo compartido. Por lo general, cuanto más alto sea el nivel, mayor será el precio que deberá pagar para que le despachen la receta.

- |   |                                      |               |
|---|--------------------------------------|---------------|
| • <b>Nivel 1 – Habitualmente genéricos</b>            | (Medicamentos con el costo más bajo) | <b>\$</b>     |
| • <b>Nivel 2 – Habitualmente marcas preferidas</b>    | (Medicamentos de costo medio)        | <b>\$\$</b>   |
| • <b>Nivel 3 – Habitualmente marcas no preferidas</b> | (Medicamentos con el costo más alto) | <b>\$\$\$</b> |

\* 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.)*

#### Las abreviaturas al lado del nombre de los medicamentos

En esta Lista de medicamentos, los medicamentos que tienen límites y/o requisitos de cobertura adicionales tienen una abreviatura junto al nombre.\* Esto es lo que significan.

<b>(PA)</b>	<b>Autorización previa:</b> Determinados medicamentos necesitan la aprobación de Cigna Healthcare para que su plan los cubra. Estos medicamentos tienen la abreviatura <b>(PA)</b> junto al nombre. Su plan no cubrirá estos medicamentos a menos que su médico solicite y reciba la aprobación de Cigna Healthcare.
<b>(QL)</b>	<b>Límites a la cantidad:</b> Algunos medicamentos tienen un límite de cantidad. Esto significa que su plan cubre solamente hasta una determinada cantidad y durante un plazo determinado. Estos medicamentos tienen la abreviatura <b>(QL)</b> junto al nombre. Su plan solamente cubrirá una cantidad mayor si su médico solicita y recibe la aprobación de Cigna Healthcare.
<b>(ST)</b>	<b>Tratamiento escalonado:</b> Ciertos medicamentos de alto costo no están cubiertos hasta que usted haya probado primero una o más alternativas de menor costo.** Estos medicamentos tienen la abreviatura <b>(ST)</b> junto al nombre. Tiene muchas opciones cubiertas para elegir, que se usan para tratar la misma condición.
<b>(AGE)</b>	<b>Requisitos de edad:</b> Ciertos medicamentos solo estarán cubiertos si usted se encuentra dentro de un rango de edad específico. Estos medicamentos tienen la abreviatura <b>(AGE)</b> junto al nombre. Si usted no se encuentra dentro del rango de edad permitido, su plan solo cubrirá el medicamento si su médico solicita y recibe la aprobación de Cigna Healthcare.
<b>(SP)</b>	Los <b>medicamentos de especialidad</b> se usan para tratar condiciones médicas complejas. Es posible que algunos planes limiten la cobertura a un suministro para 30 días y/o que le exijan usar una farmacia de especialidad preferida para recibir cobertura. En esta Lista de medicamentos, los medicamentos de especialidad tienen la abreviatura <b>SP</b> junto al nombre.
<b>(HD)</b>	<b>Medicamentos para entrega a domicilio:</b> Algunos planes solo cubren determinados medicamentos de mantenimiento si se despachan a través del servicio de entrega a domicilio. Estos medicamentos tienen la abreviatura <b>HD</b> junto al nombre. 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.
<b>(PPACA)</b>	<b>Medicamentos preventivos sin costos compartidos:</b> 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 determinados medicamentos y productos preventivos al 100% o sin que usted tenga que pagar ninguna parte del costo (\$0). Estos medicamentos tienen la abreviatura <b>PPACA</b> junto al nombre.
<b>(CSL)</b>	<b>Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos:</b> La ley estatal de California limita el costo compartido (o la cantidad que usted paga de su bolsillo) por determinados medicamentos de quimioterapia oral. Estos medicamentos tienen la abreviatura <b>CSL</b> junto al nombre.

\* Es posible que estos requisitos de cobertura no se apliquen a su plan específico. Inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com, o consulte los materiales de su plan, para averiguar si su plan incluye los requisitos de autorización previa, límites a la cantidad, tratamiento escalonado y/o edad.

\*\* Si su médico considera que una alternativa no es adecuada para usted, podrá pedirle a Cigna Healthcare que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura de su medicamento.

## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Cómo leer esta Lista de medicamentos (cont.)

#### Use la tabla incluida abajo para leer esta Lista de medicamentos

Este cuadro es solo un ejemplo. Es posible que no muestre la forma en que la Lista de medicamentos con receta National Preferred de 3 niveles de Cigna Healthcare realmente cubre estos medicamentos.

<b>ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)</b>			<b>Categoría terapéutica y clase</b> describe la condición para cuyo tratamiento se usa el medicamento.
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>	
<b>ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS Y BARBITÚRICOS</b>			<b>Requisitos y límites de cobertura</b> le informa si su plan tiene requisitos adicionales antes de cubrir el medicamento.
<i>butalbital/acetaminophen</i>	T1		
<b>ANALGÉSICOS, COMB. DE SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS</b>			<b>Nivel del medicamento</b> 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-caffeine cap</i> ( Fiorinal) FIORINAL ( <i>butalbital-aspirin-caffeine</i> )	T1 T3	QL (6 caps/day) QL (6 caps/day)	
<b>ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS</b>			<b>Nombre del medicamento con receta</b> es el nombre del medicamento.  Los medicamentos están enumerados en <b>orden alfabético</b> (según el inglés) dentro de cada columna.  Los medicamentos de marca están escritos en <b>MAYÚSCULA</b> .  Los medicamentos genéricos están escritos en <b>minúscula cursiva</b> .
<i>butalb/acetaminophen/caffeine</i>	T3		
<i>butalb/acetaminophen/caffeine</i> (Esgic)	T3	QL (6 caps/day)	
<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-caffe</i> )	T3	QL (6 tabs/day)	
ESGIC CAPSULE ( <i>zebutal</i> ) FIORICET ( <i>phrenilin forte</i> )	T3 T1	QL (6 caps/day) QL (6 caps/day)	
<b>ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS, SALICILATOS</b>			
<i>choline salicyl/mag salicylate</i>	T1	HD	
<i>diflunisal</i>	T1	HD	
<b>PREPARACIONES ANTIMIGRAÑOSAS</b>			
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)	

Este cuadro es solo un modelo. Es posible que no muestre la forma en que la Lista de medicamentos con receta National Preferred de 3 niveles de Cigna Healthcare realmente cubre estos 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
<b>Analgésicos</b> (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	18-22	<b>Antiinfecciosos/Varios</b> (condiciones cutáneas)	45
<b>Analgésicos</b> (condiciones urinarias)	22	<b>Agentes inhibidores del factor de necrosis tumoral antiinflamatorios</b> (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	45, 46
<b>Anestésicos</b> (varios)	22	<b>Antineoplásicos</b> (cáncer)	46-51
<b>Anestésicos</b> (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	22, 23	<b>Antineoplásicos</b> (condiciones cutáneas)	51
<b>Anestésicos</b> (condiciones urinarias)	23	<b>Medicamentos contra la obesidad</b> (control del peso)	51, 52
<b>Antialérgicos</b> (alergia y rociadores nasales)	23	<b>Antiparasitarios</b> (infecciones)	52
<b>Antiartríticos</b> (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	23-25	<b>Medicamentos antiparkinsonianos</b> (enfermedad de Parkinson)	52, 53
<b>Antiasmáticos</b> (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	25-27	<b>Medicamentos antiplaquetarios</b> (diluyentes de la sangre/anticoagulantes)	53, 54
<b>Antibióticos</b> (medicamentos para los oídos)	28	<b>Antivíricos</b> (SIDA/VIH)	54-56
<b>Antibióticos</b> (condiciones oculares)	28, 29	<b>Antivíricos</b> (condiciones oculares)	56
<b>Antibióticos</b> (infecciones)	29-35	<b>Antivíricos</b> (infecciones)	56-58
<b>Antibióticos</b> (condiciones cutáneas)	35-37	<b>Antivíricos</b> (condiciones cutáneas)	58
<b>Anticoagulantes</b> (diluyentes de la sangre/ anticoagulantes)	37	<b>Medicamentos para el sistema nervioso autónomo</b> (alergia/rociadores nasales)	58
<b>Antídotos</b> (condiciones gastrointestinales/ pirosis)	37	<b>Medicamentos para el sistema nervioso autónomo</b> (enfermedad de Alzheimer)	58, 59
<b>Antídotos</b> (abuso de sustancias)	38	<b>Medicamentos para el sistema nervioso autónomo</b> (trastorno de déficit de atención e hiperactividad)	59
<b>Antimicóticos</b> (condiciones oculares)	38	<b>Medicamentos para el sistema nervioso autónomo</b> (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	59, 60
<b>Antimicóticos</b> (productos femeninos)	38	<b>Medicamentos para el sistema nervioso autónomo</b> (condiciones urinarias)	60
<b>Antimicóticos</b> (infecciones)	38, 39	<b>Productos biológicos</b> (alergia/rociadores nasales)	60
<b>Antimicóticos</b> (condiciones cutáneas)	39, 40	<b>Productos biológicos</b> (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	60
<b>Antihistamínicos y descongestivos combinados</b> (alergia/rociadores nasales)	40	<b>Productos biológicos</b> (varios)	60
<b>Antihistamínicos</b> (alergia/rociadores nasales)	40	<b>Productos biológicos</b> (vacunas)	60-62
<b>Antihistamínicos</b> (condiciones oculares)	41	<b>Sangre</b> (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)	62, 63
<b>Antihiperglucémicos</b> (diabetes)	41-43	<b>Sangre</b> (diluyentes de la sangre/anticoagulantes)	63
<b>Antiinfecciosos</b> (productos dentales)	44	<b>Medicamentos para enfermedades cardíacas</b> (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	63-66
<b>Antiinfecciosos</b> (infecciones)	44		
<b>Antiinfecciosos/Varios</b> (productos femeninos)	44		
<b>Antiinfecciosos/Varios</b> (infecciones)	44, 45		
<b>Antiinfecciosos/Varios</b> (varios)	45		

## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Cómo encontrar su medicamento *(cont.)*

Condición	Página	Condición	Página
Cardiovasculares (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	66, 67	Gastrointestinales (condiciones gastrointestinales/pirosis)	96-102
Cardiovasculares (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	67-71	Gastrointestinales (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	102
Cardiovasculares (medicamentos para el colesterol)	71, 72	Hormonas (condiciones gastrointestinales/pirosis)	102
Medicamentos para el sistema nervioso central (enfermedad de Alzheimer)	72, 73	Hormonas (agentes hormonales)	102-106
Medicamentos para el sistema nervioso central (varios)	73	Hormonas (infertilidad)	106
Medicamentos para el sistema nervioso central (esclerosis múltiple)	73, 74	Hormonas (varias)	106
Medicamentos para el sistema nervioso central (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	74	Hormonas (productos para la osteoporosis)	107
Medicamentos para el sistema nervioso central (Trastornos convulsivos)	75-77	Inmunosupresores (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	107
Medicamentos para el sistema nervioso central (trastornos del sueño/sedantes)	77	Inmunosupresores (condiciones cutáneas)	107
Factores estimulantes de colonias (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)	77	Inmunosupresores (medicamentos para trasplante)	107, 108
Anticonceptivos (productos anticonceptivos)	77-83	Dispositivos y suministros médicos varios, no farmacológicos (diabetes)	108-110
Anticonceptivos (varios)	83	Dispositivos y suministros médicos varios, no farmacológicos (varios)	110, 111
Preparaciones para la tos/el resfrío (medicamentos para la tos/el resfrío)	83-85	Relajantes musculares (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	111, 112
Diagnóstico (diabetes)	85	Vitaminas prenatales (nutritivas/alimenticias)	112
Diagnóstico (varios)	85, 86	Medicamentos psicoterapéuticos (ansiedad/depresión/trastorno bipolar)	112-115
Diuréticos (diuréticos)	86, 87	Medicamentos psicoterapéuticos (trastorno de déficit de atención e hiperactividad)	115, 116
Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (alergia/rociadores nasales)	87, 88	Medicamentos psicoterapéuticos (esquizofrenia/antipsicóticos)	116, 117
Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (medicamentos para los oídos)	88	Medicamentos psicoterapéuticos (trastornos del sueño/sedantes)	117, 118
Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (condiciones oculares)	89-93	Preparaciones cutáneas (varias)	118
Elect./calóricos/H2O (productos dentales)	93	Preparaciones cutáneas (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	118
Elect./calóricos/H2O (diabetes)	93, 94	Preparaciones cutáneas (condiciones cutáneas)	118-125
Elect./calóricos/H2O (varios)	94	Agentes para dejar de fumar (productos para dejar de fumar)	125, 126
Elect./calóricos/H2O (nutritivos/alimenticios)	94, 95	Preparaciones para la tiroides (agentes hormonales)	126
Elect./calóricos/H2O (condiciones urinarias)	95	Productos farmacológicos no clasificados (SIDA/VIH)	127
Gastrointestinales (medicamentos para el colesterol)	95, 96		



## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Cómo encontrar su medicamento *(cont.)*

Condición	Página	Condición	Página
Productos farmacológicos no clasificados (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	127	Productos farmacológicos no clasificados (nutritivos/alimenticios)	131, 132
Productos farmacológicos no clasificados (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	127, 128	Productos farmacológicos no clasificados (productos para la osteoporosis)	132
Productos farmacológicos no clasificados (cáncer)	128	Productos farmacológicos no clasificados (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	132
Productos farmacológicos no clasificados (productos dentales)	128	Productos farmacológicos no clasificados (condiciones cutáneas)	132
Productos farmacológicos no clasificados (condiciones oculares)	128	Productos farmacológicos no clasificados (abuso de sustancias)	133
Productos farmacológicos no clasificados (condiciones gastrointestinales/pirosis)	128, 129	Productos farmacológicos no clasificados (medicamentos para trasplante)	133
Productos farmacológicos no clasificados (agentes hormonales)	129	Productos farmacológicos no clasificados (condiciones urinarias)	133, 134
Productos farmacológicos no clasificados (varios)	129-131	Productos farmacológicos no clasificados (control del peso)	134
Productos farmacológicos no clasificados (esclerosis múltiple)	131	Vitaminas (nutritivas/alimenticias)	134, 135

## 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
<b>ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS Y BARBITÚRICOS</b>		
<i>acetaminophen w/butalbital</i>	T1	
ALLZITAL	T3	PA
<i>tencon</i>	T1	
<b>ANALGÉSICOS, COMB. DE SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS</b>		
<i>butalbital-asp-caffeine</i> (Fiorinal)	T1	
FIORINAL ( <i>butalbital-aspirin-caffeine</i> )	T3	PA
<b>ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS</b>		
<i>butalbital/apap/caffeine</i>	T1	
<i>butalbital/apap/caffeine</i> (Esgic)	T1	
ESGIC ( <i>butalbital-acetaminophen-caffe</i> )	T3	PA
FIORICET ( <i>butalbital-acetaminophen-caffe</i> )	T3	PA
VANATOL LQ	T3	PA
VANATOL S	T3	PA
<i>vtol lq</i> (Vanatol Lq)	T1	
<i>zebutal</i> (Esgic)	T1	
<b>ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS, SALICILATOS</b>		
<i>aspirin</i>	T1	HD PPACA
<i>aspirin e.c.</i> (Ecotrin)	T1	HD PPACA
<i>buffered aspirin</i>	T1	HD PPACA
<i>bufferin</i>	T1	HD PPACA
<i>choline mag trisalicylate</i>	T1	
<i>diflunisal</i>	T1	HD
<i>ecotrin</i> (Ecotrin)	T1	HD PPACA
<i>ecpirin</i> (Ecotrin)	T1	HD PPACA
<i>tri-buffered aspirin</i>	T1	HD PPACA
<b>PREPARACIONES ANTIMIGRAÑOSAS</b>		
AIMOVIG AUTOINJECTOR	T2	PA QL (1 Inj/23 Days)
AJOVY 225MG/1.5ML SYRINGE	T2	SP PA QL (1 syr/30 days)
<i>almotriptan malate</i>	T1	QL
AMERGE ( <i>naratriptan hcl</i> )	T3	ST QL
CAFERGOT ( <i>cafergot</i> )	T3	
CAMBIA	T3	ST QL
D.H.E.45 ( <i>dihydroergotamine mesylate</i> )	T3	
<i>diclofenac pot powder pack</i> (CAMBIA)	T1	ST QL (9 pkts/30 days)
<i>dihydroergotamine mesylate</i> (D.H.E.45)	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

<b>ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>PREPARACIONES ANTIMIGRAÑOSAS (cont.)</b>		
<i>dihydroergotamine mesylate</i> (Migranal)	T1	QL
<i>eletriptan hbr</i> (Relpax)	T1	QL
EMGALITY	T2	PA QL (1 Unit/23 Days)
EMGALITY SYRINGE	T2	PA QL (1 Unit/23 Days)
ERGOMAR	T3	
<i>ergotamine-caffeine</i> (Cafergot)	T1	
<i>frovatriptan succinate</i> (Frova)	T1	QL
<i>migergot</i>	T1	
MIGRANAL ( <i>dihydroergotamine mesylate</i> )	T3	ST QL
<i>naratriptan hcl</i> (Amerge)	T1	QL
NURTEC ODT	T2	PA QL
QULIPTA	T2	PA QL
REYVOW 100MG TABLET	T3	PA QL (8 tabs/treatment)
<i>rizatriptan</i> (Maxalt MLT)	T1	QL
<i>rizatriptan</i> (Maxalt)	T1	QL
<i>sumatriptan</i> (Imitrex)	T1	QL
<i>sumatriptan succinate</i> (Imitrex)	T1	QL
<i>sumatriptan succ-naproxen sod</i> (Treximet)	T1	QL
TOSYMRA	T3	ST QL
TRUDHESA NASAL SPRAY	T3	ST QL (4 units (1 carton)/28 days)
UBRELVY 50MG TABLET	T2	PA QL (10 tabs/treatment)
UBRELVY 100MG TABLET	T2	PA QL (10 tabs/treatment)
ZEMBRACE SYMTOUCH	T3	ST QL
<i>zolmitriptan odt</i> (Zomig ZMT)	T1	QL
ZOMIG	T3	ST QL
<b>ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS NASALES, INHIB. NO SELECTIVOS DE COX, ANALGÉSICOS SISTÉMICOS</b>		
SPRIX	T3	ST QL
<b>ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA</b>		
<i>diclofenac</i>	T1	QL HD
<i>diclofenac</i>	T1	
<i>diclofenac pot 25mg tablet</i>	T1	ST HD
<i>ketorolac</i>	T1	HD
<i>ketorolac</i>	T1	QL HD
<i>ketorolac</i>	T1	
<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
<b>ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA (cont.)</b>		
<i>mefenamic acid</i>	T1	
<b>ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANALGÉSICOS NO SALICILATOS</b>		
<i>acetaminophen w/codeine</i>	T1	PA QL
<i>endocet</i> (Endocet)	T1	PA QL
<i>endocet</i> (Percocet)	T1	PA QL
<i>hydrocodone w/acetaminophen</i> (Norco)	T1	PA QL
<i>lorcet</i> (Norco)	T1	PA QL
<i>lorcet hd</i> (Norco)	T1	PA QL
<i>lorcet plus</i> (Norco)	T1	PA QL
LORTAB	T3	PA QL
NALOCET	T3	PA QL
<i>oxycodone w/acetaminophen</i> (Endocet)	T1	PA QL
<i>oxycodone w/acetaminophen</i> (Percocet)	T1	PA QL
<i>tramadol hcl-acetaminophen</i> (Ultracet)	T1	PA QL
TYLENOL W/CODEINE ( <i>acetaminophen-codeine</i> )	T3	PA QL
ULTRACET ( <i>tramadol hcl-acetaminophen</i> )	T3	PA QL
<i>vicodin hp</i>	T1	PA QL
<b>COMBINACIÓN DE ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS</b>		
<i>hydrocodone bit-ibuprofen</i>	T1	PA QL
<i>oxycodone hcl-ibuprofen</i>	T1	PA QL
<b>COMB. DE ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANALGÉSICOS SALICILATOS</b>		
<i>oxycodone w/aspirin</i>	T1	PA QL
<b>COMB. DE ANALGÉSICOS OPIOIDES, NO SALICILATOS Y XANTINAS</b>		
<i>apap-caffeine-dihydrocodeine</i> (Trezix)	T1	PA QL
<i>dvorah</i>	T1	PA QL
TREZIX	T3	PA QL
<b>ANALGÉSICOS OPIOIDES</b>		
ACTIQ ( <i>fentanyl</i> )	T3	ST QL (90 Units/63 Days)
ARYMO ER	T3	ST QL (120 Tabs/23 Days)
BELBUCA	T2	ST QL
<i>belladonna &amp; opium</i>	T1	PA QL
<i>buprenorphine</i> (Butrans)	T1	
<i>butorphanol tartrate</i>	T1	PA QL
<i>codeine</i>	T1	PA QL
CONZIP	T3	ST QL (30 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

ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANALGÉSICOS OPIOIDES (cont.)</b>		
DILAUDID ( <i>hydromorphone hcl</i> )	T3	PA QL
<i>diskets</i>	T1	
DOLOPHINE HCL ( <i>methadone hcl</i> )	T3	ST
DSUVIA	T3	SP
<i>fentanyl</i>	T1	QL (15 Units/23 Days)
<i>fentanyl</i> (Actiq)	T1	QL (90 Units/63 Days)
<i>fentanyl</i> (Duragesic)	T1	QL (15 Patches/23 Days)
<i>hydrocodone bitartrate</i> (Zohydro ER)	T1	QL (90 Units/23 Days)
<i>hydromorphone er</i>	T1	QL (60 Tabs/23 Days)
<i>hydromorphone hcl</i> (Dilaudid)	T1	PA QL
HYSINGLA ER	T2	ST QL (60 Units/23 Days)
KADIAN ( <i>morphine er</i> )	T3	ST QL (90 Caps/23 Days)
LAZANDA 100 MCG NASAL SPRAY	T3	PA QL (23 units/30 days)
LAZANDA 400 MCG NASAL SPRAY	T3	PA QL (23 units/30 days)
<i>levorphanol tartrate</i>	T1	PA QL
<i>meperidine hcl</i>	T1	PA QL
<i>methadone hcl</i> (Dolophine Hcl)	T1	
<i>methadose</i>	T1	
<i>morphine</i>	T1	PA QL
MORPHINE	T3	PA QL
<i>morphine cr</i> (Ms Contin)	T1	QL (120 Tabs/23 Days)
<i>morphine er</i> (Kadian)	T1	QL (90 Caps/23 Days)
<i>morphine er</i> (MS Contin)	T1	QL (120 Tabs/23 Days)
MS CONTIN ( <i>morphine cr, morphine er</i> )	T3	ST QL (120 Tabs/23 Days)
MS CONTIN ( <i>morphine er</i> )	T3	ST QL (120 Tabs/23 Days)
OXAYDO	T3	PA QL
<i>oxycodone hcl</i>	T1	PA QL
<i>oxycodone hcl</i> (Roxicodone)	T1	PA QL
OXYCONTIN	T2	ST QL (90 Tabs/23 Days)
<i>oxymorphone hcl</i>	T1	PA QL
<i>oxymorphone hcl er</i>	T1	QL (90 Tabs/23 Days)
<i>pentazocine and naloxone hcl</i>	T1	PA QL
ROXICODONE ( <i>oxycodone hcl</i> )	T3	PA QL
<i>tramadol hcl er</i>	T1	QL (30 Units/30 days)
ULTRAM ( <i>tramadol hcl</i> )	T3	PA QL

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

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

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

#### ANALGÉSICOS OPIOIDES Y SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS

<i>asa-butalb-caff-cod</i> (Fiorinal With Codeine #3)	T1	PA QL
<i>ascomp with codeine</i> (Fiorinal With Codeine #3)	T1	PA QL
<i>butalbital compound w/codeine</i> (Fiorinal With Codeine #3)	T1	PA QL
FIORINAL W/CODEINE ( <i>asa-butalb-caff-cod</i> )	T3	PA QL

#### ANALGÉSICOS OPIOIDES, NO SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS

<i>butalbital/caff/apap/codeine</i> (Fioricet With Codeine)	T1	PA QL
FIORICET WITH CODEINE ( <i>butalb-acetaminoph-caff-cod</i> )	T3	PA QL

#### RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS, ANALGÉSICOS SALICILATOS, OPIOIDES

<i>carisoprodol-aspirin-codeine</i>	T1	PA QL
-------------------------------------	----	-------

### ANALGÉSICOS (Condiciones urinarias)

#### AGENTES ANALGÉSICOS DE LAS VÍAS URINARIAS

ELMIRON	T2	
RIMSO-50	T3	

### ANESTÉSICOS (Varios)

#### ANESTÉSICOS GENERALES, PARA INHALACIÓN

<i>desflurane</i> (Suprane)	T1	
<i>forane</i> (Forane)	T1	
<i>isoflurane</i> (Forane)	T1	
<i>sevoflurane</i> (Ultane)	T1	
SUPRANE	T3	
<i>terrell</i> (Forane)	T1	
ULTANE ( <i>sevoflurane</i> )	T3	

### ANESTÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)

#### ANESTÉSICOS LOCALES

<i>glydo</i>	T1	QL (60ML/23 Days)
<i>lidocaine</i>	T1	
<i>lidocaine hcl</i>	T1	QL (60ML/23 Days)

#### ANESTÉSICOS LOCALES TÓPICOS

CETACAIN ANESTHETIC	T3	
L.E.T. (LIDO-EPINEPH-TETRA)	T3	
<i>lidocaine</i> (Lidoderm)	T1	PA
<i>lidocaine 5% ointment</i>	T1	QL (50GM/21 Days)
<i>lidocaine hcl</i>	T1	
LIDOCAINE-EPINEPHRIN-TETRACAIN	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

### ANESTÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANESTÉSICOS LOCALES TÓPICOS (cont.)</b>		
<i>lidocaine-prilocaine</i>	T1	QL (30GM/23 Days)
SYNERA	T3	
ZTLIDO	T2	PA

### ANESTÉSICOS (Condiciones urinarias)

#### AGENTES ANESTÉSICOS/ANALGÉSICOS DE LAS VÍAS URINARIAS (COLORANTES AZODERIVADOS)

<i>phenazopyridine hcl</i> (Pyridium)	T1	
PYRIDIUM ( <i>phenazopyridine hcl</i> )	T3	

### ANTIALÉRGICOS (Alergia/rociadores nasales)

#### ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS

<i>cromolyn</i> (Gastrocrom)	T1	
GASTROCROM ( <i>cromolyn</i> )	T3	

### ANTIARTRÍTICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)

#### ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS, SALICILATOS

<i>salsalate</i>	T1	HD
------------------	----	----

#### AGENTES ANTIARTRÍTICOS Y QUELANTES

DEPEN ( <i>penicillamine</i> )	T3	PA SP
<i>penicillamine</i> (Cuprimine)	T1	PA SP
<i>penicillamine</i> (Depen)	T1	PA SP

#### AGENTES ANTIARTRÍTICOS, ANTAGONISTAS DE LOS FOLATOS

RASUVO	T2	ST
--------	----	----

#### ANTIINFLAMATORIOS, INHIBIDORES DE LA SÍNTESIS DE PIRIMIDINAS

ARAVA ( <i>leflunomide</i> )	T3	QL (30 Units/30 days) HD
<i>leflunomide</i> (Arava)	T1	QL (30 Units/30 days) HD

#### ANTIINFLAMATORIOS, INHIB. DE LA FOSFODIESTERASA-4 (PDE4)

OTEZLA 28 DAY STARTER PACK	T2	PA QL (55 Tabs/274 Days) SP HD
OTEZLA 30 MG TABLET	T2	PA QL (60 Tabs/23 Days) SP HD

#### COLCHICINA

<i>colchicine</i> (Colcrys)	T1	HD
GLOPERBA	T3	HD
MITIGARE	T2	HD

#### SALES DE ORO

RIDAURA	T2	
<i>allopurinol</i> (Zyloprim)	T1	HD
<i>febuxostat</i> (Uloric)	T1	HD
ZYLOPRIM ( <i>allopurinol</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

ANTIARTRÍTICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK)</b>		
RINVOQ ER 15 MG TABLET	T2	PA ST QL (30 tabs/30 days) SP
RINVOQ ER 30MG TABLET	T2	PA ST QL (30 tabs/30 days) SP
XELJANZ	T2	PA QL SP HD
XELJANZ 1mg/ml ORAL SOLUTION	T2	QL (300ml/30 Days)
XELJANZ XR	T2	PA QL (30 Units/30 days) SP HD
<b>COMB. DE ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS Y ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA HISTAMINA H2</b>		
DUEXIS	T3	ST HD
<b>ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (INHIB. NO ESPECÍFICOS DE LA COX) Y ANÁLOGOS DE LA PROSTAGLANDINA</b>		
ARTHROTEC ( <i>diclofenac -misoprostol</i> )	T3	ST HD
<i>diclofenac -misoprostol</i> (Arthrotec 50)	T1	HD
<i>diclofenac -misoprostol</i> (Arthrotec 75)	T1	HD
<b>ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA</b>		
ANAPROX DS ( <i>naproxen</i> )	T3	ST HD
DAYPRO ( <i>oxaprozin</i> )	T3	ST HD
EC-NAPROSYN ( <i>ec-naproxen</i> )	T3	ST HD
<i>etodolac</i> (Lodine)	T1	HD
<i>etodolac</i> (Lodine)	T1	
<i>etodolac er</i>	T1	HD
FELDENE ( <i>piroxicam</i> )	T3	ST HD
FENORTHO 200 MG CAPSULE	T3	ST HD
<i>fenoprofen</i>	T1	HD
<i>flurbiprofen</i>	T1	HD
<i>ibu</i>	T1	HD
<i>ibuprofen</i>	T1	HD
<i>ibuprofen</i> (Children'S Advil)	T1	HD
INDOCIN	T3	ST HD
<i>indomethacin</i>	T1	HD
<i>ketoprofen</i>	T1	HD
LODINE ( <i>etodolac</i> )	T3	ST HD
<i>meclófenamate</i>	T1	HD
<i>meloxicam 15mg tablet</i> (Mobic)	T1	HD
<i>meloxicam 7.5mg tablet</i> (Mobic)	T1	QL (30 Units/30 days) HD
MOBIC 15 MG TABLET ( <i>meloxicam</i> )	T3	ST QL (30 tabs/30 days) HD
MOBIC 7.5 MG TABLET ( <i>meloxicam</i> )	T3	ST QL (30 Units/30 days) HD
<i>nabumetone</i> (Relafen)	T1	HD

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

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

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

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



## Lista de medicamentos con receta

<b>ANTIARTRÍTICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA (cont.)</b>		
NALFON ( <i>fenoprofen</i> )	T3	ST HD
NAPRELAN ( <i>naproxen cr</i> )	T3	ST HD
NAPROSYN ( <i>naproxen</i> )	T3	ST HD
<i>naproxen</i>	T1	ST HD
<i>naproxen er 750mg tablet</i> (Naprelan)	T1	ST
<i>naproxen</i> (Anaprox DS)	T1	HD
<i>naproxen</i> (EC-Naprosyn)	T1	HD
<i>naproxen</i> (Naprosyn)	T1	HD
<i>oxaprazin</i> (Daypro)	T1	HD
<i>piroxicam</i> (Feldene)	T1	HD
QMIIZ ODT 15 MG TABLET	T3	ST
QMIIZ ODT 7.5MG TABLET	T3	ST QL (30 Units/30 days)
<i>sulindac</i>	T1	HD
<i>tolmetin</i>	T1	HD
<b>ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, INHIBIDOR SELECTIVO DE LA CICLOOXIGENASA-2 (COX-2)</b>		
<i>celecoxib</i> (Celebrex)	T1	HD
<i>celecoxib</i>	T1	HD
<b>AGENTES URICOSÚRICOS</b>		
<i>probenecid</i>	T1	HD
<i>probenecid w/colchicine</i>	T1	HD
<b>ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias)</b>		
<b>INHIBIDORES DE LA 5-LIPOXIGENASA</b>		
<i>zileuton</i>	T1	PA HD
ZYFLO	T3	PA HD
<b>ANTICOLINÉRGICOS, DE INHALACIÓN ORAL, ACCIÓN PROLONGADA</b>		
INCRUSE ELLIPTA	T2	QL HD
LONHALA MAGNAIR REFILL	T3	QL HD
LONHALA MAGNAIR STARTER	T3	QL HD
SEEBRI NEOHALER	T3	QL HD
SPIRIVA	T2	QL HD
SPIRIVA RESPIMAT	T2	QL HD
YUPELRI	T2	QL (30 Units/30 days) HD
<b>ANTICOLINÉRGICOS, DE INHALACIÓN ORAL, ACCIÓN RÁPIDA</b>		
ATROVENT HFA	T3	QL HD
<i>ipratropium bromide</i>	T1	HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>AGENTES ADRENÉRGICOS BETA</b>		
<i>albuterol</i>	T1	HD
<i>metaproterenol</i>	T1	HD
<i>terbutaline</i>	T1	HD
<b>AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS, ACCIÓN RÁPIDA</b>		
<i>albuterol</i>	T1	
<i>albuterol hfa (Proair Hfa)</i>	T1	QL
<i>levalbuterol hcl (Xopenex Concentrate)</i>	T1	
<i>levalbuterol hcl (Xopenex)</i>	T1	
XOPENEX ( <i>levalbuterol concentrate</i> )	T3	
XOPENEX ( <i>levalbuterol hcl</i> )	T3	
<b>AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS, ACCIÓN ULTRA PROLONGADA</b>		
ARCAPTA NEOHALER	T3	QL (30 Units/30 days) HD
<b>AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS POR VÍA ORAL, ACCIÓN PROLONGADA</b>		
BROVANA	T3	QL HD
PERFOROMIST	T3	QL HD
SEREVENT DISKUS	T2	QL HD
<b>COMBO DE ADRENÉRGICOS BETA Y ANTICOLINÉRGICOS, INHALADOS</b>		
ANORO ELLIPTA	T2	QL HD
BEVESPI AEROSPHERE	T2	QL HD
COMBIVENT INHALER	T2	
COMBIVENT RESPIMAT	T2	QL HD
<i>ipratropium-albuterol</i>	T1	QL HD
SEEBRI NEOHALER 15.6MCG INHALER	T3	HD
STIOLTO RESPIMAT	T2	QL HD
UTIBRON NEOHALER 27.5, 15.6MCG (PS 6)	T3	HD
UTIBRON NEOHALER 27.5, 15.6 MCG (PS 60)	T3	HD
<b>COMBO DE AGENTES ADRENÉRGICOS BETA Y GLUCOCORTICOIDES, INHALADOS</b>		
ADVAIR DISKUS ( <i>fluticasone-salmeterol</i> )	T3	ST QL HD
ADVAIR HFA	T2	ST QL HD
AIRDUO DIGIHALER	T3	PA QL HD
BREO ELLIPTA	T2	ST QL HD
<i>breyza 80-4.mcg, 160-4.5 mcg inhaler</i>	T1	PA
<i>budesonide-formoterol 160-4.5, 80-4.5</i>	T1	PA HD QL (1 inhaler/30 days)
DULERA	T2	ST QL HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>COMBO DE AGENTES ADRENÉRGICOS BETA Y GLUCOCORTICOIDES, INHALADOS (cont.)</b>		
<i>fluticasone-salmeterol</i> (Advair Diskus)	T1	QL HD
SYMBICORT	T2	ST QL HD
<i>wixela inhub</i> (Advair Diskus)	T1	QL HD
<b>ADRENÉRGICOS BETA-ANTICOLINÉRGICOS-GLUCOCORT., INHALADOS</b>		
TRELEGGY ELLIPTA	T2	QL
<b>GLUCOCORTICOIDES, PARA INHALACIÓN ORAL</b>		
ALVESCO	T3	QL HD
ARNUITY ELLIPTA	T2	QL HD
ASMANEX	T2	QL HD
ASMANEX HFA	T2	QL HD
<i>budesonide</i> (Pulmicort)	T1	QL HD
FLOVENT DISKUS	T2	QL HD
FLOVENT HFA	T2	QL HD
QVAR REDIHALER	T2	QL HD
<b>ANTAGONISTAS ALFA DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-5 (IL-5), ANTICUERPOS MONOCLONALES</b>		
FASENRA PEN	T2	PA ST QL (1 pen/56 days) SP HD
<b>ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LEUCOTRIENOS</b>		
<i>Accolate</i> ( <i>zafirlukast</i> )	T3	HD
<i>montelukast</i> (Singulair)	T1	HD
<i>zafirlukast</i> (Accolate)	T1	HD
<b>ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS, INHALADOS ORALMENTE</b>		
<i>cromolyn</i>	T1	HD
<b>ANTICUERPOS MONOCLONALES A LA INMUNOGLOBULINA E (IGE)</b>		
XOLAIR 150 MG VIAL	T2	PA QL (6 Vials/21 Days) SP HD
XOLAIR 150MG SYRINGE	T2	PA QL (4 SYR/21 Days) SP HD
XOLAIR 75MG/0.5 ML SYRINGE	T2	PA QL (2 SYR/21 Days) SP HD
<b>ANTICUERPOS MONOCLONALES - ANTAGONISTAS DE LA INTERLEUCINA-5</b>		
NUCALA	T2	PA QL (1 Unit/21 Days) SP HD
<b>MUCOLÍTICOS</b>		
<i>acetylcysteine</i>	T1	
<b>XANTINAS</b>		
ELIXOPHYLLIN	T3	HD
THEO-24	T3	HD
<i>theophylline anhydrous</i>	T1	HD
<i>theophylline anhydrous</i> (Elixophyllin)	T1	HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANTIBIÓTICOS (Medicamentos para los oídos)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIBIÓTICAS</b>		
<i>ciprofloxacin hcl</i> (Cetraxal)	T1	
COLY-MYCIN S	T3	
CORTISPORIN-TC	T3	
<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	T1	
<i>ofloxacin</i>	T1	
OTIPRIO	T3	QL
<b>PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIBIÓTICOS ANTIINFLAMATORIOS</b>		
CIPRODEX	T2	
<b>ANTIBIÓTICOS (Condiciones oculares)</b>		
<b>COMBINACIONES DE ANTIBIÓTICOS PARA LOS OJOS Y GLUCOCORTICOIDES</b>		
DEXAMETHASONE-MOXIFLOXACIN	T3	
MAXITROL ( <i>neomycin-polymyxin-dexameth</i> )	T3	
<i>neo/polymyxin/dexamethasone</i> (Maxitrol)	T1	
<i>neomycin/bacitracin/poly/hc</i>	T1	
<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	T1	
<i>neomycin-polymyxin-dexamethaso</i> (Maxitrol)	T1	
PRED-G	T3	
PREDNISOLONE ACET-MOXIFLOXACIN	T3	
PREDNISOLONE PHOS-MOXIFLOXACIN	T3	
PREDNISOLONE-GATIFLOXACIN	T3	
TOBRADEX EYE DROPS ( <i>tobramycin-dexamethasone</i> )	T3	
TOBRADEX EYE OINTMENT	T3	
<i>tobramycin-dexamethasone</i> (Tobradex)	T1	
TRIAMCINOLONE-MOXIFLOXACIN	T3	
<b>COMBINACIONES DE ANTIBIÓTICOS PARA LOS OJOS, GLUCOCORTICOIDES Y ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS</b>		
DEXAMETHASONE-MOXIFLOX-KETORLC	T3	
PREDNISOLONE AC-MOXIFLOX-BROMF	T3	
PREDNISOLONE AC-MOXIFLOX-NEPAF	T3	
PREDNISOLONE PHOS-MOXIFLO-BROM	T3	
PREDNISOLONE-GATIFLOX-BROMFENC	T3	
<b>SULFONAMIDAS PARA LOS OJOS</b>		
BLEPH-10 ( <i>sulfacetamide</i> )	T3	
BLEPHAMIDE	T3	
BLEPHAMIDE S.O.P.	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 oculares) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>SULFONAMIDAS PARA LOS OJOS (cont.)</b>		
<i>sulfacetamide</i>	T1	
<i>sulfacetamide</i> (Bleph-10)	T1	
<i>sulfacetamide w/prednisolone</i>	T1	
<b>ANTIBIÓTICOS OFTÁLMICOS</b>		
<i>ak-poly-bac</i>	T1	
AZASITE	T2	
<i>bacitracin</i>	T1	
<i>bacitracin/polymyxin</i>	T1	
CILOXAN ( <i>ciprofloxacin hcl</i> )	T3	
<i>ciprofloxacin hcl</i> (Ciloxan)	T1	
<i>erythromycin</i>	T1	
<i>gatifloxacin</i> (Zymaxid)	T1	
<i>gentak</i>	T1	
<i>gentamicin</i>	T1	QL (300ml/30 Days)
KLARITY-A (AZITHROMYCIN-CHONDR)	T3	
<i>levofloxacin hemihydrate</i>	T1	
MOXEZA ( <i>moxifloxacin</i> )	T3	
<i>moxifloxacin hcl</i> (Moxeza)	T1	
<i>moxifloxacin hcl</i> (Vigamox)	T1	
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	T1	
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	T1	
<i>neo-polycin</i>	T1	
OCUFLOX ( <i>ofloxacin</i> )	T3	
<i>ofloxacin</i> (Ocuflax)	T1	
<i>polycin</i>	T1	
<i>polymyxin b sul-trimethoprim</i> (Polytrim)	T1	
POLYTRIM ( <i>polymyxin b sul-trimethoprim</i> )	T3	
<i>tobramycin</i> (Tobrex)	T1	
TOBEX ( <i>tobramycin</i> )	T3	
VIGAMOX ( <i>moxifloxacin</i> )	T3	
ZYMAXID ( <i>gatifloxacin</i> )	T3	
<b>ANTIBIÓTICOS (Infecciones)</b>		
<b>ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS DE 2.ª GENERACIÓN- ANTIBACTERIANOS</b>		
SOLOSEC	T2	QL

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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
<b>AGENTES ANTIBACTERIANOS TIPO SULFONAMIDAS ABSORBIBLES</b>		
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	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i> (Sulfatrim)	T1	
<i>sulfatrim</i> (Sulfatrim)	T1	
<b>ANTIBIÓTICOS AMINOGLUCÓSIDOS</b>		
ARIKAYCE	T2	PA SP
BETHKIS	T2	PA QL SP HD
<i>gentamicin</i>	T1	QL (300ml/30 Days)
KITABIS PAK	T2	PA QL SP HD
<i>neomycin</i>	T1	
TOBI PODHALER	T2	PA QL
<i>tobramycin</i>	T1	
TOBRAMYCIN	T3	PA QL SP HD
<i>tobramycin</i> (Tobi)	T1	PA QL SP HD
<b>AGENTES ANTIBACTERIANOS-ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS</b>		
FLAGYL ( <i>metronidazole</i> )	T3	
<i>metronidazole</i> (Flagyl)	T1	
<b>ANTIBIÓTICOS, ANTIBACTERIANOS, VARIOS</b>		
HIPREX ( <i>methenamine hippurate</i> )	T3	
<i>hyophen</i>	T1	
<i>me-naphos-mb-hyo 1</i> (Urogesic-Blue)	T1	
<i>methenamine hippurate</i> (Hiprex)	T1	
<i>methenamine mandelate</i>	T1	
MONUROL	T3	
<i>phosphasal</i> (Uretron D-S)	T1	
PRIMSOL	T3	
<i>trimethoprim</i>	T1	
URELLE	T3	
<i>uretron d-s</i> (Uretron D-S)	T1	
URIBEL	T3	
<i>urimar-t</i>	T1	
<i>urin d.s.</i> (Uretron D-S)	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

<b>ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTIBIÓTICOS, ANTIBACTERIANOS, VARIOS (cont.)</b>		
<i>uro-458</i> (Urelle)	T1	
<i>uroav-b</i> (Uribel)	T1	
<i>urogesic</i> (Urogesic-Blue)	T1	
<i>uro-mp</i> (Uribel)	T1	
<i>uryl</i> (Urogesic-Blue)	T1	
<i>ustell</i>	T1	
<i>utira-c</i> (Uretron D-S)	T1	
<i>vilamit mb</i> (Uribel)	T1	
<i>vilevev mb</i> (Urelle)	T1	
<b>ANTILEPROSOS</b>		
<i>dapsone</i>	T1	
THALOMID 50mg, 100mg CAPSULES	T2	PA QL(30 caps/30 day ) SP HD
THALOMID 150mg, 200mg CAPSULES	T2	PA QL(60 caps/30 day ) SP HD
<b>AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS</b>		
<i>ethambutol hcl</i> (Myambutol)	T1	HD
<i>isoniazid</i>	T1	HD
MYAMBUTOL ( <i>ethambutol hcl</i> )	T3	HD
MYCOBUTIN ( <i>rifabutin</i> )	T3	HD
PASER	T3	HD
<i>pyrazinamide</i>	T1	HD
<i>rifabutin</i> (Mycobutin)	T1	HD
TRECTOR	T3	HD
<b>ANTIBIÓTICOS ANTITUBERCULOSOS</b>		
CYCLOSERINE	T3	
PRETOMANID	T3	PA
PRIFTIN	T2	
RIFADIN ( <i>rifadin</i> )	T3	
RIFADIN ( <i>rifampin</i> )	T3	
RIFAMATE	T3	
<i>rifampin</i> (Rifadin)	T1	
RIFATER	T3	
SIRTURO	T2	PA SP
<b>BETALACTAMASAS</b>		
CAYSTON	T2	QL 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

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 1.ª GENERACIÓN</b>		
<i>cefadroxil</i>	T1	
<i>cephalexin</i> (Keflex)	T1	
KEFLEX ( <i>cephalexin</i> )	T3	
<b>ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 2.ª GENERACIÓN</b>		
<i>cefaclor</i>	T1	
<i>cefaclor er</i>	T1	
<i>cefprozil</i>	T1	
<i>cefuroxime axetil</i>	T1	
<b>ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 3.ª GENERACIÓN</b>		
<i>cefdirinir</i>	T1	
<i>cefditoren pivoxil</i>	T1	
<i>cefixime</i> (Suprax)	T1	
<i>cefpodoxime proxetil</i>	T1	
<i>ceftriaxone</i>	T1	
SPECTRACEF	T3	
SUPRAX	T3	
SUPRAX ( <i>cefixime</i> )	T3	
<b>ANTIBIÓTICOS LINCOSAMIDAS</b>		
CLEOCIN HCL ( <i>clindamycin hcl</i> )	T3	
CLEOCIN PALMITATE ( <i>clindamycin (pediatric)</i> )	T3	
<i>clindamycin hcl</i> (Cleocin Hcl)	T1	
<i>clindamycin palmitate hcl</i> (Cleocin Pediatric)	T1	
<i>clindamycin pediatric</i> (Cleocin Pediatric)	T1	
<b>ANTIBIÓTICOS MACRÓLIDOS</b>		
<i>azithromycin 100mg/5 ml suspension</i> (Zithromax)	T1	QL (195ML/68 Days)
<i>azithromycin 1gm powder packet</i> (Zithromax)	T1	QL (2 Packets/68 Days)
<i>azithromycin 200mg/5 ml suspension</i> (Zithromax)	T1	QL (120ML/68 Days)
<i>azithromycin 250mg, 500mg tablet</i> (Zithromax)	T1	QL (15 Tabs/ 68 Days)
<i>azithromycin 600mg tablet</i>	T1	QL (24 Tabs/68 Days)
<i>clarithromycin</i>	T1	
<i>clarithromycin er</i>	T1	
DIFICID	T3	QL (60 Caps/30 Days)
<i>e.e.s.</i>	T1	
E.E.S. ( <i>erythromycin ethyl</i> )	T3	
ERYPED ( <i>erythromycin ethyl</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

<b>ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTIBIÓTICOS MACRÓLIDOS (cont.)</b>		
<i>ery-tab</i>	T1	
<i>erythrocin stearate</i>	T1	
<i>erythromycin</i>	T1	
<i>erythromycin (Ery-Tab)</i>	T1	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	T1	
<i>erythromycin ethylsuccinate (E.E.S. 200)</i>	T1	
<i>erythromycin ethylsuccinate (Eryped 400)</i>	T1	
<i>erythromycin stearate</i>	T1	
ZITHROMAX 1 GM POWDER PACKET ( <i>azithromycin</i> )	T3	QL (2 Packets/68 Days)
ZITHROMAX 100MG/5 ML SUSPENSION ( <i>azithromycin</i> )	T3	QL (195ML/68 Days)
ZITHROMAX 200 MG/5 ML SUSPENSION ( <i>azithromycin</i> )	T3	QL (120ML/68 Days)
ZITHROMAX 250MG, 500MG TABLET ( <i>azithromycin</i> )	T3	QL (15 Tabs/ 68 Days)
<b>AGENTES ANTIBACTERIANOS DERIVADOS DE NITROFURANOS</b>		
MACROBID ( <i>nitrofurantoin mono-macro</i> )	T3	
MACRODANTIN ( <i>nitrofurantoin</i> )	T3	
<i>nitrofurantoin (Macrochantin)</i>	T1	
<i>nitrofurantoin macrocrystal (Macrobid)</i>	T1	
<b>ANTIBIÓTICOS OXAZOLIDINONAS</b>		
<i>linezolid (Zyvox)</i>	T1	PA
SIVEXTRO	T3	PA
ZYVOX ( <i>linezolid</i> )	T3	PA
<b>ANTIBIÓTICOS DE PENICILINA</b>		
<i>amoxicillin</i>	T1	
<i>amoxicillin-clavulanate pot er</i>	T1	
<i>amoxicillin-clavulanate potass</i>	T1	
<i>amoxicillin-clavulanate potass (Augmentin ES-600)</i>	T1	
<i>amoxicillin-clavulanate potass (Augmentin)</i>	T1	
<i>ampicillin trihydrate</i>	T1	
AUGMENTIN 125-31.25 MG/5ML	T2	
AUGMENTIN 250-62.5 MG/ML SUSP, 500 MG TAB ( <i>amoxicillin-clavulanate potass</i> )	T3	
<i>dicloxacillin</i>	T1	
<i>penicillin V</i>	T1	
<b>DERIVADOS DE LA PLEUROMUTILINA</b>		
XENLETA	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
<b>ANTIBIÓTICOS DE QUINOLONAS</b>		
BAXDELA	T2	QL
CIPRO ( <i>ciprofloxacin</i> )	T3	
<i>ciprofloxacin hcl</i> (Cipro)	T1	
LEVAQUIN ( <i>levofloxacin</i> )	T3	
<i>levofloxacin hemihydrate</i>	T1	
<i>moxifloxacin hcl</i>	T1	
<i>ofloxacin</i>	T1	
<b>RIFAMICINAS Y ANTIBIÓTICOS DERIVADOS AFINES</b>		
AEMCOLO	T3	QL
XIFAXAN	T2	QL
<b>ANTIBIÓTICOS DE TETRACICLINA</b>		
ACTICLATE ( <i>doxycycline hyclate</i> )	T3	ST
<i>avidoxy</i>	T1	
AVIDOXY DK	T3	ST
<i>coremino</i>	T1	
<i>demeclocycline hcl</i>	T1	
<i>doxycycline hyclate</i> (Acticlate)	T1	
<i>doxycycline hyclate</i> (Doryx)	T1	
<i>doxycycline hyclate</i> (Targadox)	T1	
<i>doxycycline hyclate</i> (Vibramycin)	T1	
<i>doxycycline monohydrate</i> (Vibramycin)	T1	
MINOCIN ( <i>minocycline hcl</i> )	T3	ST
<i>minocycline hcl</i>	T1	
<i>minocycline hcl er</i>	T1	
<i>minocycline hcl er</i> (Solodyn)	T1	
MINOLIRA ER	T3	ST
<i>mondoxynel</i>	T1	
<i>morgidox</i>	T1	
MORGIDOX	T3	ST
<i>morgidox</i> (Vibramycin)	T1	
NUZYRA 150MG TABLET - 7 DAYS	T3	SP
NUZYRA 150MG TABLET - 7 DAYS WITH LOAD	T3	SP
<i>okebo</i>	T1	
ORACEA	T3	ST

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio



## Lista de medicamentos con receta

<b>ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTIBIÓTICOS DE TETRACICLINA (cont.)</b>		
SEYSARA	T3	ST
SOLODYN ( <i>minocycline hcl er</i> )	T3	ST
TARGADOX <i>tetracycline hcl</i>	T1	ST
VIBRAMYCIN ( <i>doxycycline hyclate</i> )	T3	ST
VIBRAMYCIN ( <i>doxycycline monohydrate</i> )	T3	
<b>ANTIBIÓTICOS VAGINALES</b>		
CLEOCIN PHOSPHATE ( <i>clindamycin phosphate</i> )	T3	
<i>clindamycin phosphate</i> (Cleocin)	T1	
CLINDESSE <i>metronidazole</i>	T3	
NUVESSA <i>vandazole</i>	T1	
XACIATO	T3	
<b>ANTIBIÓTICOS DE VANCOMICINA Y DERIVADOS</b>		
VANCOGIN HCL ( <i>vancomycin hcl</i> )	T3	QL
<i>vancomycin 125mg capsule</i>	T1	PA QL (40 caps/30 days)
<i>vancomycin 250mg capsule</i>	T1	PA QL (80 caps/30 days)
<i>vancomycin hcl</i> (Firvanq)	T1	QL
<i>vancomycin hcl</i> (Vancocin Hcl)	T1	QL
<b>ANTIBIÓTICOS (Condiciones cutáneas)</b>		
<b>ANTIBIÓTICOS TÓPICOS Y ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS</b>		
CORTISPORIN	T3	
NEO-SYNALAR	T3	
<b>ANTIBIÓTICOS TÓPICOS</b>		
AMZEEQ	T3	ST
BENZAMYCIN ( <i>erythromycin-benzoyl peroxide</i> )	T3	ST
CENTANY	T3	ST QL (30 Units/30 days)
CENTANY AT	T3	ST QL
CLEOCIN T ( <i>clindamycin phosphate</i> )	T3	ST QL (120GM/23 Days)
CLEOCIN T ( <i>clindamycin phosphate</i> )	T3	ST QL (120ML/23 Days)
CLINDACIN ETZ <i>clindacin etz</i>	T3	ST
<i>clindacin p</i>	T1	
CLINDACIN PAC	T3	ST

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

### ANTIBIÓTICOS (Condiciones cutáneas) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIBIÓTICOS TÓPICOS (cont.)</b>		
<i>clindamycin 1% foam</i> (Evoclin)	T1	QL (100 GM/23 Days)
<i>clindamycin 1% gel</i>	T1	
<i>clindamycin 1% lotion</i> (Cleocin T)	T1	QL (120ML/23 Days)
<i>clindamycin 1% solution</i>	T1	QL (120ML/23 Days)
<i>clindamycin capsule</i>	T1	
<i>ery</i>	T1	
<i>erygel</i> (Erygel)	T1	
<i>erythromycin</i>	T1	
<i>erythromycin</i> (Erygel)	T1	
<i>erythromycin-benzoyl peroxide</i> (Benzamycin)	T1	
EVOCLIN ( <i>clindamycin phosphate</i> )	T3	ST QL (100 GM/23 Days)
<i>gentamicin</i>	T1	QL (300ml/30 Days)
<i>mupirocin 2% oint.</i>	T1	QL (1 treatment/30 days)
<i>mupirocin</i> (Centany)	T1	QL
XEPI	T3	ST QL (30 Units/30 days)

### SULFONAMIDAS TÓPICAS

<i>avar</i>	T1	
AVAR LS	T3	ST
AVAR-E	T3	ST
AVAR-E LS CREAM	T3	ST
<i>mafenide acetate</i> (Sulfamylon)	T1	
PLEXION	T3	ST
SILVADENE ( <i>silver sulfadiazine</i> )	T3	
<i>silver sulfadiazine</i> (Silvadene)	T1	
<i>ss 10-2</i> (Avar Ls)	T1	
<i>ssd</i> (Silvadene)	T1	
<i>sss 10-5</i>	T1	
<i>sulfacetamide -sulfur</i>	T1	
<i>sulfacetamide/sulfur</i> (Avar LS)	T1	
<i>sulfacetamide/sulfur</i> (Avar-E LS)	T1	
<i>sulfacetamide/sulfur</i> (Plexion)	T1	
<i>sulfacetamide/sulfur</i> (Sumadan)	T1	
<i>sulfacetamide/sulfur</i> (Sumaxin)	T1	
<i>sulfacleanse 8/4</i>	T1	
SULFAMYLON 8.5% CREAM	T2	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>SULFONAMIDAS TÓPICAS (cont.)</b>		
SULFAMYLON POWDER PACKET ( <i>mafenide</i> )	T3	
SUMADAN	T3	ST
SUMADAN XLT	T3	ST
SUMAXIN ( <i>sulfacetamide-sulfur</i> )	T3	ST
SUMAXIN CP	T3	ST
ANTICOAGULANTES (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)		
<b>ANTICOAGULANTES CUMARÍNICOS</b>		
COUMADIN ( <i>jantoven</i> )	T3	
COUMADIN ( <i>warfarin</i> )	T3	
<i>jantoven</i>	T1	HD
<i>warfarin</i>	T1	HD
<b>CITRATOS COMO ANTICOAGULANTES</b>		
ACD	T2	
ACD-A	T2	
ANTICOAGULANT SODIUM CITRATE	T3	
CRRT TRISODIUM CITRATE	T3	
SODIUM CITRATE	T3	
TRISODIUM CITRATE CRRT	T3	
<b>INHIBIDORES DIRECTOS DEL FACTOR XA</b>		
BEVYXXA	T3	
ELIQUIS	T2	PA
XARELTO	T2	PA
<b>HEPARINA Y PREPARACIONES RELACIONADAS</b>		
ARIXTRA ( <i>fondaparinux</i> )	T3	SP
<i>enoxaparin</i> (Lovenox)	T1	
<i>fondaparinux</i> (Arixtra)	T1	SP
FRAGMIN	T2	SP
<i>heparin</i>	T1	
ANTÍDOTOS (Condiciones gastrointestinales/pirosis)		
<b>ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES OPIOIDES MU, CON ACCIÓN PERIFÉRICA</b>		
MOVANTIK	T2	QL (30 Units/30 days)
RELISTOR	T2	ST
SYMPROIC	T2	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

ANTÍDOTOS (Abuso de sustancias)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTAGONISTAS OPIOIDES</b>		
EVZIO, NALOXONE, <i>naloxone</i>	T3	
<i>naltrexone</i>	T1	
NARCAN	T2	QL
<b>ANTIMICÓTICOS (Condiciones oculares)</b>		
<b>AGENTES ANTIMICÓTICOS OFTÁLMICOS</b>		
NATACYN	T2	
<b>ANTIMICÓTICOS (Productos femeninos)</b>		
<b>ANTIMICÓTICOS VAGINALES</b>		
GNAZOLE-1 <i>miconazole 3</i>	T3	
<i>terconazole</i>	T1	
<i>terconazole</i>	T1	
<b>ANTIMICÓTICOS (Infecciones)</b>		
<b>AGENTES ANTIMICÓTICOS</b>		
ANCOBON ( <i>flucytosine</i> )	T3	PA
<i>clotrimazole</i>	T1	QL (60ml/28 days)
CRESEMBA	T2	PA
DIFLUCAN ( <i>fluconazole</i> )	T3	
DIFLUCAN 150MG TABLET ( <i>fluconazole</i> )	T3	QL (2 tabs/episode)
<i>fluconazole</i> (Diflucan)	T1	
<i>fluconazole 150mg tablet</i> (Diflucan)	T1	QL
<i>flucytosine</i> (Ancobon)	T1	
<i>itraconazole 100mg capsule</i> (Sporanox)	T1	QL (30 Units/30 days)
<i>itraconazole 10mg/ml solution</i> (Sporanox)	T1	
<i>ketoconazole</i>	T1	
NOXAFIL	T2	PA
NOXAFIL 40MG/ML SUSP	T2	PA SP
ORAVIG	T3	
<i>posaconazole</i> (Noxafil)	T1	PA
SPORANOX 100MG CAPSULE ( <i>itraconazole</i> )	T3	QL (300ml/1 treatment)
SPORANOX 10MG/ML SOLUTION ( <i>itraconazole</i> )	T3	
<i>terbinafine</i>	T1	
VFEND ( <i>variconazole</i> )	T3	PA

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

### ANTIMICÓTICOS (Infecciones) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES ANTIMICÓTICOS (cont.)</b>		
VIVJOA	T3	PA
<i>voriconazole (Vfend)</i>	T1	PA
<b>ANTIBIÓTICOS ANTIMICÓTICOS</b>		
BREXAFEMME 150 MG TABLET	T3	ST QL (4 tabs/treatment)
<i>griseofulvin</i>	T1	
<i>griseofulvin ultramicrosized</i>	T1	
<i>nystatin</i>	T1	QL (60grams/28 days)

### ANTIMICÓTICOS (Condiciones cutáneas)

#### ANTIMICÓTICO TÓPICO/ANTIINFLAMATORIO, AGENTE ESTEROIDE

<i>clotrimazole/betamethasone</i>	T1	QL (45GM/21 Days)
<i>clotrimazole/betamethasone</i>	T1	QL (60ML/21 Days)

#### ANTIMICÓTICOS TÓPICOS

<i>ciclodan</i>	T1	
<i>ciclopirox 0.77% cream (Loprox)</i>	T1	QL (90GM/21 Days)
<i>ciclopirox 0.77% gel</i>	T1	QL (100grams/30 days)
<i>ciclopirox 0.77% topical solution (Loprox)</i>	T1	QL (60ML/21 Days)
<i>ciclopirox 1% shampoo (Loprox)</i>	T1	QL (120ML/21 Days)
<i>ciclopirox 8% solution, treatment kit</i>	T1	
<i>econazole nitrate</i>	T1	QL (85GM/21 Days)
ERTACZO	T3	QL (60GM/21 Days)
EXELDERM	T3	QL (60 Units/21 Days)
EXTINA ( <i>ketoconazole</i> )	T3	ST QL (100 GM/21 Days)
JUBLIA	T3	ST
<i>ketoconazole 2% cream</i>	T1	QL (60GM/21 Days)
<i>ketoconazole 2% foam (Extina)</i>	T1	ST QL (100 GM/21 Days)
<i>ketoconazole 2% shampoo</i>	T1	QL (120ML/21 Days)
<i>ketodan (Extina)</i>	T1	ST QL (100 GM/21 Days)
<i>ketodan (Ketodan)</i>	T1	
LOPROX 0.77% CREAM ( <i>ciclopirox</i> )	T3	QL (90GM/21 Days)
LOPROX 0.77% CREAM KIT	T3	QL (544GM/23 Days)
LOPROX 0.77% SUSPENSION KIT	T3	QL (1 Kit/23 Days)
LOPROX 0.77% TOPICAL SOLUTION ( <i>ciclopirox</i> )	T3	QL (60ML/21 Days)
LOPROX 1% SHAMPOO ( <i>ciclopirox</i> )	T3	QL (120ML/21 Days)
LOTRISONE CREAM	T3	QL (90grams/28 days)
LUZU	T3	QL (60GM/21 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

<b>ANTIMICÓTICOS (Condiciones cutáneas) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTIMICÓTICOS TÓPICOS (cont.)</b>		
MICONAZOLE-ZINC OXIDE-PETROLTM	T3	QL (50GM/21 Days)
<i>naftifine hcl</i> (Naftin)	T1	QL (60GM/21 Days)
NAFTIN ( <i>naftifine hcl</i> )	T3	QL (90grams/28 days)
NIZORAL ( <i>ketoconazole</i> )	T3	QL (120ML/21 Days)
<i>nyamyc</i>	T1	QL
<i>nystatin</i>	T1	QL
<i>nystatin w/triamcinolone</i>	T1	QL
<i>nystatin/triamcinolone</i>	T1	QL
<i>nystop</i>	T1	QL
<i>oxiconazole nitrate</i> (Oxistat)	T1	QL (60 Units/21 Days)
OXISTAT	T3	QL (90grams/28 days)
VUSION	T3	QL (100grams/28 days)
<b>ANTIHIISTAMÍNICOS Y DESCONGESTIVOS COMBINADOS (Alergia/rociadores nasales)</b>		
<b>COMBINACIÓN DE ANTIHIISTAMÍNICOS DE 1.ª GENERACIÓN Y DESCONGESTIVOS</b>		
<i>promethazine vc</i>	T1	
<b>COMBINACIÓN DE ANTIHIISTAMÍNICOS DE 2.ª GENERACIÓN Y DESCONGESTIVOS</b>		
CLARINEX-D 12 HOUR	T3	QL
SEMPREX-D	T3	
<b>ANTIHIISTAMÍNICOS (Alergia/rociadores nasales)</b>		
<b>ANTIHIISTAMÍNICOS - 1.ª GENERACIÓN</b>		
<i>carbinoxamine</i>	T1	
<i>carbinoxamine</i> (Ryvent)	T1	
<i>clemastine fumarate</i>	T1	
<i>cyproheptadine hcl</i>	T1	
<i>dexchlorpheniramine maleate</i> (Ryclora)	T1	
<i>hydroxyzine hcl</i>	T1	
<i>hydroxyzine pamoate</i> (Vistaril)	T1	
KARBINAL ER	T3	ST
<i>promethazine hcl</i>	T1	
RYCLORA ( <i>dexchlorpheniramine maleate</i> )	T3	
RYVENT	T3	ST
VISTARIL ( <i>hydroxyzine pamoate</i> )	T3	
<b>ANTIHIISTAMÍNICOS - 2.ª GENERACIÓN</b>		
CLARINEX D 24 HOUR TABLET	T3	
<i>desloratadine</i> (Clarinet)	T1	QL (30 Units/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

<b>ANTIHIAMÍNICOS (Condiciones oculares)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTIHIAMÍNICOS PARA LOS OJOS</b>		
<i>azelastine hcl</i>	T1	
<i>epinastine hcl</i>	T1	
LASTACAPT 0.25% EYE DROPS	T3	ST
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes)</b>		
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE LA ENZIMA DPP-4-TIAZOLIDINEDIONA</b>		
OSENI	T3	QL (30 Units/30 days) HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, MIMÉTICOS DE INCRETINA (AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-I)</b>		
ADLYXIN 10-20 MCG STARTER PACK	T3	PA HD QL (1 kit/28 days)
ADLYXIN 20 MCG MAINTENANCE PK	T3	PA HD QL (1 kit/28 days)
BYDUREON BCISE	T2	PA QL HD
BYDUREON PEN	T2	PA QL HD
BYETTA	T2	PA QL HD
MOUNJARO	T2	PA QL
OZEMPIC	T2	PA QL HD
RYBELSUS	T2	PA QL(30 tabs/30 days) HD
TRULICITY	T2	PA QL HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INSULINA, ACCIÓN PROLONGADA-AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-I</b>		
SOLIQUA 100-33	T2	QL HD
XULTOPHY 100-3.6	T2	QL HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉM.-INHIB. DEL COTRANSPORT. DE SOD./GLUC. TIPO 2 (SGLT-2)</b>		
FARXIGA	T2	ST QL (30 Units/30 days) HD
JARDIANCE	T2	ST QL (30 Units/30 days) HD
STEGLATRO	T2	ST QL (30 Units/30 days) HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE DOPAMINA</b>		
CYCLOSET	T3	HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE LA ALFA-GLUCOSIDASA</b>		
<i>acarbose (Precose)</i>	T1	HD
GLYSET ( <i>miglitol</i> )	T3	HD
<i>miglitol (Glyset)</i>	T1	HD
PRECOSE ( <i>acarbose</i> )	T3	HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO ANÁLOGOS DE AMILINA</b>		
SYMLINPEN 120	T2	PA QL HD
SYMLINPEN 60	T2	PA QL HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO BIGUANIDAS</b>		
FORTAMET ( <i>metformin er osmotic</i> )	T3	PA QL HD
<i>metformin hcl</i>	T1	HD
<i>metformin hcl er</i>	T1	QL HD
<i>metformin hcl er</i> (Fortamet)	T1	PA QL HD
<i>metformin hcl er</i> (Glumetza)	T1	PA QL
RIOMET ( <i>metformin hcl</i> )	T3	ST HD
RIOMET ER	T3	ST HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE DPP-4</b>		
JANUVIA	T2	QL (30 Units/30 days) HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO ESTIMULANTES DE LIBERACIÓN DE INSULINA</b>		
AMARYL ( <i>glimepiride</i> )	T3	HD
<i>glimepiride</i> (Amaryl)	T1	HD
<i>glipizide</i> (Glucotrol)	T1	HD
<i>glipizide er</i> (Glucotrol XI)	T1	HD
<i>glipizide xl</i> (Glucotrol XI)	T1	HD
GLUCOTROL ( <i>glipizide</i> )	T3	HD
GLUCOTROL XL ( <i>glipizide er</i> )	T3	HD
<i>glyburide</i>	T1	HD
<i>glyburide micronized</i> (Glynase)	T1	HD
GLYNASE ( <i>glyburide micronized</i> )	T3	HD
<i>nateglinide</i> (Starlix)	T1	HD
<i>repaglinide</i>	T1	HD
STARLIX ( <i>nateglinide</i> )	T3	HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, COMB. DE INHIBIDORES DE SGLT-2 Y DPP-4</b>		
GLYXAMBI	T2	ST QL (30 Units/30 days) HD
STEGLUJAN	T2	ST QL (30 Units/30 days) HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS Y BIGUANIDAS</b>		
ACTOPLUS MET XR 30 1000MG TABLET	T3	ST
<i>pioglitazone-metformin</i> (Actoplus Met)	T1	QL HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS Y SULFONILUREAS</b>		
DUETACT ( <i>pioglitazone-glimepiride</i> )	T3	ST QL (30 Units/30 days) HD
<i>pioglitazone-glimepiride</i> (Duetact)	T1	QL (30 Units/30 days) HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, COMB. DE INHIBIDORES DE DPP-4 Y BIGUANIDAS</b>		
JANUMET	T2	QL HD
JANUMET XR	T2	QL HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, ESTIM. DE LIBERACIÓN DE INSULINA-BIGUANIDAS</b>		
<i>glipizide-metformin</i>	T1	HD
<i>glyburide-metformin hcl</i>	T1	HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS (AGONISTAS DE PPARG)</b>		
ACTOS ( <i>pioglitazone hcl</i> )	T3	ST QL (30 Units/30 days) HD
AVANDIA	T3	ST QL HD
<i>pioglitazone hcl</i> (Actos)	T1	QL (30 Units/30 days) HD
<b>ANTIPLERGLUCÉMICOS-COMB. DE INHIBIDORES DE SGLT-2 Y BIGUANIDAS</b>		
INVOKAMET	T2	ST QL HD
SEGLUROMET	T2	ST QL HD
SYNJARDY	T2	ST QL (30 tabs/30 days) HD
SYNJARDY XR	T2	ST QL HD
XIGDUO XR	T2	ST QL HD
<b>INSULINAS</b>		
BASAGLAR KWIKPEN U-100	T3	HD
HUMALOG	T2	HD
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	T2	HD
HUMALOG MIX 50-50	T2	HD
HUMALOG MIX 75-25	T2	HD
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	T2	HD
HUMULIN 70-30	T2	HD
HUMULIN N	T2	HD
HUMULIN N KWIKPEN	T2	HD
HUMULIN R	T2	HD
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	T2	HD
INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML VIAL	T2	HD
LANTUS SOLOSTAR	T2	HD
LEVEMIR	T2	HD
LEVEMIR FLEXTOUCH	T2	HD
MYXREDLIN	T3	HD
SEMGLEE	T2	HD
TOUJEO MAX SOLOSTAR	T2	HD
TOUJEO SOLOSTAR	T2	HD
TRESIBA	T2	HD
TRESIBA FLEXTOUCH U-100	T2	HD
TRESIBA FLEXTOUCH U-200	T2	HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

ANTIINFECCIOSOS (Productos dentales)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>TRATAMIENTO PERIODONTAL ANTIINFECCIOSO CON TETRACICLINA, LOCAL</b>		
ARESTIN	T3	SP HD
<b>ANTIINFECCIOSOS (Infecciones)</b>		
<b>ANTIBIÓTICOS DE PENICILINA</b>		
<i>amoxicillin</i>	T1	
<b>ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Productos femeninos)</b>		
<b>ANTISÉPTICOS VAGINALES</b>		
<i>fem ph</i>	T1	
<b>ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Infecciones)</b>		
<b>ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS DE 2.ª GENERACIÓN- ANTIBACTERIANOS</b>		
<i>tinidazole</i>	T1	QL (20 Tabs/23 Days)
<i>tinidazole</i>	T1	QL (40 Tabs/23 Days)
<b>AMEBICIDAS</b>		
<i>paromomycin</i>	T1	
<b>ANTHELMÍNTICOS</b>		
<i>albendazole</i> (Albenza)	T1	QL (120 Tabs/23 Days)
ALBENZA ( <i>albendazole</i> )	T3	QL (120 Tabs/23 Days)
BILTRICIDE ( <i>praziquantel</i> )	T3	
EMVERM	T2	QL (6 Tabs/23 Days)
<i>ivermectin</i> (Stromectol)	T1	PA QL (20 Tabs/23 Days)
<i>praziquantel</i> (Biltricide)	T1	
STROMECTOL ( <i>ivermectin</i> )	T3	QL (20 Tabs/23 Days)
<b>MEDICAMENTOS CONTRA LA MALARIA</b>		
ARAKODA	T3	QL (20 Tabs/365 Days)
ARAKODA 100mg tablets	T3	QL (32 tabs/180 days)
<i>atovaquone-proguanil 250-100mg tablet</i> (Malarone)	T1	QL (60 Tabs/180 Days)
<i>atovaquone-proguanil 62.5-25mg tablet</i> (Malarone)	T1	QL (180 Tabs/180 Days)
<i>chloroquine 250mg tablet</i>	T1	QL (56 Tabs/274 Days)
<i>chloroquine 500mg tablet</i>	T1	QL (28 Tabs/274 Days)
COARTEM	T2	QL (24 Tabs/23 Days)
DARAPRIM ( <i>pyrimethamine</i> )	T3	PA SP
<i>hydroxychloroquine</i> (Plaquenil)	T1	QL
KRINTAFEL	T3	QL (2 Tabs/23 Days)
MALARONE 250-100MG TABLET ( <i>atovaquone-proguanil hcl</i> )	T3	QL (60 Tabs/180 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

ANTIINFECIOSOS/VARIOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>MEDICAMENTOS CONTRA LA MALARIA (cont.)</b>		
MALARONE 62.5-25MG TABLET ( <i>atovaquone-proguanil hcl</i> )	T3	QL (180 Tabs/180 Days)
<i>mefloquine hcl</i>	T1	QL (13 Tabs/180 Days)
PRIMAQUINE BRAND	T2	QL (120 Tabs/180 Days)
<i>primaquine generic</i>	T1	QL (120 Tabs/180 Days)
QUALAQUIN (quinine)	T3	QL (42 Caps/23 Days)
<i>quinine (Qulaquin)</i>	T1	QL (42 Caps/23 Days)
<b>MEDICAMENTOS ANTIPROTOZOARIOS, VARIOS</b>		
<i>atovaquone (Mepron)</i>	T1	
BENZNIDAZOLE	T2	QL (720 Tabs/365 Days)
IMPAVIDO	T2	QL (84 Caps/23 Days)
MEPRON ( <i>atovaquone</i> )	T3	
NEBUPENT	T3	QL (1 Vial/21 Days)
<i>pentamidine isethionate (Nebupent)</i>	T1	QL (1 Vial/21 Days)
ANTIINFECIOSOS/VARIOS (Varios)		
<b>AGENTES ANTIBACTERIANOS, VARIOS</b>		
<i>aminoacetic acid (Aminoacetic Acid)</i>	T1	
<i>glycine (Aminoacetic Acid)</i>	T1	
<b>ANTISÉPTICOS, GENERALES</b>		
ISOPROPYL ALCOHOL	T3	
ANTIINFECIOSOS/VARIOS (Condiciones cutáneas)		
<b>ANTIMICÓTICOS TÓPICOS</b>		
CICLODAN	T3	ST
<i>ciclopirox</i>	T1	
AGENTES INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL ANTIINFLAMATORIOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
<b>ANTIINFLAMATORIOS INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL</b>		
ADALIMUMAB-ADAZ (CF) PEN 40MG, 40MG SYR	T2	PA SP
CYLTEZO(CF) 40MG/0.8ML, 20MG/0.4ML, 10MG/0.2ML SYR, PEN CRH-UC-HS 40MG, PEN PSORIASIS 40MG, PEN 40 MG/0.8 ML	T2	PA SP
ENBREL	T2	PA QL SP HD
HUMIRA	T2	PA QL (2 Pens/28 Days) SP HD
HUMIRA 80MG/0.8ML PENS - PEDIATRIC ULCERATIVE COLITIS STARTER PACK	T2	PA QL (4 pens/365 days) SP HD
HUMIRA PEDIATRIC	T2	PA QL SP HD
HYRIMOZ(CF) 10MG/0.1ML, 20MG/0.2ML, 40MG/0.4ML SYR, 40MG/0.4ML, 80MG/0.8ML PEN, PEN PSORIA 80-40MG, PEN CROHN-UC 80MG, PEDI CROHN 80-40MG, PEDI CROHN 80MG	T2	SP 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

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
<b>ANTIINFLAMATORIOS INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL (cont.)</b>		
SIMPONI	T2	PA QL SP HD
SIMPONI ARIA	T3	PA SP HD
<b>ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer)</b>		
<b>ANP - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES X RETINOIDES (RXR) SELECTIVOS</b>		
<i>bexarotene</i> (Targretin)	T1	PA SP HD CSL
<b>ANTINEOPLÁSTICOS., INHIBIDORES DE LA HISTONA DEACETILASA (HDAC)</b>		
FARYDAK 10mg, 20mg CAPSULE	T3	PA QL SP HD CSL
FARYDAK 5mg CAPSULE	T3	PA QL
ZOLINZA	T2	PA SP HD CSL
<b>AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS - ALQUILANTES</b>		
ALKERAN ( <i>melphalan</i> )	T3	SP CSL
<i>cyclophosphamide</i>	T3	SP HD CSL
GLEOSTINE	T2	CSL
HYDREA ( <i>hydroxyurea</i> )	T3	CSL
<i>hydroxyurea</i> (Hydrea)	T1	CSL
LEUKERAN	T2	CSL
<i>melphalan hcl</i> (Alkeran)	T1	SP CSL
MYLERAN	T2	CSL
TEMODAR ( <i>temozolomide</i> )	T3	PA SP HD CSL
<i>temozolomide</i> (Temodar)	T1	PA SP HD CSL
<b>AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS - ANTIANDROGÉNICOS</b>		
<i>abiraterone acetate</i> (Zytiga)	T1	PA QL SP HD CSL
<i>bicalutamide</i> (Casodex)	T1	CSL
CASODEX ( <i>bicalutamide</i> )	T3	CSL
ERLEADA 240 MG TABLET	T2	PA SP HD QL (30 tabs/30 days) CSL
<i>flutamide</i>	T1	CSL
NILANDRON ( <i>nilutamide</i> )	T3	PA CSL
<i>nilutamide</i> (Nilandron)	T1	PA CSL
NUBEQA	T2	PA QL SP HD CSL
XTANDI	T2	PA QL SP HD CSL
YONSA	T2	PA QL SP HD CSL
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - ANTIMETABOLITOS</b>		
ARRANON	T3	
<i>capecitabine</i> (Xeloda)	T1	SP HD CSL

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - ANTIMETABOLITOS (cont.)</b>		
LONSURF	T2	PA SP HD CSL
<i>mercaptopurine</i>	T1	CSL
<i>methotrexate</i>	T1	
<i>methotrexate</i>	T1	CSL
PURIXAN	T2	SP CSL
TABLOID	T3	CSL
TREXALL	T3	CSL
XELODA (capecitabine)	T3	PA QL ST SP HD CSL
XELODA 150MG tablets	T3	PA SP HD QL (56 tabs/30 days) CSL
XELODA 500MG tablets	T3	PA SP HD QL (140 tabs/30 days) CSL
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA AROMATASA</b>		
<i>anastrozole (Arimidex)</i>	T1	HD PPACA CSL
AROMASIN ( <i>exemestane</i> )	T3	HD CSL
<i>exemestane (Aromasin)</i>	T1	HD PPACA CSL
FEMARA ( <i>letrozole</i> )	T3	HD CSL
<i>letrozole (Femara)</i>	T1	HD CSL
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA BRAF</b>		
BRAFTOVI	T3	PA QL SP CSL
TAFINLAR 10 MG TABLET FOR SUSP	T2	SP PA HD QL (840ml/30 days) CSL
ZELBORAF	T2	PA QL SP HD CSL
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INMUNOTERAPIA CON CÉLULAS CAR-T</b>		
BREYANZI	T3	PA
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA VÍA DE HEDGEHOG</b>		
DAURISMO	T3	PA QL SP HD CSL
ERIVEDGE	T2	PA QL (30 Units/30 days) SP HD CSL
ODOMZO	T2	PA QL (30 Units/30 days) SP HD CSL
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK)</b>		
JAKAFI	T2	PA QL SP HD CSL
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDOR DE LA PROTEÍNA KRAS</b>		
LUMAKRAS	T3	PA SP QL (8 tabs per day) HD
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA MEK1 Y MEK2</b>		
COTELLIC	T2	PA QL SP HD CSL
MEKINIST 0.05 MG/ML SOLUTION	T2	PA SP HD QL (108ml/30 days) CSL
MEKTOVI	T3	PA QL 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

<b>ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA MTOR</b>		
AFINITOR 10MG TABLET	T2	PA QL(30 Tabs/30 Days) ST SP HD CSL
AFINITOR DISPERZ 2 MG, 3 MG, 5MG TABLET	T3	PA QL ST SP
AFINITOR 2.5MG, 5MG, 7.5MG TABLET ( <i>everolimus</i> )	T3	PA QL(30 Tabs/30 Days) ST SP HD CSL
AFINITOR DISPERZ	T2	PA QL(30 Tabs/30 Days) ST SP CSL
<i>everolimus</i> (Afinitor)	T1	PA SP HD CSL
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA PROTEÍNA METILTRANSFERASA</b>		
TAZVERIK	T3	PA SP CSL
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA TOPOISOMERASA I</b>		
HYCAMTIN	T2	PA SP HD CSL
<b>AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS INMUNOMODULADORES</b>		
POMALYST	T2	PA SP HD CSL
REVLIMID	T2	PA QL (30 caps/30 days)SP HD CSL
SYLATRON	T2	PA
<b>AGONISTAS DE LHRH (GNRH) ANTINEOPLÁSTICOS, SUPR. HIPOFISARIOS</b>		
<i>leuprolide acetate</i>	T1	PA SP HD
LUPRON DEPOT	T3	PA SP HD
VANTAS	T2	SP HD CSL
ZOLADEX	T2	SP HD
<b>ANTAGONISTAS DE LHRH (GNRH) ANTINEOPLÁSTICOS, SUPR. HIPOFISARIOS</b>		
FIRMAGON	T2	PA SP HD
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS</b>		
ALECENSA	T2	PA QL SP HD CSL
ALUNBRIG	T2	PA QL SP HD CSL
AYVAKIT	T3	PA QL (30 tabs/30 days) SP CSL
BALVERSA	T2	PA SP CSL
BOSULIF	T2	PA QL SP HD CSL
BRUKINSA	T3	PA SP CSL
CABOMETYX	T2	PA QL (30 Units/30 days) SP HD CSL
CALQUENCE	T2	SP
CAPRELSA	T2	PA QL SP CSL
COMETRIQ	T2	PA SP HD CSL
COPIKTRA	T3	PA QL (56 caps/28 days ) SP CSL
<i>erlotinib hcl</i> (Tarceva)	T1	PA QL SP HD CSL
EXKIVITY 40MG CAPSULE	T3	PA QL (120 tabs/30 days)
GAVRETO	T2	PA QL (120 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

ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS (cont.)</b>		
GILOTRIF	T2	PA QL (30 Units/30 days) SP HD CSL
IBRANCE	T2	PA QL SP HD CSL
ICLUSIG	T2	PA QL SP CSL
<i>imatinib mesylate</i> (Gleevec)	T1	PA QL SP HD CSL
IMBRUVICA 560MG TABS	T2	PA SP CSL
INLYTA	T2	PA QL SP HD CSL
IRESSA	T2	PA QL (30 Units/30 days) SP HD CSL
KISQALI	T3	PA SP HD QL (1 pack/1 time) CSL
KISQALI FEMARA CO-PACK	T3	PA SP HD QL (1 pack/28 days) CSL
LENVIMA 4MG (five 4 mg capsules per card)	T2	PA QL (30 caps/30 days) SP HD CSL
LENVIMA 8MG (ten 4 mg capsules per card)	T2	PA QL (60 caps/30 days) SP HD CSL
LENVIMA 10MG (five 10 mg capsules per card)	T2	PA QL (30 caps/30 days) SP HD CSL
LENVIMA 12MG (fifteen 4 mg capsules per card)	T2	PA QL (90 caps/30 days) SP HD CSL
LENVIMA 14MG (five 10 mg capsules and five 4 mg capsules per card)	T2	PA QL (60 caps/30 days) SP HD CSL
LENVIMA 18MG (five 10 mg capsules and five 4 mg capsules per card)	T2	PA QL (90 caps/30 days) SP HD CSL
LENVIMA 20MG	T2	PA QL (60 caps/30 days) SP HD CSL
LENVIMA 24MG	T2	PA QL (90 caps/30 days) SP HD
LORBRENA	T2	PA QL SP HD CSL
LYNPARZA	T2	PA QL SP HD CSL
LYTGOBI	T2	PA SP CSL
NERLYNX	T2	PA SP HD CSL
NEXAVAR	T3	PA QL(120 tabs/30 days ) SP HD CSL
NINLARO	T2	PA QL SP HD CSL
PEMAZYRE 4.5MG, 9MG, 13.5MG TAB	T2	PA QL(28 tabs/30 days) SP
PIQRAY	T3	PA SP HD CSL
ROZLYTREK	T2	PA QL SP HD CSL
RUBRACA	T2	PA QL SP CSL
RYDAPT	T2	PA QL(224 caps/30 days) SP HD CSL
SCEMBLIX 20MG TABLET	T3	PA SP HD QL (600 tabs/30 days) CSL
SCEMBLIX 40MG TABLET	T3	PA SP HD QL (300 tabs/30 days) CSL
SPRYCEL	T2	QL SP HD CSL
STIVARGA	T2	PA QL SP HD CSL
SUTENT	T3	PA QL SP CSL
TABRECTA	T2	PA SP
TAGRISSO	T2	PA QL (30 Units/30 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

<b>ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS (cont.)</b>		
TALZENNA	T2	PA QL (30 caps/30 days) SP HD CSL
TARCEVA (erlotinib hcl)	T3	PA QL SP HD CSL
TASIGNA	T2	PA QL SP HD CSL
TURALIO	T3	PA QL SP CSL
TRUSELTIQ 50 MG DAILY DOSE PK	T3	SP PA QL (42 caps/21 days) CSL
TRUSELTIQ 75 MG DAILY DOSE PK	T3	SP PA QL (63 caps/21 days) CSL
TRUSELTIQ 100 MG DAILY DOSE PK	T3	SP PA QL (42 caps/21 days) CSL
TRUSELTIQ 125 MG DAILY DOSE PK	T3	SP PA QL (21 caps/21 days) CSL
TYKERB	T2	PA QL SP HD CSL
UKONIQ	T3	SP
VERZENIO	T2	PA QL SP HD CSL
VIKTRAKVI 100 MG CAPSULE	T2	PA QL (60 Caps/30 Days) SP HD CSL
VIKTRAKVI 20 MG/ML SOLUTION	T2	PA QL (300ml/30 Days) SP HD CSL
VIKTRAKVI 25 MG CAPSULE	T2	PA QL (180 Caps/30 Days) SP HD CSL
VIZIMPRO	T2	PA QL (30 Units/30 days) SP HD CSL
VOTRIENT	T2	PA QL SP HD CSL
XALKORI	T2	PA QL SP HD CSL
XOSPATA	T2	PA SP CSL
ZEJULA 100MG, 200MG, 300MG TABLET	T2	SP PA
ZYDELIG	T2	PA QL SP HD CSL
ZYKADIA	T2	PA QL (90 tabs-caps/30 days) SP HD CSL
<b>ANTINEOPLÁSTICOS, ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-MUERTE PROGRAMADA-I (PD-I)</b>		
JEMPERLI 500 MG/10 ML VIAL	T3	PA SP HD
OPDIVO	T2	PA SP HD
<b>ANTINEOPLÁSTICOS-INHIBIDORES DE LINFOMA DE CÉLULAS B-2 (BCL-2)</b>		
VENCLEXTA	T2	PA SP CSL
VENCLEXTA STARTING PACK	T2	PA QL SP CSL
<b>ANTINEOPLÁSTICOS-INHIBIDORES DE LA ISOCITRATO DESHIDROGENASA</b>		
IDHIFA	T2	PA QL (30 Units/30 days) SP HD CSL
TIBSOVO	T2	PA SP CSL
<b>FÁRMACOS INMUNOCONJUGADOS ANTINEOPLÁSTICOS</b>		
ENHERTU	T3	PA SP HD
<b>ANTINEOPLÁSTICOS, VARIOS</b>		
etoposide	T1	SP HD CSL
LYSODREN	T2	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

<b>ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTINEOPLÁSTICOS, VARIOS (cont.)</b>		
MATULANE	T2	SP CSL
RYLAZE 10 MG/0.5 ML VIAL	T3	PA SP
<i>tretinoin</i>	T1	CSL
<b>ANTICUERPO MONOCLONAL AL RECEPTOR ANTÍGENO DEL LINFOCITO T CITOTÓXICO (CTLA-4)</b>		
YERVOY	T2	PA SP HD
<b>INMUNOMODULADORES</b>		
ACTIMMUNE	T2	SP HD
INTRON A	T2	SP HD
<b>MODULADORES SELECTIVOS DE RECEPTORES ESTROGÉNICOS (SERM)</b>		
FARESTON ( <i>toremifene</i> )	T3	HD CSL
SOLTAMOX	T3	HD CSL
<i>tamoxifen</i>	T1	HD PPACA CSL
<i>toremifene</i> (Fareston)	T1	HD CSL
<b>ANTINEOPLÁSTICOS ESTEROIDES</b>		
EMCYT	T2	SP HD CSL
<i>megestrol acetate</i>	T1	CSL
<b>ANTINEOPLÁSTICOS (Condiciones cutáneas)</b>		
<b>ANTINEOPLÁSTICOS TÓPICOS FOTOACT., LESIONES PREMALIGNAS</b>		
AMELUZ	T3	SP
LEVULAN	T3	SP
<b>AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS TÓPICOS PARA LESIONES PREMALIGNAS</b>		
PANRETIN	T3	PA SP HD
PICATO	T2	
TARGRETIN	T2	PA SP HD
TOLAK	T3	
VALCHLOR	T2	PA SP HD
<b>MEDICAMENTOS CONTRA LA OBESIDAD (Control del peso)</b>		
<b>ANOREXÍGENOS CONTRA LA OBESIDAD</b>		
ADIPEX-P ( <i>phentermine hcl</i> )	T3	PA QL (30 caps/30 days)
<i>benzphetamine hcl</i>	T1	PA QL (90 tabs/30 days)
<i>diethylpropion 25 mg tablets</i>	T1	PA QL (90 tabs/30 days)
<i>diethylpropion 75 mg tablets</i>	T1	PA QL (30 tabs/30 days)
LOMAIRA	T1	PA QL (90 tabs/30 days)
<i>phendimetrazine tartrate</i>	T1	PA QL (180 tabs/30 days)

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

<b>MEDICAMENTOS CONTRA LA OBESIDAD (Control del peso) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANOREXÍGENOS CONTRA LA OBESIDAD (cont.)</b>		
<i>phentermine ER</i>	T1	QL (30 caps/30 days)
QSYMIA	T3	PA QL (30 caps/30 days)
REGIMEX ( <i>benzphetamine hcl</i> )	T3	PA QL (90 tabs/30 days)
<b>AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DEL PÉPTIDO SIMILAR AL GLUCAGÓN TIPO I CONTRA LA OBESIDAD</b>		
SAXENDA	T3	PA QL (5 pens (15ml)/30 days)
WEGOVY	T2	PA
<b>ANTAG. OPIOIDES-INHIB. DE LA RECAPT. DE NOREPINEFRINA Y DOPAMINA CONTRA LA OBESIDAD</b>		
CONTRAVE	T3	PA QL (120 tabs/30 days)
<b>AGENTES QUE REDUCEN LA ABSORCIÓN DE GRASAS</b>		
XENICAL	T3	PA QL (90 tabs/30 days)
<b>ANTIPARASITARIOS (Infecciones)</b>		
<b>ANTIPARASITARIOS</b>		
ALINIA 100MG/5ML SUSP	T2	QL (180ml/30 days)
<b>ANTIPARASITARIOS TÓPICOS</b>		
<i>crotan</i>	T1	
ELIMITE ( <i>permethrin</i> )	T3	
<i>permethrin</i> (Elimite)	T1	
SKLICE	T3	
<i>spinosad</i> (Natroba)	T1	
ULESFIA	T3	
<b>MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS (Enfermedad de Parkinson)</b>		
<b>MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, ANTICOLINÉRGICOS</b>		
<i>benztropine mesylate</i>	T1	HD
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	T1	HD
<b>MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, OTROS</b>		
<i>carbidopa/levodopa</i> (Sinemet 25-100)	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa</i> (Sinemet 25-250)	T1	HD
<i>carbidopa-levodopa er</i>	T1	HD
<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i> (Stalevo 100)	T1	HD
<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i> (Stalevo 125)	T1	HD
<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i> (Stalevo 150)	T1	HD
<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i> (Stalevo 200)	T1	HD
<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i> (Stalevo 50)	T1	HD
<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i> (Stalevo 75)	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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
<b>MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, OTROS (cont.)</b>		
COMTAN ( <i>entacapone</i> )	T3	HD
DUOPA	T3	SP HD
<i>entacapone</i> (Comtan)	T1	HD
INBRIJA	T2	PA QL (300 Caps/30 Days) SP HD
MIRAPEX ER ( <i>pramipexole er</i> )	T3	HD
NEUPRO	T3	HD
NOURIANZ	T3	PA QL (30 Units/30 days) SP HD
OSMOLEX ER	T3	PA QL (30 Units/30 days) HD
PARLODEL ( <i>bromocriptine mesylate</i> )	T3	HD
<i>pramipexole di-hcl</i>	T1	HD
<i>pramipexole di-hcl</i> (Mirapex)	T1	HD
<i>pramipexole er</i> (Mirapex ER)	T1	HD
<i>rasagiline mesylate</i> (Azilect)	T1	HD
REQUIP XL ( <i>ropinirole er</i> )	T3	HD
<i>ropinirole hcl</i>	T1	HD
<i>ropinirole hcl</i> (Requip XL)	T1	HD
RYTARY	T3	HD
<i>selegiline hcl</i>	T1	HD
SINEMET ( <i>carbidopa-levodopa</i> )	T3	HD
STALEVO ( <i>carbidopa-levodopa-entacapone</i> )	T3	HD
TASMAR ( <i>tolcapone</i> )	T3	HD
<i>tolcapone</i> (Tasmar)	T1	HD
<b>INHIBIDORES DE LA DESCARBOXILASA</b>		
<i>carbidopa</i> (Lodosyn)	T1	
LODOSYN ( <i>carbidopa</i> )	T3	
<b>MEDICAMENTOS ANTIPLAQUETARIOS (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)</b>		
<b>INHIBIDORES DE LA AGRUPACIÓN PLAQUETARIA</b>		
<i>aspirin e.c.</i>	T1	HD PPACA
<i>aspirin-dipyridamole er</i> (Aggrenox)	T1	HD
BRILINTA	T2	HD
<i>children's aspirin</i> (Bayer Chewable Aspirin)	T1	HD PPACA
<i>cilostazol</i>	T1	HD
<i>clopidogrel</i> (Plavix)	T1	HD
<i>dipyridamole</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 ANTIPLAQUETARIOS (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>INHIBIDORES DE LA AGRUPACIÓN PLAQUETARIA (cont.)</b>		
<i>ecotrin</i>	T1	HD PPACA
EFFIENT ( <i>prasugrel hcl</i> )	T3	HD
<i>enteric coated aspirin</i>	T1	HD PPACA
<i>low dose aspirin</i>	T1	HD PPACA
<i>prasugrel hcl</i> (Effient)	T1	HD
<i>st. joseph aspirin</i>	T1	HD PPACA
ZONTIVITY	T3	PA HD

### AGENTES REDUCTORES DE PLAQUETAS

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

### ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH)

#### ANTIRRETROVIRALES-INHIBIDORES DE LA CÁPSIDE

SUNLENCA	T3	PA SP
----------	----	-------

#### ANTIRRETROVIRALES-COMB. DE INHIBIDORES DE LA INTEGRASA Y NNRTI

JULUCA	T2	SP
--------	----	----

#### ANTIRRETROVIRALES-COMB. DE INHIBIDORES DE LA INTEGRASA Y NRTI

DOVATO	T2	SP
--------	----	----

#### ANTIRRETROVIRALES-COMB. DE NRTI E INHIBIDORES DE LA INTEGRASA

TRIUMEQ	T2	SP
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TAB SUSP	T2	SP

#### ANTIRRETROVIRALES-NUCLEÓSIDOS, NUCLEÓTIDOS, INHIB. DE LA PROTEASA

SYM TUZA	T2	SP
----------	----	----

#### ANTIVÍRICOS - ESPEC. PARA VIH, INHIB. DE LA PROTEASA NO PEPTÍDICOS

APTIVUS	T2	SP
<i>darunavir 600mg, 800mg tablet</i>	T1	SP
PREZISTA 600MG, 800MG TABLET	T2	SP

#### ANTIVÍRICOS - ESPEC. PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS-NUCLEÓTIDOS

CIMDUO	T2	SP
DESCOVY	T2	SP PPACA
TEMIXYS	T2	SP

#### ANTIVÍRICOS - ESPEC. PARA VIH, COMB. ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS, RTI

<i>abacavir-lamivudine</i> (Epzicom)	T1	SP
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine</i> (Trizivir)	T1	SP
COMBIVIR ( <i>lamivudine-zidovudine</i> )	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

<b>ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTIVÍRICOS - ESPEC. PARA VIH, COMB. ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS, RTI (cont.)</b>		
EPZICOM ( <i>abacavir-lamivudine</i> )	T3	SP
<i>lamivudine-zidovudine</i> (Combivir)	T1	SP
TRIZIVIR ( <i>abacavir-lamivudine-zidovudine</i> )	T3	SP
<b>ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, ANTAG. DEL CO-RECEPTOR CCR5</b>		
SELZENTRY	T3	SP
<b>ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA FUSIÓN</b>		
FUZEON	T2	SP QL (60 vials/30 days)
<b>ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, NO NUCLEÓSIDOS, RTI</b>		
EDURANT	T2	SP
<i>efavirenz</i> (Sustiva)	T1	SP
INTELENCE	T3	SP
<i>nevirapine</i> (Viramune)	T1	SP
<i>nevirapine er</i>	T1	SP
<i>nevirapine er</i> (Viramune XR)	T1	SP
SUSTIVA ( <i>efavirenz</i> )	T3	SP
VIRAMUNE ( <i>nevirapine</i> )	T3	SP
VIRAMUNE XR ( <i>nevirapine er</i> )	T3	SP
<b>ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS, RTI</b>		
<i>abacavir</i> (Ziagen)	T1	SP
<i>didanosine</i>	T1	SP
EMTRIVA	T2	SP
EPIVIR ( <i>lamivudine</i> )	T3	SP
<i>lamivudine</i> (Epiriv)	T1	SP
RETROVIR ( <i>zidovudine</i> )	T3	SP
<i>stavudine</i> (Zerit)	T1	SP
ZIAGEN ( <i>abacavir</i> )	T3	SP
<b>ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓTIDOS, RTI</b>		
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> (Viread)	T1	SP
VIREAD 150MG, 200MG, 250MG TABLET, POWDER	T2	SP
VIREAD 300 MG TABLET ( <i>tenofovir disoproxil fumarate</i> )	T3	SP
<b>ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA PROTEASA</b>		
<i>atazanavir</i> (Reyataz)	T1	SP
CRIXIVAN	T2	SP
EVOTAZ	T3	SP
<i>fosamprenavir</i> (Lexiva)	T1	SP

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

### ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA PROTEASA (cont.)</b>		
INVIRASE	T2	SP
KALETRA 100-25 MG TABLET	T3	QL (2 Tabs/Day) SP
KALETRA 200-50 MG TABLET	T3	QL (56 Tabs/274 Days) SP
KALETRA 80-20MG/ML SOLUTION ( <i>lopinavir-ritonavir</i> )	T3	QL (2ML/Day) SP
LEXIVA 50 MG/ML SUSPENSION	T2	SP
LEXIVA 700 MG TABLET ( <i>fosamprenavir</i> )	T3	SP
<i>lopinavir-ritonavir</i> (Kaletra)	T1	QL (2ML/Day) SP
NORVIR 100 MG TABLET ( <i>ritonavir</i> )	T3	SP
NORVIR 80 MG/ML SOLUTION, 100 MG POWDER PACKET	T2	SP
REYATAZ CAPSULES ( <i>atazanavir</i> )	T3	SP
REYATAZ POWDER PACKET	T2	SP
<i>ritonavir</i> (Norvir)	T1	SP
VIRACEPT	T2	SP
<b>ANTIVÍRICOS - INHIBIDORES DE LA TRANSFERENCIA DE CADENA DE LA INTEGRASA DEL VIH-I</b>		
APRETUDE ER 600MG/3ML VIAL	T3	PA SP
ISENTRESS	T2	SP
ISENTRESS HD	T2	SP
TIVICAY	T2	SP
<b>ANTIRRETROV., NUCLEÓSIDOS, NUCLEÓTIDOS Y RTI NO NUCLEÓSIDOS</b>		
ODEFSEY	T2	SP
SYMFI	T2	SP
SYMFI LO	T2	SP
<b>ANTIRRETROV.-NUCLEÓSIDOS, RTI NUCLEÓTIDOS, INHIB. DE LA INTEGRASA</b>		
BIKTARVY	T2	SP
GENVOYA	T2	SP
<b>ANTIVÍRICOS (Condiciones oculares)</b>		
<b>ANTIVÍRICOS PARA LOS OJOS</b>		
<i>trifluridine</i>	T1	
ZIRGAN	T3	
<b>ANTIVÍRICOS (Infecciones)</b>		
<b>ANTIVÍRICOS, GENERALES</b>		
<i>acyclovir</i> (Zovirax)	T1	
<i>famciclovir</i>	T1	QL
LIVTENCITY 200 MG TABLET	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

<b>ANTIVÍRICOS (Infecciones) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTIVÍRICOS, GENERALES (cont.)</b>		
<i>oseltamivir phosphate</i> (Tamiflu)	T1	QL
OSELTAMIVIR 6MG/ML SUSPENSION	T3	QL (180ml/30 days)
<i>oseltamivir 30mg capsule</i>	T1	QL (20 caps/30 days)
<i>oseltamivir 45mg capsule</i>	T1	QL (10 caps/30 days)
<i>oseltamivir 75mg capsule</i>	T1	QL (10 caps/30 days)
PREVYMIS	T2	QL (112 tabs/30 days) SP HD
RELENZA 5 MG	T3	QL (20 blisters/10 days )
<i>ribavirin</i> (Virazole)	T1	SP HD
<i>rimantadine hcl</i>	T1	
TAMIFLU ( <i>oseltamivir phosphate</i> )	T3	QL
<i>valacyclovir</i> (Valtrex)	T1	QL (30 Units/30 days)
VALCYTE ( <i>valganciclovir hcl</i> )	T3	
<i>valganciclovir hcl</i> (Valcyte)	T1	
VIRAZOLE	T3	SP HD
XOFLUZA	T3	QL
ZOVIRAX ( <i>acyclovir</i> )	T3	
<b>HEP. C - COMB. DE INHIB. DE NS5A, NS3/4A, NS5B NO NUC.</b>		
VIEKIRA PAK	T3	PA QL (3 Pks/365 Days) SP HD
<b>HEP. C - COMBO DE INHIB. DE NS5A, NS3/4A, NS5B NUCLEÓTIDOS</b>		
VOSEVI	T2	PA QL (84 Tabs/365 Days) SP HD
<b>VIRUS DE LA HEP. C - COMBO DE INHIB. DE LA POLIMERASA NS5B Y NS5A</b>		
EPCLUSA 200MG/50MG ORAL PELLETT PACKET	T2	PA SP HD QL (28 pkts/28 days)
EPCLUSA	T2	PA QL (84 packets/365 days) ST SP HD
HARVONI 45-200 MG TABLET	T2	PA QL (56 Tabs/Dispense) SP HD
HARVONI 90-400 MG TABLET	T2	PA QL (84 Tabs/365 Days) SP HD
<b>AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS B</b>		
<i>adefovir dipivoxil</i> (Hepsera)	T1	SP HD
BARACLUDE	T2	SP HD
<i>entecavir</i> (Baraclude)	T1	SP HD
EPIVIR HBV 25 MG/5 ML SOLUTION	T2	SP
EPIVIR HBV TABLETS ( <i>lamivudine hbv</i> )	T3	SP
HEPSERA ( <i>adefovir dipivoxil</i> )	T3	SP HD
<i>lamivudine</i> (Epiriv Hbv)	T1	SP
VEMLIDY	T2	SP HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

### ANTIVÍRICOS (Infecciones) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C</b>		
PEGASYS 180MCG/0.5ML SYRINGE KIT	T2	SP HD
PEGASYS PROCLICK 180MCG/0.5ML	T2	SP HD
PEGASYS SYRINGE	T2	QL (2ML/21 Days) SP HD
PEGASYS VIAL	T2	QL (4ML/21 Days) SP HD
PEG-INTRON	T3	QL (4 Kits/21 Days) SP HD
<i>ribavirin</i>	T1	SP HD
<b>VIRUS DE LA HEPATITIS C - COMB. DE INHIB. DE NS5A Y NS3/4A</b>		
ZEPATIER	T2	PA QL (84 Tabs/365 Days) SP HD
<b>INHIBIDOR DE LA PROTEASA PRINCIPAL (MPRO)</b>		
PAXLOVID	T2	
<b>INHIBIDOR DE LA ARN POLIMERASA</b>		
MOLNUPIRAVIR	T2	

### ANTIVÍRICOS (Condiciones cutáneas)

#### ANTIVÍRICOS TÓPICOS

<i>acyclovir</i> (Zovirax)	T1	PA QL
DENAVIR	T3	
<i>penciclovir</i>	T1	
ZOVIRAX ( <i>acyclovir</i> )	T3	PA QL

#### AGENTES TÓPICOS PARA EL TRATAMIENTO DE VERRUGAS GENITALES-VPH

VEREGEN	T3	PA QL(30 grams/treatment)
---------	----	---------------------------

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

#### AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANAFILAXIA

AUVI-Q 0.1MG, 0.15MG, 0.3MG AUTO-INJECTOR	T2	
<i>epinephrine</i> (Auvi-Q)	T1	QL
<i>epinephrine</i> (Epipen Jr 2-Pak)	T1	QL
EPIPEN ( <i>epinephrine</i> )	T2	QL
EPIPEN JR. ( <i>epinephrine</i> )	T2	QL
SYMJEPI	T2	QL

### MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Enfermedad de Alzheimer)

#### INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA

ARICEPT ( <i>donepezil hcl</i> )	T3	ST HD
<i>donepezil hcl</i> (Aricept)	T1	HD
EXELON ( <i>rivastigmine</i> )	T3	ST HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA (cont.)</b>		
<i>galantamine</i>	T1	HD
<i>galantamine er</i> (Razadyne ER)	T1	HD
<i>pyridostigmine bromide</i> (Mestinon)	T1	HD
<i>pyridostigmine bromide er</i> (Mestinon)	T1	HD
RAZADYNE ( <i>galantamine hbr</i> )	T3	ST
RAZADYNE ER ( <i>galantamine er</i> )	T3	ST HD
<i>rivastigmine</i>	T1	HD
<i>rivastigmine</i> (Exelon)	T1	HD

### MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Trastorno de déficit de atención e hiperactividad)<sup>8</sup>

#### ADRENÉRGICOS, AROMÁTICOS, SIN CATECOLAMINAS

ADZENYS ER	T3	ST
ADZENYS XR-ODT	T3	ST
<i>amphetamine</i> (Evekeo)	T1	
AMPHETAMINE ER 1.25 MG/ML SUSP	T3	ST
DESOXYN ( <i>methamphetamine hcl</i> )	T3	
DEXEDRINE ( <i>dextroamphetamine er</i> )	T3	ST
<i>dextroamphetamine</i>	T1	
<i>dextroamphetamine</i> (Zenzedi)	T1	
<i>dextroamphetamine er</i> (Dexedrine)	T1	
<i>dextroamphetamine-amphet er</i> (Adderall XR)	T1	
<i>dextroamphetamine-amphetamine</i> (Adderall)	T1	
DYANAVEL XR	T2	ST
EVEKEO ( <i>amphetamine</i> )	T3	
EVEKEO ODT	T3	
<i>methamphetamine hcl</i> (Desoxyn)	T1	
MYDAYIS	T2	ST
<i>procentra</i>	T1	
ZENZEDI	T3	
<i>zenzedi</i> (Zenzedi)	T1	

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

#### AGENTES VASOCONSTRICTORES ADRENÉRGICOS

<i>midodrine 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

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA</b>		
DIBENZYLIN (phenoxybenzamine hcl)	T3	PA HD
phenoxybenzamine hcl (Dibenzylin)	T1	PA HD

### MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Condiciones urinarias)

#### AGENTES PARASIMPATICOMIMÉTICOS

bethanechol chloride	T1	HD
cevimeline hcl (Evoxac)	T1	HD
EVOXAC (cevimeline hcl)	T3	HD
guanidine hcl	T1	HD
pilocarpine hcl (Salagen)	T1	HD
SALAGEN (pilocarpine hcl)	T3	HD
URECHOLINE (bethanechol chloride)	T3	

### PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Alergia/rociadores nasales)

#### EXTRACTOS ALERGÉNICOS, TERAPÉUTICOS

GRASTEK	T2	PA
ODACTRA	T2	PA
ORALAIR	T2	PA
RAGWITEK	T2	PA

### PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)

#### INHIBIDORES DE CALICREÍNA PLASMÁTICA

ORLADEYO	T3	PA SP
TAKHZYRO	T2	PA SP ST HD

### PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Varios)

#### AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA FENILCETONURIA - FENILALANINA AMONIO LIASA

PALYNZIQ	T2	PA QL (8 syringes/30 days) SP HD
----------	----	----------------------------------

### PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas)

#### VACUNAS CONTRA VIRUS ENTÉRICOS

IPOL	T2	PPACA
ROTARIX	T2	HD PPACA
ROTATEQ	T2	PPACA

#### VACUNAS CONTRA BACIOS GRAM (-) (NO ENTÉRICOS)

VIVOTIF	T2	
---------	----	--

#### VACUNAS CONTRA COCOS GRAMNEGATIVOS

BEXSERO	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

<b>PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>VACUNAS CONTRA COCOS GRAMNEGATIVOS (cont.)</b>		
MENACTRA	T2	PPACA
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP	T3	PPACA
TRUMENBA	T2	PPACA
<b>VACUNAS CONTRA COCOS GRAMPOSITIVOS</b>		
PNEUMOVAX 23	T2	PPACA
PREVNAR 13	T2	PPACA
<b>VACUNAS CONTRA EL VIRUS DE LA INFLUENZA</b>		
AFLURIA QUAD	T2	PPACA
FLUAD	T2	PPACA
FLUARIX	T2	PPACA
FLUBLOK QUAD	T2	PPACA
FLUCELVAX QUAD	T2	PPACA
FLULAVAL	T2	PPACA
FLUMIST	T2	PPACA
<b>VACUNAS CONTRA EL VIRUS DE LA INFLUENZA (cont.)</b>		
FLUZONE HIGH-DOSE	T2	PPACA
FLUZONE QUAD	T2	PPACA
FLUZONE QUAD PEDI	T2	PPACA
<b>VACUNAS/TOXOIDES CONTRA BACILOS TOXIGÉNICOS</b>		
VAXCHORA VACCINE	T2	
<b>PREPARACIONES, COMBINACIONES DE VACUNAS/TOXOIDES</b>		
ACTHIB	T2	PPACA
ADACEL	T2	PPACA
BOOSTRIX	T2	PPACA
DAPTACEL	T2	PPACA
DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS-PED	T2	PPACA
HIBERIX	T2	PPACA
INFANRIX	T2	PPACA
KINRIX	T3	PPACA
M-M-R II VACCINE W/DILUENT	T2	PPACA
PRIORIX VIAL	T2	PPACA
PEDVAXHIB	T2	PPACA
PENTACEL	T2	PPACA
PROQUAD	T2	PPACA

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

<b>PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>PREPARACIONES, COMBINACIONES DE VACUNAS/TOXOIDES (cont.)</b>		
QUADRACEL DTAP-IPV	T2	PPACA
TENIVAC	T3	PPACA
TETANUS DIPHTHERIA TOXOIDS	T2	PPACA
<b>VACUNAS ANTIVIRALES/DE CÉLULAS TUMORÍGENAS</b>		
ABRYSSVO VIAL WITH DILUENT	T2	PPACA
ACAM2000	T2	
AREXVY VIAL KIT	T2	PPACA
ENGERIX-B	T2	PPACA
GARDASIL 9	T2	PPACA
HAVRIX	T2	PPACA
HEPLISAV-B	T3	PPACA
JYNNEOS	T2	
PEDIARIX	T2	PPACA
RECOMBIVAX HB	T2	PPACA
SHINGRIX	T2	PPACA
TWINRIX	T2	PPACA
VAQTA	T3	PPACA
VARIVAX VACCINE	T2	PPACA
ZOSTAVAX	T3	PPACA
<b>SANGRE (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)</b>		
<b>AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA TROMBÓTICA</b>		
CABLIVI	T2	PA SP
<b>AGENTES ANTIFIBRINOLÍTICOS</b>		
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
<b>INHIBIDORES DEL COMPLEMENTO (C3)</b>		
EMPAVELI	T2	PA SP
<b>AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEMOFILIA, SIN REEMPLAZO DE FACTOR</b>		
HEMLIBRA	T2	PA SP HD
<b>AGENTES PARA LA ANEMIA DREPANOCÍTICA</b>		
DROXIA	T2	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>HEMOSTÁTICOS TÓPICOS</b>		
AVITENE	T3	
ENDO-AVITENE	T3	
GEL-FLOW	T3	
GELFOAM	T3	
GELFOAM JMI	T3	
MONSEL'S	T2	
RECOTHROM	T3	
SYRINGE AVITENE	T3	
TACHOSIL	T3	
THROMBI-GEL	T3	
THROMBIN-JMI	T3	
THROMBI-PAD	T3	
ULTRAFOAM	T3	

### SANGRE (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)

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

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

<b>AGENTES ANTIANGINOSOS Y ANTIISQUÉMICOS, NO HEMODINÁMICOS</b>		
<i>ranolazine er</i> (Ranexa)	T1	HD

<b>ANTIARRÍTMICOS</b>		
<i>amiodarone hcl</i>	T1	HD
<i>amiodarone hcl</i> (Pacerone)	T1	HD
<i>disopyramide phosphate</i> (Norpace)	T1	HD
<i>dofetilide</i> (Tikosyn)	T1	HD
<i>flecainide acetate</i>	T1	HD
<i>mexiletine hcl</i>	T1	HD
MULTAQ	T3	HD
NORPACE ( <i>disopyramide phosphate</i> )	T3	HD
NORPACE CR	T3	HD
<i>pacerone</i>	T1	HD
<i>propafenone hcl</i>	T1	HD
<i>propafenone hcl er</i> (Rythmol SR)	T1	HD
<i>quinidine</i>	T1	HD

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

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

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

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



## Lista de medicamentos con receta

<b>MEDICAMENTOS PARA ENFERMEDADES CARDÍACAS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)</b> <i>(cont.)</i>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTIARRÍTMICOS (cont.)</b>		
<i>quinidine gluconate</i>	T1	HD
RHYTHMOL SR ( <i>propafenone hcl er</i> )	T3	HD
<b>BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO Y ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS, INHIBIDORES DE LA COX-2</b>		
CONSENSI	T3	
<b>AGENTES BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO</b>		
ADALAT CC ( <i>nifedipine er</i> )	T3	
<i>amlodipine besylate</i> (Norvasc)	T1	
CALAN SR ( <i>verapamil er</i> )	T3	HD
CAMZYOS	T3	PA QL (30 caps/30 days) SP
CARDIZEM ( <i>diltiazem hcl</i> )	T3	HD
CARDIZEM CD ( <i>cartia xt</i> )	T3	HD
CARDIZEM CD ( <i>diltiazem 24hr er (cd)</i> )	T3	HD
CARDIZEM LA	T3	HD
CARDIZEM LA ( <i>diltiazem 24hr er (la)</i> )	T3	HD
CARDIZEM LA ( <i>matzim la</i> )	T3	HD
<i>cartia xt</i> (Cardizem CD)	T1	HD
<i>diltiazem 24hr er (cd)</i> (Cardizem CD)	T1	HD
<i>diltiazem 24hr er (la)</i> (Cardizem La)	T1	HD
<i>diltiazem 24hr er (xr)</i>	T1	HD
<i>diltiazem er</i>	T1	HD
<i>diltiazem er</i> (Tiazac)	T1	HD
<i>diltiazem hcl</i> (Cardizem)	T1	HD
<i>dilt-xr</i>	T1	HD
<i>felodipine er</i>	T1	HD
<i>isradipine</i>	T1	HD
<i>matzim la</i> (Cardizem La)	T1	HD
<i>nicardipine hcl</i>	T1	HD
<i>nifedipine</i>	T1	HD
<i>nifedipine</i> (Procardia)	T1	HD
<i>nifedipine er</i>	T1	HD
<i>nifedipine er</i> (Procardia XI)	T1	HD
<i>nimodipine</i>	T1	HD
<i>nisoldipine</i>	T1	HD
<i>nisoldipine</i> (Sular)	T1	HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO (cont.)</b>		
NYMALIZE	T3	
PROCARDIA (nifedipine)	T3	HD
PROCARDIA XL (nifedipine er)	T3	HD
SULAR (nisoldipine)	T3	HD
taztia xt (Tiazac)	T1	HD
tiadyt er (Tiazac)	T1	HD
TIAZAC (diltiazem 24hr er)	T3	HD
verapamil er (Calan SR)	T1	HD
verapamil er (Verelan)	T1	HD
verapamil er pm (Verelan PM)	T1	HD
verapamil hcl	T1	HD
verapamil hcl (Verelan)	T1	HD
VERELAN (verapamil er)	T3	HD
VERELAN (verapamil hcl)	T3	HD
VERELAN PM (verapamil er pm)	T3	HD
<b>SOLUCIONES CARDIOPLÉJICAS</b>		
CARDIOPLEGIA DEL NIDO FORMULA	T3	
CARDIOPLEGIA HIGH POTASSIUM	T3	
CARDIOPLEGIA IND 8:1 NON-ENRCH	T3	
CARDIOPLEGIA INDUCTION 4:1	T3	
CARDIOPLEGIA INDUCTION 8:1	T3	
CARDIOPLEGIA MAINTENANCE 4:1	T3	
CARDIOPLEGIA MAINTENANCE 8:1	T3	
CARDIOPLEGIA REPERFUSATE 4:1	T3	
cardioplegic (Plegisol)	T1	
MICROPLEGIA	T3	
PLEGISOL	T3	
<b>GLUCÓSIDOS DIGITÁLICOS</b>		
digitek (Lanoxin)	T1	HD
digoxin (Lanoxin)	T1	HD
LANOXIN	T3	HD
LANOXIN (digitek)	T3	HD
<b>ESTIMULADOR DE LA GUANILATO CICLASA SOLUBLE (SGC)</b>		
VERQUVO	T2	QL (MAX 30 Tabs/30 Days)

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

### 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
<b>VASODILADORES, CORONARIOS</b>		
DILATRATE-SR	T2	HD
GONITRO	T3	
ISORDIL ( <i>isosorbide dinitrate</i> )	T3	HD
<i>isosorbide dinitrate</i>	T1	HD
<i>isosorbide dinitrate</i> (Isordil Titradose)	T1	HD
<i>isosorbide dinitrate</i> (Isordil)	T1	HD
<i>isosorbide mononitrate</i>	T1	HD
MINITRAN	T3	HD
<i>nitro-bid</i>	T1	HD
NITRO-DUR	T3	HD
<i>nitroglycerin</i>	T1	HD
<i>nitroglycerin</i> (Nitro-Dur)	T1	HD
<i>nitroglycerin</i> (Nitrolingual)	T1	HD
<i>nitroglycerin</i> (Nitrolingual)	T1	
<i>nitroglycerin</i> (Nitrostat)	T1	HD
NITROLINGUAL ( <i>nitroglycerin</i> )	T3	
NITROMIST ( <i>nitroglycerin</i> )	T3	HD
NITROSTAT ( <i>nitroglycerin</i> )	T3	HD
<i>nitro-time</i>	T1	HD
<b>CARDIOVASCULARES (Asma/EPOC/condiciones respiratorias)</b>		
<b>ANTIHIP. PULM., ESTIMULADOR DE LA GUANILATO CICLASA SOLUBLE</b>		
ADEMPAS	T2	PA QL (90 tabs/30 days) SP HD
<b>ANTIHIP. PULM., INHIB. SEL. DE LA FOSFODIESTERASA T5 DE C-GMP</b>		
REVATIO ( <i>sildenafil</i> )	T3	PA QL SP HD
<i>sildenafil</i> (Revatio)	T1	PA QL SP HD
<i>tadalafil</i> (Adcirca)	T1	PA QL SP HD
<b>ANTIHIP. PULMONAR, ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES DE ENDOTELINA</b>		
<i>ambrisentan</i> (Letairis)	T1	PA SP HD
<i>bosentan</i> (Tracleer)	T1	PA SP HD
<i>bosentan</i> (Tracleer)	T1	PA
OPSUMIT	T2	PA QL (30 tabs/30 days) SP HD
TRACLEER 32 MG TABLET FOR SUSPENSION	T2	PA ST QL (120 tabs/30 days) SP HD
TRACLEER 62.5 MG, 125 MG TABLET ( <i>bosentan</i> )	T3	PA QL (60 tabs/30 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
<b>ANTIHIPERTENSIVOS PULMONARES, TIPO PROSTACICLINAS</b>		
ORENITRAM ER	T3	PA QL (90 tabs/30 days) SP HD
ORENITRAM TITRATION KT MONTH 1	T3	PA SP QL (168 tabs/28 days)
ORENITRAM TITRATION KT MONTH 2	T3	PA SP QL (336 tabs/28 days)
ORENITRAM TITRATION KT MONTH 3	T3	PA SP QL (252 tabs/28 days)
TYVASO	T2	PA ST SP HD
UPTRAVI	T2	PA QL (60 tabs/30 days) SP HD
UPTRAVI TITRATION PACK	T2	PA QL (1 pack/1 time use) SP HD
VENTAVIS	T3	PA SP HD
<b>CARDIOVASCULARES (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)</b>		
<b>COMBINACIÓN DE INHIBIDORES DE LA ECA-BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO</b>		
<i>amlodipine besylate-benazepril</i>	T1	HD
<i>amlodipine besylate-benazepril (Lotrel)</i>	T1	HD
PRESTALIA	T3	HD
TARKA ( <i>trandolapril-verapamil er</i> )	T3	HD
<i>trandolapril-verapamil</i>	T1	HD
<i>trandolapril-verapamil (Tarka)</i>	T1	HD
<b>INHIBIDOR DE LA ECA-TIAZIDA O DIURÉTICO TIAZÍDICO</b>		
<i>ACCURETIC (quinapril-hydrochlorothiazide)</i>	T3	HD
<i>benazepril hcl-hctz (Lotensin HCT)</i>	T1	HD
<i>captopril/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>enalapril maleate/hctz (Vaseretic)</i>	T1	HD
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<b>INHIBIDOR DE LA ECA-TIAZIDA O DIURÉTICO TIAZÍDICO (cont.)</b>		
<i>lisinopril-hctz (Zestoretic)</i>	T1	HD
<i>LOTENSIN HCT (benazepril-hydrochlorothiazide)</i>	T3	HD
<i>quinapril-hydrochlorothiazide (Accuretic)</i>	T1	HD
<i>VASERETIC (enalapril-hydrochlorothiazide)</i>	T3	HD
<i>ZESTORETIC (lisinopril-hydrochlorothiazide)</i>	T3	HD
<b>AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA/BETA</b>		
CARDURA ( <i>doxazosin mesylate</i> )	T3	QL HD
CARDURA XL	T3	QL (30 Units/30 days) HD
<i>doxazosin mesylate (Cardura)</i>	T1	QL HD
MINIPRESS ( <i>prazosin hcl</i> )	T3	HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

<b>CARDIOVASCULARES (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA/BETA (cont.)</b>		
<i>prazosin hcl</i> (Minipress)	T1	HD
<i>terazosin hcl</i>	T1	QL (30 caps/30 days ) HD
<b>ANTAG. DE RECEPT. DE ANGIOTENSINA-BLOQ. DE LOS CANALES DE CALCIO-TIAZIDAS</b>		
<i>amlodipine-valsartan-hctz</i> (Exforge HCT)	T1	HD
<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i> (Tribenzor)	T1	HD
<b>COMB. INHIBIDOR DEL RECEPT. DE ANGIOTENSINA-DE LA NEPRILISINA (ARNI)</b>		
ENTRESTO	T2	QL HD
<b>COMB. DE ANTAG. DE RECEPT. DE ANGIOTENSINA-DIURÉTICOS TIAZÍDICOS</b>		
<i>candesartan-hydrochlorothiazid</i> (Atacand Hct)	T1	HD
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i> (Avalide)	T1	HD
<i>losartan-hydrochlorothiazide</i> (Hyzaar)	T1	HD
<i>losartan-hydrochlorothiazide</i> (Hyzaar)	T1	
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i> (Benicar HCT)	T1	HD
<i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i> (Micardis HCT)	T1	HD
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i> (Diovan HCT)	T1	HD
<b>BLOQ. DE RECEPTORES DE ANGIOTENSINA-BLOQ. DE LOS CANALES DE CALCIO</b>		
<i>amlodipine-olmesartan</i> (Azor)	T1	HD
<i>amlodipine-valsartan</i> (Exforge)	T1	HD
<i>telmisartan-amlodipine</i> (Twynsta)	T1	HD
<b>ANTIHIPERTENSIVOS, INHIBIDORES DE LA ECA</b>		
ACCUPRIL ( <i>quinapril hcl</i> )	T3	HD
ALTACE ( <i>ramipril</i> )	T3	HD
<i>benazepril hcl</i> (Lotensin)	T1	HD
<i>captopril</i>	T1	HD
<i>enalapril maleate</i> (Vasotec)	T1	HD
<i>fosinopril</i>	T1	HD
<i>lisinopril</i> (Prinivil)	T1	HD
<i>lisinopril</i> (Zestril)	T1	HD
LOTENSIN ( <i>benazepril hcl</i> )	T3	HD
<i>moexipril hcl</i>	T1	HD
<i>perindopril erbumine</i>	T1	HD
PRINIVIL ( <i>lisinopril</i> )	T3	HD
<i>quinapril</i> (Accupril)	T1	HD
<i>ramipril</i> (Altace)	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

<b>CARDIOVASCULARES (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTIHIPERTENSIVOS, INHIBIDORES DE LA ECA (cont.)</b>		
<i>trandolapril</i>	T1	HD
VASOTEC ( <i>enalapril maleate</i> )	T3	HD
ZESTRIL ( <i>lisinopril</i> )	T3	HD
<b>ANTIHIPERTENSIVOS, ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ANGIOTENSINA</b>		
<i>candesartan cilexetil</i> (Atacand)	T1	HD
<i>eprosartan mesylate</i>	T1	
<i>irbesartan</i> (Avapro)	T1	HD
<i>losartan</i> (Cozaar)	T1	HD
<i>olmesartan medoxomil</i> (Benicar)	T1	HD
<i>telmisartan</i> (Micardis)	T1	HD
<i>valsartan</i> (Diovan)	T1	HD
<b>ANTIHIPERTENSIVOS, BLOQUEADORES GANGLIONARES</b>		
VECAMYL	T3	
<b>ANTIHIPERTENSIVOS, VARIOS</b>		
DEMSER	T3	PA HD
<b>ANTIHIPERTENSIVOS, SIMPATOLÍTICOS</b>		
CATAPRES ( <i>clonidine hcl</i> )	T3	HD
CATAPRES-TTS ( <i>clonidine</i> )	T3	QL (4 Patches/21 Days) HD
<i>clonidine hcl</i> (Catapres)	T1	HD
<i>clonidine hcl</i> (Catapres)	T1	
<i>clonidine hcl</i> (Catapres-TTS 1)	T1	QL (4 Patches/21 Days) HD
<i>clonidine hcl</i> (Catapres-TTS 2)	T1	QL (4 Patches/21 Days) HD
<i>clonidine hcl</i> (Catapres-TTS 3)	T1	QL (4 Patches/21 Days) HD
<i>guanfacine hcl</i>	T1	HD
<i>methylodopa</i>	T1	HD
<i>methylodopa/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<b>ANTIHIPERTENSIVOS, VASODILATADORES</b>		
<i>hydralazine hcl</i>	T1	HD
<i>minoxidil</i>	T1	HD
<b>AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS BETA</b>		
<i>acebutolol hcl</i>	T1	HD
<i>atenolol</i> (Tenormin)	T1	HD
BETAPACE ( <i>sorine</i> )	T3	HD
BETAPACE AF ( <i>sorine</i> )	T3	HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS BETA (cont.)</b>		
<i>betaxolol hcl</i>	T1	HD
<i>bisoprolol fumarate</i>	T1	HD
CORGARD ( <i>nadolol</i> )	T3	HD
HEMANGEOL	T3	HD
LOPRESSOR ( <i>metoprolol tartrate</i> )	T3	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> (Corgard)	T1	HD
<i>pindolol</i>	T1	HD
<i>propranolol hcl</i>	T1	HD
<i>propranolol hcl er</i> (Inderal La)	T1	HD
<i>sorine</i>	T1	HD
<i>sorine</i> (Betapace)	T1	HD
<i>sotalol</i>	T1	HD
<i>sotalol</i> (Betapace)	T1	HD
<i>sotalol af</i> (Betapace)	T1	HD
SOTYLIZE	T2	HD
TENORMIN ( <i>atenolol</i> )	T3	HD
<i>timolol maleate</i>	T1	HD
<b>BETABLOQUEANTES Y TIAZIDAS, DIURÉTICOS TIAZÍDICOS</b>		
<i>atenolol w/chlorthalidone</i> (Tenoretic 100)	T1	HD
<i>atenolol w/chlorthalidone</i> (Tenoretic 50)	T1	
<i>atenolol w/chlorthalidone</i> (Tenoretic 50)	T1	HD
<i>bisoprolol fumarate/hctz</i> (Ziac)	T1	HD
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i> (Lopressor HCT)	T1	HD
<i>propranolol hcl-hctz</i>	T1	HD
TENORETIC ( <i>atenolol-chlorthalidone</i> )	T3	HD
ZIAC ( <i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i> )	T3	HD
<b>INHIBIDOR DE LA RENINA, DIRECTO</b>		
<i>aliskiren</i> (Tekturna)	T1	HD
<b>COMB. DE INHIBIDORES DIRECTOS DE LA RENINA Y DIURÉTICOS TIAZÍDICOS</b>		
TEKTURNA HCT	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

<b>CARDIOVASCULARES (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>COMBINACIÓN DE VASODILADORES</b>		
BIDIL	T3	
<b>VASODILADORES, PERIFÉRICOS</b>		
<i>ergoloid mesylates</i>	T1	
<i>isoxsuprine hcl</i>	T1	
<b>CARDIOVASCULARES (Medicamentos para el colesterol)</b>		
<b>ANTIHIPERLIP. - INHIB. DE HMG-COA REDUCT.-INHIB. DE AB. DE COLEST.</b>		
<i>ezetimibe-atorvastatin tabs</i>	T1	ST HD QL (30 tabs/30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin (Vytorin)</i>	T1	QL (30 Units/30 days) HD
<b>ANTIHIPERLIP. - INHIB. DE HMG-COA REDUCT.-BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO</b>		
<i>amlodipine-atorvastatin (Caduet)</i>	T1	QL (30 Units/30 days) HD
CADUET ( <i>amlodipine-atorvastatin</i> )	T3	ST QL (30 Units/30 days) HD
<b>ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIB. DE LA PROTEÍNA SIMILAR A LA ANGIOPOYETINA 3</b>		
EVKKEEZA	T3	PA
<b>ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDORES DE MTP</b>		
JUXTAPID	T2	SP HD
<b>ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDORES DE PCSK9</b>		
REPATHA	T2	
<b>ANTIHIPERLIPIDÉMICOS-INHIB. DE LA HMG-COA REDUCTASA (ESTATINAS)</b>		
<i>atorvastatin (Lipitor)</i>	T1	QL (30 Units/30 days) HD PPACA
FLOLIPID	T3	ST QL HD
<i>fluvastatin</i>	T1	QL HD PPACA
<i>fluvastatin</i>	T1	QL (30 Units/30 days) HD PPACA
<i>fluvastatin er (Lescol XL)</i>	T1	QL (30 Units/30 days) HD PPACA
LESCOL XL ( <i>fluvastatin er</i> )	T3	ST QL (30 Units/30 days) HD
LIVALO	T2	ST QL (30 Units/30 days) HD
<i>lovastatin</i>	T1	QL HD PPACA
<i>pravastatin (Pravachol)</i>	T1	QL (30 Units/30 days) HD PPACA
<i>rosuvastatin (Crestor)</i>	T1	QL (30 Units/30 days) HD PPACA
<i>simvastatin</i>	T1	QL (30 Units/30 days) HD
<i>simvastatin (Zocor)</i>	T1	QL (30 Units/30 days) HD PPACA
ZYPITAMAG	T3	ST QL (30 Units/30 days) HD
<b>SECUESTRADORES DE SALES BILIARES</b>		
<i>cholestyramine (Questran)</i>	T1	HD
<i>cholestyramine light (Questran Light)</i>	T1	HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para el colesterol) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>SECUESTRADORES DE SALES BILIARES (cont.)</b>		
<i>colesevelam hcl</i> (Welchol)	T1	HD
COLESTID ( <i>colestipol hcl</i> )	T3	HD
<i>colestipol hcl</i> (Colestid)	T1	HD
<i>prevalite</i>	T1	HD
<i>prevalite</i> (Questran Light)	T1	HD
QUESTRAN ( <i>cholestyramine</i> )	T3	HD
QUESTRAN LIGHT ( <i>cholestyramine light</i> )	T3	HD
<b>LIPOTRÓPICOS</b>		
ANTARA	T3	ST HD
<i>ezetimibe</i> (Zetia)	T1	HD
<i>fenofibrate</i>	T1	HD
<i>fenofibrate</i> (Fenoglide)	T1	HD
<i>fenofibrate</i> (Tricor)	T1	HD
<i>fenofibric acid</i> (Fibricor)	T1	HD
<i>fenofibric acid</i> (Trilipix)	T1	HD
FENOGLIDE ( <i>fenofibrate</i> )	T3	ST HD
FIBRICOR ( <i>fenofibric acid</i> )	T3	ST HD
<i>gemfibrozil</i> (Lopid)	T1	HD
LIPOFEN	T2	HD
LOPID ( <i>gemfibrozil</i> )	T3	HD
<i>niacin</i>	T1	HD
<i>niacin er</i> (Niaspan)	T1	HD
NIACOR	T3	HD
NIASPAN ( <i>niacin er</i> )	T3	HD
TRIGLIDE	T3	ST
TRILIPIX ( <i>fenofibric acid</i> )	T3	ST HD
MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Enfermedad de Alzheimer)		
TRATAMIENTO DEL ALZHEIMER, ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES NMDA		
<i>memantine hcl</i> (Namenda)	T1	HD
<i>memantine hcl</i> (Namenda)	T1	
<i>memantine hcl er</i> (Namenda XR)	T1	HD
NAMENDA	T3	HD
NAMENDA ( <i>memantine hcl</i> )	T3	ST HD
NAMENDA XR	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 CENTRAL (Enfermedad de Alzheimer) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>TRATAMIENTO DEL ALZHEIMER, ANTAG. DE LOS RECEPTORES NMDA-INHIB. DE COLINA</b>		
NAMZARIC	T2	ST HD

### MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Varios)

#### AGENTES PARA LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA

EXSERVAN 50 MG FILM	T3	
RILUTEK ( <i>riluzole</i> )	T3	PA SP HD
<i>riluzole</i> (Rilutek)	T1	PA SP HD
TIGLUTIK	T3	PA SP

#### MEDICAMENTOS PARA TRATAR TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO

AUSTEDO XR 6 MG TABLET	T2	PA SP HD QL (210 tabs/30 days)
AUSTEDO XR 12 MG TABLET	T2	PA SP HD QL (90 tabs/30 days)
AUSTEDO XR 24 MG TABLET	T2	PA SP HD QL (60 tabs/30 days)
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4)	T2	SP PA QL (1 kit/30 days)
HORIZANT	T3	ST
INGREZZA CAPSULES	T3	PA ST QL (1 Cap/1 Day) SP HD
INGREZZA INITIATION PACK	T3	PA ST QL (28 caps/84 days)
<i>tetrabenazine</i> (Xenazine)	T1	PA QL SP HD

#### XANTINAS

<i>caffeine d</i>	T1	HD
-------------------	----	----

### MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Esclerosis múltiple)

#### AGENTES PARA TRATAR LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

AUBAGIO	T3	PA SP HD QL (30 tabs/30 days)
AVONEX ADMINISTRATION PACK	T2	PA QL (1 Kit/21 Days) SP HD
AVONEX PEN	T2	PA QL (1 Box/21 Days) SP HD
BAFIERTAM	T2	PA ST (120 Caps/30 Days) SP HD
BETASERON	T2	PA QL (14 Kits/23 Days) SP HD
COPAXONE 20 MG/ML SYRINGE ( <i>glatiramer</i> )	T3	PA QL (30 SYR/23 Days) SP HD
COPAXONE 40 MG/ML SYRINGE ( <i>glatiramer</i> )	T3	PA QL (12ML/23 Days) SP HD
<i>fingolimod</i>	T1	PA ST QL (30 caps/30 days) SP HD
<i>glatiramer acetate 20 mg/ml syringe</i> (Copaxone)	T1	QL (30 SYR/23 Days) SP HD
<i>glatiramer acetate 40 mg/ml syringe</i> (Copaxone)	T1	QL (12ML/23 Days) SP HD
<i>glatopa 20 mg/ml syringe</i> (Copaxone)	T1	PA QL (30 SYR/23 Days) SP HD
<i>glatopa 40 mg/ml syringe</i> (Copaxone)	T1	PA QL (12ML/23 Days) SP HD
KESIMPTA PEN	T2	PA ST QL (1 Pen/28 Days) SP HD
MAVENCLAD 10 MG X 10 TABLET PACK	T3	PA QL (10 Tabs/Dispense) 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

<b>MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Esclerosis múltiple) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>AGENTES PARA TRATAR LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE (cont.)</b>		
MAVENCLAD 10 MG X 4 TABLET PACK	T3	PA QL (4 Tabs/Dispense) SP HD
MAVENCLAD 10 MG X 5 TABLET PACK	T3	PA QL (5 Tabs/Dispense) SP HD
MAVENCLAD 10 MG X 6 TABLET PACK	T3	PA QL (6 Tabs/Dispense) SP HD
MAVENCLAD 10 MG X 7 TABLET PACK	T3	PA QL (7 Tabs/Dispense) SP HD
MAVENCLAD 10 MG X 8 TABLET PACK	T3	PA QL (8 Tabs/Dispense) SP HD
MAVENCLAD 10 MG X 9 TABLET PACK	T3	PA QL (9 Tabs/Dispense) SP HD
MAYZENT	T2	PA QL (30 Units/30 days) SP HD
PLEGRIDY PEN/SYRINGE	T2	PA QL (1ML/21 Days) SP HD
PLEGRIDY STARTER PACK	T2	PA QL (1 Pack/365 Days) SP HD
PONVORY	T2	PA ST QL (30 tabs/30 days) SP
PONVORY 14-DAY STARTER PACK	T2	PA ST QL (14 tabs/use)
PONVORY 20 MG TABLET	T2	PA ST QL (30 tabs/30 days) SP
REBIF REBIDOSE SYRINGES	T2	PA ST QL (1 pack/28 days) SP HD
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	T2	PA ST QL (1 pack/28 days) SP HD
REBIF SYRINGES	T2	PA QL (6ML/21 Days) SP HD
REBIF TITRATION PACK	T2	PA QL (5 ML/21 Days) SP HD
VUMERITY STARTER PACK	T2	PA QL (106 caps/30 days) SP HD
VUMERITY	T2	PA QL (120 caps/30 days) SP HD
ZEPOSIA		PA QL ST SP HD
ZEPOSIA 0.23-0.46 MG START PCK	T2	PA QL (37 Caps/30 Day) SP HD
ZEPOSIA 0.23-0.46-0.92 MG KIT	T2	PA QL (7 Caps/7 Days) SP HD
ZEPOSIA 0.92 MG CAPSULE	T2	PA QL (30 Caps/30 Days) SP HD
<b>AGENTES PARA EL TRAT. DE TRAST. DE LA TRANSMISIÓN NEUROMUSC., BLOQ. DE LOS CAN. DE POT.</b>		
AMPYRA ER 10 MG TABLET	T3	PA QL (30 Caps/30 Days) SP HD
<i>dalfampridine er</i> (Ampyra)	T1	PA SP HD
FIRDAPSE	T2	PA SP
RUZURGI	T2	PA SP
<b>MODULADOR DE LOS RECEPTORES DE ESFINGOSINA I-FOSFATO (SIP)</b>		
ZEPOSIA STARTER KIT (28-DAY)	T2	SP PA QL (1 kit/30 days)
<b>MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)</b>		
<b>INHIBIDORES DEL PÉPTIDO RELACIONADO CON EL GEN DE LA CALCITONINA (CGRP)</b>		
EMGALITY SYRINGE	T2	PA QL (1 Syr/23 Days)
<b>AGENTES PARA LA NEURALGIA POSTHERPÉTICA</b>		
GRALISE	T3	ST

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

### MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos convulsivos)

#### ANTICONVULSIVOS - TIPO BENZODIAZEPINAS

<i>clobazam</i> (Onfi)	T1	PA HD
<i>clonazepam</i> (Klonopin)	T1	HD
DIASTAT ( <i>diazepam</i> )	T3	HD
DIASTAT ACUDIAL ( <i>diazepam</i> )	T3	HD
<i>diazepam</i> (Diastat)	T1	HD
KLONOPIN ( <i>clonazepam</i> )	T3	HD
NAYZILAM	T2	PA QL HD
ONFI ( <i>clobazam</i> )	T3	PA HD
SYMPAZAN	T3	PA HD
VALTOCO	T3	PA QL HD

#### ANTICONVULSIVOS - TIPO CANNABINOIDES

EPIDIOLEX	T2	PA SP HD
-----------	----	----------

#### ANTICONVULSIVOS

APTIOM	T3	HD
BANZEL	T3	PA HD
BRIVIACT	T3	ST HD
<i>carbamazepine</i> (Tegretol)	T1	HD
<i>carbamazepine er</i> (Carbatrol)	T1	HD
<i>carbamazepine er</i> (Tegretol XR)	T1	HD
CARBATROL ( <i>carbamazepine er</i> )	T3	HD
CELONTIN	T2	HD
DEPAKOTE ( <i>divalproex</i> )	T3	ST HD
DEPAKOTE ER ( <i>divalproex er</i> )	T3	ST HD
DEPAKOTE SPRINKLE ( <i>divalproex</i> )	T3	ST HD
DIACOMIT	T2	PA SP HD
DILANTIN ( <i>phenytoin</i> )	T3	HD
DILANTIN 30 MG CAPSULE	T2	HD
<i>divalproex er</i> (Depakote ER)	T1	HD
<i>divalproex</i> (Depakote Sprinkle)	T1	HD
<i>divalproex</i> (Depakote)	T1	HD
<i>epitol</i> (Tegretol)	T1	HD
ELEPSIA XR	T3	ST HD
<i>ethosuximide</i> (Zarontin)	T1	HD
<i>felbamate</i> (Felbatol)	T1	HD
FELBATOL ( <i>felbamate</i> )	T3	HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos convulsivos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTICONVULSIVOS (cont.)</b>		
FYCOMPA	T2	HD
<i>gabapentin</i> (Neurontin)	T1	HD
GABITRIL ( <i>tiagabine hcl</i> )	T3	HD
LAMICTAL XR	T3	ST HD
<i>lamotrigine (blue)</i> (Lamictal (Blue))	T1	HD
<i>lamotrigine (green)</i> (Lamictal (Green))	T1	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal XR)	T1	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal)	T1	HD
<i>lamotrigine (orange)</i> (Lamictal (Orange))	T1	HD
<i>lamotrigine odt</i> (Lamictal ODT)	T1	HD
<i>levetiracetam</i>	T1	HD
<i>levetiracetam</i> (Keppra XR)	T1	HD
<i>levetiracetam</i> (Keppra)	T1	HD
MYSOLINE ( <i>primidone</i> )	T3	HD
<i>oxcarbazepine</i> (Trileptal)	T1	HD
OXTELLAR XR	T3	ST HD
PEGANONE	T2	HD
PHENYTEK ( <i>phenytoin extended</i> )	T3	HD
<i>phenytoin</i>	T1	HD
<i>phenytoin</i> (Dilantin)	T1	HD
<i>phenytoin</i> (Dilantin-125)	T1	HD
<i>phenytoin</i> (Phenytek)	T1	HD
<i>pregabalin</i> (Lyrica)	T1	HD
<i>primidone</i> (Mysoline)	T1	HD
QUDEXY XR	T2	ST HD
<i>roweepra</i> (Keppra)	T1	HD
SABRIL ( <i>vigabatrin</i> )	T3	PA SP HD
SPRITAM	T3	ST HD
<i>subvenite</i> (Lamictal (Blue))	T1	HD
<i>subvenite</i> (Lamictal (Green))	T1	HD
<i>subvenite</i> (Lamictal (Orange))	T1	HD
<i>subvenite</i> (Lamictal)	T1	HD
TEGRETOL ( <i>carbamazepine</i> )	T3	HD
TEGRETOL XR ( <i>carbamazepine 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 CENTRAL (Trastornos convulsivos) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTICONVULSIVOS (cont.)</b>		
<i>tiagabine hcl</i> (Gabitril)	T1	HD
<i>topiramate</i> (Topamax)	T1	HD
<i>topiramate er 25mg, 50mg, 100mg capsule</i> (Trokendi XR)	T1	ST
TROKENDI XR	T3	ST HD
<i>valproic acid</i>	T1	HD
VIGADRONE	T1	PA SP HD QL (150 pkts/30 days)
<i>vigadrone</i> (Sabril)	T1	PA SP HD
VIMPAT	T2	HD
ZARONTIN ( <i>ethosuximide</i> )	T3	HD
<i>zonisamide</i>	T1	HD
<i>zonisamide</i> (Zonegran)	T1	HD
ZTALMY 50 MG/ML SUSPENSION	T2	SP

### 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 SP HD
-------	----	-------------

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

#### ERITROPOYESIS-AGENTES ESTIMULANTES

PROCRIT	T2	PA SP
RETACRIT	T2	PA SP

#### ESTIMULANTES DE LEUCOCITOS (RECUENTO DE GLÓBULOS BLANCOS)

FULPHILA	T2	PA QL (2 SYR/23 Days) SP
LEUKINE	T2	SP
NIVESTYM	T2	PA SP
ZARXIO	T2	PA SP HD
ZIEXTENZO	T2	PA ST QL (2 syr/30 days) SP

#### AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE TROMBOPOYETINA

DOPTELET	T2	PA QL SP HD
PROMACTA	T2	PA SP HD

### ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos)

#### ANTICONCEPTIVOS, INTRAVAGINALES, SISTÉMICOS

ANNOVERA VAGINAL RING	T3	QL (1 ring)
<i>eluryng</i> (Nuvaring)	T1	PPACA

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos 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
<b>ANTICONCEPTIVOS, INTRAVAGINALES, SISTÉMICOS (cont.)</b>		
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> (Nuvaring)	T1	PPACA
NUVARING ( <i>eluryng</i> )	T3	
<b>ANTICONCEPTIVOS, IMPLANTABLES</b>		
NEXPLANON	T2	SP
<b>ANTICONCEPTIVOS, INYECTABLES</b>		
DEPO-PROVERA ( <i>medroxyprogesterone</i> )	T3	QL (1 ML/68 Days)
DEPO-SUBQ PROVERA	T3	QL (1 ML/68 Days)
<i>medroxyprogesterone acetate</i> (Depo-Provera)	T1	QL (1 ML/68 Days) PPACA
<b>ANTICONCEPTIVOS, INTRAVAGINALES</b>		
<i>gynol ii</i>	T1	PPACA
TODAY CONTRACEPTIVE SPONGE	T2	PPACA
<i>vcf</i>	T1	PPACA
<b>ANTICONCEPTIVOS, ORALES</b>		
<i>afirmelle</i>	T1	HD PPACA
AFTERA ( <i>aftera</i> )	T3	QL HD PPACA
<i>altavera</i>	T1	HD PPACA
<i>alyacen</i>	T1	HD PPACA
<i>amethia</i> (Seasonique)	T1	HD PPACA
<i>amethia lo</i> (Loseasonique)	T1	HD PPACA
<i>amethyst</i>	T1	HD PPACA
<i>apri</i>	T1	HD PPACA
<i>aranelle</i>	T1	HD PPACA
<i>ashlyna</i> (Seasonique)	T1	HD PPACA
<i>aubra</i>	T1	HD PPACA
<i>aubra eq</i>	T1	HD PPACA
<i>aurovela</i> (Loestrin)	T1	HD PPACA
<i>aurovela 24 fe</i>	T1	HD PPACA
<i>aurovela fe</i> (Loestrin Fe)	T1	HD PPACA
<i>aviane</i>	T1	HD PPACA
<i>ayuna</i>	T1	HD PPACA
<i>azurette</i> (Mircette)	T1	HD PPACA
<i>balziva</i>	T1	HD PPACA
<i>bekyree</i> (Mircette)	T1	HD PPACA
BEYAZ ( <i>drospirenone-eth estra-levomef</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

ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTICONCEPTIVOS, ORALES (cont.)</b>		
<i>blisovi 24 fe</i>	T1	HD PPACA
<i>blisovi fe</i> (Loestrin Fe)	T1	HD PPACA
<i>briellyn</i>	T1	HD PPACA
<i>camila</i>	T1	HD PPACA
<i>camrese</i> (Seasonique)	T1	HD PPACA
<i>camrese lo</i> (Loseasonique)	T1	HD PPACA
<i>caziant</i>	T1	HD PPACA
<i>chateal</i>	T1	HD PPACA
<i>chateal eq</i>	T1	HD PPACA
<i>cryselle</i>	T1	HD PPACA
<i>cyclafem</i>	T1	HD PPACA
<i>cyred</i>	T1	HD PPACA
<i>cyred eq</i>	T1	HD PPACA
<i>dasetta</i>	T1	HD PPACA
<i>daysee</i> (Seasonique)	T1	HD PPACA
<i>deblitane</i>	T1	HD PPACA
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	T1	
<i>desogestr-eth estrad eth estra</i> (Mircette)	T1	HD PPACA
<i>drospirenone-eth estra-levomef</i> (Beyaz)	T1	HD PPACA
<i>drospirenone-eth estra-levomef</i> (Safyral)	T1	HD PPACA
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> (Yasmin 28)	T1	HD PPACA
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> (Yaz)	T1	HD PPACA
<i>econtra ez</i> (Plan B One-Step)	T1	QL HD PPACA
<i>econtra one-step</i> (Plan B One-Step)	T1	QL HD PPACA
<i>elinest</i>	T1	HD PPACA
ELLA	T2	QL HD PPACA
<i>emoquette</i>	T1	HD PPACA
<i>enpresse</i>	T1	HD PPACA
<i>enskyce</i>	T1	HD PPACA
<i>errin</i>	T1	HD PPACA
<i>estarylla</i>	T1	HD PPACA
<i>ethynodiol-ethinyl estradiol</i>	T1	HD PPACA
<i>falmina</i>	T1	HD PPACA
<i>fayosim</i> (Quartette)	T1	HD PPACA

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTICONCEPTIVOS, ORALES (cont.)</b>		
<i>fémynor</i>	T1	HD PPACA
<i>gianvi</i> (Yaz)	T1	HD PPACA
<i>hailey</i> (Loestrin)	T1	HD PPACA
<i>hailey 24 fe</i>	T1	HD PPACA
<i>heather</i>	T1	HD PPACA
<i>incassia</i>	T1	HD PPACA
<i>introvale</i>	T1	HD PPACA
<i>isibloom</i>	T1	HD PPACA
<i>jasmiel</i> (Yaz)	T1	HD PPACA
<i>jencycla</i>	T1	
<i>jolessa</i>	T1	HD PPACA
<i>juleber</i>	T1	HD PPACA
<i>junel</i> (Loestrin)	T1	HD PPACA
<i>junel fe</i>	T1	HD PPACA
<i>junel fe</i> (Loestrin Fe)	T1	HD PPACA
<i>kaitlib fe</i> (Generess Fe)	T1	HD PPACA
<i>kalliga</i>	T1	HD PPACA
<i>kariva</i> (Mircette)	T1	HD PPACA
<i>kelnor 1-35</i>	T1	HD PPACA
<i>kelnor 1-50</i>	T1	HD PPACA
<i>larin</i> (Loestrin)	T1	HD PPACA
<i>larin fe</i>	T1	HD PPACA
<i>larin fe</i> (Loestrin Fe)	T1	HD PPACA
<i>larissia</i>	T1	HD PPACA
<i>layolis fe</i> (Generess Fe)	T1	HD
<i>leena</i>	T1	HD PPACA
<i>lessina</i>	T1	HD PPACA
<i>levonest</i>	T1	HD PPACA
<i>levonorgestrel</i> (Plan B One-Step)	T1	QL HD PPACA
<i>levonorgestrel-eth estradiol</i>	T1	HD PPACA
<i>levonorgestrel-eth estradiol</i>	T1	
<i>levonorg-eth estrad eth estrad</i> (Loseasonique)	T1	HD PPACA
<i>levonorg-eth estrad eth estrad</i> (Quartette)	T1	HD PPACA
<i>levonorg-eth estrad eth estrad</i> (Seasonique)	T1	HD PPACA

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTICONCEPTIVOS, ORALES (cont.)</b>		
<i>levora</i>	T1	HD PPACA
<i>lillow</i>	T1	HD PPACA
<i>loryna</i> (Yaz)	T1	HD PPACA
<i>low-ogestrel</i>	T1	HD PPACA
<i>lo-zumandimine</i> (Yaz)	T1	HD PPACA
<i>lutera</i>	T1	HD PPACA
<i>lyza</i>	T1	HD PPACA
<i>marlissa</i>	T1	HD PPACA
<i>melodetta 24 fe</i> (Minastrin 24 Fe)	T1	HD PPACA
<i>microgestin</i> (Loestrin)	T1	HD PPACA
<i>microgestin fe</i> (Loestrin Fe)	T1	HD PPACA
<i>mili</i>	T1	HD PPACA
<i>mono-lynah</i>	T1	HD PPACA
<i>my choice</i> (Plan B One-Step)	T1	QL HD PPACA
<i>my way</i> (Plan B One-Step)	T1	QL HD PPACA
<i>necon</i>	T1	HD PPACA
<i>new day</i> (Plan B One-Step)	T1	QL HD PPACA
<i>nikki</i> (Yaz)	T1	HD PPACA
<i>nora-be</i>	T1	HD PPACA
<i>norethindrone acetate</i>	T1	HD PPACA
<i>norethindrone-ethin estradiol</i> (Loestrin)	T1	HD PPACA
<i>norethin-eth estra ferrous fum</i> (Generess Fe)	T1	HD PPACA
<i>norethin-eth estra ferrous fum</i> (Loestrin Fe)	T1	HD PPACA
<i>norethin-eth estra ferrous fum</i> (Minastrin 24 Fe)	T1	HD PPACA
<i>norethin-eth estra ferrous fum</i> (Minastrin 24 Fe)	T1	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	T1	HD PPACA
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	T1	
<i>norgestrel-ethiny estra</i>	T1	
<i>norlyda</i>	T1	HD PPACA
<i>nortrel</i>	T1	HD PPACA
<i>ocella</i> (Yasmin 28)	T1	HD PPACA
<i>ogestrel</i>	T1	
<i>opcicon one-step</i> (Plan B One-Step)	T1	QL HD PPACA
<i>option 2</i> (Plan B One-Step)	T1	QL HD PPACA

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTICONCEPTIVOS, ORALES (cont.)</b>		
<i>orsythia</i>	T1	HD PPACA
ORTHO-NOVUM ( <i>alyacen</i> )	T3	
<i>philith</i>	T1	HD PPACA
<i>pimtree</i> (Mircette)	T1	HD PPACA
<i>pirmella</i>	T1	HD PPACA
PLAN B ONE-STEP ( <i>aftera</i> )	T2	QL HD PPACA
<i>portia</i>	T1	HD PPACA
<i>previfem</i>	T1	HD PPACA
<i>reclipsen</i>	T1	HD PPACA
<i>rivelsa</i> (Quartette)	T1	HD PPACA
<i>setlakin</i>	T1	HD PPACA
<i>sharobel</i>	T1	HD PPACA
<i>simliya</i> (Mircette)	T1	HD PPACA
<i>simpesse</i> (Seasonique)	T1	HD PPACA
<i>sprintec</i>	T1	HD PPACA
<i>sronyx</i>	T1	HD PPACA
<i>syeda</i> (Yasmin 28)	T1	HD PPACA
TAKE ACTION ( <i>aftera</i> )	T3	QL HD PPACA
<i>tarina fe</i>	T1	HD PPACA
<i>tarina fe</i> (Loestrin Fe)	T1	HD PPACA
<i>tilia fe</i> (Estrostep Fe)	T1	HD PPACA
<i>tri femynor</i>	T1	HD PPACA
<i>tri-estarylla</i>	T1	HD PPACA
<i>tri-legest fe</i> (Estrostep Fe)	T1	HD PPACA
<i>tri-linyah</i>	T1	HD PPACA
<i>tri-lo-estarylla</i>	T1	HD PPACA
<i>tri-lo-marzia</i>	T1	HD PPACA
<i>tri-lo-mili</i>	T1	HD PPACA
<i>tri-lo-sprintec</i>	T1	HD PPACA
<i>tri-mili</i>	T1	HD PPACA
<i>tri-previfem</i>	T1	HD PPACA
<i>tri-sprintec</i>	T1	HD PPACA
<i>trivora</i>	T1	HD PPACA
<i>tri-vylibra</i>	T1	HD PPACA

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTICONCEPTIVOS, ORALES (cont.)</b>		
<i>tulana</i>	T1	HD PPACA
<i>tydemy</i> (Safyral)	T1	HD PPACA
<i>velivet</i>	T1	HD PPACA
<i>vienva</i>	T1	HD PPACA
<i>viorele</i> (Mircette)	T1	HD PPACA
<i>vyfemla</i>	T1	HD PPACA
<i>vylibra</i>	T1	HD PPACA
<i>wera</i>	T1	HD PPACA
<i>wymzya fe</i>	T1	HD PPACA
YAZ ( <i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> )	T3	HD
<i>zarah</i> (Yasmin 28)	T1	HD PPACA
<i>zovia</i>	T1	HD PPACA
<i>zumandimine</i> (Yasmin 28)	T1	HD PPACA
<b>ANTICONCEPTIVOS TRANSDÉRMICOS</b>		
<i>xulane</i>	T1	HD PPACA
<b>DIAFRAGMAS/CAPUCHONES CERVICALES</b>		
CAYA CONTOURED	T3	PPACA
FEMCAP	T2	PPACA
WIDE SEAL DIAPHRAGM	T3	PPACA
<b>DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)</b>		
KYLEENA	T2	SP
LILETTA	T3	SP
MIRENA	T2	SP
PARAGARD T 380-A	T3	SP
SKYLA	T2	SP
<b>ANTICONCEPTIVOS (Varios)</b>		
<b>PRESERVATIVOS</b>		
FC2 FEMALE CONDOM	T2	PPACA
<b>PREPARACIONES PARA LA TOS/EL RESFRÍO (Medicamentos para la tos/el resfrío)</b>		
<b>ANTITUSIVOS NO OPIOIDES</b>		
<i>benzonatate</i> (Tessalon Perle)	T1	
TESSALON PERLE ( <i>benzonatate</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

PREPARACIONES PARA LA TOS/EL RESFRÍO (Medicamentos para la tos/el resfrío) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTITUS. NO OPIOIDES-ANTIISTAMÍNICOS DE 1.ª GENERACIÓN-DESCONGESTIVOS</b>		
BROMFED-DM ( <i>bromfed dm</i> )	T3	
<i>brompheniramin-pseudoephed-dm</i>	T1	
<i>brompheniramine w/pseudoephed</i>	T1	
<b>COMB. DE ANTITUSIVOS NO OPIOIDES-ANTIISTAMÍNICOS DE 1.ª GENERACIÓN</b>		
<i>promethazine w/dm</i>	T1	
<b>ANTITUSIVOS OPIOIDES- ANTIISTAMÍNICOS DE 1.ª GENERACIÓN-DESCONGEST.</b>		
CAPCOF	T3	
HISTEX-AC	T3	
MAXI-TUSS CD	T3	
M-END PE	T3	
POLY-TUSSIN AC	T3	
<i>promethazine vc w/codeine</i>	T1	
<b>ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTIISTAMÍNICOS DE 1.ª GENERACIÓN</b>		
<i>hydrocodone-chlorpheniramine</i>	T1	
<i>promethazine w/codeine</i>	T1	
TUSSICAPS	T3	PA
TUXARIN ER	T3	
TUZISTRA XR	T3	PA
Z-TUSS AC	T3	
<b>COMBINACIONES DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTICOLINÉRGICOS</b>		
<i>hydrocodone compound</i>	T1	
<i>hydrocodone/homatropine</i>	T1	
<i>hydromet</i>	T1	
<b>COMB. DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-DESCONGESTIVOS-EXPECTORANTES</b>		
CODITUSSIN DAC	T3	
<i>guaifenesin dac</i>	T1	
<i>lortuss ex</i>	T1	
<i>virtussin dac</i>	T1	
<b>COMBINACIÓN DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-EXPECTORANTES</b>		
CODITUSSIN AC	T3	
<i>g tussin ac</i> (Virtussin Ac)	T1	
<i>guaifenesin ac</i> (Virtussin Ac)	T1	
<i>guaifenesin with codeine</i> (Virtussin Ac)	T1	
<i>guiatussin ac</i> (Virtussin Ac)	T1	
MAR-COF CG	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

<b>PREPARACIONES PARA LA TOS/EL RESFRÍO (Medicamentos para la tos/el resfrío) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>COMBINACIÓN DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-EXPECTORANTES (cont.)</b>		
<i>m-clear wc</i>	T1	
NINJACOF-XG	T3	
<i>virtussin ac</i> (Virtussin Ac)	T1	
<b>DIAGNÓSTICO (Diabetes)</b>		
<b>DIAGNÓSTICO DEL NIVEL DE AZÚCAR EN SANGRE</b>		
FREESTYLE TEST STRIPS	T2	
ONE TOUCH ULTRA TEST STRIPS	T2	
ONE TOUCH VERIO	T2	
PRECISION XTRA	T2	
<b>ELEMENTOS PARA EXAMEN DE GLUCOSA EN ORINA</b>		
DIASTIX REAGENT	T2	
<b>DIAGNÓSTICO (Varios)</b>		
<b>PREPARACIONES PARA ANÁLISIS DE SANGRE</b>		
FORA GTEL KETONE TEST STRIP	T3	
NOVAMAX PLUS	T2	
PRECISION XTRA	T2	
<b>PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO CARDIOVASCULAR - RADIOPACOS</b>		
OMNIPAQUE	T3	
<b>PREPARACIONES DE DIAGNÓSTICO, VARIAS</b>		
ARIDOL	T3	
GLUCAGEN	T2	
PROVOCHOLINE	T3	
TC99M SULFUR COLLOID PREP	T3	
TOXICOLOGY SALIVA COLLECTION	T3	
<b>DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS PARA PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO</b>		
BD VERITOR SYSTEM SARS-COV[1]2	T2	
BINAXNOW COVID AG CARD HOME TST	T2	
BINAXNOW COVID-19 AG CARD	T2	
BINAXNOW COVID-19 AG SELF TEST	T2	
COVID19 SPECIMEN COLLECT NCPDP	T2	
CVS COVID19 TEST BY PHARMACIST	T2	
ELLUME COVID-19 HOME TEST	T2	
FLOWFLEX COVID-19 AG HOME TEST	T2	
INTELISWAB COVID-19 RAPID TEST	T2	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

<b>DIAGNÓSTICO (Varios) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS PARA PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO (cont.)</b>		
QUICKVUE AT-HOME COVID-19 TEST	T2	
QUICKVUE SARS ANTIGEN TEST	T2	
RAPID RESPONSE COVID-19 TEST	T2	
SOFIA SARS ANTIGEN FIA TEST	T2	
SOFIA2 FLU-SARS ANTIGEN FIA	T2	
VERITOR SARS-COV-2 AND FLU A-B	T2	
<b>AGENTES PARA EL DIAGNÓSTICO OCULAR</b>		
<i>bio glo</i> (Fluor-I-Strip At)	T1	
<i>ful-glo</i> (Fluor-I-Strip At)	T1	
<i>glostrips</i> (Fluor-I-Strip At)	T1	
<b>DIURÉTICOS (Diuréticos)</b>		
<b>ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ARGININA VASOPRESINA (AVP)</b>		
JYNARQUE	T3	PA QL SP
SAMSCA 15 MG TABLET	T2	PA QL (30 Units/30 days) SP
SAMSCA 30 MG TABLET	T3	PA QL SP
<b>INHIBIDORES DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA</b>		
<i>acetazolamide</i>	T1	HD
<i>methazolamide</i>	T1	HD
<b>DIURÉTICOS DE ASA</b>		
<i>bumetanide</i>	T1	HD
EDECIN ( <i>ethacrynic acid</i> )	T3	HD
<i>ethacrynic acid</i> (Edecrin)	T1	HD
<i>furosemide</i>	T1	HD
FUROSEMIDE	T3	HD
<i>furosemide</i> (Lasix)	T1	HD
LASIX ( <i>furosemide</i> )	T3	HD
<i>torseamide</i>	T1	HD
<i>torseamide</i>	T1	
<b>DIURÉTICOS OSMÓTICOS</b>		
RESECTISOL	T2	
<b>AGENTE DE LA ENFERMEDAD RENAL POLIQUÍSTICA, ANTAG. DE LOS RECEP. DE LA AVP</b>		
JYNARQUE 15mg tablets	T3	PA QL (120 tabs/30 days) SP
JYNARQUE 30mg tablets	T3	PA QL (120 tabs/30 days) SP

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

<b>DIURÉTICOS (Diuréticos) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>AGENTE DE LA ENFERMEDAD RENAL POLIQUÍSTICA, ANTAG. DE LOS RECEPTORES DE LA AVP (cont.)</b>		
JYNARQUE 15-15mg tablets (7-day blister packs)	T3	PA QL (56 tabs/28 days) SP
JYNARQUE 30-15mg tablets (7-day blister packs)	T3	PA QL (56 tabs/28 days) SP
<b>DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO</b>		
ALDACTONE ( <i>spironolactone</i> )	T3	HD
<i>amiloride hcl</i>	T1	HD
CAROSPIR	T3	PA HD
DYRENIUM ( <i>triamterene</i> )	T3	HD
<i>eplerenone</i> (Inspra)	T1	HD
INSPRA ( <i>eplerenone</i> )	T3	HD
<i>spironolactone</i> (Aldactone)	T1	HD
<i>triamterene</i> (Dyrenium)	T1	HD
<b>DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO EN COMBINACIÓN</b>		
ALDACTAZIDE	T3	HD
ALDACTAZIDE ( <i>spironolactone-hctz</i> )	T3	HD
<i>amiloride hcl w/hctz</i>	T1	HD
DYAZIDE ( <i>triamterene-hydrochlorothiazid</i> )	T3	HD
MAXZIDE ( <i>triamterene-hydrochlorothiazid</i> )	T3	HD
JYNARQUE 45-15mg tablets	T3	PA QL (56 tabs/30 days) SP
JYNARQUE 60-30mg tablets	T3	PA QL (56 tabs/30 days) SP
JYNARQUE 90-30mg tablets	T3	PA QL (56 tabs/30 days) SP
<i>spironolactone w/hctz</i> (Aldactazide)	T1	HD
<i>triamterene w/hctz</i> (Dyazide)	T1	HD
<i>triamterene w/hctz</i> (Maxzide)	T1	HD
<i>triamterene w/hctz</i> (Maxzide-25 Mg)	T1	HD
<b>TIAZIDA Y DIURÉTICOS AFINES</b>		
<i>chlorthalidone</i>	T1	HD
DIURIL	T3	HD
<i>hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>indapamide</i>	T1	HD
<i>metolazone</i>	T1	HD
<b>PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Alergia/rociadores nasales)</b>		
<b>ANTIHIISTAMÍNICOS NASALES</b>		
<i>azelastine hcl</i>	T1	QL HD
<i>olopatadine hcl</i> (Patanase)	T1	QL HD
PATANASE ( <i>olopatadine hcl</i> )	T3	QL HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos 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
<b>COMB. DE ANTIHISTAMÍNICOS NAALES Y ANTIINFLAM. ESTEROIDEOS</b>		
DYMISTA ( <i>azelastine-fluticasone</i> )	T2	ST QL HD
RYALTRIS 665-25MCG SPRAY	T3	ST QL HD
<b>ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS NAALES</b>		
FLONASE ALLERGY RELIEF 50mcg NASAL SPRAY (15.8 PS)	T3	
FLONASE ALLERGY RELIEF 50mcg NASAL SPRAY (9.9 PS)	T2	
FLONASE SENSIMIST 27.5mcg (5.9, 9.9)	T2	
FLONASE SENSIMIST 27.5mcg (9.1, 15.8)	T2	
flunisolide	T1	QL HD
fluticasone propionate	T1	QL HD
mometasone (Nasonex)	T1	QL HD
NASACORT ALLERGY 24 hour SPRAY (10.8 PS)	T2	
NASACORT ALLERGY 24 hour SPRAY (16.9 PS)	T2	
NASONEX	T3	ST SP
RHINOCORT ALLERGY RELIEF 50mcg NASAL SPRAY	T2	
RHINOCORT AQUA NASAL SPRAY	T2	
SINUVA	T3	SP HD
XHANCE	T3	ST QL HD
<b>PREPARACIONES NAALES, VARIAS (CON RECETA)</b>		
COCAINE HCL	T3	HD
GOPRELTO	T3	HD
<i>ipratropium bromide</i>	T1	QL (30 Units/30 days) HD
NUMBRINO	T3	HD
<b>PREPARACIONES NAALES, VASOCONSTRICTORES (CON RECETA)</b>		
ADRENALIN CHLORIDE	T3	
PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Medicamentos para los oídos)		
<b>PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIINFLAMATORIAS</b>		
DERMOTIC ( <i>flac otic oil</i> )	T3	
<i>flac otic oil</i> (Dermotic)	T1	
<i>fluocinolone acetonide oil</i> (Dermotic)	T1	
<b>PREPARACIONES ÓTICAS, VARIAS, ANTIINFECCIOSOS</b>		
<i>acetic acid</i>	T1	
<i>acetic acid/hydrocortisone</i>	T1	
CORTANE-B ( <i>hc pramoxine</i> )	T3	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Condiciones oculares)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES PARA EL ENTRECruzAMIENTO DE COLÁGENO CORNEAL</b>		
PHOTREXA CROSS-LINKING	T3	
PHOTREXA VISCOUS	T3	
<b>LÁGRIMAS ARTIFICIALES</b>		
KLARITY (CHONDROITIN)	T3	
LACRISERT	T3	PA
<b>ANTIINFECCIOSOS PARA LOS OJOS (CON RECETA ÚNICAMENTE)</b>		
BETADINE	T3	
<b>AGENTES ANTIINFLAMATORIOS PARA LOS OJOS</b>		
DEXTENZA	T3	
DEXYCU	T3	
DUREZOL	T3	ST
EYSUVIS	T3	PA QL (MAX 8.3ml/14 Days)
<i>fluorometholone (Fml)</i>	T1	
<i>flurbiprofen</i>	T1	
FML ( <i>fluorometholone</i> )	T3	
ILEVRO	T3	
ILUVIEN	T3	SP
INVELTYS	T3	ST
<i>ketorolac (Acular LS)</i>	T1	
<i>ketorolac (Acular)</i>	T1	
KLARITY-B (BETAMETHASONE-CHOND)	T3	
KLARITY-L (LOTEPREDNOL-CHONDR)	T3	
LOTEMAX DROPS ( <i>loteprednol etabonate</i> )	T3	
LOTEMAX GEL, OINTMENT	T3	ST
LOTEMAX SM	T3	ST
<i>loteprednol etabonate (Lotemax)</i>	T1	
OZURDEX	T2	SP
PRED FORTE ( <i>prednisolone</i> )	T3	
<i>prednisolone phosphate</i>	T1	
<i>prednisolone acetate (Pred Forte)</i>	T1	
PREDNISOLONE-BROMFENAC	T3	
PREDNISOLONE-NEPAFENAC	T3	
PROLENSA	T3	
RETISERT	T3	SP

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

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
<b>AGENTES ANTIINFLAMATORIOS PARA LOS OJOS (cont.)</b>		
TRIESENCE	T3	
YUTIQ	T3	SP
<b>IRRIGACIÓN OCULAR</b>		
<i>balanced salt (BSS)</i>	T1	
<b>ANESTÉSICOS LOCALES PARA LOS OJOS</b>		
AKTEN	T3	
ALCAINE ( <i>proparacaine hcl</i> )	T3	
<i>altacaine</i>	T1	
ALTAFLUOR BENOX	T3	
<i>proparacaine hcl (Alcaine)</i>	T1	
<i>proparacaine-fluorescein</i>	T1	
<i>tetracaine hcl</i>	T1	
<b>ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS PARA LOS OJOS</b>		
<i>cromolyn</i>	T1	
<i>pilocarpine hcl (Isopto Carpine)</i>	T1	HD
SIMBRINZA	T3	HD
<i>timolol maleate (Istalol)</i>	T1	HD
<i>timolol maleate (Timoptic)</i>	T1	HD
<i>timolol maleate (Timoptic-XE)</i>	T1	HD
TIMOLOL-BRIMONIDIN-DORZOLAMIDE	T3	HD
TIMOLOL-BRIMONI-DORZOL-LATANOP	T3	HD
TIMOLOL-DORZOLAMIDE-LATANOPRST	T3	HD
TIMOLOL-LATANOPROST	T3	HD
TIMOPTIC ( <i>timolol maleate</i> )	T3	ST HD
TIMOPTIC-XE ( <i>timolol maleate</i> )	T3	ST HD
<i>travoprost (Travatan Z)</i>	T1	HD
TRUSOPT ( <i>dorzolamide hcl</i> )	T3	ST HD
VYZULTA	T3	ST HD
<b>COMBINACIONES DE MIDRIÁTICOS OCULARES Y AINE</b>		
MYDRIATIC4 (TROP-PROP-PE-KTRLC)	T3	
OMIDRIA	T3	
<b>PREPARACIONES OCULARES, VARIAS (SIN RECETA)</b>		
GELFILM	T3	
<b>VASOCONSTRICTORES PARA LOS OJOS</b>		
<i>phenylephrine hcl</i>	T1	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

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
<b>MÍÓTICOS Y OTROS REDUCTORES DE LA PRESIÓN INTRAOCULAR</b>		
ALPHAGAN P 0.1% DROPS	T3	ST HD
ALPHAGAN P 0.15% DROPS ( <i>brimonidine tartrate</i> )	T3	HD
<i>apraclonidine hcl</i>	T1	HD
<i>betaxolol hcl</i>	T1	HD
BETOPTIC S	T3	HD
<i>bimatoprost</i>	T1	HD
<i>brimonidine tartrate</i> (Alphagan P)	T1	HD
BRIMONIDINE-DORZOLAMIDE	T3	HD
<i>carteolol hcl</i>	T1	HD
COMBIGAN	T3	HD
DORZOLAMIDE HCL	T3	HD
<i>dorzolamide hcl</i> (Trusopt)	T1	HD
DORZOLAMIDE-TIMOLOL	T3	HD
<i>dorzolamide-timolol</i> (Cosopt PF)	T1	HD
<i>dorzolamide-timolol</i> (Cosopt)	T1	HD
IOPIDINE	T3	ST HD
ISOPTO CARPINE ( <i>pilocarpine hcl</i> )	T3	HD
LATANOPROST	T3	HD
<i>latanoprost</i> (Xalatan)	T1	HD
<i>levobunolol hcl</i>	T1	HD
LUMIGAN	T3	PA HD
MIOCHOL-E	T3	HD
<i>miostat</i> (Miostat)	T1	HD
PHOSPHOLINE IODIDE	T2	HD
<b>MIDRIÁTICOS</b>		
<i>atropine</i>	T1	HD
<i>atropine</i> (Isopto Atropine)	T1	HD
CYCLOGYL ( <i>cyclopentolate hcl</i> )	T3	HD
CYCLOMYDRIL	T3	HD
<i>cyclopentolate hcl</i> (Cyclogyl)	T1	HD
CYCLOPENTOLATE-TROPICAMIDE-PE	T3	HD
EPINEPHRINE-LIDOCAINE HCL-BSS	T3	HD
<i>homatropaire</i>	T1	HD
ISOPTO ATROPINE ( <i>atropine</i> )	T3	HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

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
<b>MIDRIÁTICOS (cont.)</b>		
MYDRIACYL ( <i>tropicamide</i> )	T3	HD
PAREMYD	T3	HD
<i>tropicamide</i>	T1	HD
<i>tropicamide</i> (Mydracyl)	T1	HD
TROPICAMIDE-CYCLOPENTOLATE-PE	T3	HD
TROPICAMIDE-PHENYLEPHRINE	T3	HD
<b>ANTAGONISTAS DEL FACTOR DE CRECIMIENTO ENDOTELIAL VASC. OFT.</b>		
EYLEA	T2	PA SP
MACUGEN	T3	PA
<b>ANTICUERPOS MONOCLONALES RECOMBINANTES ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DEL VEGF-A OFTÁLMICOS</b>		
BEOVU	T3	PA SP
BEVACIZUMAB	T3	SP
LUCENTIS	T3	PA SP
<b>AGENTES ANTIFIBRÓTICOS OFTÁLMICOS</b>		
MITOSOL	T3	
<b>ANTIINFLAMATORIOS OFTÁLMICOS, TIPO INMUNOMODULADOR</b>		
CEQUA	T3	PA HD
CYCLOSPORINE IN KLARITY	T3	HD
RESTASIS	T3	PA QL HD
RESTASIS MULTIDOSE	T2	PA QL HD
XIIDRA	T2	PA QL
<b>AGENTES OFTÁLMICOS REDUCTORES DE LA CISTINA</b>		
CYSTARAN	T2	SP
<b>FACTOR DE CRECIMIENTO DEL NERVIIO OFTÁLMICO HUMANO (HNGF)</b>		
OXERVATE	T2	PA SP HD
<b>PREPARACIONES OFTÁLMICAS, VARIAS</b>		
AMVISC	T3	SP
AMVISC PLUS	T3	SP
<i>biolan</i>	T1	SP
DISCOVISC	T3	
DUOVISC	T3	
HYALURONIDASE	T3	
PROVISC	T3	SP
VISCOAT	T3	

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

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

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

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



## Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES ENZIMÁTICOS PROTEOLÍTICOS OFTÁLMICOS</b>		
JETREA	T2	
<b>ELEMENTOS DE ASISTENCIA PARA OPERACIÓN OFTALMOLÓGICA</b>		
CELLUGEL	T3	
MEMBRANEBLUE	T3	
<i>ocucoat</i> (Cellugel)	T1	
VISIONBLUE	T3	

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

#### PREPARACIONES CON FLÚOR

CLINPRO 5000	T3	
<i>denta 5000 plus</i>	T1	
<i>dentagel</i>	T1	
FLUORIDEX DAILY DEFENSE	T3	
FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF	T3	
<i>fluoritab</i>	T1	PPACA
PREVIDENT	T3	
PREVIDENT 5000 ENAMEL PROTECT	T3	
PREVIDENT 5000 ORTHO DEFENSE	T3	
PREVIDENT 5000 SENSITIVE	T3	
<i>sf</i>	T1	
<i>sf 5000 plus</i>	T1	
<i>sodium fluoride</i>	T1	
<i>sodium fluoride 5000 plus</i>	T1	
<i>sodium fluoride enamel protect</i>	T1	
<i>sodium fluoride sensitive</i>	T1	

#### REPOSICIÓN DE HIERRO

ACCRUFER 30 MG CAPSULE	T3	
FERAHEME 510 MG/17 ML VIAL	T3	PA

### ELECT./CALÓRICOS/H2O (Diabetes)

#### AGENTES PARA TRATAR LA HIPOGLUCEMIA (HIPERGLUCÉMICOS)

BAQSIMI	T2	QL
<i>dex4 glucose</i>	T1	
GLUCAGEN	T2	QL
GLUCAGON EMERGENCY KIT	T2	QL
<i>gluco burst</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

<b>ELECT./CALÓRICOS/H2O (Diabetes) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>AGENTES PARA TRATAR LA HIPOGLUCEMIA (HIPERGLUCÉMICOS) (cont.)</b>		
GLUCO SHOT	T3	
<i>glucose</i>	T1	
GLUCOSE	T3	
<i>glucose bits</i>	T1	
<i>glucose gel</i>	T1	
<i>glucose</i>	T1	
GLUTOSE ( <i>gluco burst</i> )	T2	
GVOKE	T2	
GVOKE SYRINGE	T2	QL
PROGLYCEM ( <i>diazoxide</i> )	T3	
<i>relión</i>	T1	
TRUEPLUS	T3	
TRUEPLUS ( <i>dex4 glucose</i> )	T3	
<b>ELECT./CALÓRICOS/H2O (Varios)</b>		
<b>SUPLEMENTOS DE ÁCIDO NUCLEICO/NUCLEÓTIDOS</b>		
XURIDEN	T2	SP
<b>ELECT./CALÓRICOS/H2O (Nutritivos/alimenticios)</b>		
<b>CARBOHIDRATOS</b>		
ENFAMIL	T2	
GLUTOL	T2	
<b>REDUCTORES DE ELECTROLITOS</b>		
<i>acetate</i>	T1	
AURYXIA	T3	
CALCIUM 667mg	T3	QL (360 Tabs/30 Days)
<i>kionex</i>	T1	
<i>lanthanum carbonate</i> (Fosrenol)	T1	QL (90 Tabs/30 Days)
LOKELMA	T2	QL (30 Units/30 days)
PHOSLYRA	T2	QL (1800ml/30 Days)
<i>polystyrene sulfonate</i>	T1	
REVELA ( <i>sevelamer carbonate</i> )	T3	QL (270 Tabs/30 Days)
<i>sevelamer carbonate</i> (Renvela)	T1	QL (270 Tabs/30 Days)
<i>sevelamer hcl</i> (Renagel)	T1	QL (90 Tabs/30 Days)
<i>sps</i>	T1	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>REDUCTORES DE ELECTROLITOS (cont.)</b>		
VELPHORO	T2	QL (120 Tabs/20 Days)
VELTASSA	T2	ST QL (30 Packets/30 Days)
<b>AGENTES QUE CONTIENEN YODO</b>		
<i>lugol's</i>	T1	
SSKI	T3	
<i>strong iodine</i>	T1	
<b>PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS</b>		
<i>fluoride</i>	T1	PPACA
<i>fluoritab</i>	T1	PPACA
<i>ludent fluoride</i>	T1	PPACA
<b>REPOSICIÓN DE POTASIO</b>		
<i>chloride</i> (Klor-Con 10)	T1	
<i>chloride</i> (Klor-Con 8)	T1	
<i>chloride</i> (K-Tab ER)	T1	
<i>effe-r-k</i>	T1	
<i>klor-con</i>	T1	
<i>klor-con</i> (Klor-Con 10)	T1	
<i>klor-con</i> (Klor-Con 8)	T1	
<i>klor-con m</i>	T1	
<i>klor-con m</i> (Klor-Con M15)	T1	
<i>klor-con-ef</i>	T1	
K-TAB	T3	
<i>k-tab</i> (Klor-Con 8)	T1	

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

#### MODIFICADORES DEL PH URINARIO

<i>er</i> (Urocit-K)	T1	HD
K-PHOS NO.2	T3	HD
K-PHOS ORIGINAL	T2	HD
ORACIT	T3	HD
RENACIDIN	T2	HD
UROCI-K ( <i>potassium er</i> )	T3	HD

### GASTROINTESTINALES (Medicamentos para el colesterol)

#### LIPOTRÓPICOS

LOVAZA ( <i>omega-3 acid ethyl esters</i> )	T3	PA HD
---	----	-------

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

<b>GASTROINTESTINALES (Medicamentos para el colesterol) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>LIPOTRÓPICOS (cont.)</b>		
<i>omega-3 acid ethyl esters</i> (Lovaza)	T1	PA HD
VASCEPA	T2	PA HD
<b>GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis)</b>		
<b>INHIBIDORES DE AMONIACO</b>		
BUPHENYL ( <i>phenylbutyrate</i> )	T3	SP HD
<i>enulose</i>	T1	HD
<i>generlac</i>	T1	HD
<i>lactulose</i>	T1	HD
LITHOSTAT	T3	HD
OLPRUVA DOSE KIT, DOSE ENVELOPE	T3	SP PA HD
<i>phenylbutyrate</i> (Buphenyl)	T1	SP HD
PHEBURANE	T2	PA SP
RAVICTI	T2	SP HD
<b>ANTICOLINÉRGICOS, AMONIO CUATERNARIO</b>		
<i>clidinium w/chlordiazepoxide</i> (Librax)	T1	
CUVPOSA	T3	
GLYCATE	T3	
<i>glycopyrrolate</i> (Glycate)	T1	
<i>propantheline bromide</i>	T1	
<b>ANTICOLINÉRGICOS/ANTIESPASMÓDICOS</b>		
<i>dicyclomine hcl</i>	T1	
<b>ANTIDIARREICOS - INHIBIDORES DE LA TRIPTÓFANO HIDROXILASA</b>		
XERMELO	T2	PA QL(84 tabs/28 days) SP
<b>ANTIDIARREICOS</b>		
<i>diphenoxylate w/atropine</i> (Lomotil)	T1	
LOMOTIL ( <i>diphenoxylate-atropine</i> )	T3	
MOTOFEN	T3	
<i>opium</i>	T1	
<b>ANTIEMÉTICOS - TIPO CANNABINOIDES</b>		
<i>dronabinol</i> (Marinol)	T1	PA
SYNDROS	T3	PA
<b>AGENTES ANTIEMÉTICOS/ANTIVÉRTIGO</b>		
<i>aprepitant</i>	T1	QL
<i>aprepitant</i> (Emend)	T1	QL

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

<b>GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>AGENTES ANTIEMÉTICOS/ANTIVÉRTIGO (cont.)</b>		
BONJESTA	T3	QL (60 Tabs/Dispense)
<i>compro</i>	T1	
DICLEGIS ( <i>doxylamine succ-pyridoxine hcl</i> )	T3	QL (720 Tabs/365 Days)
<i>doxylamine succ-pyridoxine hcl</i> (Diclegis)	T1	QL (720 Tabs/365 Days)
EMEND ( <i>fosaprepitant dimeglumine</i> )	T3	
<i>fosaprepitant dimeglumine</i> (Emend)	T1	
<i>granisetron hcl</i>	T1	QL
<i>ondansetron hcl</i> (Zofran)	T1	QL
<i>ondansetron odt</i>	T1	QL
<i>phenadoz</i>	T1	
<i>prochlorperazine maleate</i>	T1	
<i>promethazine hcl</i>	T1	
<i>promethegan</i>	T1	
SANCUSO	T3	QL
<i>scopolamine</i> (Transderm-Scop)	T1	
TIGAN ( <i>trimethobenzamide hcl</i> )	T3	
<i>trimethobenzamide hcl</i> (Tigan)	T1	
VARUBI	T2	QL
ZOFRAN ( <i>ondansetron hcl</i> )	T3	QL
ZUPLENZ	T3	QL
<b>PREPARACIONES ANTIULCEROSAS</b>		
CARAFATE ( <i>sucralfate</i> )	T3	HD
CYTOTEC ( <i>misoprostol</i> )	T3	HD
<i>misoprostol</i> (Cytotec)	T1	HD
<i>sucralfate</i> (Carafate)	T1	HD
<b>ANTIULCEROSOS-AGENTES CONTRA LA H. PYLORI</b>		
<i>lansoprazol-amoxicil-clarithro</i>	T1	QL
OMECLAMOX-PAK	T3	QL
TALICIA	T2	QL
VOQUEZNA DUAL, TRIPLE PAK	T3	
<b>ALCALOIDES DE BELLADONA</b>		
<i>anaspaz</i> (Anaspaz)	T1	HD
<i>belladonna-phenobarbital</i> (Donnatal)	T1	HD
DONNATAL ( <i>phenohytro</i> )	T3	HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ALCALOIDES DE BELLADONA (cont.)</b>		
<i>ed-spaz</i> (Anaspaz)	T1	HD
<i>hyoscyamine</i>	T1	HD
<i>hyoscyamine</i> (Anaspaz)	T1	HD
<i>hyoscyamine</i> (Levbid)	T1	HD
<i>hyoscyamine</i> (Levsin)	T1	HD
<i>hyoscyamine</i> (Levsin-SL)	T1	HD
<i>hyosyne</i>	T1	HD
LEVVID (hyoscyamine er)	T3	HD
LEVSIN (hyoscyamine )	T3	HD
LEVSIN-SL (hyoscyamine )	T3	HD
<i>methscopolamine bromide</i>	T1	HD
NULEV ( <i>ed-spaz</i> )	T3	HD
<i>oscimin</i> (Levsin)	T1	HD
<i>oscimin sl</i> (Levsin-SL)	T1	HD
<i>oscimin sr</i> (Levbid)	T1	HD
<i>phenohydro</i> (Donnatal)	T1	HD
SYMAX DUOTAB	T3	HD
<i>symax-sl</i> (Levsin-SL)	T1	HD
<i>symax-sr</i> (Levbid)	T1	HD
<b>SALES BILIARES</b>		
ACTIGALL ( <i>ursodiol</i> )	T3	HD
CHENODAL	T2	PA SP HD
CHOLBAM	T2	PA QL SP HD
URSO ( <i>ursodiol</i> )	T3	HD
URSO FORTE ( <i>ursodiol</i> )	T3	HD
<i>ursodiol</i> (Actigall)	T1	HD
<i>ursodiol</i> (Urso Forte)	T1	HD
<i>ursodiol</i> (Urso)	T1	HD
<b>INFLAM. CRÓNICA DIAG. DE COLON, 5-A-SALICILATO, TRAT. RECTAL</b>		
<i>mesalamine</i> (Canasa)	T1	
<i>mesalamine</i> (Rowasa)	T1	
<i>mesalamine</i> (Sfrowasa)	T1	
ROWASA ( <i>mesalamine</i> )	T3	
SFROWASA ( <i>mesalamine</i> )	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

<b>GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>TRAT. FARMAC.-INFLAM. CRÓNICA DIAG. DE COLON, 5-AMINOSALICILATO</b>		
APRISO ( <i>mesalamine er</i> )	T3	HD
AZULFIDINE ( <i>sulfasalazine dr</i> )	T3	HD
AZULFIDINE ( <i>sulfasalazine</i> )	T3	HD
<i>balsalazide di</i> (Colazal)	T1	HD
COLAZAL ( <i>balsalazide di</i> )	T3	HD
<i>mesalamine</i> (Asacol Hd)	T1	HD
<i>mesalamine</i> (Lialda)	T1	HD
<i>mesalamine dr</i> (Delzicol)	T1	HD
<i>mesalamine er</i> (Apriso)	T1	HD
PENTASA	T2	HD
<i>sulfasalazine</i> (Azulfidine)	T1	HD
<b>AGONISTAS DEL RECEPTOR X FARNESOIDE (FXR), ANÁLOGOS DEL ÁCIDO BILIAR</b>		
OICALIVA	T2	PA QL (30 Units/30 days) SP HD
<b>TRASPLANTE DE MICROBIOTA FECAL (TMF)</b>		
VOWST CAPSULE	T3	SP
<b>ENZIMAS GÁSTRICAS</b>		
SUCRAID	T2	SP
<b>INHIBIDORES DE LOS RECEPTORES DE HISTAMINA H2</b>		
<i>cimetidine</i>	T1	HD
<i>famotidine</i>	T1	HD
<i>nizatidine</i>	T1	HD
PEPCID ( <i>famotidine</i> )	T3	HD
<b>AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE, COMB. DE AGONISTAS/ANTAGONISTAS DE RECEPT. OPIOIDES</b>		
VIBERZI	T2	HD
<b>AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE-C/CIC, AGONISTAS DE LA GUANILATO CICLASA C</b>		
LINZESS	T2	QL (30 Units/30 days)
TRULANCE	T2	
<b>ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE LA INTEGRINA, ANTICUERPOS MONOCLONALES</b>		
ENTYVIO	T2	PA SP HD
<b>ESTIMULANTES DE LA MOTILIDAD INTESTINAL</b>		
<i>metoclopramide hcl</i> (Reglan)	T1	
<i>metoclopramide hcl odt</i>	T1	
MOTEGRITY	T3	QL (30 Units/30 days)
REGLAN ( <i>metoclopramide hcl</i> )	T3	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES PARA EL SÍND. DE COLON IRRITABLE, AGONISTA PARCIAL DE 5-HT4</b>		
ZELNORM	T3	
<b>AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE, ANTAGONISTAS DEL 5-HT3</b>		
<i>alosetron hcl</i> (Lotronex)	T1	SP HD
<b>LAXANTES Y CATÁRTICOS</b>		
<i>alophen pills</i> (Dulcolax)	T1	PPACA
<i>bisacodyl</i> (Dulcolax)	T1	PPACA
<i>bisa-lax</i> (Dulcolax)	T1	PPACA
<i>citroma</i> (Citroma)	T1	
<i>clearlax</i> (Miralax)	T1	PPACA
<i>clearlax</i> (Miralax)	T1	
<i>constulose</i>	T1	
<i>ducodyl</i> (Dulcolax)	T1	
<i>gavilax</i> (Miralax)	T1	PPACA
<i>gavilyte-g</i> (Golytely)	T1	PPACA
<i>gavilyte-n</i> (Nulytely)	T1	PPACA
<i>gentle laxative</i> (Correctol)	T1	PPACA
<i>gentle laxative</i> (Dulcolax)	T1	PPACA
<i>gentlelax</i> (Miralax)	T1	PPACA
<i>glycolax</i> (Miralax)	T1	PPACA
<i>healthylax</i> (Miralax)	T1	PPACA
KRISTALOSE	T3	
<i>lactulose</i> (Kristalose)	T1	
<i>laxaclear</i> (Miralax)	T1	PPACA
<i>laxative</i> (Dulcolax)	T1	PPACA
<i>laxative peg 3350</i> (Miralax)	T1	PPACA
<i>lubiprostone</i>	T1	QL (60 caps/30 days)
<i>magnesium</i> (Citroma)	T1	
<i>milk of magnesia</i>	T1	
<i>miralax</i>	T1	PPACA
<i>natura-lax</i> (Miralax)	T1	PPACA
NULYTELY WITH FLAVOR PACKS ( <i>gavilyte-n</i> )	T3	PPACA
<i>of magnesia</i> (Citroma)	T1	
<i>peg 3350-electrolyte</i> (Golytely)	T1	PPACA
<i>peg 3350-electrolyte</i> (Nulytely)	T1	PPACA

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos 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
<b>LAXANTES Y CATÁRTICOS (cont.)</b>		
<i>peg-prep</i>	T1	PPACA
<i>polyethylene glycol</i> (Miralax)	T1	PPACA
<i>powderlax</i> (Miralax)	T1	
PREPOPIK	T2	
<i>purelax</i> (Miralax)	T1	PPACA
<i>smoothlax</i> (Miralax)	T1	PPACA
<i>trilyte with flavor packets</i> (Nulytely)	T1	PPACA
<i>women's gentle laxative</i> (Dulcolax)	T1	PPACA
<i>women's laxative</i> (Correctol)	T1	PPACA
<i>women's laxative</i> (Dulcolax)	T1	PPACA
<b>PREPARACIONES ANORRECTALES LOCALES CON NITRATO</b>		
RECTIV	T2	
<b>ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES OPIOIDES MU, CON ACCIÓN PERIFÉRICA</b>		
ENTEREG	T3	
<b>ENZIMAS PANCREÁTICAS</b>		
CREON	T2	HD
VIOKACE	T2	HD
ZENPEP	T2	HD
<b>INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES</b>		
<i>dexlansoprazole dr 30 mg cap</i>	T1	ST QL
ESOMEPRAZOLE DR 49.3 MG CAP	T3	ST HD
<i>esomeprazole magnesium</i> (Nexium 24HR)	T1	QL (30 Units/30 days) HD
<i>esomeprazole magnesium</i> (Nexium)	T1	HD
<i>lansoprazole</i> (Prevacid)	T1	HD
<i>omeprazole</i>	T1	QL (30 caps/30 days) HD
<i>omeprazole- bicarbonate</i> (Zegerid)	T1	PA HD
<i>pantoprazole</i> (Protonix)	T1	QL (30 Units/30 days) HD
<i>rabeprazole</i> (Aciphex)	T1	HD
<b>PREPARACIONES RECTALES</b>		
<i>anucort-hc</i> (Anucort-HC)	T1	
<i>hemmorex-hc</i> (Anucort-HC)	T1	
<i>hydrocortisone acetate</i> (Anucort-HC)	T1	
<i>hydrocortisone acetate</i> (Proctocort)	T1	
PROCTOCORT ( <i>hydrocortisone</i> )	T3	ST

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

<b>GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>SBS - ANÁLOGOS DEL PÉPTIDO SIMILAR AL GLUCAGÓN TIPO 2 (GLP-2)</b>		
GATTEX	T3	SP HD
<b>GASTROINTESTINALES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)</b>		
<b>PREP. PARA LAS HEMORROIDES, ANTIINFLAM. ESTEROIDEOS-ANEST. LOCALES</b>		
ANA-LEX	T3	
ANALPRAM-HC ( <i>hydrocortisone-pramoxine</i> )	T3	ST
<i>hc pramoxine</i> (Analpram HC)	T1	
<i>lidocaine-hc</i>	T1	
<i>pramoxine hcl w/hydrocortisone</i> (Analpram Hc)	T1	
PROCORT	T3	
<b>HORMONAS (Condiciones gastrointestinales/pirosis)</b>		
<b>PREP. RECTALES/DE COLON, GLUCOCORT. (NO HEMORR.)</b>		
<i>colocort</i> (Cortenema)	T1	
CORTENEMA ( <i>hydrocortisone</i> )	T3	
<i>hydrocortisone</i> (Cortenema)	T1	
UCERIS	T2	
<b>HORMONAS (Agentes hormonales)</b>		
<b>AGENTES ANDROGÉNICOS</b>		
ANADROL-50	T3	
ANDRODERM	T2	PA QL (30 Units/30 days)
DEPO-TESTOSTERONE ( <i>testosterone cypionate</i> )	T3	PA
FORTESTA ( <i>testosterone</i> )	T3	PA QL
METHITEST	T2	
<i>methyltestosterone</i>	T1	
NATESTO	T2	PA QL
<i>oxandrolone</i>	T1	
STRIANT	T3	PA QL
<i>testosterone</i>	T1	PA QL
TESTOSTERONE	T3	PA QL
<i>testosterone</i> (Androgel)	T1	PA QL
<i>testosterone</i> (Fortesta)	T1	PA QL
<i>testosterone</i> (Testim)	T1	PA QL
<i>testosterone</i> (Vogelxo)	T1	PA QL
<i>testosterone cypionate</i> (Depo-Testosterone)	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

<b>HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>AGENTES ANDROGÉNICOS (cont.)</b>		
<i>testosterone enanthate</i>	T1	PA
VOGELXO ( <i>testosterone</i> )	T3	PA QL
XYOSTED	T3	PA QL (4 Autoinjectors/30 Days)
<b>HORMONAS ANTIDIURÉTICAS Y VASOCONSTRICTORAS</b>		
DDAVP SOLUTION	T2	
DDAVP TABLET, NASAL SPRAY ( <i>desmopressin</i> )	T3	
<i>desmopressin acetate</i> (DDAVP)	T1	
NOCURNA	T3	PA QL (30 Units/30 days)
STIMATE	T2	
<b>COMBINACIONES DE ESTRÓGENOS/ANDRÓGENOS</b>		
<i>covaryx</i>	T1	HD
<i>covaryx h.s.</i>	T1	HD
<i>eemt</i>	T1	HD
<i>eemt hs</i>	T1	HD
<i>estrogen &amp; methyltestosterone</i>	T1	HD
<b>AGENTES ESTROGÉNICOS</b>		
ACTIVELLA ( <i>amabelz</i> )	T3	HD
ALORA	T3	QL (8 Patches/21 Days) HD
<i>amabelz</i> (Activella)	T1	HD
CLIMARA ( <i>estradiol (once weekly)</i> )	T3	QL (4 Patches/21 Days) HD
COMBIPATCH	T2	HD
DELESTROGEN ( <i>estradiol valerate</i> )	T3	HD
DEPO-ESTRADIOL	T2	HD
<i>dotti</i> (Alora)	T1	QL (8 Patches/21 Days) HD
<i>dotti</i> (Minivelle)	T1	QL (8 Patches/21 Days) HD
ESTRACE ( <i>estradiol</i> )	T3	HD
<i>estradiol</i> (Alora)	T1	QL (8 Patches/21 Days) HD
<i>estradiol</i> (Climara)	T1	QL (4 Patches/21 Days) HD
<i>estradiol</i> (Delestrogen)	T1	HD
<i>estradiol</i> (Estrace)	T1	HD
<i>estradiol</i> (Minivelle)	T1	QL (8 Patches/21 Days) HD
<i>estradiol-norethindrone acetat</i> (Activella)	T1	HD
FEMHRT ( <i>fyavolv</i> )	T3	HD
<i>fyavolv</i> (Femhrt)	T1	HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

<b>HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>AGENTES ESTROGÉNICOS (cont.)</b>		
<i>jinteli</i>	T1	HD
<i>lopreeza</i> (Activella)	T1	
MENOSTAR	T3	QL (4 Patches/21 Days) HD
<i>mimvey</i> (Activella)	T1	HD
<i>norethindrone-ethin estradiol</i> (Femhrt)	T1	HD
PREFEST	T3	HD
<b>COMB. DE ESTRÓGENOS-PROGESTINAS CON ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES PARA MINERALOCORTICOIDES</b>		
ANGELIQ	T3	HD
<b>COMB. DE ESTRÓGENOS Y MOD. SELECTIVOS DE RECEPTORES ESTROGÉN. (SERM)</b>		
DUAVEE	T2	
<b>GLUCOCORTICOIDES</b>		
<i>budesonide ec</i> (Entocort EC)	T1	
<i>budesonide er</i> (Uceris)	T1	
CORTEF ( <i>hydrocortisone</i> )	T3	
<i>cortisone acetate</i>	T1	
<i>decadron</i>	T1	
<i>dexamethasone</i>	T1	PA
DEXONTO	T3	
DEXPAK ( <i>dexamethasone</i> )	T3	PA
DXEVO	T3	PA
ENTOCORT EC ( <i>budesonide ec</i> )	T3	
<i>hidex</i>	T1	PA
<i>hydrocortisone</i> (Cortef)	T1	
MEDROL ( <i>methylpred dp</i> )	T3	
MEDROL ( <i>methylprednisolone</i> )	T3	
<i>methylpred dp</i> (Medrol)	T1	
<i>methylprednisolone</i> (Medrol)	T1	
<i>millipred</i>	T1	
ORAPRED ODT ( <i>prednisolone phos odt</i> )	T3	
<i>prednisolone</i>	T1	
<i>prednisolone phos odt</i> (Orapred ODT)	T1	
<i>prednisolone phosphate</i>	T1	
<i>prednisolone phosphate</i> (Pediapred)	T1	
<i>prednisone</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

<b>HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>GLUCOCORTICOIDES (cont.)</b>		
RAYOS	T3	PA
TAPERDEX	T3	PA
TARPEYO DR 4MG CAPSULE	T3	PA
UCERIS ( <i>budesonide er</i> )	T3	
<b>HORMONA LIBERADORA DE HORMONA DEL CRECIMIENTO (GHRH) Y ANÁLOGOS</b>		
EGRIFTA	T2	PA
EGRIFTA SV	T2	PA SP HD
GENOTROPIN	T2	PA SP HD
NORDITROPIN FLEXPRO	T2	PA SP HD
SEROSTIM	T2	PA SP
ZORBTIVE	T3	PA SP HD
<b>HORMONAS DEL CRECIMIENTO</b>		
OMNITROPE	T2	PA SP
<b>HORMONAS DE FACTOR DE CRECIMIENTO INSULÍNICO TIPO I (IGF-I)</b>		
INCRELEX	T2	PA SP HD
<b>COMB. DE PROGESTINA Y ANÁLOGOS AGONISTAS DE LA LHRH (GNRH)</b>		
LUPANETA PACK	T2	PA SP HD
LUPRON DEPOT	T2	PA SP HD
<b>ANÁLOGOS AGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), SUPRESORES HIPOFISARIOS</b>		
SYNAREL	T2	PA SP HD
<b>ANTAGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), AGENTES SUPRESORES HIPOFISARIOS</b>		
<i>cetorelix acetate</i>	T1	
<i>fyremadel</i> (generic to GANIRELIX)	T1	PA ST
ORILISSA 150 MG TABLET	T2	PA QL (1 Tab/Day)
ORILISSA 200 MG TABLET	T2	PA QL (360 Tabs/365 Days)
<b>SUP. HIPOF. AGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), PUBERTAD PRECOZ CENTRAL</b>		
LUPRON DEPOT-PED	T2	PA SP HD
SUPPRELIN LA	T3	SP HD
<b>MINERALOCORTICOIDES</b>		
<i>fludrocortisone acetate</i>	T1	HD
<b>OXITÓCICOS</b>		
CERVIDIL	T3	
<i>methergine</i>	T1	PA QL
<i>methylgonovine maleate</i>	T1	PA QL

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

<b>HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>OXITÓICOS (cont.)</b>		
PREPIDIL	T3	
PROSTIN E2 VAGINAL SUPPOSITORY	T3	
<b>HORMONAS PARATIROIDEAS</b>		
NATPARA	T2	PA SP HD
<b>AGENTES SUPRESORES HIPOFISARIOS</b>		
<i>cabergoline</i>	T1	QL (8 Tabs/21 Days) HD
<i>danazol</i>	T1	HD
<b>AGENTES PROGESTACIONALES</b>		
AYGESTIN ( <i>norethindrone</i> )	T3	HD
CRINONE 8% GEL	T2	
DEPO-PROVERA	T2	HD
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	T1	HD
<i>medroxyprogesterone acetate</i> (Provera)	T1	HD
<i>norethindrone acetate</i> (Aygestin)	T1	HD
<i>progesterone</i> (Prometrium)	T1	HD
PROMETRIUM ( <i>progesterone</i> )	T3	HD
PROVERA ( <i>medroxyprogesterone</i> )	T3	HD
<b>AGENTES SOMATOSTÁTICOS</b>		
MYCAPSSA DR 20 MG CAPSULE	T3	PA SP QL (56 caps/28 days)
<i>octreotide acetate</i>	T1	SP HD
SANDOSTATIN ( <i>octreotide</i> )	T3	PA ST SP HD
SIGNIFOR	T2	PA SP HD
SOMATULINE DEPOT	T2	PA SP HD
<b>PREPARACIONES DE ESTRÓGENOS VAGINALES</b>		
<i>estradiol</i> (Estrace)	T1	HD
<i>estradiol</i> (Vagifem)	T1	HD
<i>yuvafem</i> (Vagifem)	T1	HD
<b>HORMONAS (Infertilidad)</b>		
<b>GONADOTROPINA CORIÓNICA HUMANA (HCG)</b>		
CHORIONIC GONAD 10,000 UNIT VIAL	T3	QL ST
<b>HORMONAS (Varias)</b>		
<b>ANÁLOGOS DE LA HORMONA LEPTINA</b>		
MYALEPT	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

<b>HORMONAS (Productos para la osteoporosis)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>AGENTES QUE ESTIMULAN LA FORMACIÓN DE HUESO - PÉPTIDOS LIB. DE PTH</b>		
TYMLOS	T2	PA QL SP HD
<b>INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA</b>		
<i>calcitonin-salmon</i>	T1	HD
MIACALCIN	T3	HD
<b>INMUNOSUPRESORES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)</b>		
<b>ANTAGONISTAS ALFA DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-4 (IL-4), ANTICUERPOS MONOCLONALES</b>		
DUPIXENT 100MG/0.67ML PREFILLED SYRINGE	T2	PA QL (2 pens/28 days) SP HD
DUPIXENT 200 MG/1.14 ML SYRINGE	T2	PA QL (800MG/21 Days) SP HD
DUPIXENT 300 MG2 ML SYRINGE	T2	PA QL (600MG/21 Days) SP HD
<b>INHIBIDORES DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-6 (IL-6)</b>		
ACTEMRA	T2	PA QL (2 SYR/21 Days) SP HD
ACTEMRA ACTPEN	T2	PA QL (2 Pens/21 Days) SP HD
<b>ANTICUERPOS MONOCLONALES-INHIB. DE LA INTERLEUCINA HUMANA 12/23</b>		
STELARA	T2	PA QL SP HD
<b>INMUNOSUPRESORES (Condiciones cutáneas)</b>		
<b>AGENTES INMUNOSUPRESORES TÓPICOS</b>		
<i>pimecrolimus</i> (Elidel)	T1	QL (100 GM/23 Days)
PROTOPIC ( <i>tacrolimus</i> )	T3	ST QL (120 grams/30 days)
<i>tacrolimus</i> (Protopic)	T1	QL (100GM/23 Days)
<b>INMUNOSUPRESORES (Medicamentos para trasplante)</b>		
<b>INMUNOSUPRESORES</b>		
ASTAGRAF XL	T3	PA SP HD
AZASAN	T3	SP HD
<i>azathioprine</i> (Imuran)	T1	SP HD
CELLCEPT ( <i>mycophenolate mofetil</i> )	T3	SP HD
<i>cyclosporine</i> (Neoral)	T1	SP HD
<i>cyclosporine</i> (Sandimmune)	T1	SP HD
<i>gengraf</i> (Neoral)	T1	SP HD
IMURAN ( <i>azathioprine</i> )	T3	SP HD
LUPKYNIS	T3	PA SP QL (180 caps/30 days)
<i>mycophenolate mofetil</i> (Cellcept)	T1	SP HD
<i>mycophenolic acid</i> (Myfortic)	T1	SP HD
MYFORTIC ( <i>mycophenolic 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

<b>INMUNOSUPRESORES (Medicamentos para trasplante) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>INMUNOSUPRESORES (cont.)</b>		
NEORAL ( <i>cyclosporine modified</i> )	T3	SP HD
PROGRAF CAPSULES ( <i>tacrolimus</i> )	T3	SP HD
PROGRAF GRANULE PACKETS	T2	SP HD
RAPAMUNE ( <i>sirolimus</i> )	T3	SP HD
SANDIMMUNE CAPSULES ( <i>cyclosporine</i> )	T3	SP HD
SANDIMMUNE SOLUTION	T2	SP HD
<i>sirolimus</i> (Rapamune)	T1	SP HD
<i>tacrolimus</i> (Prograf)	T1	SP HD
ZORTRESS 0.25MG, 0.5MG, 0.75 MG TABLETS ( <i>everolimus</i> )	T3	SP HD
ZORTRESS 1 MG TABLET	T3	SP HD
<b>DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes)</b>		
<b>SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS</b>		
ACCU-CHEK	T2	
CEQR SIMPLICITY 2 UNIT PATCH, INSERTER	T2	
CONTOUR	T3	
CONTOUR NEXT	T3	
DEXCOM G6	T2	QL (3 Kits/23 Days)
DEXCOM G7 RECEIVER	T2	PA
DEXCOM G7 SENSOR	T2	PA QL (3 sensors/30 days)
EASY MINI EJECT LANCING DEVICE	T2	
EASY PLUS II	T3	
EASY STEP CONTROL SOLUTION	T3	
EASY TALK	T3	
EASY TOUCH	T3	
EASY TOUCH LANCING DEVICE	T2	
EASY TRAK	T3	
EASYMAX	T3	
EASYMAX N	T3	
EMBRACE	T3	
EMBRACE EVO	T3	
EMBRACE PRO	T3	
EVENCARE G2	T3	
EVENCARE G3	T3	
EVERSENSE SENSOR-HOLDER	T3	PA QL

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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
<b>SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)</b>		
EVERSENSE SMART TRANSMITTER	T3	PA QL
FORA	T3	
FORACARE	T3	
FORTISCARE	T3	
FREESTYLE	T2	
FREESTYLE LIBRE 2, 3	T2	PA QL(2 sensors/28 days)
FREESTYLE LIBRE 10 DAY SENSOR	T2	PA
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR	T2	PA QL (2 Kits/21 Days)
FREESTYLE NAVIGATOR SENSOR KIT	T2	
GENTLE DRAW	T2	
GLUCOCARD	T3	
GLUCOCOM	T3	
GLUCOSE CONTROL	T3	
GLUCOSE CONTROL SOLUTION	T3	
GUARDIAN LINK 3 TRANSMITTER	T3	PA QL (1 transmitter/273 days)
GUARDIAN 4 TRANSMITTER	T3	PA QL (1 transmitter/273 days)
GUARDIAN 4 GLUCOSE SENSOR	T3	PA QL (5 sensors/30 days)
GUARDIAN RT REPLACE MONITOR	T3	
GUARDIAN SENSOR 3	T3	
HEALTHY ACCENTS AUTOLET	T2	
HYPOLANCE	T2	
INCONTROL LANCING DEVICE	T2	
INFINITY CONTROL SOLUTION	T3	
INFINITY VOICE CONTROL SOLN	T3	
LITE TOUCH	T2	
MEDISENSE	T2	
MICROLET	T2	
MINI LANCING DEVICE	T2	
MINIMED	T2	
OMNIPOD	T2	
OMNIPOD DASH	T2	QL (15 pods/30 days)
OMNIPOD GO PODS	T2	QL (10 pods/30 days)
ONE TOUCH DELICA	T2	
ONE TOUCH ULTRA CONTROL SOLN	T2	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)</b>		
ONE TOUCH VERIO	T2	
ONETOUCH DELICA PLUS LANC DEV	T2	
PRODIGY LANCING DEVICE	T2	
T:FLEX	T2	
T:SLIM	T2	
TRUE METRIX	T3	
TRUECONTROL	T3	
ULTI-LANCE	T2	
UNISTIK 2	T2	
UNISTIK 3	T2	
VGO 20	T2	
VGO 30	T2	
VGO 40	T2	

### AGUJAS/DISPOSITIVOS SIN AGUJA

BD NEEDLES	T2	
EXEL HUBER NEEDLE	T2	
<i>exel huber needle (V-Go 20)</i>	T1	
EXEL HYPODERMIC NEEDLE	T2	
EXEL MTI DRAWING NEEDLE	T2	
FILTER NEEDLE	T2	
FLOW-EZE	T2	
HEALTHWISE PEN NEEDLE	T3	
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP	T3	
HURRICANE LUER-LOCK	T2	
LITE TOUCH	T3	
MINI TRANSFER PIN	T2	
NOVOFINE	T2	
NOVOTWIST	T2	

### DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Varios)

#### AYUDAS, DISPOSITIVOS, EQUIPOS RESPIRATORIOS

ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER	T2	
AEROCHAMBER	T2	
AEROCHAMBER PLUS	T2	
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS	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

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AYUDAS, DISPOSITIVOS, EQUIPOS RESPIRATORIOS (cont.)</b>		
AEROTRACH PLUS	T2	
AEROVENT PLUS	T2	
CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER	T2	
COMPACT SPACE CHAMBER	T2	
EASIVENT	T2	
FLEXICHAMBER	T2	
INSPIRACHAMBER	T2	
LITEAIRE	T2	
LITETOUCH	T2	
MASK	T2	
MICROCHAMBER	T2	
MICROSPACER	T2	
MOUTHPIECE	T2	
ONE WAY MOUTHPIECE	T2	
OPTICHAMBER	T2	
OPTICHAMBER DIAMOND	T2	
PANDA MASK	T2	
PEDIATRIC PANDA MASK	T2	
POCKET CHAMBER	T2	
PRIMEAIRE	T2	
PRO COMFORT SPACER WITH MASK	T2	
PROCHAMBER	T2	
RITEFLO	T2	
SIDESTREAM PEDIATRIC	T2	
SILICONE MASK	T2	
VORTEX	T2	

### RELAJANTES MUSCULARES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)

#### RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS

<i>baclofen</i>	T1	
<i>baclofen 25 mg/5 ml suspension</i>	T1	ST
<i>carisoprodol (Soma)</i>	T1	
<i>carisoprodol-aspirin</i>	T1	
<i>chlorzoxazone (Lorzone)</i>	T1	
CYCLOBENZAPRINE ER	T1	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

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS (cont.)</b>		
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	T1	
<i>cyclobenzaprine hcl</i> (Amrix)	T1	
<i>cyclobenzaprine hcl</i> (Fexmid)	T1	
DANTRIUM ( <i>dantrone</i> )	T3	
<i>dantrone</i> (Dantrium)	T1	
FEXMID ( <i>cyclobenzaprine hcl</i> )	T3	PA
LORZONE ( <i>chlorzoxazone</i> )	T3	PA
<i>metaxalone</i> (Skelaxin)	T1	
<i>methocarbamol</i>	T1	
NORGESIC FORTE	T3	
<i>orphenadrine</i>	T1	
<i>orphenadrine-aspirin-caffeine</i> (Norgesic Forte)	T1	
<i>orphengestic forte</i> (Norgesic Forte)	T1	
ROBAXIN ( <i>methocarbamol</i> )	T3	
SKELAXIN ( <i>metaxalone</i> )	T3	
SOMA ( <i>carisoprodol</i> )	T3	
<i>tizanidine hcl</i> (Zanaflex)	T1	
ZANAFLEX ( <i>tizanidine hcl</i> )	T3	

### VITAMINAS PRENATALES (Nutritivas/alimenticias)

#### PREPARACIONES DE VITAMINAS PRENATALES

<i>daily prenatal</i>	T1	PPACA
<i>perry prenatal tablet</i> (Perry Prenatal)	T1	PPACA
<i>prenatal</i>	T1	PPACA
<i>prenatal complete</i>	T1	PPACA
<i>prenatal formula</i>	T1	PPACA
<i>prenatal multi + dha</i>	T1	PPACA
<i>prenatal vitamin</i>	T1	PPACA
<i>prenavite</i> (Classic Prenatal)	T1	PPACA

### MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar)<sup>8</sup>

#### ANTIDEPRESIVOS ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES ALFA 2

<i>mirtazapine</i>	T1	HD
<i>mirtazapine</i> (Remeron)	T1	HD
REMERON ( <i>mirtazapine</i> )	T3	HD
<i>alprazolam</i> (Xanax)	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) <sup>8</sup> (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIDEPRESIVOS ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES ALFA 2 (cont.)</b>		
<i>alprazolam er</i> (Xanax XR)	T1	
<i>alprazolam intensol</i>	T1	
<b>MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS - BENZODIAZEPINAS</b>		
<i>alprazolam odt</i>	T1	
<i>alprazolam xr</i> (Xanax XR)	T1	
ATIVAN ( <i>lorazepam</i> )	T3	
<i>chlordiazepoxide hcl</i>	T1	
<i>clorazepate di</i> (Tranxene T-Tab)	T1	
<i>diazepam</i> (Valium)	T1	
<i>lorazepam</i> (Ativan)	T1	
<i>lorazepam intensol</i>	T1	
<i>oxazepam</i>	T1	
TRANXENE T-TAB ( <i>clorazepate dipotassium</i> )	T3	
<b>MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS</b>		
<i>buspirone hcl</i>	T1	
<i>meprobamate</i>	T1	
<b>MEDICAMENTOS PARA TRASTORNO BIPOLAR</b>		
EQUETRO	T3	HD
<i>lithium</i>	T1	HD
<i>lithium carbonate</i> (Lithobid)	T1	HD
LITHOBID ( <i>lithium carbonate er</i> )	T3	HD
<b>MAOI - ANTIDEPRESIVOS NO SELECTIVOS E IRREVERSIBLES</b>		
MARPLAN	T3	
NARDIL ( <i>phenelzine</i> )	T3	
PARNATE ( <i>tranylcypromine</i> )	T3	
<i>phenelzine</i> (Nardil)	T1	
<i>tranylcypromine</i> (Parnate)	T1	
<b>ANTIDEPRESIVOS INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA (MAO)</b>		
EMSAM	T3	
<b>INHIB. DE LA RECAPT. DE NOREPINEFRINA Y DOPAMINA (NDRI)</b>		
APLENZIN	T3	ST QL (30 Units/30 days) HD
<i>bupropion hcl</i>	T1	HD
<i>bupropion hcl er</i> (Wellbutrin SR)	T1	QL HD
BUPROPION HCL XL	T3	ST QL (30 Units/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

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar) <sup>8</sup> (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>INHIB. DE LA RECAPT. DE NOREPINEFRINA Y DOPAMINA (NDRI) (cont.)</b>		
<i>bupropion hcl xl</i> (Wellbutrin XL)	T1	QL (30 Units/30 days) HD
<i>bupropion sr</i> (Wellbutrin SR)	T1	QL HD
FORFIVO XL	T3	ST QL (30 Units/30 days) HD
<b>AGONISTAS INVERSOS SELECTIVOS DE SEROTONINA 5-HT<sub>2A</sub> (SSIA)</b>		
NUPLAZID	T3	PA QL SP HD
<b>INHIBIDOR SELECTIVO DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (SSRI)</b>		
<i>citalopram hbr</i> (Celexa)	T1	QL (30 Units/30 days) HD
<i>escitalopram oxalate</i> (Lexapro)	T1	ST HD
<i>fluoxetine dr</i>	T1	QL ST HD
<i>fluoxetine hcl</i> (Prozac)	T1	QL HD
<i>fluoxetine hcl</i> (Sarafem)	T1	HD
<i>fluvoxamine maleate</i>	T1	QL HD
<i>paroxetine er</i> (Paxil CR)	T1	QL HD
<i>paroxetine hcl</i> (Paxil)	T1	ST HD
PAXIL ( <i>paroxetine hcl</i> )	T3	ST QL HD
PAXIL CR ( <i>paroxetine cr</i> )	T3	ST QL HD
SARAFEM ( <i>fluoxetine hcl</i> )	T3	ST QL (30 Units/30 days) HD
<i>vilazodone-hctz tablets</i>	T1	QL ST
<b>INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN/ANTAGONISTAS DE LA SEROTONINA-2 (SARI)</b>		
<i>nefazodone hcl</i>	T1	HD
<i>trazodone hcl</i>	T1	HD
<b>INHIB. DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA-NOREPINEFRINA (SNRI)</b>		
<i>desvenlafaxine succinate er</i> (Pristiq)	T1	QL (30 Units/30 days) HD
<i>duloxetine hcl</i>	T1	QL (30 Units/30 days) HD
<i>duloxetine hcl</i> (Cymbalta)	T1	QL HD
FETZIMA ERTITRATION PACK	T2	ST QL(1 pack/30 days) HD
<i>venlafaxine hcl</i>	T1	QL HD
<i>venlafaxine hcl er</i>	T1	QL (30 Units/30 days) HD
<i>venlafaxine hcl er</i> (Effexor XR)	T1	QL HD
<b>SSRI, ANTIDEPRESIVOS MODULADORES DE RECEPTORES DE SEROTONINA</b>		
TRINTELLIX	T3	ST QL (30 Units/30 days) HD
<b>COMBINACIONES DE ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS-BENZODIAZEPINAS</b>		
<i>amitriptyline/chlordiazepoxide</i>	T1	HD
<i>amitriptyline-perphenazine</i>	T1	HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

### MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar)<sup>8</sup> (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS, INHIB. NO SELECT. DE LA RECAPTACIÓN REL.</b>		
<i>amitriptyline hcl</i>	T1	HD
<i>amoxapine</i>	T1	HD
ANAFRANIL ( <i>clomipramine hcl</i> )	T3	HD
<i>clomipramine hcl</i> (Anafranil)	T1	HD
<i>desipramine hcl</i>	T1	HD
<i>desipramine hcl</i> (Norpramin)	T1	HD
<i>doxepin hcl</i>	T1	HD
<i>imipramine hcl</i>	T1	HD
<i>imipramine pamoate</i>	T1	HD
<i>maprotiline hcl</i>	T1	HD
NORPRAMIN ( <i>desipramine hcl</i> )	T3	HD
<i>nortriptyline hcl</i>	T1	HD
<i>nortriptyline hcl</i> (Pamelor)	T1	HD
PAMELOR ( <i>nortriptyline hcl</i> )	T3	HD
<i>protriptyline hcl</i>	T1	HD
<i>trimipramine maleate</i>	T1	HD

### MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Trastorno de déficit de atención e hiperactividad)<sup>8</sup>

#### ADRENÉRGICOS, AROMÁTICOS, SIN CATECOLAMINAS

VYVANSE	T2	ST
---------	----	----

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

<i>clonidine hcl er</i> (Kapvay)	T1	
<i>guanfacine hcl er</i> (Intuniv)	T1	
KAPWAY ( <i>clonidine hcl er</i> )	T3	ST

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

ADHANSIA XR	T3	ST
APTENSIO XR	T3	ST
COTEMPLA XR-ODT	T3	ST
DAYTRANA	T2	ST
<i>dexmethylphenidate hcl</i> (Focalin)	T1	
<i>dexmethylphenidate hcl er</i> (Focalin XR)	T1	
JORNAY PM	T3	ST
METHYLIN ( <i>methylphenidate hcl</i> )	T3	
<i>methylphenidate er</i>	T1	
<i>methylphenidate er</i> (Concerta)	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 (Trastorno de déficit de atención e hiperactividad)<sup>8</sup>

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>TRAT. PARA EL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (ADHD)/NARCOLEPSIA (cont.)</b>		
<i>methylphenidate er</i> (Ritalin LA)	T1	
<i>methylphenidate hcl</i>	T1	
<i>methylphenidate hcl</i> (Methylin)	T1	
<i>methylphenidate hcl</i> (Ritalin)	T1	
<i>methylphenidate hcl cd</i>	T1	
<i>methylphenidate la</i>	T1	
<i>methylphenidate la</i> (Ritalin La)	T1	
QELBREE ER	T3	ST
QUILLICHEW ER	T2	ST
QUILLIVANT XR	T2	ST
RITALIN ( <i>methylphenidate hcl</i> )	T3	
RITALIN LA ( <i>methylphenidate er (la)</i> )	T3	ST
<b>TRAT. PARA EL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (ADHD), TIPO NRI</b>		
<i>atomoxetine hcl</i> (Strattera)	T1	HD

### MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Esquizofrenia/antipsicóticos)<sup>8</sup>

#### ANTIPIC., ANTAG. DE LA DOPAMINA, DIFENILBUTILPIPERIDINAS

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

#### ANTIPICÓTICOS, ATÍPICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA

<i>clozapine</i> (Clozaril)	T1	
<i>clozapine odt</i>	T1	
CLOZAPINE ODT	T3	
CLOZARIL ( <i>clozapine</i> )	T3	
FANAPT	T3	QL (1 pack/1 time use)
GEODON ( <i>ziprasidone hcl</i> )	T3	QL
INVEGA ( <i>paliperidone er</i> )	T3	QL
LATUDA	T2	QL (30 tabs/30 days)
<i>olanzapine</i> (Zyprexa)	T1	QL (30 Units/30 days)
<i>olanzapine odt</i> (Zyprexa Zydys)	T1	QL (30 Units/30 days)
<i>paliperidone er</i> (Invega)	T1	QL
<i>quetiapine fumarate</i> (Seroquel)	T1	QL
<i>quetiapine fumarate er</i> (Seroquel XR)	T1	QL
RISPERDAL ( <i>risperidone</i> )	T3	QL
<i>risperidone</i> (Risperdal)	T1	QL
<i>risperidone odt</i>	T1	QL

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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)<sup>8</sup> (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIPSICÓTICOS, ATÍPICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA (cont.)</b>		
SECUADO	T3	QL
VERSACLOZ	T3	
<i>ziprasidone hcl</i> (Geodon)	T1	QL
ZYPREXA ( <i>olanzapine</i> )	T3	QL (30 Units/30 days)
ZYPREXA ZYDIS ( <i>olanzapine odt</i> )	T3	QL (30 Units/30 days)
<b>ANTIPSICÓTICOS-ATÍPICOS, AG. PARCIAL DE D3/D2-5HT MIXTOS</b>		
CAPLYTA 10.5MG, 21MG CAPSULE	T3	QL (30 caps/30 days)
VRAYLAR	T3	QL (7 caps/1 time use)
<b>ANTIPSICÓTICOS-ATÍPICOS, AG. PARCIAL DE D2/5HT MIXTOS</b>		
ABILIFY ASIMTUFI 720MG/2.4ML, 960MG/3.2ML	T3	
ABILIFY MYCITE	T3	QL (30 Units/30 days)
<i>aripiprazole</i>	T1	
<i>aripiprazole</i> (Abilify)	T1	QL (30 Units/30 days)
<i>aripiprazole odt</i>	T1	QL
REXULTI	T3	QL (30 Units/30 days)
<b>ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA</b>		
ADASUVE	T3	
<i>loxapine succinate</i>	T1	
<b>ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, TIOXANTENOS</b>		
<i>thiothixene</i>	T1	
<b>ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, BUTIROFENONAS</b>		
<i>haloperidol</i>	T1	
<i>haloperidol lactate</i>	T1	
<b>ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, DIHIDROINDOLONAS</b>		
<i>molindone hcl</i>	T1	
<b>ANTIPSICÓTICOS, FENOTIAZINAS</b>		
<i>chlorpromazine hcl</i>	T1	
<i>fluphenazine hcl</i>	T1	
<i>perphenazine</i>	T1	
<i>thioridazine hcl</i>	T1	
<i>trifluoperazine hcl</i>	T1	
<b>SSRI-ANTIPSIC., ATÍPICOS, ANTAG. DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA</b>		
<i>olanzapine-fluoxetine hcl</i> (Symbyax)	T1	
SYMBYAX ( <i>olanzapine-fluoxetine hcl</i> )	T3	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Trastornos del sueño/sedantes)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA NARCOLEPSIA Y LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO</b>		
<i>armodafinil</i> (Nuvigil)	T1	PA QL (30 Units/30 days)
<i>modafinil</i> (Provigil)	T1	PA QL
SUNOSI	T2	PA QL (30 Units/30 days)
<b>AGENTE TIPO SEDANTE ANTINARCOLEPSIA Y ANTICATAPLEXIA</b>		
LUMRYZ ER	T3	PA SP HD QL (30 packets/30 days)
SODIUM OXYBATE	T2	PA SP HD QL (540ml/30 days)
XYREM	T2	QL (540ml/ 30 Days) SP HD
XYWAV	T2	QL (540ml/ 30 Days)
<b>BARBITÚRICOS</b>		
<i>phenobarbital</i>	T1	
<i>seconal</i> (Seconal Sodium)	T1	QL (30 Units/30 days)
<b>HIPNÓTICOS, AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA MELATONINA MT1/MT2</b>		
HETLIOZ	T3	PA QL (30 Units/30 days) SP HD
<i>ramelteon</i> (Rozerem)	T1	QL (30 Units/30 days)
<b>HIPNÓTICOS SEDANTES - BENZODIAZEPINAS</b>		
<i>estazolam</i>	T1	
<i>flurazepam hcl</i>	T1	
HALCION ( <i>triazolam</i> )	T3	
<i>midazolam hcl</i>	T1	
RESTORIL ( <i>temazepam</i> )	T3	
<i>temazepam</i> (Restoril)	T1	
<i>triazolam</i> (Halcion)	T1	
<b>HIPNÓTICOS SEDANTES, NO BARBITÚRICOS</b>		
BELSOMRA	T3	ST QL (30 Units/30 days)
<i>doxepin hcl</i> (Silenor)	T1	QL (30 Units/30 days)
EDLUAR	T3	ST QL (30 Units/30 days)
<i>eszopiclone</i> (Lunesta)	T1	QL (30 Units/30 days)
INTERMEZZO ( <i>zolpidem tartrate</i> )	T3	ST QL (30 Units/30 days)
KETAMINE HCL	T3	
MKO (MIDAZOLAM-KETAMINE-ONDAN)	T3	
QUVIVIQ	T3	ST
SILENOR ( <i>doxepin hcl</i> )	T3	ST QL (30 Units/30 days)
<i>zaleplon</i>	T1	QL
<i>zolpidem tartrate</i>	T1	QL (30 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

### MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Trastornos del sueño/sedantes) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>HIPNÓTICOS SEDANTES, NO BARBITÚRICOS (cont.)</b>		
<i>zolpidem tartrate</i> (Ambien)	T1	QL (30 Units/30 days)
<i>zolpidem tartrate</i> (Intermezzo)	T1	QL (30 Units/30 days)
<i>zolpidem tartrate er</i> (Ambien CR)	T1	QL (30 Units/30 days)
ZOLPIMIST	T3	ST QL

### PREPARACIONES CUTÁNEAS (Varias)

#### IRRIGANTES

<i>acetic acid</i>	T1	
<i>neomycin-polymyxin b</i>	T1	
PHYSIOLYTE	T3	
PHYSIOSOL	T3	

#### AGENTES OXIDANTES

<i>hydrogen peroxide</i>	T1	
--------------------------	----	--

### PREPARACIONES CUTÁNEAS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)

#### AGENTES ANTIPSORIÁSICOS, SISTÉMICOS

<i>acitretin</i>	T1	
<i>methoxsalen</i> (Oxsoralen-Ultra)	T1	
OXSORALEN-ULTRA ( <i>methoxsalen</i> )	T3	
SKYRIZI (2 SYRINGES) KIT	T2	PA QL (1 kit/30 days) SP HD
SORIATANE ( <i>acitretin</i> )	T3	
TALTZ	T2	PA QL (1ML/21 Days) SP HD
TREMFYA	T2	PA QL SP HD

#### ANTIINFLAMATORIOS TÓPICOS, ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS

<i>diclofenac</i>	T1	QL ST HD
FLECTOR	T2	ST QL
VOLTAREN ( <i>arthritis pain</i> )	T3	ST QL (500GM/21 Days) HD

### PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas)

#### AGENTES ANTIACNÉ, SISTÉMICOS

ABSORICA	T2	ST
ABSORICA LD	T3	
<i>amnesteem</i> (Absorica)	T1	
<i>claravis</i> (Absorica)	T1	
<i>isotretinoin</i> (Absorica)	T1	
<i>isotretinoin authorized generics by Sun pharmaceuticals</i>	T1	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

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES ANTIACNÉ, SISTÉMICOS (cont.)</b>		
<i>myorisan</i> (Absorica)	T1	
<i>zenatane</i> (Absorica)	T1	
<b>AGENTES ANTIACNÉ, TÓPICOS</b>		
ACZONE ( <i>dapsone</i> )	T3	ST
<i>adapalene-benzoyl peroxide</i> (Epiduo)	T1	
AZELEX	T3	ST
BENZACLIN ( <i>clindamycin-benzoyl peroxide</i> )	T3	ST
<i>clindamycin phos-tretinoin</i> (Veltin)	T1	PA
<i>clindamycin-benzoyl peroxide</i>	T1	
<i>clindamycin-benzoyl peroxide</i> (Acanya)	T1	
<i>clindamycin-benzoyl peroxide</i> (Benzacilin)	T1	
<i>dapsone</i> (Aczone)	T1	
EPIDUO FORTE GEL PUMP	T3	ST
KLARON ( <i>sulfacetamide</i> )	T3	ST
<i>neuac</i>	T1	
ONEXTON	T2	ST
<i>sulfacetamide</i> (Klaron)	T1	
ZIANA ( <i>clindamycin phos-tretinoin</i> )	T3	PA ST
<b>ANTIPRURIGINOSOS, TÓPICOS</b>		
<i>doxepin hcl</i> (Prudoxin)	T1	QL (45GM/23 Days)
<i>prudoxin</i> (Prudoxin)	T1	QL (45GM/23 Days)
ZONALON ( <i>doxepin hcl</i> )	T3	ST QL (90 grams/30 days)
<b>AGENTES ANTIPSORIÁSICOS</b>		
<i>calcipotriene</i> (Dovonex)	T1	QL (120/23 Days)
<i>calcitriol</i> (Vectical)	T1	
DOVONEX ( <i>calcipotriene</i> )	T3	QL (120/23 Days)
DUOBRII	T3	ST QL (200 GM/23 Days)
<i>tazarotene cream</i> (Tazorac)	T1	PA
TAZORAC	T2	PA
VECTICAL ( <i>calcitriol</i> )	T3	
VTAMA	T3	PA ST QL (1 tube/28 days)
ZORYVE	T3	PA ST QL (60gms/21 days)
<b>AGENTES ANTISEBORREICOS</b>		
ESKATA	T3	
OVACE ( <i>sulfacetamide</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

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES ANTISEBORREICOS</b>		
OVACE PLUS	T3	
<i>selenium sulfide</i> (Selrx)	T1	
SELRX	T3	
<i>sulfacetamide</i> (Ovace Plus Wash)	T1	
<i>sulfacetamide</i> (Ovace Plus)	T1	
<i>sulfacetamide</i> (Ovace)	T1	
VTAMA	T3	PA QL
ZORYVE	T3	PA QL (60 grams/21 days)
<b>PREPARACIONES PARA ÚLCERAS POR DIABETES, TÓPICAS</b>		
REGANEX	T2	QL
<b>INMUNOMODULADORES</b>		
ALDARA ( <i>imiquimod</i> )	T3	
<i>imiquimod</i> (Aldara)	T1	
<b>QUERATOLÍTICOS</b>		
<i>benzepro</i>	T1	
BENZEPRO ( <i>benzepro</i> )	T3	ST
<i>benzoyl peroxide</i>	T1	
CONDYLOX	T3	ST QL (7 Grams/30 Days)
ENZOCLEAR	T3	ST
INOVA	T3	ST
INOVA 4-1	T3	ST
INOVA 8-2	T3	ST
<i>podofilox</i>	T1	
PR BENZOYL PEROXIDE ( <i>benzepro</i> )	T3	ST
<b>PROTECTORES</b>		
PHARMABASE ( <i>pharmabase barrier</i> )	T3	
<i>zinc oxide</i>	T1	
<b>AGENTES PARA LA ROSÁCEA, TÓPICOS</b>		
<i>azelaic acid</i> (Finacea)	T1	
EPSOLAY	T3	
FINACEA ( <i>azelaic acid</i> )	T3	ST
<i>ivermectin</i> (Soolantra)	T1	QL (60GM/23 Days)
METROCREAM ( <i>metronidazole</i> )	T3	ST
METROGEL ( <i>metronidazole</i> )	T3	ST

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES PARA LA ROSÁCEA, TÓPICOS (cont.)</b>		
METROLOTION ( <i>metronidazole</i> )	T3	ST
<i>metronidazole</i>	T1	
<i>metronidazole</i> (Metrocream)	T1	
<i>metronidazole</i> (Metrogel)	T1	
<i>metronidazole</i> (Metro lotion)	T1	
MIRVASO	T2	PA
NORITATE	T3	ST
RHOFADE	T3	PA
ROSADAN	T3	ST
<i>rosadan</i> (Metrocream)	T1	
SOOLANTRA	T3	ST QL (60GM/23 Days)
<b>ADHESIVOS PARA TEJIDOS/HERIDAS</b>		
ARTISS	T3	
TISSEEL VHSD	T3	
<b>TÓP. ANTIINFLAM., INHIB. DE LA FOSFODIESTERASA-4 (PDE4)</b>		
EUCRISA	T3	ST QL (120 GM/23 Days)
<b>AGENTES TÓPICOS, VARIOS</b>		
HYFTOR 0.2% GEL	T3	PA
<b>DERIVADOS DE LA PLEUROMUTILINA, ANTIBIÓTICOS TÓPICOS</b>		
ALTABAX	T3	ST QL (30 Units/30 days)
<b>AGENTES ANTICOLINÉRGICOS TÓPICOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPERHIDROSIS</b>		
QBREXZA	T3	PA
<b>ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS</b>		
ALA-SCALP HP ( <i>hydrocortisone</i> )	T3	ST
<i>alclometasone dipropionate</i>	T1	
<i>amcinonide</i>	T1	
<i>apexicon e</i>	T1	
<i>baser</i> (Cutivate)	T1	
<i>betamethasone</i>	T1	
<i>betamethasone dipropionate</i>	T1	
BRYHALI	T3	ST
CAPEX SHAMPOO	T3	ST
<i>clobetasol e</i>	T1	QL (120GM/23 Days)
<i>clobetasol emulsion</i> (Olux-E)	T1	QL (100 Units/23 Days)

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS (cont.)</b>		
<i>clobetasol propionate</i>	T1	QL
CLOBEX SHAMPOO ( <i>clobetasol propionate</i> )	T3	ST QL (263ML/23 Days)
CLOBEX SPRAY ( <i>clobetasol propionate</i> )	T3	ST QL (125ML/23 Days)
CLOBEX TOPICAL LOTION ( <i>clobetasol propionate</i> )	T3	ST QL (118ML/23 Days)
CLODAN	T3	ST
<i>clodan</i> (Clobex)	T1	QL (263ML/23 Days)
CLODERM	T3	ST
CORDRAN	T3	ST QL
CUTIVATE ( <i>baser</i> )	T3	ST
DERMA-SMOOTHIE-FS ( <i>fluocinolone acetonide</i> )	T3	ST
DESONATE	T3	ST
<i>desonide</i> (Desowen)	T1	
DESOWEN ( <i>desonide</i> )	T3	ST
<i>desoximetasone</i> (Topicort)	T1	
<i>diflorasone diacetate</i>	T1	QL (120GM/23 Days)
DIPROLENE ( <i>betamethasone diprop augmented</i> )	T3	ST
<i>fluocinolone acetonide</i>	T1	
<i>fluocinonide</i>	T1	QL
<i>fluocinonide-e</i>	T1	QL (120 GM/23 Days)
<i>flurandrenolide</i> (Cordran)	T1	QL
<i>fluticasone propionate</i>	T1	
<i>halcinonide</i> (Halog)	T1	
<i>halobetasol propionate</i>	T1	
HALOG ( <i>halcinonide</i> )	T3	ST
<i>hydrocortisone</i>	T1	
<i>hydrocortisone butyrate</i>	T1	ST QL (10gm/28 days)
<i>hydrocortisone butyrate</i> (Locoid Lipocream)	T1	QL (120GM/23 Days)
<i>hydrocortisone butyrate</i> (Locoid)	T1	QL (118ML/23 Days)
IMPOYZ	T3	ST QL (120 GM/23 Days)
KENALOG ( <i>triamcinolone acetonide</i> )	T3	ST QL
LEXETTE	T3	ST
LUXIQ ( <i>betamethasone valerate</i> )	T3	ST
<i>mometasone</i>	T1	
<i>nolix</i> (Cordran)	T1	QL

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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
<b>ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS (cont.)</b>		
NUCORT	T3	ST
OLUX ( <i>clobetasol propionate</i> )	T3	ST QL (100 Units/23 Days)
OLUX-E ( <i>clobetasol emollient</i> )	T3	ST QL (100 Units/23 Days)
PANDEL	T3	ST
<i>prednicarbate</i>	T1	
<i>procto-med hc</i>	T1	
<i>procto-pak</i>	T1	
<i>proctosol-hc</i>	T1	
<i>proctozone-hc</i>	T1	
PSORCON ( <i>diflorasone di</i> )	T3	ST QL (120GM/23 Days)
SCALACORT DK	T3	ST
SERNIVO	T3	ST
SYNALAR ( <i>fluocinolone acetonide</i> )	T3	ST
SYNALARTS	T3	ST
TEMOVATE ( <i>clobetasol propionate</i> )	T3	ST QL (120 GM/23 Days)
TEXACORT	T3	ST
TOPICORT ( <i>desoximetasone</i> )	T3	ST
<i>tovet emollient</i> (Olux-E)	T1	QL (100 Units/23 Days)
<i>triamcinolone acetonide</i>	T1	
<i>triamcinolone acetonide</i> (Kenalog)	T1	QL
<i>trianex</i>	T1	
<i>triderm</i>	T1	
TRIDESILON ( <i>desonide</i> )	T3	ST
ULTRAVATE	T3	ST
<b>ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS-ANESTÉSICOS LOCALES</b>		
ANALPRAM-HC ( <i>hc pramoxine</i> )	T3	ST
EPIFOAM	T3	ST
<i>hc pramoxine</i> (Pramosone)	T1	
<i>lidocaine-hc</i>	T1	
PRAMOSONE	T3	ST
<b>ANTIPARASITARIOS TÓPICOS</b>		
<i>lindane</i>	T1	
<i>malathion</i> (Ovide)	T1	
OVIDE ( <i>malathion</i> )	T3	

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

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

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

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



## Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES ANTIBACTERIANAS TÓPICAS</b>		
<i>iodine</i>	T1	
<i>iodine</i> (Lugol'S)	T1	
IODOFLEX	T3	
IODOSORB	T3	
<b>ANÁLOGOS DE VIT. D/ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS</b>		
calcipotriene-betamethasone (Taclonex)	T1	QL (60 GM/23 Days)
<i>calcipotriene-betamethasone dp</i> (Taclonex)	T1	QL (60 GM/23 Days)
ENSTILAR	T2	QL (60 GM/23 Days)
ENSTILAR FOAM	T2	QL ST
TACLONEX ( <i>calcipotriene-betamethasone dp</i> )	T3	QL
<b>ENZIMAS TÓPICAS/DE LAS MEMBR. MUCOSAS/ SUBCUT.</b>		
SANTYL	T2	QL
<b>DERIVADOS DE LA VITAMINA A</b>		
<i>adapalene</i> (Differin)	T1	
AKLIEF	T3	PA ST
ALTRENO	T3	PA
AVITA	T3	PA
<i>avita</i> (Avita)	T1	PA
DIFFERIN ( <i>adapalene</i> )	T3	ST
RETIN-A ( <i>tretinoin</i> )	T3	PA
<i>tretinoin</i>	T1	
<i>tretinoin</i> (Atralin)	T1	PA
<i>tretinoin</i> (Avita)	T1	PA
<i>tretinoin</i> (Retin-A)	T1	PA
<i>tretinoin microsphere</i> (Retin-A Micro Pump)	T1	PA
<i>tretinoin microsphere</i> (Retin-A Micro)	T1	PA
<b>AGENTES ANTIACNÉ TÓPICOS, DERIVADOS DE LA VITAMINA A</b>		
FABIOR	T3	PA
<b>AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR (Productos para dejar de fumar)<sup>8</sup></b>		
<b>AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR (ESTIM. GANGLIONARES, OTROS)</b>		
NICODERM CQ ( <i>nicoderm cq</i> )	T2	QL (180 Days Supply/365 Days) PPACA
NICODERM CQ ( <i>nicotine patch</i> )	T2	QL (180 Days Supply/365 Days) PPACA
<i>nicorelief</i> (Nicorette)	T1	QL (180 Days Supply/365 Days) PPACA
NICORETTE	T2	QL (180 Days Supply/365 Days) 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) <sup>8</sup>		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR (ESTIM. GANGLIONARES, OTROS) (cont.)</b>		
NICORETTE ( <i>nicorelief</i> )	T2	QL (180 Days Supply/365 Days) PPACA
NICORETTE ( <i>nicotine gum</i> )	T2	QL (180 Days Supply/365 Days) PPACA
<i>nicotine</i>	T1	QL (180 Days Supply/365 Days) PPACA
<i>nicotine</i> (Nicoderm CQ)	T1	QL (180 Days Supply/365 Days) PPACA
<i>nicotine</i> (Nicorette)	T1	QL (180 Days Supply/365 Days) PPACA
<i>nicotine gum</i> (Nicorette)	T1	QL (180 Days Supply/365 Days) PPACA
NICOTROL	T3	QL (180 Days Supply/365 Days)
NICOTROL NS	T3	QL (180 Days Supply/365 Days)
<i>quit 2</i> (Nicorette)	T1	QL (180 Days Supply/365 Days) PPACA
<i>quit 4</i> (Nicorette)	T1	QL (180 Days Supply/365 Days) PPACA
<i>stop smoking aid</i> (Nicorette)	T1	QL (180 Days Supply/365 Days) PPACA
<b>AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR-AGONISTA PARCIAL DE LOS RECEPT. DE NICOTINA</b>		
CHANTIX	T3	QL (180 Days Supply/365 Days)
<b>AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR, OTROS</b>		
<i>bupropion sr</i>	T1	QL (180 Days Supply/365 Days) PPACA
<b>PREPARACIONES PARA LA TIROIDES (Agentes hormonales)</b>		
<b>PREPARACIONES ANTITIROIDEAS</b>		
<i>methimazole</i> (Tapazole)	T1	HD
<i>propylthiouracil</i>	T1	HD
TAPAZOLE ( <i>methimazole</i> )	T3	HD
<b>HORMONAS TIROIDEAS</b>		
ERMEZA SOLUTION	T3	ST HD
EUTHYROX (Euthyrox/levothyroxine )	T1	HD
LEVO-T (Euthyrox/levothyroxine )	T1	HD
LEVO-T (Levo-T/levothyroxine )	T1	HD
<i>levothyroxine</i>	T1	HD
<i>levoxyl</i> (Euthyrox)	T1	HD
<i>liothyronine</i> (Cytomel)	T1	HD
<i>nature-throid</i>	T1	
<i>np thyroid</i> (Armour Thyroid)	T1	HD
<i>thyroid</i> (Armour Thyroid)	T1	
<i>unithroid</i> (Euthyrox)	T1	HD
<i>unithroid</i> (Levo-T)	T1	HD
<i>westhroid</i>	T1	HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (SIDA/VIH)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>INHIBIDORES DEL CITOCROMO P450</b>		
TYBOST	T3	SP
<b>PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias)</b>		
<b>FIBROSIS QUÍSTICA-COMB. DE POTENCIADOR DE CFTR Y CORRECTOR</b>		
BRONCHITOL 40 MG INHALE CAPSULE	T3	PA SP
ORKAMBI	T2	PA QL (56 packets/28 days) SP HD
SYMDEKO	T2	PA QL SP HD
TRIKAFTA 80-40-60MG/59.5MG PKT	T2	SP PA HD QL (56 packets/28 days)
TRIKAFTA 100-50-75 MG/75MG PKT	T2	SP PA HD QL (56 packets/28 days)
<b>FIB. QUÍSTICA-POTENCIADOR DE LA REG. DE LA CONduc. TRANSMEMB. (CFTR)</b>		
KALYDECO 13.4MG GRANULES PKT	T2	PA SP QL (56 packets/28 days)
<b>SURFACTANTES PULMONARES</b>		
CUROSURF	T3	
INFASURF	T3	
SURVANTA	T3	
<b>MUCOLÍTICOS</b>		
PULMOZYME	T2	SP HD
<b>FIBROSIS PULMONAR - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS</b>		
OFEV	T2	PA QL SP HD
<b>INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS</b>		
JOENJA 70 MG TABLET	T3	PA SP QL (60 tabs/30 days)
VIJOICE	T2	SP PA QL (28 tabs/30 days)
ZOKINVY	T3	PA QL (MAX 120 Caps/30 Days)
<b>INHIBIDORES DE LA LINFOPOYETINA ESTROMAL TÍMICA (TSLP)</b>		
TEZSPIRE 210 MG/1.91 ML PEN	T2	SP PA HD QL (1 pen/28 days)
TEZSPIRE 210 MG/1.91 ML SYRING	T2	SP PA HD QL (1 syringe/28 days)
<b>PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)</b>		
<b>ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA BRADIQUININA B2</b>		
<i>icatibant</i> (Firazyr)	T1	PA SP HD
<b>INHIBIDORES DE LA ESTERASA CI</b>		
CINRYZE	T2	PA SP HD
HAEGARDA 2,000UNIT VIAL	T3	PA SP HD QL (24 vials/28 days)
HAEGARDA 3,000UNIT VIAL	T3	PA SP HD QL (16 vials/28 days)
RUCONEST	T2	PA SP HD
<b>INHIBIDORES DE CALICREÍNA PLASMÁTICA</b>		
KALBITOR	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 (Medicamentos para la presión arterial/ para el corazón) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>INHIBIDORES DE CALICREÍNA PLASMÁTICA (cont.)</b>		
ORLADEYO 110MG, 150MG CAPSULE	T3	PA SP QL (28 caps/28 days)
TAKHZYRO 300MG/2ML	T2	PA SP HD QL (2 units/28 days)
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Cáncer)		
<b>ANTINEOPLÁSICOS - ANTIMETABOLITOS</b>		
FLUOROURACIL	T2	
<b>AGENTES DE RESCATE/ANTÍDOTOS PARA QUIMIOTERAPIA</b>		
<i>leucovorin</i>	T1	
MESNEX	T2	SP
VISTOGARD 10GM PKT	T2	PA QL(20 pkts/30days) SP
<b>AGENTES ESCLEROSANTES DE ADMINISTRACIÓN INTRAPLEURAL, COADYUVANTES ANTINEOPLÁSICOS</b>		
SCLEROSOL	T3	
STERILE TALC	T3	
STERITALC	T3	
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Productos dentales)		
<b>PREPARACIONES Y AYUDAS DENTALES</b>		
<i>chlorhexidine gluconate</i>	T1	
<i>oralone</i>	T1	
PERIDEX ( <i>chlorhexidine gluconate</i> )	T3	
<i>periogard</i>	T1	
<i>triamcinolone acetonide</i>	T1	
<b>INHIBIDORES DE LA COLAGENASA PERIODONTAL</b>		
<i>doxycycline hyclate</i>	T1	
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones oculares)		
<b>AGONISTA PARCIAL DE RECEPTORES NICOTÍNICOS, ALFA4-BETA2</b>		
TYRVAYA 0.03 MG NASAL SPRAY	T3	PA
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones gastrointestinales/pirosis)		
<b>AGENTES PARA USO ESTOMATOLÓGICO</b>		
PROTHELIAL	T3	
<b>CALCIMIMÉTICO, POTENCIADOR DEL CALCIO PARATIROIDEO</b>		
<i>cinacalcet hcl (Sensipar)</i>	T1	SP
<b>AGENTES ORALES PARA LA MUCOSITIS/ESTOMATITIS</b>		
GELCLAIR	T3	
MUGARD	T3	
ORAMAGICRX	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES ANTIINFLAMATORIOS ORALES PARA LA MUCOSITIS/ESTOMATITIS</b>		
EPISIL	T3	
<b>AGENTES ESTIMULANTES DE LA SALIVA</b>		
NUMOISYN	T3	
<b>AGENTES SUSTITUTOS DE LA SALIVA</b>		
AQUORAL	T3	
BOCASAL	T3	
CAPHOSOL	T3	
MUCOSITISRX	T3	
NEUTRASAL	T3	
NUMOISYN	T3	
SALIVAMAX	T3	
XEROSTOMIA RELIEF	T3	
<b>PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Agentes hormonales)</b>		
<b>AGENTES QUE ESTIM. LA FORMACIÓN DE HUESO - HORMONA PARATIROIDEA</b>		
FORTEO	T2	PA QL (1 Pen/21 Days) SP HD
<b>ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE LA HORMONA DE CRECIMIENTO</b>		
SOMAVERT	T2	SP HD
<b>AGENTES PARA EL TRAT. DEL HIPERPARATIROID. - TIPO ANÁLOGO DE VITAMINA D</b>		
<i>doxercalciferol</i>	T1	
<i>paricalcitol</i>	T1	SP HD
<i>paricalcitol (Zemplar)</i>	T1	SP HD
RAYALDEE	T3	
ZEMPLAR ( <i>paricalcitol</i> )	T3	SP HD
<b>PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios)</b>		
<b>ABORTIVOS-ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA PROGESTERONA</b>		
MIFEPREX	T3	
<i>mifepristone (Mifeprex)</i>	T1	
<b>AGENTES PARA TRATAR LA PARÁLISIS PERIÓDICA - INHIB. DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA</b>		
KEVEYIS	T3	PA ST SP
<b>INHIBIDORES DE AMONÍACO</b>		
CARBAGLU	T2	SP HD
<b>AGENTES PARA LA AMILOIDOSIS-SUPRESIÓN DE LA TRANSTIRETINA (TTR)</b>		
TEGSEDI	T2	PA SP HD QL (4 syr/28 days)

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES ANTIALCOHÓLICAS</b>		
<i>acamprosate</i>	T1	
ANTABUSE ( <i>disulfiram</i> )	T3	
<i>disulfiram</i> (Antabuse)	T1	
<b>TRATAMIENTO ANTIFIBRÓTICO - ANÁLOGOS DE LA PIRIDONA</b>		
ESBRIET	T3	PA QL(90 tabs/30 days) SP ST HD
<i>pirfenidone 267mg capsules</i>	T1	PA SP HD QL (270 caps/30 days)
<b>AGENTES CRIOPRESERVANTES</b>		
<i>cryoserv</i>	T1	
<b>MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA TIROSINEMIA HEREDITARIA</b>		
<i>nitisinone</i> (Orfadin)	T1	PA SP HD
NITYR	T2	PA SP
ORFADIN ( <i>nitisinone</i> )	T3	PA SP
<b>MEDICAMENTOS PARA TRATAR DIAG. DE GAUCHER TIPO I, REDUCTORES DE SUSTRATOS</b>		
CERDELGA	T2	PA SP HD QL (56 caps/28 days)
<i>miglustat</i> (Zavesca)	T1	PA SP HD
<b>AGENTES PARA INHALACIÓN GENERALES</b>		
<i>chloride</i>	T1	
HYPHER-SAL	T3	
<i>nebusal</i>	T1	
NEBUSAL	T3	
<i>pulmosal</i>	T1	
<b>SUPRESORES DE LOS SÍNTOMAS MENOPÁUSICOS - SSRI</b>		
<i>paroxetine mesylate</i> (Brisdelle)	T1	QL (30 Units/30 days) HD
<b>REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, HIPOFOSFATASIA</b>		
STRENSIQ	T2	PA SP
<b>REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, DEFICIENCIA DEL COFACTOR DE MOLIBDENO</b>		
NULIBRY 9.5 MG VIAL	T3	PA
<b>REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, ENFERMEDAD DE POMPE</b>		
NEXVIAZYME 100 MG VIAL	T3	PA
<b>AGENTES PARA TRATAR LA INTOXIC. POR METALES</b>		
CHEMET	T2	PA
<i>clovique</i> (Syprine)	T1	PA SP HD
<i>deferasirox</i> (Exjade)	T1	PA SP HD
<i>deferasirox</i> (Jadenu)	T1	PA SP HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES PARA TRATAR LA INTOXIC. POR METALES (cont.)</b>		
FERRIPROX	T3	PA SP
GALZIN	T3	
RADIOGARDASE	T3	
SYPRINE (clovique)	T3	PA SP HD
trientine hcl (Syprine)	T1	PA SP HD
<b>PÉPTIDOS NATRIURÉTICOS</b>		
VOXZOGO 0.4 MG VIAL	T3	PA SP
<b>CHAPERÓN FARMACOLÓGICO-ESTAB. DE LA ALFA-GALACTOSIDASA A</b>		
GALAFOLD	T3	PA QL SP HD
<b>AGENTE PARA TRATAR LA FENILCETONURIA-COFACTOR DE LA FENILALANINA HIDROXILASA</b>		
KUVAN	T2	PA SP HD
<b>ESTABILIZADORES DE PROTEÍNAS</b>		
VYNDAMAX	T2	PA SP HD
VYNDAQEL	T2	PA SP HD
<b>SOLVENTES</b>		
dy-o-derm	T1	
INSTACLEAN	T2	
ISOPROPANOL	T2	
isopropyl alcohol	T1	
ISOPROPYL ALCOHOL	T3	
MURI-LUBE MINERAL OIL	T2	
<b>EXCIPIENTES</b>		
GELFILM	T3	
HYDROXYPROPYLCELLULOSE	T2	
HYPROMELLOSE	T2	
<b>PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Esclerosis múltiple)</b>		
<b>INHIB. DE ADHESIÓN LEUCOCITARIA, ANTICUERPO MONOCLONAL IGG4K MEDIADO POR ALPHA4</b>		
TYSABRI 300 MG/15 ML VIAL	T2	PA QL (15 mL/30 days) HD
<b>PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Nutritivos/alimenticios)</b>		
<b>AGENTES PARA DEFICIENCIAS METABÓLICAS</b>		
CARNITOR (levocarnitine)	T3	
CARNITOR SF (levocarnitine sf)	T3	
CYSTADANE	T2	PA ST SP
levocarnitine (Carnitor)	T1	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Nutritivos/alimenticios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES PARA DEFICIENCIAS METABÓLICAS (cont.)</b>		
<i>levocarnitine sf</i> (Carnitor SF)	T1	
<i>levocarnitine 4 gm/20 ml vial</i>	T1	
<b>PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Productos para la osteoporosis)</b>		
<b>COMBINACIONES DE INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA Y VITAMINA D</b>		
FOSAMAX PLUS D	T3	ST QL (4 Tabs/21 Days) HD
<b>INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA</b>		
ACTONEL 150 MG TABLET ( <i>risedronate</i> )	T3	ST QL (1 Tab/23 Days) HD
ACTONEL 35 MG TABLET ( <i>risedronate</i> )	T3	ST QL (4 Tabs/21 Days) HD
ACTONEL 5 MG TABLET ( <i>risedronate</i> )	T3	ST QL (30 Units/30 days)
<i>alendronate 10mg tablet</i>	T1	QL (30 Units/30 days) HD
<i>alendronate sodium 40mg tablet</i>	T1	HD
<i>alendronate 35mg, 70mg tablets</i> (Fosamax)	T1	QL (4 Tabs/ 21 Days) HD
<i>alendronate 70 mg/75 ml</i>	T1	QL (4 Bottles/21 Days) HD
AELVIA ( <i>risedronate dr</i> )	T3	ST QL (4 Tabs/21 Days) HD
BINOSTO	T3	ST QL (4 Tabs/21 Days) HD
BONIVA ( <i>ibandronate</i> )	T3	ST QL (1 Tab/23 Days) HD
EVISTA ( <i>raloxifene hcl</i> )	T3	HD
FOSAMAX ( <i>alendronate</i> )	T3	ST QL (4 Tabs/21 Days) HD
<i>ibandronate</i> (Boniva)	T1	QL (1 Tab/23 Days) HD
<i>raloxifene hcl</i> (Evista)	T1	HD PPACA
<i>risedronate</i>	T1	QL HD
<i>risedronate dr</i> (Atelvia)	T1	QL (4 Tabs/21 Days) HD
<b>PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)</b>		
<b>ANTIINFLAM. ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-I</b>		
ARCALYST	T3	PA SP HD
<b>ANTIINFLAMATORIOS, BETABLOQUEANTES DE INTERLEUCINA-I</b>		
ILARIS	T2	PA SP HD
<b>AGENTES PARA LA FIBROMIALGIA, INHIB. DE LA RECAPT. DE SEROTONINA-NOREPINEFRINA</b>		
SAVELLA TITRATION PACK	T2	ST QL (1 pack/30 days) HD
<b>INMUNOMODULADORES, INHIB. ESPECÍF. DE ESTIM. DE LINFOCITOS B (BLYS)</b>		
BENLYSTA	T2	PA QL (4ml/28 days) SP HD
<b>PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones cutáneas)</b>		
<b>INHIBIDORES DE LA INTERLEUCINA-13 (IL-13), ANTICUERPOS MONOCLONALES</b>		
ADBRY 150MG/ML SYRINGE	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 (Abuso de sustancias)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES PARA EL TRATAMIENTO PARA LA ABSTINENCIA DE OPIOIDES, TIPO OPIOIDES</b>		
<i>buprenorphine hydrochloride</i>	T1	
<i>buprenorphine-naloxone</i> (Suboxone)	T1	QL
PROBUPHINE	T3	
SUBOXONE ( <i>buprenorphine-naloxone</i> )	T3	QL
ZUBSOLV	T2	QL
<b>PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Medicamentos para trasplante)</b>		
<b>INHIBIDORES DE LA QUINASA RHO</b>		
REZUROCK 200 MG TABLET	T3	PA QL (30 tabs/30 days)
<b>PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones urinarias)</b>		
<b>AGENTES PARA LA HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA/MICCIÓN</b>		
<i>alfuzosin hcl er</i> (Uroxatral)	T1	HD
<i>dutasteride</i> (Avodart)	T1	HD
<i>finasteride</i> (Proscar)	T1	HD
FLOMAX ( <i>tamsulosin hcl</i> )	T3	HD
PROSCAR ( <i>finasteride</i> )	T3	ST HD
<i>silodosin</i> (Rapaflo)	T1	HD
<i>tamsulosin hcl</i> (Flomax)	T1	HD
<b>INHIB. DE LA 5-ALFA REDUCTASA-ANTAG. ADRENÉRGICO ALFAI PARA TRATAR LA HPB</b>		
<i>dutasteride-tamsulosin</i> (Jalyn)	T1	HD
JALYN ( <i>dutasteride-tamsulosin</i> )	T3	ST HD
<b>AGENTES QUE REDUCEN LA CISTINA, CISTINOSIS NEFROPÁTICA</b>		
CYSTAGON	T2	SP
<b>AGENTES PARA CÁLCULOS RENALES</b>		
THIOLA	T3	SP
THIOLA EC	T3	SP
<b>AGENTES PARA LA VEJIGA HIPERACTIVA, RECEP. ADRENÉRGICOS BETA 3</b>		
GEMTESA	T3	
MYRBETRIQ	T2	HD
<b>ANTIESPASMÓDICOS DE LAS VÍAS URINARIAS, ANTAG. SELECTIVO DE M(3)</b>		
<i>darifenacin er</i>	T1	HD
ENABLEX ( <i>darifenacin er</i> )	T3	ST
<i>fesoterodine er tablets</i> (generic)	T1	ST
<i>solifenacin succinate</i> (Vesicare)	T1	HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones urinarias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTE ANTIESPASMÓDICO/ANTIINCONTINENCIA DE LAS VÍAS URINARIAS</b>		
DITROPAN XL ( <i>oxybutynin chloride er</i> )	T3	ST HD
<i>flavoxate hcl</i>	T1	HD
GELNIQUE	T2	QL (30 Units/30 days) HD
<i>oxybutynin chloride</i>	T1	HD
<i>oxybutynin chloride er</i>	T1	HD
<i>oxybutynin chloride er</i> (Ditropan XL)	T1	HD
OXYTROL	T3	ST QL (8 Patches/21 Days) HD
<i>tolterodine tartrate</i> (Detrol)	T1	HD
<i>tolterodine tartrate er</i> (Detrol LA)	T1	HD
TOVIAZ	T3	ST HD
TOVIAZ ER	T3	HD
<i>trospium chloride</i>	T1	HD
<b>PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Control del peso)</b>		
<b>ESTIM. DEL APETITO PARA LA ANOREXIA, CAQUEXIA, SÍND. DE DESGASTE</b>		
<i>megestrol acetate</i>	T1	
<b>VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias)</b>		
<b>PREPARACIONES CON ÁCIDO FÓLICO</b>		
<i>folic acid</i>	T1	PPACA
<b>PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS</b>		
<i>b complex w-vitamin c</i>	T1	PPACA
<i>super b-complex w/vitamin c</i>	T1	PPACA
<i>vitamin b complex with c</i>	T1	HD PPACA
<b>PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS</b>		
<i>multivitamin with fluoride</i>	T1	PPACA
<i>mvc-fluoride</i>	T1	PPACA
<i>tri-vitamin with fluoride</i>	T1	PPACA
<i>vitamins a, c, d &amp; fluoride</i>	T1	PPACA
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA B</b>		
<i>b complex</i>	T1	HD PPACA
<i>b complex w-vitamin c</i>	T1	HD PPACA
<i>balance b</i>	T1	HD PPACA
<i>balanced b-complex</i>	T1	HD PPACA
<i>dialyvite 800</i> (Nephro-Vite)	T1	HD PPACA

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA B (cont.)</b>		
<i>foltabs 800</i>	T1	HD PPACA
<i>full spectrum b</i> (Nephro-Vite)	T1	HD PPACA
<i>rena-vite</i> (Nephro-Vite)	T1	HD PPACA
<i>super b complex</i>	T1	HD PPACA
<i>super b complex-vitamin c</i>	T1	HD PPACA
<i>vitamin b complex</i>	T1	HD PPACA
<i>vitamin b-complex &amp; c</i>	T1	HD PPACA
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA B12</b>		
<i>cyanocobalamin</i>	T1	
<i>hydroxocobalamin</i>	T1	
NASCOBAL	T2	ST QL (4 Devices/30 Days)
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA D</b>		
<i>calcitriol</i> (Rocaltrol)	T1	HD
DRISDOL ( <i>vitamin d2</i> )	T3	HD
ROCALTROL ( <i>calcitriol</i> )	T3	HD
<i>vitamin d2</i> (Drisdol)	T1	HD
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA K</b>		
MEPHYTON ( <i>phytonadione</i> )	T3	QL
<i>phytonadione</i>	T1	
<i>vitamin k</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

## 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:<sup>9</sup>

- 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 FDA, a menos que el medicamento esté reconocido para el tratamiento de la indicación particular;
- medicamentos que no están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (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,<sup>10</sup> la disfunción sexual, con fines estéticos, para bajar de peso, para dejar de fumar<sup>10</sup> 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

## A

abacavir .....	54, 55	ADIPEX-P .....	51
abacavir-lamivudine .....	54, 55	ADLYXIN .....	41
ABILIFY .....	117	ADRENALIN CHLORIDE .....	88
ABILIFY MYCITE .....	117	ADVAIR .....	26
abiraterone acetate .....	46	ADZENYS .....	59
ABRYSVO .....	62	AEMCOLO .....	34
ABSORICA .....	119	AEROCHAMBER .....	110
ACAM2000 .....	62	AEROTRACH .....	111
acamprosate .....	130	AEROVENT .....	111
acarbose .....	41	AFINITOR .....	48
ACCOLATE .....	27	AFINITOR DISPERZ 2 MG, 3 MG, 5MG TABLET .....	48
ACCRUFER .....	93	afirmelle .....	78
ACCU-CHEK .....	108	AFLURIA .....	61
ACCUPRIL .....	68	AFTERA .....	78
ACCURETIC .....	67	AGRYLIN .....	54
ACD .....	37	AIMOVIG .....	14, 18
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER .....	110	AIRDUO DIGIHALER .....	26
acebutolol .....	69	AJOVY .....	14, 18
acetaminophen w/butalbital .....	18	AKLIEF .....	125
acetaminophen w/codeine .....	20	ak-poly-bac .....	29
acetate .....	36, 46, 48, 51, 63, 73, 78, 81, 89, 94, 101, 103, 104, 105, 106, 134	AKTEN .....	90
acetazolamide .....	86	ALA-SCALP HP .....	122
acetic acid .....	88, 119	albendazole .....	44
acetylcysteine .....	27	ALBENZA .....	44
acitretin .....	119	albuterol .....	26
ACTEMRA .....	107	ALCAINE .....	90
ACTHIB .....	61	alclometasone dipropionate .....	122
ACTICLATE .....	34	ALDACTAZIDE .....	87
ACTIGALL .....	98	ALDACTONE .....	87
ACTIMMUNE .....	51	ALDARA .....	121
ACTIQ .....	20	ALECENSA .....	48
ACTIVELLA .....	103	alendronate .....	132
ACTONEL .....	132	alfuzosin .....	133
ACTOPLUS MET .....	42	ALINIA .....	52
ACTOS .....	43	aliskiren .....	70
acyclovir .....	56, 57, 58	ALKERAN .....	46
ACZONE .....	120	allopurinol .....	23
ADACEL .....	61	ALLZITAL .....	18
ADALAT .....	64	almotriptan malate .....	14, 18
ADALIMUMAB .....	45	alopen .....	100
adapalene .....	120, 125	ALORA .....	103
adapalene-benzoyl peroxide .....	120	alose tron .....	100
ADASUVE .....	117	ALPHAGAN .....	91
ADBRY .....	132	alprazolam .....	112, 113
adefovir dipivoxil .....	57	ALTABAX .....	122
ADEMPAS .....	66	altacaine .....	90
ADHANSIA .....	115	ALTACE .....	68

## Índice de medicamentos

ALTAFLUOR BENOX .....	90	ANGELIQ .....	104
altavera .....	78	ANNOVERA .....	77
ALTRENO .....	125	ANORO ELLIPTA .....	26
ALUNBRIG .....	48	ANTABUSE .....	130
ALVESCO .....	27	ANTARA .....	72
alyacen .....	78, 82	ANTICOAGULANT SODIUM CITRATE .....	37
amabelz .....	103	anucort-hc .....	101
AMARYL .....	42	apap-cafeine-dihydrocodeine .....	20
ambrisentan .....	66	apexicon e .....	122
amcinonide .....	122	APLENZIN .....	113
AMELUZ .....	51	apraclonidine .....	91
AMERGE .....	18	aprepitant .....	96
amethia .....	78	APRETUDE ER 600MG/3ML VIAL .....	56
amethyst .....	78	apri .....	78
AMICAR .....	62	APRISO .....	99
amiloride .....	87	APTENSIO .....	115
aminoacetic acid .....	45	APTIOM .....	75
aminocaproic acid .....	62	APTIVUS .....	54
amiodarone .....	63	AQUORAL .....	129
amitriptyline .....	114, 115	ARAKODA .....	44
amitriptyline/chlordiazepoxide .....	114	ARAKODA 100mg tablets .....	44
amitriptyline-perphenazine .....	114	aranelle .....	78
amlodipine-atorvastatin .....	71	ARAVA .....	23
amlodipine besylate .....	64, 67	ARCALYST .....	132
amlodipine-olmesartan .....	68	ARCAPTA NEOHALER .....	26
amlodipine-valsartan .....	68	ARESTIN .....	44
amlodipine-valsartan-hctz .....	68	AREXVY .....	62
amnestem .....	119	ARICEPT .....	58
amoxapine .....	115	ARIDOL .....	85
amoxicillin .....	33, 44	ARIKAYCE .....	30
amoxicillin-clavulanate potass .....	33	aripiprazole .....	117
amoxicillin-clavulanate pot er .....	33	ARIXTRA .....	37
amphetamine .....	59	armodafinil .....	118
AMPHETAMINE ER .....	59	ARNUITY ELLIPTA .....	27
ampicillin trihydrate .....	33	AROMASIN .....	47
AMPYRA .....	74	ARRANON .....	46
AMVISC .....	92	ARTHROTEC .....	24
AMZEEQ .....	35	ARTISS .....	122
ANADROL-50 .....	102	ARYMO ER .....	20
ANAFRANIL .....	115	asa-butalb-caff-cod .....	22
anagrelide hydrochloride .....	54	ascomp with codeine .....	22
ANA-LEX .....	102	ashlyna .....	78
ANALPRAM-HC .....	102, 124	ASMANEX .....	27
ANAPROX DS .....	24	aspirin .....	18, 20, 22, 53, 54, 111, 112
anaspaz .....	97	ASTAGRAF .....	107
anastrozole .....	47	atazanavir .....	55, 56
ANCOBON .....	38	ATELVIA .....	132
ANDRODERM .....	102	atenolol .....	69, 70

## Índice de medicamentos

ATIVAN .....	113	BANZEL .....	75
atomoxetine .....	116	BAQSIMI .....	93
atorvastatin .....	71	BARACLUDE .....	57
atovaquone .....	44, 45	BASAGLAR .....	43
atovaquone-proguanil .....	44, 45	BAXDELA .....	34
atropine .....	91, 96	b complex .....	134, 135
ATROPINE .....	91	b complex w-vitamin c .....	134
ATROVENT HFA .....	25	BD .....	110
AUBAGIO .....	73	BD VERITOR SYSTEM SARS-COV[1]2 .....	85
aubra .....	78	bekyree .....	78
AUGMENTIN .....	33	BELBUCA .....	20
aurovela .....	78	belladonna & opium .....	20
AURYXIA .....	94	belladonna-phenobarbital .....	97
AUSTEDO .....	73	BELSOMRA .....	118
AUVI-Q .....	58	benazepril .....	67, 68
AVANDIA .....	43	BENLYSTA .....	132
avar .....	36	BENZAFLIN .....	120
AVAR .....	36	BENZAMYCIN .....	35
aviane .....	78	benzepril .....	121
avidoxy .....	34	BENZEPRO .....	121
AVIDOXY DK .....	34	BENZNIDAZOLE .....	45
avita .....	125	benzonatate .....	83
AVITA .....	125	benzoyl peroxide .....	35, 36, 120, 121
AVITENE .....	63	benzphetamine hcl .....	51, 52
AVONEX .....	73	benztropine mesylate .....	52
AYGESTIN .....	106	BEOVU .....	92
ayuna .....	78	besser .....	122, 123
AYVAKIT .....	48	BETADINE .....	89
AZASAN .....	107	betamethasone .....	39, 122, 123, 125
AZASITE .....	29	BETAPACE .....	69
azathioprine .....	107	BETASERON .....	73
azelaic acid .....	121	betaxolol .....	70, 91
azelastine .....	41, 87, 88	bethanechol chloride .....	60
AZELEX .....	120	BETHKIS .....	30
azithromycin .....	32, 33	BETOPTIC .....	91
AZULFIDINE .....	99	BEVACIZUMAB .....	92
azurette .....	78	BEVESPI AEROSPHERE .....	26
<b>B</b>		BEVYXXA .....	37
bacitracin .....	28, 29	bexarotene .....	46
bacitracin/polymyxin .....	29	BEXSERO .....	60
BACTRIM .....	30	BEYAZ .....	78
BAFIERTAM .....	73	bicalutamide .....	46
balance b .....	134	BIDIL .....	71
balanced b-complex .....	134	BIKTARVY .....	56
balanced salt .....	90	BILTRICIDE .....	44
balsalazide di .....	99	bimatoprost .....	91
BALVERSA .....	48	BINAXNOW COVID AG CARD HOME TST .....	85
balziva .....	78	BINAXNOW COVID-19 AG CARD .....	85

## Índice de medicamentos

BINAXNOW COVID-19 AG SELF TEST .....	85	butalb-aspirin-caffe 50-325-40 .....	14
BINOSTO .....	132	butalbital/acetaminophen .....	14
bio glo .....	86	butalbital/apap/caffeine .....	18
biolon .....	92	butalbital-asa-caffeine cap (Fiorinal) .....	14
bisacodyl .....	100	butalbital-asp-caffeine .....	18
bisa-lax .....	100	butalbital/caff/apap/codeine .....	22
bisoprolol fumarate .....	70	butalbital compound w/codeine .....	22
BLEPH-10 .....	28	butorphanol tartrate .....	20
BLEPHAMIDE .....	28	BYDUREON .....	41
BLEPHAMIDE S.O.P. ....	28	BYETTA .....	41
blisovi .....	79	<b>C</b>	
BOCASAL .....	129	cabergoline .....	106
BONIVA .....	132	CABLIVI .....	62
BONJESTA .....	97	CABOMETYX .....	48
BOOSTRIX .....	61	CADUET .....	71
bosentan .....	66	CAFERGOT .....	14, 18
BOSULIF .....	48	caffeine d .....	73
BRAFTOVI .....	47	CALAN .....	64
BREO ELLIPTA .....	26	calcipotriene .....	120, 125
BREXAFEMME .....	39	calcitonin-salmon .....	107
BREYANZI .....	47	calcitriol .....	120, 135
breyna .....	26	CALCIUM .....	64, 94
brIELlyn .....	79	CALQUENCE .....	48
BRILINTA .....	53	CAMBIA .....	18
brimonidine .....	91	camila .....	79
BRIMONIDINE-DORZOLAMIDE .....	91	camrese .....	79
BRIVIACT .....	75	CAMZYOS .....	64
BROMFED-DM .....	84	candesartan cilexetil .....	69
bromipheniramin-pseudoephed-dm .....	84	candesartan-hydrochlorothiazid .....	68
bromocriptine mesylate .....	53	CAPCOF .....	84
brompheniramine w/pseudoephed .....	84	capecitabine .....	46, 47
BRONCHITOL .....	127	CAPEX SHAMPOO .....	122
BROVANA .....	26	CAPHOSOL .....	129
BRUKINSA .....	48	CAPLYTA .....	117
BRYHALI .....	122	CAPRELSA .....	48
budesonide .....	27, 104, 105	captopril .....	67, 68
budesonide-formoterol .....	26	captopril/hydrochlorothiazide .....	67
buffered aspirin .....	18	CARAFATE .....	97
bufferin .....	18	CARBAGLU .....	129
bumetanide .....	86	carbamazepine .....	75, 76
BUPHENYL .....	96	CARBATROL .....	75
buprenorphine .....	20, 133	carbidopa .....	52, 53
bupropion .....	113, 114, 126	carbidopa/levodopa .....	52
BUPROPION .....	113	carbidopa-levodopa-entacapone .....	52, 53
buspirone .....	113	carbidopa-levodopa er .....	52
butalb-acetamin-caff 50-300-40 .....	14	carbinoxamine .....	40
butalb-acetamin-caff 50-325-40 .....	14	CARDIOPLEGIA .....	65
butalb/acetaminophen/caffeine .....	14	cardioplegic .....	65



## Índice de medicamentos

CARDIZEM .....	64	CHOLBAM .....	98
CARDURA .....	67	cholestyramine .....	71, 72
carisoprodol .....	22, 111, 112	choline mag trisalicylate .....	18
carisoprodol-aspirin .....	22, 111	choline salicyl/mag salicylate .....	14
carisoprodol-aspirin-codeine .....	22	CHORIONIC GONAD .....	106
CARNITOR .....	131	ciclodan .....	39
CAROSPIR .....	87	CICLODAN .....	45
carteolol .....	91	ciclopirox .....	39, 45
cartia .....	64	cilostazol .....	53
CASODEX .....	46	CILOXAN .....	29
CATAPRES .....	69	CIMDUO .....	54
CAYA CONTOURED .....	83	cimetidine .....	99
CAYSTON .....	31	cinacalcet hcl .....	128
caziant .....	79	CINRYZE .....	127
cefaclor .....	32	CIPRO .....	34
cefadroxil .....	32	CIPRODEX .....	28
cefdinir .....	32	ciprofloxacin hcl .....	28, 29, 34
cefditoren pivoxil .....	32	citalopram .....	114
cefixime .....	32	citroma .....	100
cefepodoxime proxetil .....	32	claravis .....	119
cefprozil .....	32	CLARINEX .....	40
ceftriaxone .....	32	CLARINEX-D .....	40
cefuroxime axetil .....	32	clarithromycin .....	32
celecoxib .....	25	clarithromycin er .....	32
CELLCEPT .....	107	clearlax .....	100
CELLUGEL .....	93	clemastine fumarate .....	40
CELONTIN .....	75	CLEOCIN HCL .....	32
CENTANY .....	35	CLEOCIN PALMITATE .....	32
cephalexin .....	32	CLEOCIN PHOSPHATE .....	35
CEQUA .....	92	CLEOCIN T .....	35
CEQR SIMPLICITY .....	108	CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER .....	111
CERDELGA .....	130	clidinium w/chlordiazepoxide .....	96
CERVIDIL .....	105	CLIMARA .....	103
CETACAINE ANESTHETIC .....	22	clindacin .....	35
cetorelix acetate .....	105	CLINDACIN .....	35
cevimeline .....	60	clindamycin .....	32, 35, 36, 120
CHANTIX .....	126	clindamycin hcl .....	32
chateal .....	79	clindamycin palmitate hcl .....	32
CHEMET .....	130	clindamycin pediatric .....	32
CHENODAL .....	98	clindamycin phosphate .....	35, 36
children's aspirin .....	53	CLINDESSE .....	35
chlordiazepoxide .....	96, 113, 114	CLINPRO 5000 .....	93
chlorhexidine gluconate .....	128	clobazam .....	75
chloride .....	60, 95, 130, 134	clobetasol .....	122, 123, 124
chloroquine .....	44	clobetasol propionate .....	123, 124
chlorthalidone .....	117	CLOBEX .....	123
chlorthalidone .....	70, 87	clodan .....	123
chlorthalidone .....	111, 112	CLODAN .....	123

## Índice de medicamentos

CLODERM .....	123	CORTISPORIN-TC .....	28
clomipramine .....	115	COTELLIC .....	47
clonazepam .....	75	COTEMPLA .....	115
clonidine .....	69, 115	COUMADIN .....	37
clopidogrel .....	53	covaryx .....	103
clorazepate di .....	113	COVID19 SPECIMEN COLLECT NCPDP .....	85
clotrimazole .....	38, 39	CREON .....	101
clovique .....	130, 131	CRESEMBA .....	38
clozapine .....	116	CRINONE .....	106
CLOZAPINE .....	116	CRIXIVAN .....	55
CLOZARIL .....	116	cromolyn .....	23, 27, 90
COARTEM .....	44	crotan .....	52
COCAINE .....	88	CRRT TRISODIUM CITRATE .....	37
codeine .....	20, 22, 84	cryoserv .....	130
CODITUSSIN AC .....	84	cryselle .....	79
CODITUSSIN DAC .....	84	CUROSURF .....	127
COLAZAL .....	99	CUTIVATE .....	123
colchicine .....	23, 25	CUVPOSA .....	96
colesevelam .....	72	CVS COVID19 TEST BY PHARMACIST .....	85
COLESTID .....	72	cyanocobalamin .....	135
colestipol .....	72	cyclafem .....	79
colocort .....	102	cyclobenzaprine .....	112
COLY-MYCIN S .....	28	CYCLOBENZAPRINE ER .....	111
COMBIGAN .....	91	CYCLOGYL .....	91
COMBIPATCH .....	103	CYCLOMYDRIL .....	91
COMBIVENT .....	26	cyclopentolate hcl .....	91
COMBIVENT RESPIMAT .....	26	CYCLOPENTOLATE-TROPICAMIDE-PE .....	91
COMBIVIR .....	54	cyclophosphamide .....	46
COMETRIQ .....	48	CYCLOSERINE .....	31
COMPACT SPACE CHAMBER .....	111	CYCLOSET .....	41
compro .....	97	cyclosporine .....	107, 108
COMTAN .....	53	CYCLOSPORINE IN KLARITY .....	92
CONDYLOX .....	121	CYLTEZO .....	45
CONSENSI .....	64	cyproheptadine hcl .....	40
constulose .....	100	cyred .....	79
CONTOUR .....	108	CYSTADANE .....	131
CONTRAVE .....	52	CYSTAGON .....	133
CONZIP .....	20	CYSTARAN .....	92
COPAXONE .....	73	CYTOTEC .....	97
COPIKTRA .....	48	<b>D</b>	
CORDRAN .....	123	daily prenatal .....	112
coremino .....	34	dalfampridine .....	74
CORGARD .....	70	danazol .....	106
CORTANE-B .....	88	DANTRIUM .....	112
CORTEF .....	104	dantrolene .....	112
CORTENEMA .....	102	dapsone .....	31, 120
cortisone acetate .....	104	DAPTACEL .....	61
CORTISPORIN .....	28, 35	DARAPRIM .....	44

## Índice de medicamentos

darifenacin .....	133	DEXONTO .....	104
darunavir .....	54	DEXPAK .....	104
dasetta .....	79	DEXTENZA .....	89
DAURISMO .....	47	dextroamphetamine .....	59
DAYPRO .....	24	DEXYCU .....	89
daysee .....	79	D.H.E.45 .....	18
DAYTRANA .....	115	DIACOMIT .....	75
DDAVP .....	103	dialyvite .....	134
DDAVP SOLUTION .....	103	DIASTAT .....	75
deblitane .....	79	DIASTIX REAGENT .....	85
decadron .....	104	diazepam .....	75, 113
deferasirox .....	130	DIBENZYLINE .....	60
DELESTROGEN .....	103	DICLEGIS .....	97
demeclocycline hcl .....	34	diclofenac .....	18, 19, 24, 119
DEMSEK .....	69	diclofenac -misoprostol .....	24
DENAVIR .....	58	dicloxacillin .....	33
denta 5000 plus .....	93	dicyclomine hcl .....	96
dentagel .....	93	didanosine .....	55
DEPAKOTE .....	75	diethylpropion .....	51
DEPEN .....	23	DIFFERIN .....	125
DEPO-ESTRADIOL .....	103	DIFICID .....	32
DEPO-PROVERA .....	78, 106	diflorasone diacetate .....	123
DEPO-SUBQ PROVERA .....	78	DIFLUCAN .....	38
DEPO-TESTOSTERONE .....	102	diflunisal .....	14, 18
DERMA-SMOOTHIE-FS .....	123	digitek .....	65
DERMOTIC .....	88	digoxin .....	65
DESCOVY .....	54	dihydroergotamine .....	14
desflurane .....	22	dihydroergotamine mesylate .....	18, 19
desipramine .....	115	DILANTIN .....	75
desloratadine .....	40	DILATRATE-SR .....	66
desmopressin acetate .....	103	DILAUDID .....	21
desogestrel-ethinyl estradiol .....	79	diltiazem .....	64, 65
desogestr-eth estrad eth estra .....	79	dilt-xr .....	64
DESONATE .....	123	diphenoxylate w/atropine .....	96
desonide .....	123, 124	DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS-PED .....	61
DESOWEN .....	123	DIPROLENE .....	123
desoximetasone .....	123, 124	dipyridamole .....	53
DESOXYN .....	59	DISCOVISC .....	92
desvenlafaxine succinate .....	114	diskets .....	21
dex4 glucose .....	93, 94	disopyramide phosphate .....	63
dexamethasone .....	28, 104	disulfiram .....	130
DEXAMETHASONE-MOXIFLOXACIN .....	28	DITROPAN .....	134
DEXAMETHASONE-MOXIFLOX-KETORLC .....	28	DIURIL .....	87
dexchlorpheniramine maleate .....	40	divalproex .....	75
DEXCOM .....	108	dofetilide .....	63
DEXEDRINE .....	59	DOLOPHINE HCL .....	21
dexlansoprazole .....	101	donepezil .....	58
dexmethylphenidate .....	115	DONNATAL .....	97

## Índice de medicamentos

DOPTELET .....	77	EDECRIIN .....	86
dorzolamide .....	90, 91	EDLUAR .....	118
DORZOLAMIDE .....	90, 91	ed-spaz .....	98
dotti .....	103	EDURANT .....	55
DOVATO .....	54	eemt .....	103
DOVONEX .....	120	e.e.s. ....	32
doxazosin mesylate .....	67	E.E.S .....	32, 33
doxepin .....	115, 118, 120	efavirenz .....	55
doxercalciferol .....	129	effer-k .....	95
doxycycline hyclate .....	34, 35, 128	EFFIENT .....	54
doxycycline monohydrate .....	34, 35	EGRIFTA .....	105
doxylamine succ-pyridoxine hcl .....	97	ELEPSIA .....	75
DRISDOL .....	135	eletriptan hbr .....	19
dronabinol .....	96	eletriptan hydrobromide .....	14
drospirenone-eth estra-levomef .....	78, 79	ELIMITE .....	52
drospirenone-ethinyl estradiol .....	79, 83	elinest .....	79
DROXIA .....	62	ELIQUIS .....	37
DSUVIA .....	21	ELIXOPHYLLIN .....	27
DUAVEE .....	104	ELLA .....	79
ducodyl .....	100	ELLUME COVID-19 HOMETEST .....	85
DUETACT .....	42	ELMIRON .....	22
DUEXIS .....	24	eluryng .....	77, 78
DULERA .....	26	EMBRACE .....	108
duloxetine .....	114	EMCYT .....	51
DUOBRII .....	120	EMEND .....	97
DUOPA .....	53	EMGALITY .....	14, 19, 74
DUOVISC .....	92	emoquette .....	79
DUPIXENT .....	107	Empaveli .....	62
DUPIXENT 100MG/0.67ML PREFILLED SYRINGE .....	107	EMSAM .....	113
DUREZOL .....	89	EMTRIVA .....	55
dutasteride .....	133	EMVERM .....	44
dvorah .....	20	ENABLEX .....	133
DXEVO .....	104	enalapril maleate .....	67, 68, 69
DYANAVAL .....	59	enalapril maleate/hctz .....	67
DYAZIDE .....	87	ENBREL .....	45
DYMISTA .....	88	ENDO-AVITENE .....	63
dy-o-derm .....	131	endocet .....	20
DYRENIUM .....	87	ENFAMIL .....	94
<b>E</b>		ENGERIX-B .....	62
EASIVENT .....	111	ENHERTU .....	50
EASY .....	108	enoxaparin .....	37
EASYMAX .....	108	enpresse .....	79
EC-NAPROSYN .....	24	enskyce .....	79
econazole nitrate .....	39	ENSTILAR .....	125
econtra ez .....	79	ENSTILAR FOAM .....	125
econtra one-step .....	79	entacapone .....	52, 53
ecotrin .....	18, 54	entecavir .....	57
ecpirin .....	18	ENTEREG .....	101

## Índice de medicamentos

enteric coated aspirin .....	54	ESTRACE .....	103
ENTOCORT EC .....	104	estradiol .....	78, 79, 80, 81, 83, 103, 104, 106
ENTRESTO .....	68	estrogen & methyltestosterone .....	103
ENTYVIO .....	99	eszopiclone .....	118
enulose .....	96	ethacrynic acid .....	86
ENZOCLEAR .....	121	ethambutol hcl .....	31
EPCLUSA .....	57	ethosuximide .....	75, 77
EPIDIOLEX .....	75	ethynodiol-ethinyl estradiol .....	79
EPIDUO FORTE GEL PUMP .....	120	etodolac .....	24
EPIFOAM .....	124	etonogestrel-ethinyl estradiol .....	78
epinastine .....	41	etoposide .....	50
epinephrine .....	58	EUCRISA .....	122
EPINEPHRINE-LIDOCAINE HCL-BSS .....	91	EUTHYROX .....	126
EPIPEN .....	58	EVEKEO .....	59
EPISIL .....	129	EVENCARE .....	108
epitol .....	75	everolimus .....	48, 108
EPIVIR .....	55, 57	EVERSENSE .....	108, 109
eplerenone .....	87	EVISTA .....	132
eprosartan mesylate .....	69	EVKEEZA .....	71
EPSOLAY .....	121	EVOCLIN .....	36
EPZICOM .....	55	EVOTAZ .....	55
EQUETRO .....	113	EVOXAC .....	60
ergoloid mesylates .....	71	EXEL .....	110
ERGOMAR .....	19	EXELDERM .....	39
ergotamine-caffeine .....	19	exel huber .....	110
ergotamine tartrate/caffeine .....	14	EXEL HUBER .....	110
ERIVEDGE .....	47	EXELON .....	58
ERLEADA .....	46	exemestane .....	47
erlotinib hcl .....	48, 50	EXKIVITY .....	48
ERMEZA .....	126	EXSERVAN .....	73
errin .....	79	EXTINA .....	39
ERTACZO .....	39	EYLEA .....	92
ery .....	33, 36	EYSUVIS .....	89
erygel .....	36	ezetimibe .....	71, 72
ERYPED .....	32	ezetimibe-atorvastatin .....	71
ery-tab .....	33	ezetimibe-simvastatin .....	71
erythrocin stearate .....	33	<b>F</b>	
erythromycin .....	29, 32, 33, 35, 36	FABIOR .....	125
erythromycin ethylsuccinate .....	33	falmina .....	79
erythromycin stearate .....	33	famciclovir .....	56
ESBRIET .....	130	famotidine .....	99
escitalopram oxalate .....	114	FANAPT .....	116
ESGIC .....	14, 18	FARESTON .....	51
ESKATA .....	120	FARXIGA .....	41
ESOMEPRAZOLE .....	101	FARYDAK .....	46
esomeprazole magnesium .....	101	FASENRA PEN .....	27
estarylla .....	79, 82	fayosim .....	79
estazolam .....	118	FC2 FEMALE CONDOM .....	83

## Índice de medicamentos

febuxostat .....	23	flucytosine .....	38
felbamate .....	75	fludrocortisone acetate .....	105
FELBATOL .....	75	FLULAVAL .....	61
FELDENE .....	24	FLUMIST .....	61
felodipine .....	64	flunisolide .....	88
FEMARA .....	47	fluocinolone acetonide .....	88, 123, 124
FEMCAP .....	83	fluocinolone acetonide oil .....	88
FEMHRT .....	103	fluocinonide .....	123
fem ph .....	44	fluoride .....	95, 134
femynor .....	80, 82	FLUORIDEX .....	93
fenofibrate .....	72	fluoritab .....	93, 95
fenofibric acid .....	72	fluorometholone .....	89
FENOGLIDE .....	72	FLUOROURACIL .....	128
fenopropfen .....	24, 25	fluoxetine .....	114, 117
FENORTHO .....	24	fluphenazine .....	117
fentanyl .....	20, 21	flurandrenolide .....	123
FERAHEME .....	93	flurazepam .....	118
FERRIPROX .....	131	flurbiprofen .....	24, 89
fesoterodine .....	133	flutamide .....	46
FETZIMA .....	114	fluticasone propionate .....	88, 123
FEXMID .....	112	fluticasone-salmeterol .....	26, 27
FIBRICOR .....	72	fluvastatin .....	71
FILTER .....	110	fluvoxamine maleate .....	114
FINACEA .....	121	FLUZONE .....	61
finasteride .....	133	FML .....	89
fingolimod .....	73	folic acid .....	134
FIORICET .....	14, 18, 22	foltabs .....	135
FIORINAL .....	14, 18, 22	fondaparinux .....	37
FIORINAL W/CODEINE .....	22	FORA .....	85, 109
FIRDAPSE .....	74	FORACARE .....	109
FIRMAGON .....	48	FORA GTEL KETONE .....	85
flac otic oil .....	88	forane .....	22
FLAGYL .....	30	FORFIVO .....	114
flavoxate .....	134	FORTAMET .....	42
flecainide acetate .....	63	FORTEO .....	129
FLECTOR .....	119	FORTESTA .....	102
FLEXICHAMBER .....	111	FORTISCARE .....	109
FLOLIPID .....	71	FOSAMAX .....	132
FLOMAX .....	133	fosamprenavir .....	55, 56
FLONASE .....	88	fosaprepitant dimeglumine .....	97
FLOVENT .....	27	fosinopril .....	67, 68
FLOW-EZE .....	110	fosinopril-hydrochlorothiazide .....	67
FLOWFLEX COVID-19 AG HOME TEST .....	85	FRAGMIN .....	37
FLUAD .....	61	FREESTYLE .....	85, 109
FLUARIX .....	61	frovatriptan succinate .....	19
FLUBLOK .....	61	ful-glo .....	86
FLUCELVAX .....	61	full spectrum b .....	135
fluconazole .....	38	FULPHILA .....	77

## Índice de medicamentos

furosemide .....	86	GLUCO .....	94
FUROSEMIDE .....	86	gluco burst .....	93, 94
FUZEON .....	55	GLUCOCARD .....	109
fyavolv .....	103	GLUCOCOM .....	109
FYCOMPA .....	76	glucose .....	93, 94
fyremadel .....	105	GLUCOSE .....	94, 109
<b>G</b>		GLUCOTROL .....	42
gabapentin .....	76	GLUTOL .....	94
GABITRIL .....	76	glutose .....	94
GALAFOLD .....	131	GLUTOSE .....	94
galantamine .....	59	glyburide .....	42, 43
GALZIN .....	131	GLYCATE .....	96
GARDASIL 9 .....	62	glycine .....	45
GASTROCROM .....	23	glycolax .....	100
gatifloxacin .....	29	glycopyrrolate .....	96
GATTEX .....	102	glydo .....	22
gavilax .....	100	GLYNASE .....	42
gavilyte-g .....	100	GLYSET .....	41
gavilyte-n .....	100	GLYXAMBI .....	42
GAVRETO .....	48	GONITRO .....	66
GELCLAIR .....	128	GOPRELTO .....	88
GELFILM .....	90, 131	GRALISE .....	74
GEL-FLOW .....	63	granisetron .....	97
GELFOAM .....	63	GRASTEK .....	60
GELNIQUE .....	134	griseofulvin .....	39
gemfibrozil .....	72	g tussin ac .....	84
GEMTESA .....	133	guaifenesin ac .....	84
generlac .....	96	guaifenesin dac .....	84
gengraf .....	107	guaifenesin with codeine .....	84
GENOTROPIN .....	105	guanfacine .....	69, 115
gentak .....	29	guanidine .....	60
gentamicin .....	29, 30, 36	GUARDIAN .....	109
GENTLE DRAW .....	109	guiatussin ac .....	84
gentlelax .....	100	GVOKE .....	94
gentle laxative .....	100, 101	GYNAZOLE .....	38
GENVOYA .....	56	gynol .....	78
GEODON .....	116	<b>H</b>	
gianvi .....	80	HAEGARDA .....	127
GILOTRIF .....	49	hailey .....	80
glatiramer acetate .....	73	halcinonide .....	123
glatopa .....	73	HALCION .....	118
GLEOSTINE .....	46	halobetasol propionate .....	123
glimepiride .....	42	HALOG .....	123
glipizide .....	42, 43	haloperidol .....	117
GLOPERBA .....	23	HARVONI .....	57
glostrips .....	86	HAVRIX .....	62
GLUCAGEN .....	85, 93	hc pramoxine .....	88, 102, 124
GLUCAGON .....	93	HEALTHWISE .....	110

## Índice de medicamentos

HEALTHY ACCENTS .....	109, 110	HYPROMELLOSE .....	131
HEALTHY ACCENTS AUTOLET .....	109	HYRIMOZ .....	45
healthylax .....	100	HYSINGLA ER .....	21
heather .....	80	<b>I</b>	
HEMANGEOL .....	70	ibandronate .....	132
HEMLIBRA .....	62	IBRANCE .....	49
hemmorex-hc .....	101	ibu .....	24
heparin .....	37	ibuprofen .....	20, 24
HEPLISAV-B .....	62	icatibant .....	127
HEPSERA .....	57	ICLUSIG .....	49
HETLIOZ .....	118	IDHIFA .....	50
HIBERIX .....	61	ILARIS .....	132
hidex .....	104	ILEVRO .....	89
HIPREX .....	30	ILUVIEN .....	89
HISTEX-AC .....	84	imatinib mesylate .....	49
homatropaire .....	91	IMBRUVICA .....	49
HORIZANT .....	73	imipramine .....	115
HUMALOG .....	43	imiquimod .....	121
HUMIRA .....	45	IMPAVIDO .....	45
HUMIRA 80MG/0.8ML PENS - PEDIATRIC ULCERATIVE COLITIS STARTER PACK .....	45	IMPOYZ .....	123
HUMULIN .....	43	IMURAN .....	107
HURRICAIN LUER-LOCK .....	110	INBRIJA .....	53
HYALURONIDASE .....	92	incassia .....	80
HYCANTIN .....	48	INCONTROL .....	109
hydralazine .....	69	INCRELEX .....	105
HYDREA .....	46	INCRUSE ELLIPTA .....	25
hydrochlorothiazide .....	67, 68, 69, 70, 87	indapamide .....	87
hydrocodone bitartrate .....	21	INDOCIN .....	24
hydrocodone bit-ibuprofen .....	20	indomethacin .....	24
hydrocodone-chlorpheniramine .....	84	INFANRIX .....	61
hydrocodone compound .....	84	INFASURF .....	127
hydrocodone/homatropine .....	84	INFINITY .....	109
hydrocodone w/acetaminophen .....	20	INGREZZA .....	73
hydrocortisone .....	88, 101, 102, 104, 122, 123	INLYTA .....	49
hydrocortisone acetate .....	101	INOVA .....	121
hydrogen peroxide .....	119	INSPIRACHAMBER .....	111
hydromet .....	84	INSPRA .....	87
hydromorphone .....	21	INSTACLEAN .....	131
hydroxocobalamin .....	135	INSULIN LISPRO .....	43
hydroxychloroquine .....	44	INTELENCE .....	55
HYDROXYPROPYLCELLULOSE .....	131	INTELISWAB COVID-19 RAPID TEST .....	85
hydroxyurea .....	46	INTERMEZZO .....	118
hydroxyzine .....	40	INTRON A .....	51
hyophen .....	30	introvale .....	80
hyoscyamine .....	98	INVEGA .....	116
hyosyne .....	98	INVELTYS .....	89
HYPER-SAL .....	130	INVIRASE .....	56
HYPOLANCE .....	109	INVOKAMET .....	43



## Índice de medicamentos

iodine .....	95, 125	JYNNEOS .....	62
IODOFLEX .....	125	<b>K</b>	
IODOSORB .....	125	KADIAN .....	21
IOPIDINE .....	91	kaitlib .....	80
IPOL .....	60	KALBITOR .....	127
ipratropium-albuterol .....	26	KALETRA .....	56
ipratropium bromide .....	25, 88	kalliga .....	80
irbesartan .....	68, 69	KALYDECO .....	127
irbesartan-hydrochlorothiazide .....	68	KAPVAY .....	115
IRESSA .....	49	KARBINAL .....	40
ISENTRESS .....	56	kariva .....	80
isibloom .....	80	KEFLEX .....	32
isoflurane .....	22	kelnor .....	80
isoniazid .....	31	KENALOG .....	123
ISOPROPANOL .....	131	KESIMPTA .....	73
isopropyl alcohol .....	131	KETAMINE .....	118
ISOPROPYL ALCOHOL .....	45, 131	ketoconazole .....	38, 39, 40
ISOPTO ATROPINE .....	91	ketodan .....	39
ISOPTO CARPINE .....	91	ketoprofen .....	24
ISORDIL .....	66	ketorolac .....	19, 89
isosorbide dinitrate .....	66	KEVEYIS .....	129
isosorbide mononitrate .....	66	KINRIX .....	61
isotretinoin .....	119	kionex .....	94
isoxsuprine .....	71	KISQALI .....	49
isradipine .....	64	KITABIS PAK .....	30
itraconazole .....	38	KLARITY .....	29, 89, 92
ivermectin .....	44, 121	KLARITY-A .....	29
<b>J</b>		KLARON .....	120
JAKAFI .....	47	KLONOPIN .....	75
JALYN .....	133	klor-con .....	95
jantoven .....	37	K-PHOS .....	95
JANUMET .....	42	KRINTAFEL .....	44
JANUVIA .....	42	KRISTALOSE .....	100
JARDIANCE .....	41	k-tab .....	95
jasmiel .....	80	K-TAB .....	95
JEMPERLI .....	50	KUVAN .....	131
jencycla .....	80	KYLEENA .....	83
JETREA .....	93	<b>L</b>	
jinteli .....	104	LACRISERT .....	89
JOENJA .....	127	lactulose .....	96, 100
jolessa .....	80	LAMICTAL .....	76
JORNAY .....	115	lamivudine .....	54, 55, 57
JUBLIA .....	39	lamivudine-zidovudine .....	54, 55
juleber .....	80	lamotrigine .....	76
JULUCA .....	54	LANOXIN .....	65
junel .....	80	lansoprazol-amoxicil-clarithro .....	97
JUXTAPID .....	71	lansoprazole .....	101
JYNARQUE .....	86, 87	lanthanum carbonate .....	94

## Índice de medicamentos

LANTUS .....	43	lindane .....	124
larin .....	80	linezolid .....	33
larissia .....	80	LINZESS .....	99
LASIX .....	86	liothyronine .....	126
LASTACFT .....	41	LIPOFEN .....	72
latanoprost .....	91	lisinopril .....	67, 68, 69
LATANOPROST .....	90, 91	lisinopril-hctz .....	67
LATUDA .....	116	LITEAIRE .....	111
laxaclear .....	100	LITETOUCH .....	109, 110
laxative .....	100, 101	LITETOUCH .....	111
layolis .....	80	lithium .....	113
LAZANDA .....	21	LITHOBID .....	113
leena .....	80	LITHOSTAT .....	96
leflunomide .....	23	LIVALO .....	71
LENVIMA .....	49	LIVTENCITY .....	56
LESCOL .....	71	LODINE .....	24
lessina .....	80	LODOSYN .....	53
L.E.T. ....	22	LOKELMA .....	94
letrozole .....	47	LOMAIRA .....	51
leucovorin .....	128	LOMOTIL .....	96
LEUKERAN .....	46	LONHALA MAGNAIR .....	25
LEUKINE .....	77	LONSURF .....	47
leuprolide acetate .....	48	LOPID .....	72
levabuterol hcl .....	26	lopinavir-ritonavir .....	56
LEVAQUIN .....	34	lopreeza .....	104
LEVBID .....	98	LOPRESSOR .....	70
LEVEMIR .....	43	LOPROX .....	39
levetiracetam .....	76	lorazepam .....	113
levobunolol .....	91	LORBRENA .....	49
levocarnitine .....	131, 132	lorcet .....	20
levofloxacin hemihydrate .....	29, 34	LORTAB .....	20
levonest .....	80	lortuss ex .....	84
levonorgestrel .....	80	loryna .....	81
levonorg-eth estrad eth estrad .....	80	LORZONE .....	112
levora .....	81	losartan .....	68, 69
levorphanol tartrate .....	21	losartan-hydrochlorothiazide .....	68
LEVO-T .....	126	LOTEMAX .....	89
levothyroxine .....	126	LOTENSIN .....	67, 68
levoxyl .....	126	LOTENSIN HCT .....	67
LEVSIN .....	98	loteprednol etabonate .....	89
LEVULAN .....	51	LOTRISONE .....	39
LEXETTE .....	123	lovastatin .....	71
LEXIVA .....	56	LOVAZA .....	95
lidocaine .....	22, 23, 102, 124	low dose aspirin .....	54
LIDOCAINE-EPINEPHRIN-TETRACAIN .....	22	low-ogestrel .....	81
lidocaine-hc .....	102, 124	loxapine succinate .....	117
lidocaine-prilocaine .....	23	lo-zumandimine .....	81
LILETTA .....	83	lubiprostone .....	100
lillow .....	81	LUCENTIS .....	92

## Índice de medicamentos

Iudent fluoride .....	95	memantine .....	72
Iugol's .....	95	MEMBRANEBLUE .....	93
Lumakras .....	47	MENACTRA .....	61
LUMIGAN .....	91	me-naphos-mb-hyo 1 .....	30
LUMRYZ .....	118	M-END PE .....	84
LUPANETA .....	105	MENOSTAR .....	104
LUPKYNIS .....	107	MENVEO .....	61
LUPRON DEPOT .....	48, 105	meperidine hcl .....	21
lutera .....	81	MEPHYTON .....	135
LUXIQ .....	123	meprobamate .....	113
LUZU .....	39	MEPRON .....	45
LYNPARZA .....	49	mercaptopurine .....	47
LYSODREN .....	50	mesalamine .....	98, 99
LYSTEDA .....	62	MESNEX .....	128
LYTGOBI .....	49	metaproterenol .....	26
lyza .....	81	metaxalone .....	112
<b>M</b>		metformin .....	42, 43
MACROBID .....	33	methadone hcl .....	21
MACRODANTIN .....	33	methadose .....	21
MACUGEN .....	92	methamphetamine .....	59
mafenide acetate .....	36	methazolamide .....	86
magnesium .....	100, 101	methenamine hippurate .....	30
MALARONE .....	44, 45	methenamine mandelate .....	30
malathion .....	124	methergine .....	105
maprotiline .....	115	methimazole .....	126
MAR-COF CG .....	84	METHITEST .....	102
marlissa .....	81	methocarbamol .....	112
MARPLAN .....	113	methotrexate .....	47
MASK .....	111	methoxsalen .....	119
MATULANE .....	51	methscopolamine bromide .....	98
matzim .....	64	methyl dopa .....	69
MAVENCLAD .....	73, 74	methyl dopa/hydrochlorothiazide .....	69
MAXITROL .....	28	methylergonovine maleate .....	105
MAXI-TUSS CD .....	84	METHYLIN .....	115
MAXZIDE .....	87	methylphenidate .....	115, 116
MAYZENT .....	74	methylpred dp .....	104
m-clear wc .....	85	methylprednisolone .....	104
meclofenamate .....	24	methyltestosterone .....	102, 103
MEDISENSE .....	109	metoclopramide .....	99
MEDROL .....	104	metolazone .....	87
medroxyprogesterone acetate .....	78, 106	metoprolol-hydrochlorothiazide .....	70
mefenamic acid .....	19, 20	metoprolol succinate .....	70
mefloquine hcl .....	45	metoprolol tartrate .....	70
megestrol acetate .....	51, 134	METROCREAM .....	121
MEKTOVI .....	47	METROGEL .....	121
melodetta .....	81	METROLOTION .....	122
meloxicam .....	24	metronidazole .....	30, 35, 121, 122
melphalan hcl .....	46	mexiletine .....	63

## Índice de medicamentos

MIACALCIN .....	107	mono-linyah .....	81
miconazole .....	38	MONSEL'S .....	63
MICONAZOLE-ZINC OXIDE-PETROLTM .....	40	montelukast .....	27
MICROCHAMBER .....	111	MONUROL .....	30
microgestin .....	81	morgidox .....	34
MICROLET .....	109	MORGIDOX .....	34
MICROPLEGIA .....	65	morphine .....	21
MICROSPACER .....	111	MORPHINE .....	21
midazolam .....	118	MOTTEGRITY .....	99
midodrine .....	59	MOTOFEN .....	96
MIFEPREX .....	129	MOUNJARO .....	41
mifepristone .....	129	MOUTHPIECE .....	111
migergot .....	19	MOVANTIK .....	37
miglitol .....	41	MOXEZA .....	29
miglustat .....	130	moxifloxacin hcl .....	29, 34
MIGRANAL .....	19	MS CONTIN .....	21
mili .....	81, 82	MUCOSITISRX .....	129
milk of magnesia .....	100	MUGARD .....	128
millipred .....	104	MULTAQ .....	63
mimvey .....	104	multivitamin with fluoride .....	134
MINI LANCING DEVICE .....	109	mupirocin .....	36
MINIMED .....	109	MURI-LUBE MINERAL OIL .....	131
MINIPRESS .....	67	mvc-fluoride .....	134
MINITRAN .....	66	MYALEPT .....	106
MINI TRANSFER PIN .....	110	MYAMBUTOL .....	31
MINOCIN .....	34	MYCAPSSA DR .....	106
minocycline .....	34, 35	my choice .....	81
MINOLIRA ER .....	34	MYCOBUTIN .....	31
minoxidil .....	69	mycophenolate mofetil .....	107
MIOCHOL-E .....	91	mycophenolic acid .....	107
miostat .....	91	MYDAYIS .....	59
miralax .....	100	MYDRIACYL .....	92
MIRAPEX .....	53	MYDRIATIC4 .....	90
MIRENA .....	83	MYFORTIC .....	107
mirtazapine .....	112	MYLERAN .....	46
MIRVASO .....	122	myorisan .....	120
misoprostol .....	24, 97	MYRBETRIQ .....	133
MITIGARE .....	23	MYSOLINE .....	76
MITOSOL .....	92	my way .....	81
MKO .....	118	MYXREDLIN .....	43
M-M-R II VACCINE W/DILUENT .....	61	<b>N</b>	
MOBIC .....	24	nabumetone .....	24
modafinil .....	118	nadolol .....	70
moexipril .....	68	naftifine hcl .....	40
molindone .....	117	NAFTIN .....	40
MOLNUPIRAVIR .....	58	NALFON .....	25
mometasone .....	88, 123	NALOCET .....	20
mondoxyne nl .....	34	naloxone .....	21, 38, 133

## Índice de medicamentos

naltrexone .....	38	nicorelief .....	125, 126
NAMENDA .....	72	NICORETTE .....	125, 126
NAMZARIC .....	73	nicotine .....	125, 126
NAPRELAN .....	25	NICOTROL .....	126
NAPROSYN .....	24, 25	nifedipine .....	64, 65
naproxen .....	19, 24, 25	nikki .....	81
naratriptan hcl .....	18, 19	NILANDRON .....	46
NARCAN .....	38	nilutamide .....	46
NARDIL .....	113	nimodipine .....	64
NASACORT .....	88	NINJACOF-XG .....	85
NASCOBAL .....	135	NINLARO .....	49
NASONEX .....	88	nisoldipine .....	64, 65
NATACYN .....	38	nitisinone .....	130
nateglinide .....	42	nitro-bid .....	66
NATESTO .....	102	NITRO-DUR .....	66
NATPARA .....	106	nitrofurantoin .....	33
natura-lax .....	100	nitrofurantoin macrocrystal .....	33
nature-throid .....	126	nitroglycerin .....	66
NAYZILAM .....	75	NITROLINGUAL .....	66
NEBUPENT .....	45	NITROMIST .....	66
nebusal .....	130	NITROSTAT .....	66
NEBUSAL .....	130	nitro-time .....	66
necon .....	81	NITYR .....	130
nefazodone .....	114	NIVESTYM .....	77
neomycin .....	28, 29, 30, 119	nizatidine .....	99
neomycin/bacitracin/poly/hc .....	28	NIZORAL .....	40
neomycin/bacitracin/polymyxin .....	29	NOCDURNA .....	103
neomycin-polymyxin-dexamethaso .....	28	nolix .....	123
neomycin/polymyxin/gramicidin .....	29	nora-be .....	81
neomycin/polymyxin/hc .....	28	NORDITROPIN FLEXPPO .....	105
neo-polycin .....	29	norethindrone acetate .....	81, 106
neo/polymyxin/dexamethasone .....	28	norethindrone-ethin estradiol .....	81, 104
NEORAL .....	108	norethin-eth estra ferrous fum .....	81
NEO-SYNALAR .....	35	NORGESIC FORTE .....	112
NERLYNX .....	49	norgestimate-ethinyl estradiol .....	81
neuac .....	120	norgestrel-ethiny estra .....	81
NEUPRO .....	53	NORITATE .....	122
NEUTRASAL .....	129	norlyda .....	81
nevirapine .....	55	NORPACE .....	63
new day .....	81	NORPRAMIN .....	115
NEXAVAR .....	49	nortrel .....	81
NEXPLANON .....	78	nortriptyline .....	115
NEXVIAZYME .....	130	NORVIR .....	56
niacin .....	72	NOURIANZ .....	53
NIACOR .....	72	NOVAMAX .....	85
NIASPAN .....	72	NOVOFINE .....	110
nicardipine .....	64	NOVOTWIST .....	110
NICODERM .....	125	NOXAFIL .....	38

## Índice de medicamentos

np thyroid	126	ondansetron	97
NUBEQA	46	ONE TOUCH	85, 109, 110
NUCALA	27	ONETOUCH	110
NUCORT	124	ONE WAY MOUTHPIECE	111
NULEV	98	ONEXTON	120
NULIBRY	130	ONFI	75
NULYTELY	100	opcicon one-step	81
NUMBRINO	88	OPDIVO	50
NUMOISYN	129	opium	20, 96
NUPLAZID	114	OPSUMIT	66
NURTEC ODT	19	OPTICHAMBER	111
NUVARING	78	option 2	81
NUVESSA	35	ORACEA	34
NUZYRA	34	ORACIT	95
nyamyc	40	ORALAIR	60
NYMALIZE	65	oralone	128
nystatin	39, 40	ORAMAGICRX	128
nystatin w/triamcinolone	40	ORAPRED ODT	104
nystop	40	ORAVIG	38
<b>O</b>		ORENITRAM	67
OCALIVA	99	ORFADIN	130
ocella	81	ORILISSA	105
octreotide acetate	106	ORKAMBI	127
ocucoat	93	ORLADEYO	60, 128
OCUFLOX	29	orphenadrine	112
ODACTRA	60	orphenadrine-aspirin-caffeine	112
ODEFSEY	56	orphengesic forte	112
ODOMZO	47	orsythia	82
OFEV	127	ORTHO-NOVUM	82
ofloxacin	28, 29, 34	oscimin	98
of magnesia	100	oseltamivir	57
ogestrel	81	OSELTAMIVIR	57
okebo	34	oseltamivir phosphate	57
olanzapine	116, 117	OSENI	41
olmesartan-amlodipine-hctz	68	OSMOLEX	53
olmesartan-hydrochlorothiazide	68	OTEZLA	23
olmesartan medoxomil	69	OTIPRIO	28
olopatadine	87	OVACE	120, 121
OLPRUVA	96	OVIDE	124
OLUX	124	oxandrolone	102
OMECLAMOX-PAK	97	oxaprozin	24, 25
omega-3 acid ethyl esters	95, 96	OXAYDO	21
omeprazole	101	oxazepam	113
omeprazole- bicarbonate	101	oxcarbazepine	76
OMIDRIA	90	OXERVATE	92
OMNIPAQUE	85	oxiconazole nitrate	40
OMNIPOD	109	OXISTAT	40
OMNIPOD GO	109	OXSORALEN-ULTRA	119

## Índice de medicamentos

OXTELLAR .....	76	PEPCID .....	99
oxybutynin chloride .....	134	PERFOROMIST .....	26
oxycodone hcl .....	20, 21	PERIDEX .....	128
oxycodone hcl-ibuprofen .....	20	perindopril erbumine .....	68
oxycodone w/acetaminophen .....	20	perigard .....	128
oxycodone w/aspirin .....	20	permethrin .....	52
OXYCONTIN .....	21	perphenazine .....	114, 117
oxymorphone hcl .....	21	perry .....	112
oxymorphone hcl er .....	21	PHARMABASE .....	121
OXYTROL .....	134	PHEBURANE .....	96
OZEMPIC .....	41	phenadoz .....	97
OZURDEX .....	89	phenazopyridine hcl .....	23
<b>P</b>		phendimetrazine tartrate .....	51
pacerone .....	63	phenelzine .....	113
paliperidone .....	116	phenobarbital .....	97, 118
PALYNZIQ .....	60	phenohydro .....	97, 98
PAMELOR .....	115	phenoxybenzamine .....	60
PANDA MASK .....	111	phentermine .....	51, 52
PANDEL .....	124	phenylbutyrate .....	96
PANRETIN .....	51	phenylephrine .....	90
pantoprazole .....	101	PHENYTEK .....	76
PARAGARD .....	83	phenytoin .....	75, 76
PAREMYD .....	92	philith .....	82
paricalcitol .....	129	PHOSLYRA .....	94
PARLODEL .....	53	phosphasal .....	30
PARNATE .....	113	PHOSPHOLINE IODIDE .....	91
paromomycin .....	44	PHOTREXA .....	89
paroxetine .....	114, 130	PHYSIOLYTE .....	119
PASER .....	31	PHYSIOSOL .....	119
PATANASE .....	87	phytonadione .....	135
PAXIL .....	114	PICATO .....	51
PAXLOVID .....	58	pilocarpine .....	60, 90, 91
PEDIARIX .....	62	pimecrolimus .....	107
PEDIATRIC PANDA MASK .....	111	pimozide .....	116
PEDVAXHIB .....	61	pimtrea .....	82
peg .....	100, 101	pindolol .....	70
PEGANONE .....	76	pioglitazone .....	42, 43
PEGASYS .....	58	pioglitazone-glimepiride .....	42
PEG-INTRON .....	58	pioglitazone-metformin .....	42
PEMAZYRE .....	49	PIQRAY .....	49
penciclovir .....	58	pirfenidone .....	130
penicillamine .....	23	pirmella .....	82
penicillin V .....	33	piroxicam .....	24, 25
PENTACEL .....	61	PLAN B ONE-STEP .....	82
pentamidine isethionate .....	45	PLEGISOL .....	65
PENTASA .....	99	PLEGRIDY .....	74
pentazocine and naloxone hcl .....	21	PLEXION .....	36
pentoxifylline .....	63	PNEUMOVAX .....	61

## Índice de medicamentos

POCKET CHAMBER .....	111	prenatal vitamin .....	112
podofilox .....	121	prenavite .....	112
polycin .....	29	PREPIDIL .....	106
polyethylene glycol .....	101	PREPOPIK .....	101
polymyxin b sul-trimethoprim .....	29	PRESTALIA .....	67
polystyrene sulfonate .....	94	PRETOMANID .....	31
POLYTRIM .....	29	prevalite .....	72
POLY-TUSSIN AC .....	84	PREVIDENT .....	93
POMALYST .....	48	previfem .....	82
PONVORY .....	74	PREVNAR .....	61
PONVORY 20 MG TABLET .....	74	PREVYMIS .....	57
portia .....	82	PREZISTA .....	54
posaconazole .....	38	PRIFTIN .....	31
powderlax .....	101	PRIMAQUINE BRAND .....	45
pramipexole .....	53	primaquine generic .....	45
pramipexole di-hcl .....	53	PRIMEAIRE .....	111
PRAMOSONE .....	124	primidone .....	76
pramoxine hcl w/hydrocortisone .....	102	PRIMSOL .....	30
prasugrel .....	54	PRINIVIL .....	68
pravastatin .....	71	PRIORIX VIAL .....	61
praziquantel .....	44	probenecid .....	25
prazosin .....	67, 68	PROBUPHINE .....	133
PR BENZOYL PEROXIDE .....	121	PROCARDIA .....	65
PRECISION .....	85	procentra .....	59
PRECOSE .....	41	PROCHAMBER .....	111
PRED FORTE .....	89	prochlorperazine maleate .....	97
PRED-G .....	28	PRO COMFORT SPACER WITH MASK .....	111
prednicarbate .....	124	PROCORT .....	102
prednisolone .....	29, 89, 104	PROCRIT .....	77
prednisolone acetate .....	89	PROCTOCORT .....	101
PREDNISOLONE ACET-MOXIFLOXACIN .....	28	procto-med hc .....	124
PREDNISOLONE AC-MOXIFLOX-BROMF .....	28	procto-pak .....	124
PREDNISOLONE AC-MOXIFLOX-NEPAF .....	28	proctosol-hc .....	124
PREDNISOLONE-BROMFENAC .....	89	proctozone-hc .....	124
PREDNISOLONE-GATIFLOXACIN .....	28	PRODIGY .....	110
PREDNISOLONE-GATIFLOX-BROMFENC .....	28	progesterone .....	106
PREDNISOLONE-NEPAFENAC .....	89	PROGLYCEM .....	94
PREDNISOLONE-PHOS-MOXIFLO-BROM .....	28	PROGRAF .....	108
PREDNISOLONE PHOS-MOXIFLOXACIN .....	28	PROLENSA .....	89
prednisolone phos odt .....	104	PROMACTA .....	77
prednisolone phosphate .....	89, 104	promethazine .....	40, 84, 97
prednisone .....	104	promethazine vc .....	40, 84
PREFEST .....	104	promethazine vc w/codeine .....	84
pregabalin .....	76	promethegan .....	97
prenatal .....	112	PROMETRIUM .....	106
prenatal complete .....	112	propafenone .....	63, 64
prenatal formula .....	112	propantheline bromide .....	96
prenatal multi + dha .....	112	proparacaine-fluorescein .....	90



## Índice de medicamentos

propracaïne hcl .....	90	ramelteon .....	118
propranolol .....	70	ramipril .....	68
propylthiouracil .....	126	ranolazine .....	63
PROQUAD .....	61	RAPAMUNE .....	108
PROSCAR .....	133	RAPID RESPONSE COVID-19 TEST .....	86
PROSTIN .....	106	rasagiline mesylate .....	53
PROTHELIAL .....	128	RASUVO .....	23
PROTOPIC .....	107	RAVICTI .....	96
protriptyline .....	115	RAYALDEE .....	129
PROVERA .....	78, 106	RAYOS .....	105
PROVISC .....	92	RAZADYNE .....	59
PROVOCHOLINE .....	85	REBIF .....	74
prudoxin .....	120	reclipsen .....	82
PSORCON .....	124	RECOMBIVAX HB .....	62
pulmosal .....	130	RECOTHROM .....	63
PULMOZYME .....	127	RECTIV .....	101
purelax .....	101	REGIMEX .....	52
PURIXAN .....	47	REGLAN .....	99
pyrazinamide .....	31	REGRANEX .....	121
PYRIDIUM .....	23	RELENZA .....	57
pyridostigmine bromide .....	59	relion .....	94
<b>Q</b>		RELISTOR .....	37
QBREXZA .....	122	REMERON .....	112
QELBREE ER .....	116	RENACIDIN .....	95
QMIIZ ODT .....	25	rena-vite .....	135
QSYMIA .....	52	REVELA .....	94
QUADRACEL .....	62	repaglinide .....	42
QUALAQUIN .....	45	REPATHA .....	71
QUDEXY .....	76	REQUIP .....	53
QUESTRAN .....	72	RESECTISOL .....	86
quetiapine fumarate .....	116	RESTASIS .....	92
QUICKVUE AT-HOME COVID-19 TEST .....	86	RESTORIL .....	118
QUICKVUE SARS ANTIGEN TEST .....	86	RETACRIT .....	77
QUILLICHEW .....	116	RETIN-A .....	125
QUILLIVANT .....	116	RETISERT .....	89
quinapril .....	67, 68	RETROVIR .....	55
quinapril-hydrochlorothiazide .....	67	REVATIO .....	66
quinidine .....	63, 64	REVLIMID .....	48
quinine .....	45	REXULTI .....	117
quit .....	126	REYATAZ .....	56
QULIPTA .....	19	REYVOW .....	19
QUVIVIQ .....	118	REZUROCK .....	133
QVAR REDIHALER .....	27	RHINOCORT .....	88
<b>R</b>		RHOFADE .....	122
rabeprazole .....	101	ribavirin .....	57, 58
RADIOGARDASE .....	131	RIDAURA .....	23
RAGWITEK .....	60	rifabutin .....	31
raloxifene .....	132	RIFADIN .....	31

## Índice de medicamentos

RIFAMATE .....	31	SANDIMMUNE .....	108
rifampin .....	31	SANDOSTATIN .....	106
RIFATER .....	31	SANTYL .....	125
RILUTEK .....	73	SARAFEM .....	114
riluzole .....	73	SAXENDA .....	52
rimantadine .....	57	SCALACORT DK .....	124
RIMSO-50 .....	22	SCEMBLIX .....	49
RINVOQ ER .....	24	SCLEROSOL .....	128
RINVOQ ER 30MG TABLET .....	24	scopolamine .....	97
RIOMET .....	42	seconal .....	118
risedronate .....	132	SECUADO .....	117
RISPERDAL .....	116	SEEBRI .....	25, 26
risperidone .....	116	SEEBRI NEOHALER .....	25
RITALIN .....	116	SEGLUROMET .....	43
RITEFLO .....	111	selegiline .....	53
ritonavir .....	56	selenium sulfide .....	121
rivastigmine .....	58, 59	SELRX .....	121
rivelsa .....	82	SELZENTRY .....	55
rizatriptan .....	19	SEMGLEE .....	43
ROBAXIN .....	112	SEMPREX-D .....	40
ROCALTROL .....	135	SEREVENT .....	26
ropinirole .....	53	SERNIVO .....	124
rosadan .....	122	SEROSTIM .....	105
ROSADAN .....	122	setlakin .....	82
rosuvastatin .....	71	sevelamer .....	94
ROTARIX .....	60	sevelamer carbonate .....	94
ROTATEQ .....	60	sevoflurane .....	22
ROWASA .....	98	SEYSARA .....	35
roweepra .....	76	sf .....	93, 131, 132
ROXICODONE .....	21	SFROWASA .....	98
ROZLYTREK .....	49	sharobel .....	82
RUBRACA .....	49	SHINGRIX .....	62
RUCONEST .....	127	SIDESTREAM PEDIATRIC .....	111
RUZURGI .....	74	SIGNIFOR .....	106
RYALTRIS .....	88	sildenafil .....	66
RYBELSUS .....	41	SILENOR .....	118
RYCLORA .....	40	SILICONE MASK .....	111
RYDAPT .....	49	silodosin .....	133
RYLAZE .....	51	SILVADENE .....	36
RYTARY .....	53	silver sulfadiazine .....	36
RYTHMOL .....	64	SIMBRINZA .....	90
RYVENT .....	40	simliya .....	82
<b>S</b>		simpesse .....	82
SABRIL .....	76	SIMPONI .....	46
SALAGEN .....	60	simvastatin .....	71
SALIVAMAX .....	129	SINEMET .....	53
salsalate .....	23	SINUVA .....	88
SAMSCA .....	86	sirolimus .....	108
SANCUSO .....	97	SIRTURO .....	31

## Índice de medicamentos

SIVEXTRO .....	33	STIVARGA .....	49
SKELAXIN .....	112	st. joseph aspirin .....	54
SKLICE .....	52	stop smoking aid .....	126
SKYLA .....	83	STRENSIQ .....	130
SKYRIZI .....	119	STRIANT .....	102
smoothlax .....	101	STROMECTOL .....	44
SODIUM CITRATE .....	37	strong iodine .....	95
sodium fluoride .....	93	SUBOXONE .....	133
SODIUM OXYBATE .....	118	subvenite .....	76
SOFIA2 FLU-SARS ANTIGEN FIA .....	86	SUCRAID .....	99
SOFIA SARS ANTIGEN FIA TEST .....	86	sucralfate .....	97
solifenacin succinate .....	133	SULAR .....	65
SOLIQUA .....	41	sulfacetamide .....	28, 29, 36, 37, 120, 121
SOLODYN .....	35	sulfacetamide w/prednisolone .....	29
SOLOSEC .....	29	sulfacleanse .....	36
SOLTAMOX .....	51	sulfadiazine .....	30, 36
SOMA .....	112	sulfamethoxazole/trimethoprim .....	30
SOMATULINE DEPOT .....	106	SULFAMYLON .....	36, 37
SOMAVERT .....	129	sulfasalazine .....	99
SOOLANTRA .....	122	sulfatrim .....	30
SORIATANE .....	119	sulindac .....	25
sorine .....	69, 70	SUMADAN .....	37
sotalol .....	70	sumatriptan .....	19
SOTYLIZE .....	70	sumatriptan succ-naproxen sod .....	19
SPECTRACEF .....	32	SUMAXIN .....	37
spinosad .....	52	SUNLENCA .....	54
SPIRIVA .....	25	SUNOSI .....	118
spironolactone .....	87	super b complex .....	135
SPORANOX .....	38	super b complex-vitamin c .....	135
sprintec .....	82	super b-complex w/vitamin c .....	134
SPRITAM .....	76	SUPPRELIN LA .....	105
SPRIX .....	19	SUPRANE .....	22
SPRYCEL .....	49	SUPRAX .....	32
sps .....	94	SURVANTA .....	127
sronyx .....	82	SUSTIVA .....	55
ss .....	36	SUTENT .....	49
ssd .....	36	syeda .....	82
SSKI .....	95	SYLATRON .....	48
sss .....	36	SYMAX DUOTAB .....	98
STALEVO .....	53	symax-sl .....	98
STARLIX .....	42	symax-sr .....	98
stavudine .....	55	SYMBICORT .....	27
STEGLATRO .....	41	SYMBYAX .....	117
STEGLUJAN .....	42	SYMDEKO .....	127
STELARA .....	107	SYMFI .....	56
STERILE TALC .....	128	SYMJEPI .....	58
STERITALC .....	128	SYMLINPEN .....	41
STIMATE .....	103	SYMPAZAN .....	75
STIOLTO RESPIMAT .....	26	SYMPROIC .....	37

## Índice de medicamentos

SYMTUZA .....	54	TEMOVATE .....	124
SYNALAR .....	35, 124	temozolomide .....	46
SYNAREL .....	105	tencon .....	18
SYNDROS .....	96	TENIVAC .....	62
SYNERA .....	23	tenofovir disoproxil fumarate .....	55
SYNJARDY .....	43	TENORETIC .....	70
SYPRINE .....	131	TENORMIN .....	70
SYRINGE AVITENE .....	63	terazosin .....	68
<b>T</b>		terbinafine .....	38
TABLOID .....	47	terbutaline .....	26
TABRECTA .....	49	terconazole .....	38
TACHOSIL .....	63	terrell .....	22
TACLONEX .....	125	TESSALON PERLE .....	83
tacrolimus .....	107, 108	testosterone .....	102, 103
tadalafil .....	66	TESTOSTERONE .....	102
TAFINLAR .....	47	testosterone cypionate .....	102
TAGRISSO .....	49	testosterone enanthate .....	103
TAKE ACTION .....	82	TETANUS DIPHTHERIA TOXOIDS .....	62
TAKHZYRO .....	60, 128	tetrabenazine .....	73
TALICIA .....	97	tetracaine .....	90
TALTZ .....	119	tetracycline hcl .....	35
TALZENNA .....	50	TEXACORT .....	124
TAMIFLU .....	57	TEZSPIRE .....	127
tamoxifen .....	51	T:FLEX .....	110
tamsulosin .....	133	THALOMID .....	31
TAPAZOLE .....	126	THEO-24 .....	27
TAPERDEX .....	105	theophylline anhydrous .....	27
TARCEVA .....	50	THIOLA .....	133
TARGADOX .....	35	thioridazine .....	117
TARGRETIN .....	51	thiothixene .....	117
tarina fe .....	82	THROMBI-GEL .....	63
TARKA .....	67	THROMBIN-JMI .....	63
TARPEYO .....	105	THROMBI-PAD .....	63
TASIGNA .....	50	thyroid .....	126
TASMAR .....	53	tiadylt .....	65
tazarotene .....	120	tiagabine .....	76, 77
TAZORAC .....	120	TIAZAC .....	65
taztia .....	65	TIBSOVO .....	50
TAZVERIK .....	48	TIGAN .....	97
TC99M SULFUR COLLOID PREP .....	85	TIGLUTIK .....	73
TEGRETOL .....	76	tilia fe .....	82
TEGSEDI .....	129	TIMOLOL-BRIMONIDIN-DORZOLAMIDE .....	90
TEKURNA .....	70	TIMOLOL-BRIMONI-DORZOL-LATANOP .....	90
telmisartan .....	68, 69	TIMOLOL-DORZOLAMIDE-LATANOPRST .....	90
telmisartan-amlodipine .....	68	TIMOLOL-LATANOPROST .....	90
telmisartan-hydrochlorothiazid .....	68	timolol maleate .....	70, 90
temazepam .....	118	TIMOPTIC .....	90
TEMIXYS .....	54	tinidazole .....	44
TEMODAR .....	46	TISSEEL VHSD .....	122

## Índice de medicamentos

TIVICAY .....	56	TRIDESILON .....	124
tizanidine .....	112	trientine .....	131
TOBI PODHALER .....	30	TRIESENCE .....	90
TOBRADEX EYE DROPS .....	28	tri-estarylla .....	82
TOBRADEX EYE OINTMENT .....	28	tri femynor .....	82
tobramycin .....	28, 29, 30	trifluoperazine hcl .....	117
TOBRAMYCIN .....	30	trifluridine .....	56
tobramycin-dexamethasone .....	28	TRIGLIDE .....	72
TOBREX .....	29	trihexyphenidyl hcl .....	52
TODAY .....	78	TRIKAFTA .....	127
TOLAK .....	51	tri-legest fe .....	82
tolcapone .....	53	tri-linyah .....	82
tolmetin .....	25	TRILIPIX .....	72
tolterodine tartrate .....	134	tri-lo-estarylla .....	82
TOPICORT .....	124	tri-lo-marzia .....	82
topiramate .....	77	tri-lo-mili .....	82
topiramate er .....	77	tri-lo-sprintec .....	82
toremifene .....	51	trilyte .....	101
torse mide .....	86	trimethobenzamide .....	97
TOSYMRA .....	19	trimethoprim .....	29, 30
TOUJEO .....	43	tri-mili .....	82
tovet emollient .....	124	trimipramine maleate .....	115
TOVIAZ .....	134	TRINTELLIX .....	114
TOXICOLOGY SALIVA COLLECTION .....	85	tri-previfem .....	82
TRACLEER .....	66	TRISODIUM CITRATE CRRT .....	37
tramadol hcl .....	20, 21	tri-sprintec .....	82
tramadol hcl-acetaminophen .....	20	TRIUMEQ .....	54
tramadol hcl er .....	21	tri-vitamin with fluoride .....	134
trandolapril .....	67, 69	trivora .....	82
trandolapril-verapamil .....	67	tri-vylibra .....	82
tranexamic acid .....	62	TRIZIVIR .....	55
TRANXENE .....	113	TROKENDI .....	77
tranylcypromine .....	113	tropicamide .....	92
travoprost .....	90	TROPICAMIDE-CYCLOPENTOLATE-PE .....	92
trazodone .....	114	TROPICAMIDE-PHENYLEPHRINE .....	92
TRECATOR .....	31	tropium chloride .....	134
TRELEGY ELLIPTA .....	27	TRUDHESA .....	19
TREMFYA .....	119	TRUECONTROL .....	110
TRESIBA .....	43	TRUE METRIX .....	110
tretinoin .....	51, 120, 125	TRUEPLUS .....	94
TREXALL .....	47	TRULANCE .....	99
TREZIX .....	20	TRULICITY .....	41
triamcinolone acetonide .....	123, 124, 128	TRUMENBA .....	61
TRIAMCINOLONE-MOXIFLOXACIN .....	28	TRUSELTIQ .....	50
triamterene .....	87	TRUSOPT .....	90
trianex .....	124	T:SLIM .....	110
triazolam .....	118	tulana .....	83
tri-buffered aspirin .....	18	TURALIO .....	50
triderm .....	124	TUSSICAPS .....	84

## Índice de medicamentos

TUXARIN .....	84	valsartan .....	68, 69
TUZISTRA .....	84	valsartan-hydrochlorothiazide .....	68
TWINRIX .....	62	VALTOCO .....	75
TYBOST .....	127	VANATOL .....	18
tydemy .....	83	VANOCOCIN .....	35
TYKERB .....	50	vancomycin .....	35
TYLENOL W/CODEINE .....	20	vandazole .....	35
TYMLOS .....	107	VANTAS .....	48
TYSABRI .....	131	VAQTA .....	62
TYVASO .....	67	VARIVAX .....	62
<b>U</b>		VARUBI .....	97
UBRELVY .....	19	VASCEPA .....	96
UCERIS .....	102, 105	VASERETIC .....	67
UKONIQ .....	50	VASOTEC .....	69
ULESFIA .....	52	VAXCHORA .....	61
ULTANE .....	22	vcf .....	78
ULTI-LANCE .....	110	VECAMYL .....	69
ULTRACET .....	20	VECTICAL .....	120
ULTRAFOAM .....	63	velivet .....	83
ULTRAM .....	21	VELPHORO .....	95
ULTRAVATE .....	124	VELTASSA .....	95
UNISTIK .....	110	VEMLIDY .....	57
unithroid .....	126	VENCLEXTA .....	50
UPTRAVI .....	67	venlafaxine .....	114
UPTRAVI TITRATION PACK .....	67	VENTAVIS .....	67
URECHOLINE .....	60	verapamil .....	64, 65, 67
URELLE .....	30	VEREGEN .....	58
uretron d-s .....	30	VERELAN .....	65
URIBEL .....	30	VERITOR SARS-COV-2 AND FLU A-B .....	86
urimar-t .....	30	VERQUVO .....	65
urin d.s. ....	30	VERSACLOZ .....	117
uro-458 .....	31	VERZENIO .....	50
uroav-b .....	31	VFEND .....	38
UROCIT-K .....	95	VGO .....	110
urogesic .....	31	VIBERZI .....	99
uro-mp .....	31	VIBRAMYCIN .....	35
URSO .....	98	vicodin hp .....	20
ursodiol .....	98	VIEKIRA .....	57
uryl .....	31	vienva .....	83
ustell .....	31	vigadrone .....	77
UTIBRON .....	26	VIGADRONE .....	77
UTIBRON NEOHALER .....	26	VIGAMOX .....	29
utira-c .....	31	VIJOICE .....	127
<b>V</b>		vilamit mb .....	31
valacyclovir .....	57	vilevev mb .....	31
VALCHLOR .....	51	VIMPAT .....	77
VALCYTE .....	57	VIOKACE .....	101
valganciclovir .....	57	viorele .....	83
valproic acid .....	77	VIRACEPT .....	56

## Índice de medicamentos

VIRAMUNE .....	55	<b>X</b>	
VIRAZOLE .....	57	XACIATO .....	35
VIREAD .....	55	XALKORI .....	50
virtussin ac .....	85	XARELTO .....	37
virtussin dac .....	84	XELJANZ .....	24
VISCOAT .....	92	XELODA .....	47
VISIONBLUE .....	93	XENICAL .....	52
VISTARIL .....	40	XENLETA .....	33
VISTOGARD .....	128	XEPI .....	36
vitamin b complex .....	134, 135	XERMELO .....	96
vitamin b-complex & c .....	135	XEROSTOMIA RELIEF .....	129
vitamin b complex with c .....	134	XHANCE .....	88
vitamin d2 .....	135	XIFAXAN .....	34
vitamin k .....	135	XIGDUO .....	43
vitamins a, c, d & fluoride .....	134	XIIDRA .....	92
VITRAKVI .....	50	XOFLUZA .....	57
VIVJOA .....	39	XOLAIR .....	27
VIVOTIF .....	60	XOPENEX .....	26
VIZIMPRO .....	50	XOSPATA .....	50
VOGELXO .....	103	XTANDI .....	46
VOLTAREN .....	119	xulane .....	83
voriconazole .....	38, 39	XULTOPHY .....	41
VORTEX .....	111	XURIDEN .....	94
VOSEVI .....	57	XYOSTED .....	103
VOTRIENT .....	50	XYREM .....	118
VOWST .....	99	XYWAV .....	118
VOXZOGO .....	131	<b>Y</b>	
VRAYLAR .....	117	YAZ .....	83
VTAMA .....	120, 121	YERVOY .....	51
vtol lq .....	18	YONSA .....	46
VUMERITY .....	74	YUPELRI .....	25
VUSION .....	40	YUTIQ .....	90
vyfemla .....	83	yuvafem .....	106
vylibra .....	82, 83	<b>Z</b>	
VYNDAMAX .....	131	zafirlukast .....	27
VYNDAQEL .....	131	zaleplon .....	118
VYVANSE .....	115	ZANAFLEX .....	112
VYZULTA .....	90	zarah .....	83
<b>W</b>		ZARONTIN .....	77
WAKIX .....	77	ZARXIO .....	77
warfarin .....	37	zebutal .....	18
WEGOVY .....	52	ZEJULA .....	50
wera .....	83	ZELBORAF .....	47
westhroid .....	126	ZELNORM .....	100
WIDE SEAL DIAPHRAGM .....	83	ZEMBRACE SYMTOUCH .....	19
wixela inhub .....	27	ZEMPLAR .....	129
women's gentle laxative .....	101	zenatane .....	120
women's laxative .....	101	ZENPEP .....	101
wymzya fe .....	83	zenzedi .....	59

## Índice de medicamentos

ZENZEDI .....	59
ZEPATIER .....	58
ZEPOSIA .....	74
ZESTORETIC .....	67
ZESTRIL .....	69
ZIAC .....	70
ZIAGEN .....	55
ZIANA .....	120
zidovudine .....	54, 55
ZIEXTENZO .....	77
zileuton .....	25
zinc oxide .....	121
ziprasidone .....	116, 117
ZIRGAN .....	56
ZITHROMAX .....	33
ZOFRAN .....	97
ZOKINVY .....	127
ZOLADEX .....	48
ZOLINZA .....	46
zolmitriptan odt .....	19
zolpidem tartrate .....	118, 119
ZOLPIMIST .....	119
ZOMIG .....	19
ZONALON .....	120
zonisamide .....	77
ZONTIVITY .....	54
ZORBTIVE .....	105
ZORTRESS .....	108
ZORYVE .....	120, 121
ZOSTAVAX .....	62
zovia .....	83
ZOVIRAX .....	57, 58
ZTALMY .....	77
ZTLIDO .....	23
Z-TUSS AC .....	84
ZUBSOLV .....	133
zumandimine .....	81, 83
ZUPLENZ .....	97
ZYDELIG .....	50
ZYFLO .....	25
ZYKADIA .....	50
ZYLOPRIM .....	23
ZYMAXID .....	29
ZYPITAMAG .....	71
ZYPREXA .....	117
ZYVOX .....	33



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

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



1. Se aplican los términos de la aplicación/tienda en línea y los cargos de las compañías de telefonía celular/uso de datos. Los clientes menores de 13 años no podrán registrarse en **myCigna.com** (así como tampoco sus padres o tutores).
2. Los precios que se muestran en **myCigna** no están garantizados, y la cobertura está sujeta a los términos y las condiciones de su plan. Visite **myCigna** para obtener más información.
3. Sitio web de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos, "Generic Drugs: Questions and Answers". Última actualización de la página: 16 de marzo de 2021. <https://www.fda.gov/drugs/questions-answers/generic-drugs-questions-answers>.
4. 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 tiene 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. No se le aplicará ninguna penalidad, sin importar dónde despache sus recetas.*
5. Los costos de envío estándar están incluidos como parte de su plan de medicamentos con receta.
6. Algunos medicamentos no están disponibles en un suministro para 90 días y solo pueden envasarse en cantidades más reducidas. Por ejemplo, tres paquetes de anticonceptivos orales equivalen a un suministro para 84 días. Si bien no es un "suministro para 90 días", de todas maneras se considera una receta para 90 días.
7. Según lo permitido por ley. Para los medicamentos administrados por un proveedor de cuidado de la salud, Accredo enviará el medicamento directamente al consultorio de su médico.
8. **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 a Servicio al Cliente al número que aparece en su tarjeta de ID.
9. 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.
10. **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.**

La disponibilidad del producto puede variar según la ubicación y el tipo de plan, y está sujeta a cambios. Todas las pólizas de seguro de salud colectivo y los planes de beneficios de salud tienen exclusiones y limitaciones. Para conocer los costos y los detalles de la cobertura, revise los documentos de su plan o comuníquese con un representante de Cigna Healthcare.

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 (CHLIC), Connecticut General Life Insurance Company, Express Scripts, Inc. o sus afiliadas, 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. (CHC-TN) y Cigna Healthcare of Texas, Inc. Formularios de pólizas: OK: HP-APP-1 y otros; OR: HP-POL38 02-13; TN: HP-POL43/HC-CER1V1 y otros (CHLIC); GSA-COVER y otros (CHC-TN).

# LA DISCRIMINACIÓN ES ILEGAL

## Cobertura médica

Cigna cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color de piel, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo. Cigna no excluye a las personas ni las trata de un modo diferente por su raza, color de piel, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo.

Cigna:

- Brinda asistencia y servicios gratuitos para que las personas con discapacidades 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 a personas cuyo idioma primario no es el inglés, como por ejemplo:
  - intérpretes calificados
  - información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con servicio al cliente al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación y pídale a un asociado de Servicio al cliente que le ayude.

Si considera que Cigna no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otro modo por motivos de raza, color de piel, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo, puede presentar una queja escribiendo un mensaje de correo electrónico a [ACAGrievance@Cigna.com](mailto:ACAGrievance@Cigna.com) o enviando una carta a la siguiente dirección:

Cigna  
Nondiscrimination Complaint Coordinator  
PO Box 188016  
Chattanooga, TN 37422

Si necesita asistencia para presentar una queja escrita, llame al número que figura en la parte de atrás de su tarjeta de identificación o envíe un mensaje de correo electrónico a [ACAGrievance@Cigna.com](mailto:ACAGrievance@Cigna.com). 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:

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 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



Todos los productos y servicios de Cigna son brindados exclusivamente por subsidiarias operativas de Cigna Corporation, o a través de ellas, que incluyen a Cigna Health and Life Insurance Company, Connecticut General Life Insurance Company, Evernorth Care Solutions, Inc., Evernorth Behavioral Health, Inc., Cigna Health Management, Inc. y HMO subsidiarias o compañías de servicios subsidiarias de Cigna Health Corporation y Cigna Dental Health, Inc. El nombre y los logos de Cigna, así como las demás marcas de Cigna, son propiedad de Cigna Intellectual Property, 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, llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Si no lo es, llame al 1.800.244.6224 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

## Proficiency of Language Assistance Services

**English** – ATTENTION: 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).

**Spanish** – ATENCIÓN: Hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Si es un cliente actual de Cigna, llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Si no lo es, llame al 1.800.244.6224 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

**Chinese** – 注意：我們可為您免費提供語言協助服務。對於 Cigna 的現有客戶，請致電您的 ID 卡背面的號碼。其他客戶請致電 1.800.244.6224（聽障專線：請撥 711）。

**Vietnamese** – XIN LỜI Ý: Quý vị được cấp dịch vụ trợ giúp về ngôn ngữ miễn phí. Dành cho khách hàng hiện tại của Cigna, vui lòng gọi số ở mặt sau thẻ Hội viên. Các trường hợp khác xin gọi số 1.800.244.6224 (TTY: Quay số 711).

**Korean** – 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 현재 Cigna 가입자님들께서는 ID 카드 뒷면에 있는 전화번호로 연락해주시십시오. 기타 다른 경우에는 1.800.244.6224 (TTY: 다이얼 711)번으로 전화해주시십시오.

**Tagalog** – PAUNAWA: Makakakuha ka ng mga serbisyo sa tulong sa wika nang libre. Para sa mga kasalukuyang customer ng Cigna, tawagan ang numero sa likuran ng iyong ID card. O kaya, tumawag sa 1.800.244.6224 (TTY: I-dial ang 711).

**Russian** – ВНИМАНИЕ: вам могут предоставить бесплатные услуги перевода. Если вы уже участвуете в плане Cigna, позвоните по номеру, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карточки участника плана. Если вы не являетесь участником одного из наших планов, позвоните по номеру 1.800.244.6224 (TTY: 711).

**Arabic** – برجاء الانتباه خدمات الترجمة المجانية متاحة لكم. لعملاء Cigna الحاليين برجاء الاتصال بالرقم المدون علي ظهر بطاقتكم الشخصية. او اتصل ب 1.800.244.6224 (TTY: اتصل ب 711).

**French Creole** – ATANSYON: Gen sèvis èd nan lang ki disponib gratis pou ou. Pou kliyan Cigna yo, rele nimewo ki dèyè kat ID ou. Sinon, rele nimewo 1.800.244.6224 (TTY: Rele 711).

**French** – ATTENTION: Des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Si vous êtes un client actuel de Cigna, veuillez appeler le numéro indiqué au verso de votre carte d'identité. Sinon, veuillez appeler le numéro 1.800.244.6224 (ATS : composez le numéro 711).

**Portuguese** – ATENÇÃO: Tem ao seu dispor serviços de assistência linguística, totalmente gratuitos. Para clientes Cigna atuais, ligue para o número que se encontra no verso do seu cartão de identificação. Caso contrário, ligue para 1.800.244.6224 (Dispositivos TTY: marque 711).

**Polish** – UWAGA: w celu skorzystania z dostępnej, bezpłatnej pomocy językowej, obecni klienci firmy Cigna mogą dzwonić pod numer podany na odwrocie karty identyfikacyjnej. Wszystkie inne osoby prosimy o skorzystanie z numeru 1 800 244 6224 (TTY: wybierz 711).

**Japanese** – 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。現在のCignaのお客様は、IDカード裏面の電話番号まで、お電話にてご連絡ください。その他の方は、1.800.244.6224 (TTY: 711)まで、お電話にてご連絡ください。

**Italian** – ATTENZIONE: Sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Per i clienti Cigna attuali, chiamare il numero sul retro della tessera di identificazione. In caso contrario, chiamare il numero 1.800.244.6224 (utenti TTY: chiamare il numero 711).

**German** – ACHTUNG: Die Leistungen der Sprachunterstützung stehen Ihnen kostenlos zur Verfügung. Wenn Sie gegenwärtiger Cigna-Kunde sind, rufen Sie bitte die Nummer auf der Rückseite Ihrer Krankenversicherungskarte an. Andernfalls rufen Sie 1.800.244.6224 an (TTY: Wählen Sie 711).

**Persian (Farsi)** – توجه: خدمات کمک زبانی، به صورت رایگان به شما ارائه می‌شود. برای مشتریان فعلی Cigna، لطفاً با شماره‌ای که در پشت کارت شناسایی شماست تماس بگیرید. در غیر اینصورت با شماره 1.800.244.6224 تماس بگیرید (شماره تلفن ویژه ناشنوايان: شماره 711 را شماره‌گیری کنید).