



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

Health Maintenance Organization (HMO), Network, Network Point of Service (POS)

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

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

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

Última actualización: 1 de agosto de 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.

951801SP 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	11
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 myCigna¹ 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 HealthcareSM. 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 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.

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).

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

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.

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. **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. Recientemente eliminaron mi medicamento de la Lista de medicamentos. Mi médico quiere que lo siga tomando de todos modos. ¿Qué debo hacer para que esté cubierto?

R. No es necesario que haga nada. Si su médico le sigue recetando el medicamento, nosotros seguiremos cubriéndolo. Si su medicamento ya requiere autorización previa, su médico solo tiene que seguir solicitando (y recibiendo) la aprobación de Cigna Healthcare para que el medicamento esté cubierto.

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.

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.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

- **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.

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 comuniquen 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 precios puede ayudarle a evitar sorpresas. Inicie

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com** y use la herramienta *Price a Medication* (Conozca los precios de los medicamentos) para saber cuánto cuesta su medicamento antes de ir a la farmacia o incluso antes de irse del consultorio de su médico.²

P. ¿Qué es el costo compartido?

R. Es la cantidad que usted paga de su bolsillo por un medicamento con receta cubierto y/o un servicio de cuidado de la salud o un servicio relacionado elegible. Para algunos planes, el costo compartido es un copago; para otros planes, es un coseguro.

P. ¿Cómo puedo ahorrar dinero en mis medicamentos con receta?

R. Puede 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.³ 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.³

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.³ El simple hecho de que los medicamentos genéricos cuesten menos no significa que sean de menor calidad.

P. ¿Me pueden despachar mi receta en cualquier farmacia de mi red?

R. Depende. Algunos planes solo permiten despachar los medicamentos en determinadas farmacias de la red o a través del servicio de entrega a domicilio. 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.

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.⁴

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

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](https://www.cigna.com/homedelivery).

- Es muy fácil pedir, administrar, hacer el seguimiento y pagar sus medicamentos en su teléfono o en Internet
- Envío estándar sin costo adicional⁵
- Renovaciones automáticas o recordatorios de renovaciones
- Obtenga un suministro máximo para 90 días de una vez⁶
- 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)⁶ 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).⁷ 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 adicional⁵
- 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](https://www.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)⁶ 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.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

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.

Es posible que también pueda usar Accredo para despachar su receta.⁴ 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.⁴
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.⁴

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.⁴ 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.²
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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

y de farmacia a través de Cigna Healthcare, determinados medicamentos orales contra el cáncer se cubrirán como se indica a continuación:

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

P. ¿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.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes *(cont.)*

- **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. El medicamento de marca estará escrito todo en MAYÚSCULA.
- **Coseguro:** Un porcentaje del costo de un beneficio de cuidado de la salud cubierto que una persona inscrita paga después de haber pagado el deducible, si se aplica un deducible al beneficio de cuidado de la salud, como el beneficio de medicamentos con receta.
- **Copago:** Una cantidad fija en dólares que una persona inscrita 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, como el beneficio de medicamentos con receta.
- **Deducible:** La cantidad que una persona inscrita paga por beneficios de cuidado de la salud cubiertos antes de que el plan de salud de la persona inscrita comience a pagar por la totalidad o parte del costo del beneficio de cuidado de la salud conforme a los términos de la póliza.
- **Nivel de medicamentos:** Un grupo de medicamentos con receta que corresponde a un nivel específico de costo compartido en la cobertura de medicamentos con receta del plan de salud. El nivel en el cual se incluye un medicamento con receta determina la parte del costo del medicamento que debe pagar la persona inscrita.
- **Persona inscrita:** Una persona inscrita en un plan de salud que tiene derecho a recibir servicios del plan.
- **Solicitud de excepción:** Una solicitud de cobertura de un medicamento con receta. Si una persona inscrita, o la persona designada por ella, o el proveedor de cuidado de la salud que emite recetas envía una solicitud de excepción para la cobertura de un medicamento con receta, el plan de salud debe cubrir el medicamento con receta cuando se determine que es médicamente necesario para tratar la condición de la persona inscrita.
- **Circunstancias apremiantes:** Cuando una persona inscrita sufre una condición médica que puede poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad para recuperar su funcionamiento pleno, o cuando la persona inscrita se está realizando un tratamiento con un medicamento no incluido en el Formulario.
- **Formulario:** La lista completa de medicamentos preferidos para usar y elegibles para tener cobertura en virtud de un producto de plan de salud, e incluye todos los medicamentos cubiertos conforme al beneficio de medicamentos con receta para pacientes ambulatorios del producto de plan de salud. El Formulario también se conoce como Lista de medicamentos con receta.
- **Medicamento genérico:** Un medicamento igual a su equivalente de marca en términos de dosis, seguridad, concentración, forma de tomarse, calidad, rendimiento y uso previsto. Un medicamento genérico está escrito en minúscula cursiva y negrita.
- **Medicamento no incluido en el Formulario:** Un medicamento con receta que no aparece en el Formulario del plan de salud.
- **Costos de desembolso:** Los copagos, el coseguro y el deducible aplicable, además de todos los costos de los servicios de cuidado de la salud que el plan de salud no cubre.
- **Proveedor que emite recetas:** Un proveedor de cuidado de la salud autorizado para emitir una receta para tratar una condición médica para una persona inscrita en un plan de salud.
- **Receta:** Una orden oral, escrita o electrónica de un proveedor que emite recetas para una persona inscrita específica, que contiene el nombre del medicamento con receta, la cantidad, la fecha de emisión, el nombre y la información de contacto del proveedor que emite recetas, la firma del proveedor que emite recetas si la receta se emite por escrito, y si así lo solicita la persona inscrita, la condición médica o el fin para los cuales se receta el medicamento.
- **Medicamento con receta:** Un medicamento recetado por el proveedor que emite recetas de la persona inscrita y que requiere una receta conforme a la ley aplicable.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Palabras que quizás necesite conocer (cont.)

- **Autorización previa:** El requisito de un plan de salud de que la persona inscrita o el proveedor que emite recetas de la persona inscrita obtengan la autorización del plan de salud para un medicamento con receta antes de cubrir el medicamento. El plan de salud debe otorgar una autorización previa cuando sea médicamente necesario que la persona inscrita obtenga el medicamento.
- **Tratamiento escalonado:** Un proceso que especifica la secuencia en la cual se recetan diferentes medicamentos con receta para una condición médica determinada y medicamento apropiados para un paciente en particular. Es posible que el plan de salud le exija a la persona inscrita probar uno o más medicamentos para tratar su condición médica antes de cubrir un medicamento en particular para la condición, conforme a una solicitud de tratamiento escalonado. Si el proveedor que emite recetas de la persona inscrita presenta una solicitud de excepción al tratamiento escalonado, el plan de salud deberá hacer excepciones al tratamiento escalonado cuando se cumplan los criterios aplicables.
- **Suscriptor:** La persona responsable del pago a un plan o cuyo empleo u otra condición, salvo la de ser dependiente familiar, sea la base de la elegibilidad para ser miembro del plan.

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 y negrita** 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 y negrita**.
- 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 en MAYÚSCULA 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.

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

* 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.

(PA)	Autorización previa: Determinados medicamentos necesitan la aprobación de Cigna Healthcare para que su plan los cubra. Estos medicamentos tienen la abreviatura (PA) junto al nombre. Su plan no cubrirá estos medicamentos a menos que su médico solicite y reciba la aprobación de Cigna Healthcare.
(QL)	Límites a la cantidad: 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 (QL) junto al nombre. Su plan solamente cubrirá una cantidad mayor si su médico solicita y recibe la aprobación de Cigna Healthcare.
(ST)	Tratamiento escalonado: 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 (ST) junto al nombre. Tiene muchas opciones cubiertas para elegir, que se usan para tratar la misma condición.
(AGE)	Requisitos de edad: Ciertos medicamentos solo estarán cubiertos si usted se encuentra dentro de un rango de edad específico. Estos medicamentos tienen la abreviatura (AGE) 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.
(SP)	Los medicamentos de especialidad 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 SP junto al nombre.
(HD)	Medicamentos para entrega a domicilio: Algunos planes solo cubren determinados medicamentos de mantenimiento si se despachan a través del servicio de entrega a domicilio. Estos medicamentos tienen la abreviatura HD 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.
(PPACA)	Medicamentos preventivos sin costos compartidos: 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 PPACA junto al nombre.
(CSL)	Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos: La ley estatal de California limita el costo compartido (o la cantidad que usted paga de su bolsillo) por determinados medicamentos de quimioterapia oral. Estos medicamentos tienen la abreviatura CSL 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.

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

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
Analgésicos (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	18-22	Antiinfecciosos/Varios (infecciones)	44, 45
Analgésicos (condiciones urinarias)	22	Antiinfecciosos/Varios (varios)	45
Anestésicos (varios)	22	Antiinfecciosos/Varios (condiciones cutáneas)	45
Anestésicos (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	22, 23	Agentes inhibidores del factor de necrosis tumoral antiinflamatorios (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	45, 46
Anestésicos (condiciones urinarias)	23	Antineoplásicos (cáncer)	46-51
Antialérgicos (alergia y rociadores nasales)	23	Antineoplásicos (condiciones cutáneas)	51
Antiartríticos (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	23-25	Medicamentos contra la obesidad (control del peso)	51, 52
Antiasmáticos (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	25-27	Antiparasitarios (infecciones)	52
Antibióticos (medicamentos para los oídos)	28	Medicamentos antiparkinsonianos (enfermedad de Parkinson)	52, 53
Antibióticos (condiciones oculares)	28, 29	Medicamentos antiplaquetarios (diluyentes de la sangre/anticoagulantes)	53, 54
Antibióticos (infecciones)	29-35	Antivíricos (SIDA/VIH)	54-56
Antibióticos (condiciones cutáneas)	35-37	Antivíricos (condiciones oculares)	56
Anticoagulantes (diluyentes de la sangre/ anticoagulantes)	37	Antivíricos (infecciones)	56-58
Antídotos (condiciones gastrointestinales/ pirosis)	37	Antivíricos (condiciones cutáneas)	58
Antídotos (abuso de sustancias)	38	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (alergia/rociadores nasales)	58
Antimicóticos (condiciones oculares)	38	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (enfermedad de Alzheimer)	58, 59
Antimicóticos (productos femeninos)	38	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (trastorno de déficit de atención e hiperactividad)	59
Antimicóticos (infecciones)	38, 39	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	59, 60
Antimicóticos (condiciones cutáneas)	39, 40	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (condiciones urinarias)	60
Antihistamínicos y descongestivos combinados (alergia/rociadores nasales)	40	Productos biológicos (alergia/rociadores nasales)	60
Antihistamínicos (alergia/rociadores nasales)	40	Productos biológicos (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	60
Antihistamínicos (condiciones oculares)	41	Productos biológicos (varios)	60
Antihiper glucémicos (diabetes)	41-43	Productos biológicos (vacunas)	60-62
Antiinfecciosos (productos dentales)	44		
Antiinfecciosos (infecciones)	44		
Antiinfecciosos/Varios (productos femeninos)	44		

Información sobre esta Lista de medicamentos

Cómo encontrar su medicamento *(cont.)*

Condición	Página	Condición	Página
Sangre (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)	62, 63	Elect./calóricos/H2O (productos dentales)	93
Sangre (diluyentes de la sangre/ anticoagulantes)	63	Elect./calóricos/H2O (diabetes)	93, 94
Medicamentos para enfermedades cardíacas (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	63-66	Elect./calóricos/H2O (varios)	94
Cardiovasculares (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	66, 67	Elect./calóricos/H2O (nutritivos/alimenticios)	94, 95
Cardiovasculares (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	67-71	Elect./calóricos/H2O (condiciones urinarias)	95
Cardiovasculares (medicamentos para el colesterol)	71, 72	Gastrointestinales (medicamentos para el colesterol)	95, 96
Medicamentos para el sistema nervioso central (enfermedad de Alzheimer)	72, 73	Gastrointestinales (condiciones gastrointestinales/pirosis)	96-102
Medicamentos para el sistema nervioso central (varios)	73	Gastrointestinales (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	102
Medicamentos para el sistema nervioso central (esclerosis múltiple)	73, 74	Hormonas (condiciones gastrointestinales/pirosis)	102
Medicamentos para el sistema nervioso central (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	74	Hormonas (agentes hormonales)	102-106
Medicamentos para el sistema nervioso central (Trastornos convulsivos)	75-77	Hormonas (infertilidad)	106
Medicamentos para el sistema nervioso central (trastornos del sueño/sedantes)	77	Hormonas (varias)	106
Factores estimulantes de colonias (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)	77	Hormonas (productos para la osteoporosis)	107
Anticonceptivos (productos anticonceptivos)	77-83	Inmunosupresores (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	107
Anticonceptivos (varios)	83	Inmunosupresores (condiciones cutáneas)	107
Preparaciones para la tos/el resfrío (medicamentos para la tos/el resfrío)	83-85	Inmunosupresores (medicamentos para trasplante)	107, 108
Diagnóstico (diabetes)	85	Dispositivos y suministros médicos varios, no farmacológicos (diabetes)	108-110
Diagnóstico (varios)	85, 86	Dispositivos y suministros médicos varios, no farmacológicos (varios)	110, 111
Diuréticos (diuréticos)	86, 87	Relajantes musculares (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	111, 112
Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (alergia/rociadores nasales)	87, 88	Vitaminas prenatales (nutritivas/alimenticias)	112
Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (medicamentos para los oídos)	88	Medicamentos psicoterapéuticos (ansiedad/depresión/trastorno bipolar)	112-115
Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (condiciones oculares)	89-93	Medicamentos psicoterapéuticos (trastorno de déficit de atención e hiperactividad)	115, 116
		Medicamentos psicoterapéuticos (esquizofrenia/antipsicóticos)	116, 117
		Medicamentos psicoterapéuticos (trastornos del sueño/sedantes)	117, 118
		Preparaciones cutáneas (varias)	118
		Preparaciones cutáneas (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	118
		Preparaciones cutáneas (condiciones cutáneas)	118-125

Información sobre esta Lista de medicamentos

Cómo encontrar su medicamento *(cont.)*

Condición	Página	Condición	Página
Agentes para dejar de fumar (productos para dejar de fumar)	125, 126	Productos farmacológicos no clasificados (esclerosis múltiple)	131
Preparaciones para la tiroides (agentes hormonales)	126	Productos farmacológicos no clasificados (nutritivos/alimenticios)	131, 132
Productos farmacológicos no clasificados (SIDA/VIH)	127	Productos farmacológicos no clasificados (productos para la osteoporosis)	132
Productos farmacológicos no clasificados (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	127	Productos farmacológicos no clasificados (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	132
Productos farmacológicos no clasificados (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	127, 128	Productos farmacológicos no clasificados (condiciones cutáneas)	132
Productos farmacológicos no clasificados (cáncer)	128	Productos farmacológicos no clasificados (abuso de sustancias)	133
Productos farmacológicos no clasificados (productos dentales)	128	Productos farmacológicos no clasificados (medicamentos para trasplante)	133
Productos farmacológicos no clasificados (condiciones oculares)	128	Productos farmacológicos no clasificados (condiciones urinarias)	133, 134
Productos farmacológicos no clasificados (condiciones gastrointestinales/pirosis)	128, 129	Productos farmacológicos no clasificados (control del peso)	134
Productos farmacológicos no clasificados (agentes hormonales)	129	Vitaminas (nutritivas/alimenticias)	134, 135
Productos farmacológicos no clasificados (varios)	129-131		

Lista de medicamentos con receta

ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS Y BARBITÚRICOS		
<i>acetaminophen w/butalbital</i>	T1	
ALLZITAL	T3	PA
<i>tencion</i>	T1	
ANALGÉSICOS, COMB. DE SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
<i>butalbital-asp-caffeine</i> (Fiorinal)	T1	
FIORINAL (<i>butalbital-aspirin-caffeine</i>)	T3	PA
ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
<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	
ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS, SALICILATOS		
<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
PREPARACIONES ANTIMIGRAÑOSAS		
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

ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES ANTIMIGRAÑOSAS (cont.)		
<i>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
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS NASALES, INHIB. NO SELECTIVOS DE COX, ANALGÉSICOS SISTÉMICOS		
SPRIX	T3	ST QL
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA		
<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
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA (cont.)		
<i>mefenamic acid</i>	T1	
ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANALGÉSICOS NO SALICILATOS		
<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
COMBINACIÓN DE ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS		
<i>hydrocodone bit-ibuprofen</i>	T1	PA QL
<i>oxycodone hcl-ibuprofen</i>	T1	PA QL
COMB. DE ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANALGÉSICOS SALICILATOS		
<i>oxycodone w/aspirin</i>	T1	PA QL
COMB. DE ANALGÉSICOS OPIOIDES, NO SALICILATOS Y XANTINAS		
<i>apap-caffeine-dihydrocodeine</i> (Trezix)	T1	PA QL
<i>dvorah</i>	T1	PA QL
TREZIX	T3	PA QL
ANALGÉSICOS OPIOIDES		
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 & 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
ANALGÉSICOS OPIOIDES (cont.)		
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

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANALGÉSICOS OPIOIDES Y 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
ANESTÉSICOS LOCALES TÓPICOS (cont.)		
<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
INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK)		
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
COMB. DE ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS Y ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA HISTAMINA H2		
DUEXIS	T3	ST HD
ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (INHIB. NO ESPECÍFICOS DE LA COX) Y ANÁLOGOS DE LA PROSTAGLANDINA		
ARTHROTEC (<i>diclofenac -misoprostol</i>)	T3	ST HD
<i>diclofenac -misoprostol</i> (Arthrotec 50)	T1	HD
<i>diclofenac -misoprostol</i> (Arthrotec 75)	T1	HD
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA		
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>meclufenamate</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

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIARTRÍTICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA (cont.)		
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>oxaprozin</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
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, INHIBIDOR SELECTIVO DE LA CICLOOXIGENASA-2 (COX-2)		
<i>celecoxib</i> (Celebrex)	T1	HD
<i>celecoxib</i>	T1	HD
AGENTES URICOSÚRICOS		
<i>probenecid</i>	T1	HD
<i>probenecid w/colchicine</i>	T1	HD
ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias)		
INHIBIDORES DE LA 5-LIPOXIGENASA		
<i>zileuton</i>	T1	PA HD
ZYFLO	T3	PA HD
ANTICOLINÉRGICOS, DE INHALACIÓN ORAL, ACCIÓN PROLONGADA		
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
ANTICOLINÉRGICOS, DE INHALACIÓN ORAL, ACCIÓN RÁPIDA		
ATROVENT HFA	T3	QL HD
<i>ipratropium bromide</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ADRENÉRGICOS BETA		
<i>albuterol</i>	T1	HD
<i>metaproterenol</i>	T1	HD
<i>terbutaline</i>	T1	HD
AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS, ACCIÓN RÁPIDA		
<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	
AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS, ACCIÓN ULTRA PROLONGADA		
ARCAPTA NEOHALER	T3	QL (30 Units/30 days) HD
AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS POR VÍA ORAL, ACCIÓN PROLONGADA		
BROVANA	T3	QL HD
PERFOROMIST	T3	QL HD
SEREVENT DISKUS	T2	QL HD
COMBO DE ADRENÉRGICOS BETA Y ANTICOLINÉRGICOS, INHALADOS		
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
COMBO DE AGENTES ADRENÉRGICOS BETA Y GLUCOCORTICOIDES, INHALADOS		
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>breyna 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

ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
COMBO DE AGENTES ADRENÉRGICOS BETA Y GLUCOCORTICOIDES, INHALADOS (cont.)		
<i>fluticasone-salmeterol</i> (Advair Diskus)	T1	QL HD
SYMBICORT	T2	ST QL HD
<i>wixela inhub</i> (Advair Diskus)	T1	QL HD
ADRENÉRGICOS BETA-ANTICOLINÉRGICOS-GLUCOCORT., INHALADOS		
TRELEGY ELLIPTA	T2	QL
GLUCOCORTICOIDES, PARA INHALACIÓN ORAL		
ALVESCO	T3	QL HD
ARNUIITY 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
ANTAGONISTAS ALFA DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-5 (IL-5), ANTICUERPOS MONOCLONALES		
FASENRA PEN	T2	PA ST QL (1 pen/56 days) SP HD
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LEUCOTRIENOS		
ACCOLATE (<i>zafirlukast</i>)	T3	HD
<i>montelukast</i> (Singulair)	T1	HD
<i>zafirlukast</i> (Accolate)	T1	HD
ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS, INHALADOS ORALMENTE		
<i>cromolyn</i>	T1	HD
ANTICUERPOS MONOCLONALES A LA INMUNOGLOBULINA E (IGE)		
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
ANTICUERPOS MONOCLONALES - ANTAGONISTAS DE LA INTERLEUCINA-5		
NUCALA	T2	PA QL (1 Unit/21 Days) SP HD
MUCOLÍTICOS		
<i>acetylcysteine</i>	T1	
XANTINAS		
ELIXOPHYLLIN	T3	HD
THEO-24	T3	HD
<i>theophylline anhydrous</i>	T1	HD
<i>theophylline anhydrous</i> (Elixophyllin)	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Medicamentos para los oídos)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIIBIÓTICAS		
<i>ciprofloxacina hcl</i> (Cetraxal)	T1	
COLY-MYCIN S	T3	
CORTISPORIN-TC	T3	
<i>neomicina/polimixina/hc</i>	T1	
<i>ofloxacina</i>	T1	
OTIPRIO	T3	QL
PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIIBIÓTICOS ANTIINFLAMATORIOS		
CIPRODEX	T2	
ANTIBIÓTICOS (Condiciones oculares)		
COMBINACIONES DE ANTIIBIÓTICOS PARA LOS OJOS Y GLUCOCORTICOIDES		
DEXAMETHASONE-MOXIFLOXACIN	T3	
MAXITROL (<i>neomicina-polimixina-dexametasa</i>)	T3	
<i>neo/polimixina/dexametasona</i> (Maxitrol)	T1	
<i>neomicina/bacitracina/poli/hc</i>	T1	
<i>neomicina/polimixina/hc</i>	T1	
<i>neomicina-polimixina-dexametasona</i> (Maxitrol)	T1	
PRED-G	T3	
PREDNISOLONE ACET-MOXIFLOXACIN	T3	
PREDNISOLONE PHOS-MOXIFLOXACIN	T3	
PREDNISOLONE-GATIFLOXACIN	T3	
TOBRADEX EYE DROPS (<i>tobramicina-dexametasona</i>)	T3	
TOBRADEX EYE OINTMENT	T3	
<i>tobramicina-dexametasona</i> (Tobradex)	T1	
TRIAMCINOLONE-MOXIFLOXACIN	T3	
COMBINACIONES DE ANTIIBIÓTICOS PARA LOS OJOS, GLUCOCORTICOIDES Y ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS		
DEXAMETHASONE-MOXIFLOX-KETORLC	T3	
PREDNISOLONE AC-MOXIFLOX-BROMF	T3	
PREDNISOLONE AC-MOXIFLOX-NEPAF	T3	
PREDNISOLONE PHOS-MOXIFLO-BROM	T3	
PREDNISOLONE-GATIFLOX-BROMFENC	T3	
SULFONAMIDAS PARA LOS OJOS		
BLEPH-10 (<i>sulfacetamida</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
SULFONAMIDAS PARA LOS OJOS (cont.)		
<i>sulfacetamide</i>	T1	
<i>sulfacetamide</i> (Bleph-10)	T1	
<i>sulfacetamide w/prednisolone</i>	T1	
ANTIBIÓTICOS OFTÁLMICOS		
<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> (Ocuflor)	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	
ANTIBIÓTICOS (Infecciones)		
ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS DE 2.ª GENERACIÓN- ANTIBACTERIANOS		
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
AGENTES ANTIBACTERIANOS TIPO SULFONAMIDAS ABSORBIBLES		
BACTRIM (<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>)	T3	
BACTRIM DS (<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>)	T3	
<i>sulfadiazine</i>	T1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i> (Bactrim DS)	T1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i> (Bactrim)	T1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i> (Sulfatrim)	T1	
<i>sulfatrim</i> (Sulfatrim)	T1	
ANTIBIÓTICOS AMINOGLUCÓSIDOS		
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
AGENTES ANTIBACTERIANOS-ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS		
FLAGYL (<i>metronidazole</i>)	T3	
<i>metronidazole</i> (Flagyl)	T1	
ANTIBIÓTICOS, ANTIBACTERIANOS, VARIOS		
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

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS, ANTIBACTERIANOS, VARIOS (cont.)		
<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	
ANTILEPROSOS		
<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
AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS		
<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
ANTIBIÓTICOS ANTITUBERCULOSOS		
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
BETALACTAMASAS		
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
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 1.ª GENERACIÓN		
<i>cefadroxil</i>	T1	
<i>cephalexin</i> (Keflex)	T1	
KEFLEX (<i>cephalexin</i>)	T3	
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 2.ª GENERACIÓN		
<i>cefaclor</i>	T1	
<i>cefaclor er</i>	T1	
<i>cefprozil</i>	T1	
<i>cefuroxime axetil</i>	T1	
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 3.ª GENERACIÓN		
<i>cefdinir</i>	T1	
<i>cefditoren pivoxil</i>	T1	
<i>cefixime</i> (Suprax)	T1	
<i>cefopodoxime proxetil</i>	T1	
<i>ceftriaxone</i>	T1	
SPECTRACEF	T3	
SUPRAX	T3	
SUPRAX (<i>cefixime</i>)	T3	
ANTIBIÓTICOS LINCOSAMIDAS		
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	
ANTIBIÓTICOS MACRÓLIDOS		
<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

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS MACRÓLIDOS (cont.)		
<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)
AGENTES ANTIBACTERIANOS DERIVADOS DE NITROFURANOS		
MACROBID (<i>nitrofurantoin mono-macro</i>)	T3	
MACRODANTIN (<i>nitrofurantoin</i>)	T3	
<i>nitrofurantoin (Macrochantin)</i>	T1	
<i>nitrofurantoin macrocrystal (Macrobid)</i>	T1	
ANTIBIÓTICOS OXAZOLIDINONAS		
<i>linezolid (Zyvox)</i>	T1	PA
SIVEXTRO	T3	PA
ZYVOX (<i>linezolid</i>)	T3	PA
ANTIBIÓTICOS DE PENICILINA		
<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	
DERIVADOS DE LA PLEUROMUTILINA		
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
ANTIBIÓTICOS DE QUINOLONAS		
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	
RIFAMICINAS Y ANTIBIÓTICOS DERIVADOS AFINES		
AEMCOLO	T3	QL
XIFAXAN	T2	QL
ANTIBIÓTICOS DE TETRACICLINA		
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>mondoxyne nl</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

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS DE TETRACICLINA (cont.)		
SEYSARA	T3	ST
SOLODYN (<i>minocycline hcl er</i>)	T3	ST
TARGADOX	T3	ST
<i>tetracycline hcl</i>	T1	
VIBRAMYCIN (<i>doxycycline hyclate</i>)	T3	ST
VIBRAMYCIN (<i>doxycycline monohydrate</i>)	T3	
ANTIBIÓTICOS VAGINALES		
CLEOCIN PHOSPHATE (<i>clindamycin phosphate</i>)	T3	
<i>clindamycin phosphate</i> (Cleocin)	T1	
CLINDESSE	T3	
<i>metronidazole</i>	T1	
NUVESSA	T3	
<i>vandazole</i>	T1	
XACIATO	T3	
ANTIBIÓTICOS DE VANCOMICINA Y DERIVADOS		
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
ANTIBIÓTICOS (Condiciones cutáneas)		
ANTIBIÓTICOS TÓPICOS Y ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS		
CORTISPORIN	T3	
NEO-SYNALAR	T3	
ANTIBIÓTICOS TÓPICOS		
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	T3	ST
<i>clindacin etz</i>	T1	
<i>clindacin p</i>	T1	
CLINDACIN PAC	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

ANTIBIÓTICOS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS TÓPICOS (cont.)		
<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
SULFONAMIDAS TÓPICAS (cont.)		
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)		
ANTICOAGULANTES CUMARÍNICOS		
COUMADIN (<i>jantoven</i>)	T3	
COUMADIN (<i>warfarin</i>)	T3	
<i>jantoven</i>	T1	HD
<i>warfarin</i>	T1	HD
CITRATOS COMO ANTICOAGULANTES		
ACD	T2	
ACD-A	T2	
ANTICOAGULANT SODIUM CITRATE	T3	
CRRT TRISODIUM CITRATE	T3	
SODIUM CITRATE	T3	
TRISODIUM CITRATE CRRT	T3	
INHIBIDORES DIRECTOS DEL FACTOR XA		
BEVYXXA	T3	
ELIQUIS	T2	PA
XARELTO	T2	PA
HEPARINA Y PREPARACIONES RELACIONADAS		
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)		
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES OPIOIDES MU, CON ACCIÓN PERIFÉRICA		
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
ANTAGONISTAS OPIOIDES		
EVZIO, NALOXONE, <i>naloxone</i>	T3	
<i>naltrexone</i>	T1	
NARCAN	T2	QL
ANTIMICÓTICOS (Condiciones oculares)		
AGENTES ANTIMICÓTICOS OFTÁLMICOS		
NATACYN	T2	
ANTIMICÓTICOS (Productos femeninos)		
ANTIMICÓTICOS VAGINALES		
GYNAZOLE-1 <i>miconazole 3</i>	T3	
<i>terconazole</i>	T1	
ANTIMICÓTICOS (Infecciones)		
AGENTES ANTIMICÓTICOS		
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>voriconazole</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
AGENTES ANTIMICÓTICOS (cont.)		
VIVJOA	T3	PA
<i>voriconazole (Vfend)</i>	T1	PA
ANTIBIÓTICOS ANTIMICÓTICOS		
BREXAFEMME 150 MG TABLET	T3	ST QL (4 tabs/treatment)
<i>griseofulvin</i>	T1	
<i>griseofulvin ultramicrosize</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, treatmint 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

ANTIMICÓTICOS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIMICÓTICOS TÓPICOS (cont.)		
MICONAZOLE-ZINC OXIDE-PETROLTM	T3	QL (50GM/21 Days)
<i>naftifine hcl</i> (Naftin)	T1	QL (60GM/21 Days)
<i>NAFTIN</i> (<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)
ANTIHIAMÍNICOS Y DESCONGESTIVOS COMBINADOS (Alergia/rociadores nasales)		
COMBINACIÓN DE ANTIHIAMÍNICOS DE 1.ª GENERACIÓN Y DESCONGESTIVOS		
<i>promethazine vc</i>	T1	
COMBINACIÓN DE ANTIHIAMÍNICOS DE 2.ª GENERACIÓN Y DESCONGESTIVOS		
CLARINEX-D 12 HOUR	T3	QL
SEMPREX-D	T3	
ANTIHIAMÍNICOS (Alergia/rociadores nasales)		
ANTIHIAMÍNICOS - 1.ª GENERACIÓN		
<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	
ANTIHIAMÍNICOS - 2.ª GENERACIÓN		
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

ANTIHIISTAMÍNICOS (Condiciones oculares)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIISTAMÍNICOS PARA LOS OJOS		
<i>azelastine hcl</i>	T1	
<i>epinastine hcl</i>	T1	
LASTACAPT 0.25% EYE DROPS	T3	ST
ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes)		
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE LA ENZIMA DPP-4-TIAZOLIDINEDIONA		
OSENI	T3	QL (30 Units/30 days) HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, MIMÉTICOS DE INCRETINA (AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-I)		
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
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INSULINA, ACCIÓN PROLONGADA-AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-I		
SOLIQUA 100-33	T2	QL HD
XULTOPHY 100-3.6	T2	QL HD
ANTIHIPERGLUCÉM.-INHIB. DEL COTRANSPORT. DE SOD./GLUC. TIPO 2 (SGLT-2)		
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
ANTIHIPERGLUCÉMICOS - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE DOPAMINA		
CYCLOSET	T3	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE LA ALFA-GLUCOSIDASA		
<i>acarbose (Precose)</i>	T1	HD
GLYSET (<i>miglitol</i>)	T3	HD
<i>miglitol (Glyset)</i>	T1	HD
PRECOSE (<i>acarbose</i>)	T3	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO ANÁLOGOS DE AMILINA		
SYMLINPEN 120	T2	PA QL HD
SYMLINPEN 60	T2	PA 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

ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO BIGUANIDAS		
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
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE DPP-4		
JANUVIA	T2	QL (30 Units/30 days) HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO ESTIMULANTES DE LIBERACIÓN DE INSULINA		
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
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, COMB. DE INHIBIDORES DE SGLT-2 Y DPP-4		
GLYXAMBI	T2	ST QL (30 Units/30 days) HD
STEGLUJAN	T2	ST QL (30 Units/30 days) HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS Y BIGUANIDAS		
ACTOPLUS MET XR 30 1000MG TABLET	T3	ST
<i>pioglitazone-metformin</i> (Actoplus Met)	T1	QL HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS Y SULFONILUREAS		
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
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, COMB. DE INHIBIDORES DE DPP-4 Y BIGUANIDAS		
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

ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, ESTIM. DE LIBERACIÓN DE INSULINA-BIGUANIDAS		
<i>glipizide-metformin</i>	T1	HD
<i>glyburide-metformin hcl</i>	T1	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS (AGONISTAS DE PPARG)		
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
ANTIHIPERGLUCÉMICOS-COMB. DE INHIBIDORES DE SGLT-2 Y BIGUANIDAS		
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
INSULINAS		
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
TRATAMIENTO PERIODONTAL ANTIINFECCIOSO CON TETRACICLINA, LOCAL		
ARESTIN	T3	SP HD
ANTIINFECCIOSOS (Infecciones)		
ANTIBIÓTICOS DE PENICILINA		
<i>amoxicillin</i>	T1	
ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Productos femeninos)		
ANTISÉPTICOS VAGINALES		
<i>fem ph</i>	T1	
ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Infecciones)		
ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS DE 2.ª GENERACIÓN- ANTIBACTERIANOS		
<i>tinidazole</i>	T1	QL (20 Tabs/23 Days)
<i>tinidazole</i>	T1	QL (40 Tabs/23 Days)
AMEBICIDAS		
<i>paromomycin</i>	T1	
ANTHELMÍNTICOS		
<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)
MEDICAMENTOS CONTRA LA MALARIA		
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
MEDICAMENTOS CONTRA LA MALARIA (cont.)		
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)
MEDICAMENTOS ANTIPROTOZOARIOS, VARIOS		
<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)		
AGENTES ANTIBACTERIANOS, VARIOS		
<i>aminoacetic acid (Aminoacetic Acid)</i>	T1	
<i>glycine (Aminoacetic Acid)</i>	T1	
ANTISÉPTICOS, GENERALES		
ISOPROPYL ALCOHOL	T3	
ANTIINFECIOSOS/VARIOS (Condiciones cutáneas)		
ANTIMICÓTICOS TÓPICOS		
CICLODAN	T3	ST
<i>ciclopirox</i>	T1	
AGENTES INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL ANTIINFLAMATORIOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
ANTIINFLAMATORIOS INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL		
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
ANTIINFLAMATORIOS INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL (cont.)		
SIMPONI	T2	PA QL SP HD
SIMPONI ARIA	T3	PA SP HD
ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer)		
ANP - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES X RETINOIDES (RXR) SELECTIVOS		
<i>bexarotene</i> (Targretin)	T1	PA SP HD CSL
ANTINEOPLÁSICOS, INHIBIDORES DE LA HISTONA DEACETILASA (HDAC)		
FARYDAK 10mg, 20mg CAPSULE	T3	PA QL SP HD CSL
FARYDAK 5mg CAPSULE	T3	PA QL
ZOLINZA	T2	PA SP HD CSL
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS - ALQUILANTES		
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
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS - ANTIANDROGÉNICOS		
<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
ANTINEOPLÁSICOS - ANTIMETABOLITOS		
ARRANON	T3	
<i>capecitabine</i> (Xeloda)	T1	SP HD CSL

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSTICOS - ANTIMETABOLITOS (cont.)		
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
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA AROMATASA		
<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
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA BRAF		
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
ANTINEOPLÁSTICOS - INMUNOTERAPIA CON CÉLULAS CAR-T		
BREYANZI	T3	PA
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA VÍA DE HEDGEHOG		
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
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK)		
JAKAFI	T2	PA QL SP HD CSL
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDOR DE LA PROTEÍNA KRAS		
LUMAKRAS	T3	PA SP QL (8 tabs per day) HD
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA MEKI Y MEK2		
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

ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA MTOR		
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
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA PROTEÍNA METILTRANSFERASA^v		
TAZVERIK	T3	PA SP CSL
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA TOPOISOMERASA I		
HYCAMTIN	T2	PA SP HD CSL
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS INMUNOMODULADORES		
POMALYST	T2	PA SP HD CSL
REVLIMID	T2	PA QL (30 caps/30 days) SP HD CSL
SYLATRON	T2	PA
AGONISTAS DE LHRH (GNRH) ANTINEOPLÁSTICOS, SUPR. HIPOFISARIOS		
<i>leuprolide acetate</i>	T1	PA SP HD
LUPRON DEPOT	T3	PA SP HD
VANTAS	T2	SP HD CSL
ZOLADEX	T2	SP HD
ANTAGONISTAS DE LHRH (GNRH) ANTINEOPLÁSTICOS, SUPR. HIPOFISARIOS		
FIRMAGON	T2	PA SP HD
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS		
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
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS (cont.)		
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

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS (cont.)		
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
ANTINEOPLÁSTICOS, ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-MUERTE PROGRAMADA-I (PD-I)		
JEMPERLI 500 MG/10 ML VIAL	T3	PA SP HD
OPDIVO	T2	PA SP HD
ANTINEOPLÁSTICOS-INHIBIDORES DE LINFOMA DE CÉLULAS B-2 (BCL-2)		
VENCLEXTA	T2	PA SP CSL
VENCLEXTA STARTING PACK	T2	PA QL SP CSL
ANTINEOPLÁSTICOS-INHIBIDORES DE LA ISOCITRATO DESHIDROGENASA		
IDHIFA	T2	PA QL (30 Units/30 days) SP HD CSL
TIBSOVO	T2	PA SP CSL
FÁRMACOS INMUNOCONJUGADOS ANTINEOPLÁSTICOS		
ENHERTU	T3	PA SP HD
ANTINEOPLÁSTICOS, VARIOS		
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

ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSTICOS, VARIOS (cont.)		
MATULANE	T2	SP CSL
RYLAZE 10 MG/0.5 ML VIAL	T3	PA SP
<i>tretinoin</i>	T1	CSL
ANTICUERPO MONOCLONAL AL RECEPTOR ANTÍGENO DEL LINFOCITO T CITOTÓXICO (CTLA-4)		
YERVOY	T2	PA SP HD
INMUNOMODULADORES		
ACTIMMUNE	T2	SP HD
INTRON A	T2	SP HD
MODULADORES SELECTIVOS DE RECEPTORES ESTROGÉNICOS (SERM)		
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
ANTINEOPLÁSTICOS ESTEROIDES		
EMCYT	T2	SP HD CSL
<i>megestrol acetate</i>	T1	CSL
ANTINEOPLÁSTICOS (Condiciones cutáneas)		
ANTINEOPLÁSTICOS TÓPICOS FOTOACT., LESIONES PREMALIGNAS		
AMELUZ	T3	SP
LEVULAN	T3	SP
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS TÓPICOS PARA LESIONES PREMALIGNAS		
PANRETIN	T3	PA SP HD
PICATO	T2	
TARGRETIN	T2	PA SP HD
TOLAK	T3	
VALCHLOR	T2	PA SP HD
MEDICAMENTOS CONTRA LA OBESIDAD (Control del peso)		
ANOREXÍGENOS CONTRA LA OBESIDAD		
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

MEDICAMENTOS CONTRA LA OBESIDAD (Control del peso) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANOREXÍGENOS CONTRA LA OBESIDAD (cont.)		
<i>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)
AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DEL PÉPTIDO SIMILAR AL GLUCAGÓN TIPO I CONTRA LA OBESIDAD		
SAXENDA	T3	PA QL (5 pens (15ml)/30 days)
WEGOVY	T2	PA
ANTAG. OPIOIDES-INHIB. DE LA RECAPT. DE NOREPINEFRINA Y DOPAMINA CONTRA LA OBESIDAD		
CONTRAVE	T3	PA QL (120 tabs/30 days)
AGENTES QUE REDUCEN LA ABSORCIÓN DE GRASAS		
XENICAL	T3	PA QL (90 tabs/30 days)
ANTIPARASITARIOS (Infecciones)		
ANTIPARASITARIOS		
ALINIA 100MG/5ML SUSP	T2	QL (180ml/30 days)
ANTIPARASITARIOS TÓPICOS		
<i>crotan</i>	T1	
ELIMITE (<i>permethrin</i>)	T3	
<i>permethrin</i> (Elimite)	T1	
SKLICE	T3	
<i>spinosad</i> (Natroba)	T1	
ULESFIA	T3	
MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS (Enfermedad de Parkinson)		
MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, ANTICOLINÉRGICOS		
<i>benztropine mesylate</i>	T1	HD
<i>trihexphenidyl hcl</i>	T1	HD
MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, OTROS		
<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
MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, OTROS (cont.)		
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
INHIBIDORES DE LA DESCARBOXILASA		
<i>carbidopa</i> (Lodosyn)	T1	
LODOSYN (<i>carbidopa</i>)	T3	
MEDICAMENTOS ANTIPLAQUETARIOS (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)		
INHIBIDORES DE LA AGRUPACIÓN PLAQUETARIA		
<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
INHIBIDORES DE LA AGRUPACIÓN PLAQUETARIA (cont.)		
<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

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIVÍRICOS - ESPEC. PARA VIH, COMB. ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS, RTI (cont.)		
EPZICOM (<i>abacavir-lamivudine</i>)	T3	SP
<i>lamivudine-zidovudine</i> (Combivir)	T1	SP
TRIZIVIR (<i>abacavir-lamivudine-zidovudine</i>)	T3	SP
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, ANTAG. DEL CO-RECEPTOR CCR5		
SELZENTRY	T3	SP
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA FUSIÓN		
FUZEON	T2	SP QL (60 vials/30 days)
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, NO NUCLEÓSIDOS, RTI		
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
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS, RTI		
<i>abacavir</i> (Ziagen)	T1	SP
<i>didanosine</i>	T1	SP
EMTRIVA	T2	SP
EPIVIR (<i>lamivudine</i>)	T3	SP
<i>lamivudine</i> (EpiVir)	T1	SP
RETROVIR (<i>zidovudine</i>)	T3	SP
<i>stavudine</i> (Zerit)	T1	SP
ZIAGEN (<i>abacavir</i>)	T3	SP
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓTIDOS, RTI		
<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
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA PROTEASA		
<i>atazanavir</i> (Reyataz)	T1	SP
CRIXIVAN	T2	SP
EVOTAZ	T3	SP
<i>fosamprenavir</i> (Lexiva)	T1	SP

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA PROTEASA (cont.)		
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

ANTIVÍRICOS - INHIBIDORES DE LA TRANSFERENCIA DE CADENA DE LA INTEGRASA DEL VIH-I

APRETUDE ER 600MG/3ML VIAL	T3	PA SP
ISENTRESS	T2	SP
ISENTRESS HD	T2	SP
TIVICAY	T2	SP

ANTIRRETROV., NUCLEÓSIDOS, NUCLEÓTIDOS Y RTI NO NUCLEÓSIDOS

ODEFSEY	T2	SP
SYMFI	T2	SP
SYMFI LO	T2	SP

ANTIRRETROV.-NUCLEÓSIDOS, RTI NUCLEÓTIDOS, INHIB. DE LA INTEGRASA

BIKTARVY	T2	SP
GENVOYA	T2	SP

ANTIVÍRICOS (Condiciones oculares)

ANTIVÍRICOS PARA LOS OJOS

<i>trifluridine</i>	T1	
ZIRGAN	T3	

ANTIVÍRICOS (Infecciones)

ANTIVÍRICOS, GENERALES

<i>acyclovir</i> (Zovirax)	T1	
<i>famciclovir</i>	T1	QL
LIVTENCITY 200 MG TABLET	T3	PA SP

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIVÍRICOS, GENERALES (cont.)		
<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	
HEP. C - COMB. DE INHIB. DE NS5A, NS3/4A, NS5B NO NUC.		
VIEKIRA PAK	T3	PA QL (3 Pks/365 Days) SP HD
HEP. C - COMBO DE INHIB. DE NS5A, NS3/4A, NS5B NUCLEÓTIDOS		
VOSEVI	T2	PA QL (84 Tabs/365 Days) SP HD
VIRUS DE LA HEP. C - COMBO DE INHIB. DE LA POLIMERASA NS5B Y NS5A		
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
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS 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

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C		
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
VIRUS DE LA HEPATITIS C - COMB. DE INHIB. DE NS5A Y NS3/4A		
ZEPATIER	T2	PA QL (84 Tabs/365 Days) SP HD
INHIBIDOR DE LA PROTEASA PRINCIPAL (MPRO)		
PAXLOVID	T2	
INHIBIDOR DE LA ARN POLIMERASA		
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
INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA (cont.)		
<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)⁸

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
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA		
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

PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
VACUNAS CONTRA COCOS GRAMNEGATIVOS (cont.)		
MENACTRA	T2	PPACA
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP	T3	PPACA
TRUMENBA	T2	PPACA
VACUNAS CONTRA COCOS GRAMPOSITIVOS		
PNEUMOVAX 23	T2	PPACA
PREVNAR 13	T2	PPACA
VACUNAS CONTRA EL VIRUS DE LA INFLUENZA		
AFLURIA QUAD	T2	PPACA
FLUAD	T2	PPACA
FLUARIX	T2	PPACA
FLUBLOK QUAD	T2	PPACA
FLUCELVAX QUAD	T2	PPACA
FLULAVAL	T2	PPACA
FLUMIST	T2	PPACA
VACUNAS CONTRA EL VIRUS DE LA INFLUENZA (cont.)		
FLUZONE HIGH-DOSE	T2	PPACA
FLUZONE QUAD	T2	PPACA
FLUZONE QUAD PEDI	T2	PPACA
VACUNAS/TOXOIDES CONTRA BACILOS TOXIGÉNICOS		
VAXCHORA VACCINE	T2	
PREPARACIONES, COMBINACIONES DE VACUNAS/TOXOIDES		
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

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES, COMBINACIONES DE VACUNAS/TOXOIDES (cont.)		
QUADRACEL DTAP-IPV	T2	PPACA
TENIVAC	T3	PPACA
TETANUS DIPHTHERIA TOXOIDS	T2	PPACA
VACUNAS ANTIVIRALES/DE CÉLULAS TUMORÍGENAS		
ABRYSVO 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
SANGRE (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)		
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA TROMBÓTICA		
CABLIVI	T2	PA SP
AGENTES ANTIFIBRINOLÍTICOS		
AMICAR (<i>aminocaproic acid</i>)	T3	SP HD
<i>aminocaproic acid</i> (Amicar)	T1	SP HD
LYSTEDA (<i>tranexamic acid</i>)	T3	SP
<i>tranexamic acid</i> (Lysteda)	T1	SP
INHIBIDORES DEL COMPLEMENTO (C3)		
EMPAVELI	T2	PA SP
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEMOFILIA, SIN REEMPLAZO DE FACTOR		
HEMLIBRA	T2	PA SP HD
AGENTES PARA LA ANEMIA DREPANOCÍTICA		
DROXIA	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

SANGRE (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HEMOSTÁTICOS TÓPICOS		
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)		
AGENTES HEMORREOLÓGICOS		
<i>pentoxifylline</i>	T1	HD
MEDICAMENTOS PARA ENFERMEDADES CARDÍACAS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)		
AGENTES ANTIANGINOSOS Y ANTIISQUÉMICOS, NO HEMODINÁMICOS		
<i>ranolazine er (Ranexa)</i>	T1	HD
ANTIARRÍTMICOS		
<i>amiodarone hcl</i>	T1	HD
<i>amiodarone hcl (Pacerone)</i>	T1	HD
<i>disopyramide phosphate (Norpace)</i>	T1	HD
<i>dofetilide (Tikosyn)</i>	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 (Rythmol SR)</i>	T1	HD
<i>quinidine</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIARRÍTMICOS (cont.)		
<i>quinidine gluconate</i>	T1	HD
RHYTHMOL SR (<i>propafenone hcl er</i>)	T3	HD
BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO Y ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS, INHIBIDORES DE LA COX-2		
CONSENSI	T3	
AGENTES BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO		
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

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA ENFERMEDADES CARDÍACAS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) <i>(cont.)</i>		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO <i>(cont.)</i>		
NYMALIZE	T3	
PROCARDIA (<i>nifedipine</i>)	T3	HD
PROCARDIA XL (<i>nifedipine er</i>)	T3	HD
SULAR (<i>nisoldipine</i>)	T3	HD
<i>taztia xt</i> (Tiazac)	T1	HD
<i>tiadylt er</i> (Tiazac)	T1	HD
TIAZAC (<i>diltiazem 24hr er</i>)	T3	HD
<i>verapamil er</i> (Calan SR)	T1	HD
<i>verapamil er</i> (Verelan)	T1	HD
<i>verapamil er pm</i> (Verelan PM)	T1	HD
<i>verapamil hcl</i>	T1	HD
<i>verapamil hcl</i> (Verelan)	T1	HD
VERELAN (<i>verapamil er</i>)	T3	HD
VERELAN (<i>verapamil hcl</i>)	T3	HD
VERELAN PM (<i>verapamil er pm</i>)	T3	HD
SOLUCIONES CARDIOPLÉJICAS		
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	
<i>cardiolegic</i> (Plegisol)	T1	
MICROPLEGIA	T3	
PLEGISOL	T3	
GLUCÓSIDOS DIGITÁLICOS		
<i>digitek</i> (Lanoxin)	T1	HD
<i>digoxin</i> (Lanoxin)	T1	HD
LANOXIN	T3	HD
LANOXIN (<i>digitek</i>)	T3	HD
ESTIMULADOR DE LA GUANILATO CICLASA SOLUBLE (SGC)		
VERQUVO	T2	QL (MAX 30 Tabs/30 Days)

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
VASODILADORES, CORONARIOS		
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
CARDIOVASCULARES (Asma/EPOC/condiciones respiratorias)		
ANTIHIP. PULM., ESTIMULADOR DE LA GUANILATO CICLASA SOLUBLE		
ADEMPAS	T2	PA QL (90 tabs/30 days) SP HD
ANTIHIP. PULM., INHIB. SEL. DE LA FOSFODIESTERASA T5 DE C-GMP		
REVIATIO (<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
ANTIHIP. PULMONAR, ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES DE ENDOTELINA		
<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
ANTIHIPERTENSIVOS PULMONARES, TIPO PROSTACICLINAS		
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
CARDIOVASCULARES (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)		
COMBINACIÓN DE INHIBIDORES DE LA ECA-BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO		
<i>amlodipine besylate-benazepril</i>	T1	HD
<i>amlodipine besylate-benazepril (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
INHIBIDOR DE LA ECA-TIAZIDA O DIURÉTICO TIAZÍDICO		
<i>ACCURETIC (quinapril-hydrochlorothiazide)</i>	T3	HD
<i>benazepril hcl-hctz (Lotensin HCT)</i>	T1	HD
<i>captapril/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>enalapril maleate/hctz (Vaseretic)</i>	T1	HD
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
INHIBIDOR DE LA ECA-TIAZIDA O DIURÉTICO TIAZÍDICO (cont.)		
<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
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA/BETA		
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

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA/BETA (cont.)		
<i>prazosin hcl</i> (Minipress)	T1	HD
<i>terazosin hcl</i>	T1	QL (30 caps/30 days) HD
ANTAG. DE RECEPT. DE ANGIOTENSINA-BLOQ. DE LOS CANALES DE CALCIO-TIAZIDAS		
<i>amlodipine-valsartan-hctz</i> (Exforge HCT)	T1	HD
<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i> (Tribenzor)	T1	HD
COMB. INHIBIDOR DEL RECEPT. DE ANGIOTENSINA-DE LA NEPRILISINA (ARNI)		
ENTRESTO	T2	QL HD
COMB. DE ANTAG. DE RECEPT. DE ANGIOTENSINA-DIURÉTICOS TIAZÍDICOS		
<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
BLOQ. DE RECEPTORES DE ANGIOTENSINA-BLOQ. DE LOS CANALES DE CALCIO		
<i>amlodipine-olmesartan</i> (Azor)	T1	HD
<i>amlodipine-valsartan</i> (Exforge)	T1	HD
<i>telmisartan-amlodipine</i> (Twynsta)	T1	HD
ANTIHIPERTENSIVOS, INHIBIDORES DE LA ECA		
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

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERTENSIVOS, INHIBIDORES DE LA ECA (cont.)		
<i>trandolapril</i>	T1	HD
VASOTEC (<i>enalapril maleate</i>)	T3	HD
ZESTRIL (<i>lisinopril</i>)	T3	HD
ANTIHIPERTENSIVOS, ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ANGIOTENSINA		
<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
ANTIHIPERTENSIVOS, BLOQUEADORES GANGLIONARES		
VECAMYL	T3	
ANTIHIPERTENSIVOS, VARIOS		
DEMSEER	T3	PA HD
ANTIHIPERTENSIVOS, SIMPATOLÍTICOS		
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>methyldopa</i>	T1	HD
<i>methyldopa/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
ANTIHIPERTENSIVOS, VASODILATADORES		
<i>hydralazine hcl</i>	T1	HD
<i>minoxidil</i>	T1	HD
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS BETA		
<i>acebutolol hcl</i>	T1	HD
<i>atenolol</i> (Tenormin)	T1	HD
BETAPACE (<i>sorine</i>)	T3	HD
BETAPACE AF (<i>sorine</i>)	T3	HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS BETA (cont.)		
<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
BETABLOQUEANTES Y TIAZIDAS, DIURÉTICOS TIAZÍDICOS		
<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
INHIBIDOR DE LA RENINA, DIRECTO		
<i>aliskiren</i> (Tekturna)	T1	HD
COMB. DE INHIBIDORES DIRECTOS DE LA RENINA Y DIURÉTICOS TIAZÍDICOS		
TEKTRUNA 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

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
COMBINACIÓN DE VASODILADORES		
BIDIL	T3	
VASODILADORES, PERIFÉRICOS		
<i>ergoloid mesylates</i>	T1	
<i>isoxsuprine hcl</i>	T1	
CARDIOVASCULARES (Medicamentos para el colesterol)		
ANTIHIPERLIP. - INHIB. DE HMG-COA REDUCT.-INHIB. DE AB. DE COLEST.		
<i>ezetimibe-atorvastatin tabs</i>	T1	ST HD QL (30 tabs/30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin (Vytorin)</i>	T1	QL (30 Units/30 days) HD
ANTIHIPERLIP. - INHIB. DE HMG-COA REDUCT.-BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO		
<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
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIB. DE LA PROTEÍNA SIMILAR A LA ANGIOPOYETINA 3		
EVKEEZA	T3	PA
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDORES DE MTP		
JUXTAPID	T2	SP HD
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDORES DE PCSK9		
REPATHA	T2	
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS-INHIB. DE LA HMG-COA REDUCTASA (ESTATINAS)		
<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
SECUESTRADORES DE SALES BILIARES		
<i>cholestyramine (Questran)</i>	T1	HD
<i>cholestyramine light (Questran Light)</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para el colesterol) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SECUESTRADORES DE SALES BILIARES (cont.)		
<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
LIPOTRÓPICOS		
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
TRATAMIENTO DEL ALZHEIMER, ANTAG. DE LOS RECEPTORES NMDA-INHIB. DE COLINA		
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 KIT(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

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Esclerosis múltiple) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA TRATAR LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE (cont.)		
MAVENCLAD 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
AGENTES PARA EL TRAT. DE TRAST. DE LA TRANSMISIÓN NEUROMUSC., BLOQ. DE LOS CAN. DE POT.		
AMPYRA ER 10 MG TABLET	T3	PA QL (30 Caps/30 Days) SP HD
<i>dalfampridine er (Ampyra)</i>	T1	PA SP HD
FIRDAPSE	T2	PA SP
RUZURGI	T2	PA SP
MODULADOR DE LOS RECEPTORES DE ESFINGOSINA I-FOSFATO (SIP)		
ZEPOSIA STARTER KIT (28-DAY)	T2	SP PA QL (1 kit/30 days)
MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
INHIBIDORES DEL PÉPTIDO RELACIONADO CON EL GEN DE LA CALCITONINA (CGRP)		
EMGALITY SYRINGE	T2	PA QL (1 Syr/23 Days)
AGENTES PARA LA NEURALGIA POSTHERPÉTICA		
GRALISE	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

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

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos convulsivos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONVULSIVOS (cont.)		
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>roovepra</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

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos convulsivos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONVULSIVOS (cont.)		
<i>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
ANTICONCEPTIVOS, INTRAVAGINALES, SISTÉMICOS (cont.)		
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> (Nuvaring)	T1	PPACA
NUVARING (<i>eluryng</i>)	T3	
ANTICONCEPTIVOS, IMPLANTABLES		
NEXPLANON	T2	SP
ANTICONCEPTIVOS, INYECTABLES		
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
ANTICONCEPTIVOS, INTRAVAGINALES		
<i>gynol ii</i>	T1	PPACA
TODAY CONTRACEPTIVE SPONGE	T2	PPACA
<i>vcf</i>	T1	PPACA
ANTICONCEPTIVOS, ORALES		
<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
ANTICONCEPTIVOS, ORALES (cont.)		
<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
ANTICONCEPTIVOS, ORALES (cont.)		
<i>femynor</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
ANTICONCEPTIVOS, ORALES (cont.)		
<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>lutra</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
ANTICONCEPTIVOS, ORALES (cont.)		
<i>orsythia</i>	T1	HD PPACA
ORTHO-NOVUM (<i>alyacen</i>)	T3	
<i>philith</i>	T1	HD PPACA
<i>pimtreea</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

ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONCEPTIVOS, ORALES (cont.)		
<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>violele</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
ANTICONCEPTIVOS TRANSDÉRMICOS		
<i>xulane</i>	T1	HD PPACA
DIAFRAGMAS/CAPUCHONES CERVICALES		
CAYA CONTOURED	T3	PPACA
FEMCAP	T2	PPACA
WIDE SEAL DIAPHRAGM	T3	PPACA
DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)		
KYLEENA	T2	SP
LILETTA	T3	SP
MIRENA	T2	SP
PARAGARD T 380-A	T3	SP
SKYLA	T2	SP
ANTICONCEPTIVOS (Varios)		
PRESERVATIVOS		
FC2 FEMALE CONDOM	T2	PPACA
PREPARACIONES PARA LA TOS/EL RESFRÍO (Medicamentos para la tos/el resfrío)		
ANTITUSIVOS NO OPIOIDES		
<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
ANTITUS. NO OPIOIDES-ANTIISTAMÍNICOS DE I.ª GENERACIÓN-DESCONGESTIVOS		
BROMFED-DM (<i>bromfed dm</i>)	T3	
<i>brompheniramin-pseudoephed-dm</i>	T1	
<i>brompheniramine w/pseudoephed</i>	T1	
COMB. DE ANTITUSIVOS NO OPIOIDES-ANTIISTAMÍNICOS DE I.ª GENERACIÓN		
<i>promethazine w/dm</i>	T1	
ANTITUSIVOS OPIOIDES- ANTIISTAMÍNICOS DE I.ª GENERACIÓN-DESCONGEST.		
CAPCOF	T3	
HISTEX-AC	T3	
MAXI-TUSS CD	T3	
M-END PE	T3	
POLY-TUSSIN AC	T3	
<i>promethazine vc w/codeine</i>	T1	
ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTIISTAMÍNICOS DE I.ª GENERACIÓN		
<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	
COMBINACIONES DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTICOLINÉRGICOS		
<i>hydrocodone compound</i>	T1	
<i>hydrocodone/homatropine</i>	T1	
<i>hydromet</i>	T1	
COMB. DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-DESCONGESTIVOS-EXPECTORANTES		
CODITUSSIN DAC	T3	
<i>guaifenesin dac</i>	T1	
<i>lortuss ex</i>	T1	
<i>virtussin dac</i>	T1	
COMBINACIÓN DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-EXPECTORANTES		
CODITUSSIN AC	T3	
<i>g tussin ac (Virtussin Ac)</i>	T1	
<i>guaifenesin ac (Virtussin Ac)</i>	T1	
<i>guaifenesin with codeine (Virtussin Ac)</i>	T1	
<i>guiatussin ac (Virtussin Ac)</i>	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

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
COMBINACIÓN DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-EXPECTORANTES (cont.)		
<i>m-clear wc</i>	T1	
NINJACOF-XG	T3	
<i>virtussin ac</i> (Virtussin Ac)	T1	
DIAGNÓSTICO (Diabetes)		
DIAGNÓSTICO DEL NIVEL DE AZÚCAR EN SANGRE		
FREESTYLE TEST STRIPS	T2	
ONE TOUCH ULTRA TEST STRIPS	T2	
ONE TOUCH VERIO	T2	
PRECISION XTRA	T2	
ELEMENTOS PARA EXAMEN DE GLUCOSA EN ORINA		
DIASTIX REAGENT	T2	
DIAGNÓSTICO (Varios)		
PREPARACIONES PARA ANÁLISIS DE SANGRE		
FORA GTEL KETONE TEST STRIP	T3	
NOVAMAX PLUS	T2	
PRECISION XTRA	T2	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO CARDIOVASCULAR - RADIOPACOS		
OMNIPAQUE	T3	
PREPARACIONES DE DIAGNÓSTICO, VARIAS		
ARIDOL	T3	
GLUCAGEN	T2	
PROVOCHOLINE	T3	
TC99M SULFUR COLLOID PREP	T3	
TOXICOLOGY SALIVA COLLECTION	T3	
DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS PARA PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO		
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

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

DIAGNÓSTICO (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS PARA PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO (cont.)		
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	
AGENTES PARA EL DIAGNÓSTICO OCULAR		
<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	
DIURÉTICOS (Diuréticos)		
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ARGININA VASOPRESINA (AVP)		
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
INHIBIDORES DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA		
<i>acetazolamide</i>	T1	HD
<i>methazolamide</i>	T1	HD
DIURÉTICOS DE ASA		
<i>bumetanide</i>	T1	HD
EDECIN (<i>ethacrynic acid</i>)	T3	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>torsemide</i>	T1	HD
<i>torsemide</i>	T1	
DIURÉTICOS OSMÓTICOS		
RESECTISOL	T2	
AGENTE DE LA ENFERMEDAD RENAL POLIQUÍSTICA, ANTAG. DE LOS RECEP. DE LA AVP		
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

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

DIURÉTICOS (Diuréticos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTE DE LA ENFERMEDAD RENAL POLIQUÍSTICA, ANTAG. DE LOS RECEPT. DE LA AVP (cont.)		
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
DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO		
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
DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO EN COMBINACIÓN		
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
TIAZIDA Y DIURÉTICOS AFINES		
<i>chlorthalidone</i>	T1	HD
DIURIL	T3	HD
<i>hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>indapamide</i>	T1	HD
<i>metolazone</i>	T1	HD
PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Alergia/rociadores nasales)		
ANTIHIISTAMÍNICOS NASALES		
<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
COMB. DE ANTIHISTAMÍNICOS NASALES Y ANTIINFLAM. ESTEROIDEOS		
DYMISTA (<i>azelastine-fluticasone</i>)	T2	ST QL HD
RYALTRIS 665-25MCG SPRAY	T3	ST QL HD
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS NASALES		
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
PREPARACIONES NASALES, VARIAS (CON RECETA)		
COCAINE HCL	T3	HD
GOPRELTO	T3	HD
<i>ipratropium bromide</i>	T1	QL (30 Units/30 days) HD
NUMBRINO	T3	HD
PREPARACIONES NASALES, VASOCONSTRICTORES (CON RECETA)		
ADRENALIN CHLORIDE	T3	
PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Medicamentos para los oídos)		
PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIINFLAMATORIAS		
DERMOTIC (<i>flac otic oil</i>)	T3	
<i>flac otic oil</i> (Dermotic)	T1	
<i>fluocinolone acetonide oil</i> (Dermotic)	T1	
PREPARACIONES ÓTICAS, VARIAS, ANTIINFECCIOSOS		
<i>acetic acid</i>	T1	
<i>acetic acid/hydrocortisone</i>	T1	
CORTANE-B (<i>hc pramoxine</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 LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Condiciones oculares)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA EL ENTRECRUZAMIENTO DE COLÁGENO CORNEAL		
PHOTREXA CROSS-LINKING	T3	
PHOTREXA VISCOUS	T3	
LÁGRIMAS ARTIFICIALES		
KLARITY (CHONDROITIN)	T3	
LACRISERT	T3	PA
ANTIINFECCIOSOS PARA LOS OJOS (CON RECETA ÚNICAMENTE)		
BETADINE	T3	
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS PARA LOS OJOS		
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

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Condiciones oculares) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS PARA LOS OJOS (cont.)		
TRIESENCE	T3	
YUTIQ	T3	SP
IRRIGACIÓN OCULAR		
<i>balanced salt</i> (BSS)	T1	
ANESTÉSICOS LOCALES PARA LOS OJOS		
AKTEN	T3	
ALCAINE (<i>proparacaine hcl</i>)	T3	
<i>altacaine</i>	T1	
ALTAFLUOR BENOX	T3	
<i>proparacaine hcl</i> (Alcaine)	T1	
<i>proparacaine-fluorescein</i>	T1	
<i>tetracaine hcl</i>	T1	
ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS PARA LOS OJOS		
<i>cromolyn</i>	T1	
<i>pilocarpine hcl</i> (Isopto Carpine)	T1	HD
SIMBRINZA	T3	HD
<i>timolol maleate</i> (Istalol)	T1	HD
<i>timolol maleate</i> (Timoptic)	T1	HD
<i>timolol maleate</i> (Timoptic-XE)	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</i> (Travatan Z)	T1	HD
TRUSOPT (<i>dorzolamide hcl</i>)	T3	ST HD
VYZULTA	T3	ST HD
COMBINACIONES DE MIDRIÁTICOS OCULARES Y AINE		
MYDRIATIC4 (TROP-PROP-PE-KTRLC)	T3	
OMIDRIA	T3	
PREPARACIONES OCULARES, VARIAS (SIN RECETA)		
GELFILM	T3	
VASOCONSTRICTORES PARA LOS OJOS		
<i>phenylephrine 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

PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Condiciones oculares) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MIÓTICOS Y OTROS REDUCTORES DE LA PRESIÓN INTRAOCULAR		
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
MIDRIÁTICOS		
<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

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Condiciones oculares) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MIDRIÁTICOS (cont.)		
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
ANTAGONISTAS DEL FACTOR DE CRECIMIENTO ENDOTELIAL VASC. OFT.		
EYLEA	T2	PA SP
MACUGEN	T3	PA
ANTICUERPOS MONOCLONALES RECOMBINANTES ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DEL VEGF-A OFTÁLMICOS		
BEOVU	T3	PA SP
BEVACIZUMAB	T3	SP
LUCENTIS	T3	PA SP
AGENTES ANTIFIBRÓTICOS OFTÁLMICOS		
MITOSOL	T3	
ANTIINFLAMATORIOS OFTÁLMICOS, TIPO INMUNOMODULADOR		
CEQUA	T3	PA HD
CYCLOSPORINE IN KLARITY	T3	HD
RESTASIS	T3	PA QL HD
RESTASIS MULTIDOSE	T2	PA QL HD
XIIDRA	T2	PA QL
AGENTES OFTÁLMICOS REDUCTORES DE LA CISTINA		
CYSTARAN	T2	SP
FACTOR DE CRECIMIENTO DEL NERVIIO OFTÁLMICO HUMANO (HNGF)		
OXERVATE	T2	PA SP HD
PREPARACIONES OFTÁLMICAS, VARIAS		
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

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ENZIMÁTICOS PROTEOLÍTICOS OFTÁLMICOS		
JETREA	T2	
ELEMENTOS DE ASISTENCIA PARA OPERACIÓN OFTALMOLÓGICA		
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

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA TRATAR LA HIPOGLUCEMIA (HIPERGLUCÉMICOS) (cont.)		
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>reliion</i>	T1	
TRUEPLUS	T3	
TRUEPLUS (<i>dex4 glucose</i>)	T3	
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Varios)		
SUPLEMENTOS DE ÁCIDO NUCLEICO/NUCLEÓTIDOS		
XURIDEN	T2	SP
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Nutritivos/alimenticios)		
CARBOHIDRATOS		
ENFAMIL	T2	
GLUTOL	T2	
REDUCTORES DE ELECTROLITOS		
<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
REDUCTORES DE ELECTROLITOS (cont.)		
VELPHORO	T2	QL (120 Tabs/20 Days)
VELTASSA	T2	ST QL (30 Packets/30 Days)
AGENTES QUE CONTIENEN YODO		
<i>lugol's</i>	T1	
SSKI	T3	
<i>strong iodine</i>	T1	
PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS		
<i>fluoride</i>	T1	PPACA
<i>fluoritab</i>	T1	PPACA
<i>ludent fluoride</i>	T1	PPACA
REPOSICIÓN DE POTASIO		
<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

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

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIEMÉTICOS/ANTIVÉRTIGO (cont.)		
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
PREPARACIONES ANTIULCEROSAS		
CARAFATE (<i>sucralfate</i>)	T3	HD
CYTOTEC (<i>misoprostol</i>)	T3	HD
<i>misoprostol</i> (Cytotec)	T1	HD
<i>sucralfate</i> (Carafate)	T1	HD
ANTIULCEROSOS-AGENTES CONTRA LA H. PYLORI		
<i>lansoprazol-amoxicil-clarithro</i>	T1	QL
OMECLAMOX-PAK	T3	QL
TALICIA	T2	QL
VOQUEZNA DUAL, TRIPLE PAK	T3	
ALCALOIDES DE BELLADONA		
<i>anaspaz</i> (Anaspaz)	T1	HD
<i>belladonna-phenobarbital</i> (Donnatal)	T1	HD
DONNATAL (<i>phenohytro</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

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ALCALOIDES DE BELLADONA (cont.)		
<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
SALES BILIARES		
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
INFLAM. CRÓNICA DIAG. DE COLON, 5-A-SALICILATO, TRAT. RECTAL		
<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

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
TRAT. FARMAC.-INFLAM. CRÓNICA DIAG. DE COLON, 5-AMINOSALICILATO		
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
AGONISTAS DEL RECEPTOR X FARNESOIDE (FXR), ANÁLOGOS DEL ÁCIDO BILIAR		
OCALIVA	T2	PA QL (30 Units/30 days) SP HD
TRASPLANTE DE MICROBIOTA FECAL (TMF)		
VOWST CAPSULE	T3	SP
ENZIMAS GÁSTRICAS		
SUCRAID	T2	SP
INHIBIDORES DE LOS RECEPTORES DE HISTAMINA H2		
<i>cimetidine</i>	T1	HD
<i>famotidine</i>	T1	HD
<i>nizatidine</i>	T1	HD
PEPCID (<i>famotidine</i>)	T3	HD
AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE, COMB. DE AGONISTAS/ANTAGONISTAS DE RECEPT. OPIOIDES		
VIBERZI	T2	HD
AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE-C/CIC, AGONISTAS DE LA GUANILATO CICLASA C		
LINZESS	T2	QL (30 Units/30 days)
TRULANCE	T2	
ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE LA INTEGRINA, ANTICUERPOS MONOCLONALES		
ENTYVIO	T2	PA SP HD
ESTIMULANTES DE LA MOTILIDAD INTESTINAL		
<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

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA EL SÍND. DE COLON IRRITABLE, AGONISTA PARCIAL DE 5-HT4		
ZELNORM	T3	
AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE, ANTAGONISTAS DEL 5-HT3		
<i>alosetron hcl</i> (Lotronex)	T1	SP HD
LAXANTES Y CATÁRTICOS		
<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
LAXANTES Y CATÁRTICOS (cont.)		
<i>peg-prep</i>	T1	PPACA
<i>polyethylene glycol (Miralax)</i>	T1	PPACA
<i>powderlax (Miralax)</i>	T1	
PREPOPIK	T2	
<i>purelax (Miralax)</i>	T1	PPACA
<i>smoothlax (Miralax)</i>	T1	PPACA
<i>trilyte with flavor packets (Nulytely)</i>	T1	PPACA
<i>women's gentle laxative (Dulcolax)</i>	T1	PPACA
<i>women's laxative (Correctol)</i>	T1	PPACA
<i>women's laxative (Dulcolax)</i>	T1	PPACA
PREPARACIONES ANORRECTALES LOCALES CON NITRATO		
RECTIV	T2	
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES OPIOIDES MU, CON ACCIÓN PERIFÉRICA		
ENTEREG	T3	
ENZIMAS PANCREÁTICAS		
CREON	T2	HD
VIOKACE	T2	HD
ZENPEP	T2	HD
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES		
<i>dexlansoprazole dr 30 mg cap</i>	T1	ST QL
ESOMEPRAZOLE DR 49.3 MG CAP	T3	ST HD
<i>esomeprazole magnesium (Nexium 24HR)</i>	T1	QL (30 Units/30 days) HD
<i>esomeprazole magnesium (Nexium)</i>	T1	HD
<i>lansoprazole (Prevacid)</i>	T1	HD
<i>omeprazole</i>	T1	QL (30 caps/30 days) HD
<i>omeprazole- bicarbonate (Zegerid)</i>	T1	PA HD
<i>pantoprazole (Protonix)</i>	T1	QL (30 Units/30 days) HD
<i>rabeprazole (Aciphex)</i>	T1	HD
PREPARACIONES RECTALES		
<i>anucort-hc (Anucort-HC)</i>	T1	
<i>hemmorex-hc (Anucort-HC)</i>	T1	
<i>hydrocortisone acetate (Anucort-HC)</i>	T1	
<i>hydrocortisone acetate (Proctocort)</i>	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

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SBS - ANÁLOGOS DEL PÉPTIDO SIMILAR AL GLUCAGÓN TIPO 2 (GLP-2)		
GATTEX	T3	SP HD
GASTROINTESTINALES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
PREP. PARA LAS HEMORROIDES, ANTIINFLAM. ESTEROIDEOS-ANEST. LOCALES		
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	
HORMONAS (Condiciones gastrointestinales/pirosis)		
PREP. RECTALES/DE COLON, GLUCOCORT. (NO HEMORR.)		
<i>colocort</i> (Cortenema)	T1	
CORTENEMA (<i>hydrocortisone</i>)	T3	
<i>hydrocortisone</i> (Cortenema)	T1	
UCERIS	T2	
HORMONAS (Agentes hormonales)		
AGENTES ANDROGÉNICOS		
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

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANDROGÉNICOS (cont.)		
<i>testosterone enanthate</i>	T1	PA
VOGELXO (<i>testosterone</i>)	T3	PA QL
XYOSTED	T3	PA QL (4 Autoinjectors/30 Days)
HORMONAS ANTIDIURÉTICAS Y VASOCONSTRICTORAS		
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	
COMBINACIONES DE ESTRÓGENOS/ANDRÓGENOS		
<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 & methyltestosterone</i>	T1	HD
AGENTES ESTROGÉNICOS		
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

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ESTROGÉNICOS (cont.)		
<i>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
COMB. DE ESTRÓGENOS-PROGESTINAS CON ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES PARA MINERALOCORTICOIDES		
ANGELIQ	T3	HD
COMB. DE ESTRÓGENOS Y MOD. SELECTIVOS DE RECEPTORES ESTROGÉN. (SERM)		
DUAVEE	T2	
GLUCOCORTICOIDES		
<i>budesonide 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

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
OXITÓCICOS (cont.)		
PREPIDIL	T3	
PROSTIN E2 VAGINAL SUPPOSITORY	T3	
HORMONAS PARATIROIDEAS		
NATPARA	T2	PA SP HD
AGENTES SUPRESORES HIPOFISARIOS		
<i>cabergoline</i>	T1	QL (8 Tabs/21 Days) HD
<i>danazol</i>	T1	HD
AGENTES PROGESTACIONALES		
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
AGENTES SOMATOSTÁTICOS		
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
PREPARACIONES DE ESTRÓGENOS VAGINALES		
<i>estradiol</i> (Estrace)	T1	HD
<i>estradiol</i> (Vagifem)	T1	HD
<i>yuvaferm</i> (Vagifem)	T1	HD
HORMONAS (Infertilidad)		
GONADOTROPINA CORIÓNICA HUMANA (HCG)		
CHORIONIC GONAD 10, 000 UNIT VIAL	T3	QL ST
HORMONAS (Varias)		
ANÁLOGOS DE LA HORMONA LEPTINA		
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

HORMONAS (Productos para la osteoporosis)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES QUE ESTIMULAN LA FORMACIÓN DE HUESO - PÉPTIDOS LIB. DE PTH		
TYMLOS	T2	PA QL SP HD
INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA		
<i>calcitonin-salmon</i>	T1	HD
MIACALCIN	T3	HD
INMUNOSUPRESORES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
ANTAGONISTAS ALFA DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-4 (IL-4), ANTICUERPOS MONOCLONALES		
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
INHIBIDORES DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-6 (IL-6)		
ACTEMRA	T2	PA QL (2 SYR/21 Days) SP HD
ACTEMRA ACTPEN	T2	PA QL (2 Pens/21 Days) SP HD
ANTICUERPOS MONOCLONALES-INHIB. DE LA INTERLEUCINA HUMANA I2/23		
STELARA	T2	PA QL SP HD
INMUNOSUPRESORES (Condiciones cutáneas)		
AGENTES INMUNOSUPRESORES TÓPICOS		
<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)
INMUNOSUPRESORES (Medicamentos para trasplante)		
INMUNOSUPRESORES		
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

INMUNOSUPRESORES (Medicamentos para trasplante) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INMUNOSUPRESORES (cont.)		
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
DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes)		
SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS		
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
SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)		
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

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)		
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	
HURRICAIN 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
AYUDAS, DISPOSITIVOS, EQUIPOS RESPIRATORIOS (cont.)		
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
RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS (cont.)		
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	T1	
<i>cyclobenzaprine hcl</i> (Amrix)	T1	
<i>cyclobenzaprine hcl</i> (Fexmid)	T1	
DANTRIUM (<i>dantrolene</i>)	T3	
<i>dantrolene</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)⁸		
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)⁸ (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIDEPRESIVOS ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES ALFA 2 (cont.)		
<i>alprazolam er</i> (Xanax XR)	T1	
<i>alprazolam intensol</i>	T1	
MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS - BENZODIAZEPINAS		
<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	
MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS		
<i>buspirone hcl</i>	T1	
<i>meprobamate</i>	T1	
MEDICAMENTOS PARA TRASTORNO BIPOLAR		
EQUETRO	T3	HD
<i>lithium</i>	T1	HD
<i>lithium carbonate</i> (Lithobid)	T1	HD
LITHOBID (<i>lithium carbonate er</i>)	T3	HD
MAOI - ANTIDEPRESIVOS NO SELECTIVOS E IRREVERSIBLES		
MARPLAN	T3	
NARDIL (<i>phenelzine</i>)	T3	
PARNATE (<i>tranylcypromine</i>)	T3	
<i>phenelzine</i> (Nardil)	T1	
<i>tranylcypromine</i> (Parnate)	T1	
ANTIDEPRESIVOS INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA (MAO)		
EMSAM	T3	
INHIB. DE LA RECAPT. DE NOREPINEFRINA Y DOPAMINA (NDRI)		
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)⁸ (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIB. DE LA RECAPT. DE NOREPINEFRINA Y DOPAMINA (NDRI) (cont.)		
<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
AGONISTAS INVERSOS SELECTIVOS DE SEROTONINA 5-HT_{2A} (SSIA)		
NUPLAZID	T3	PA QL SP HD
INHIBIDOR SELECTIVO DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (SSRI)		
<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
INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN/ANTAGONISTAS DE LA SEROTONINA-2 (SARI)		
<i>nefazodone hcl</i>	T1	HD
<i>trazodone hcl</i>	T1	HD
INHIB. DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA-NOREPINEFRINA (SNRI)		
<i>desvenlafaxine 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
SSRI, ANTIDEPRESIVOS MODULADORES DE RECEPTORES DE SEROTONINA		
TRINTELLIX	T3	ST QL (30 Units/30 days) HD
COMBINACIONES DE ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS-BENZODIAZEPINAS		
<i>amitriptyline/chlordiazepoxide</i>	T1	HD
<i>amitriptyline-perphenazine</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar)⁸ (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS, INHIB. NO SELECT. DE LA RECAPTACIÓN REL.		
<i>amitriptyline hcl</i>	T1	HD
<i>amoxapine</i>	T1	HD
ANAFRANIL (<i>clomipramine hcl</i>)	T3	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)⁸

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	
KAPVAY (<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) ⁸		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
TRAT. PARA EL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (ADHD)/NARCOLEPSIA (cont.)		
<i>methylphenidate er</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
TRAT. PARA EL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (ADHD), TIPO NRI		
<i>atomoxetine hcl</i> (Strattera)	T1	HD
MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Esquizofrenia/antipsicóticos) ⁸		
ANTIPSIC., ANTAG. DE LA DOPAMINA, DIFENILBUTILPIPERIDINAS		
<i>pimozide</i>	T1	
ANTIPSICÓTICOS, 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)⁸ (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIPSICÓTICOS, ATÍPICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA (cont.)		
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)
ANTIPSICÓTICOS-ATÍPICOS, AG. PARCIAL DE D3/D2-5HT MIXTOS		
CAPLYTA 10.5MG, 21MG CAPSULE	T3	QL (30 caps/30 days)
VRAYLAR	T3	QL (7 caps/1 time use)
ANTIPSICÓTICOS-ATÍPICOS, AG. PARCIAL DE D2/5HT MIXTOS		
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)
ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA		
ADASUVE	T3	
<i>loxapine succinate</i>	T1	
ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, TIOXANTENOS		
<i>thiothixene</i>	T1	
ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, BUTIROFENONAS		
<i>haloperidol</i>	T1	
<i>haloperidol lactate</i>	T1	
ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, DIHIDROINDOLONAS		
<i>molindone hcl</i>	T1	
ANTIPSICÓTICOS, FENOTIAZINAS		
<i>chlorpromazine hcl</i>	T1	
<i>fluphenazine hcl</i>	T1	
<i>perphenazine</i>	T1	
<i>thioridazine hcl</i>	T1	
<i>trifluoperazine hcl</i>	T1	
SSRI-ANTIPSIC., ATÍPICOS, ANTAG. DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA		
<i>olanzapine-fluoxetine hcl</i> (Symbyax)	T1	
SYMBYAX (<i>olanzapine-fluoxetine hcl</i>)	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos 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)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA NARCOLEPSIA Y LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO		
<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)
AGENTE TIPO SEDANTE ANTINARCOLEPSIA Y ANTICATAPLEXIA		
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)
BARBITÚRICOS		
<i>phenobarbital</i>	T1	
<i>seconal</i> (Seconal Sodium)	T1	QL (30 Units/30 days)
HIPNÓTICOS, AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA MELATONINA MT1/MT2		
HETLIOZ	T3	PA QL (30 Units/30 days) SP HD
<i>ramelteon</i> (Rozerem)	T1	QL (30 Units/30 days)
HIPNÓTICOS SEDANTES - BENZODIAZEPINAS		
<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	
HIPNÓTICOS SEDANTES, NO BARBITÚRICOS		
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
HIPNÓTICOS SEDANTES, NO BARBITÚRICOS (cont.)		
<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>amnestem</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
AGENTES ANTIACNÉ, SISTÉMICOS (cont.)		
<i>myorisan</i> (Absorica)	T1	
<i>zenatane</i> (Absorica)	T1	
AGENTES ANTIACNÉ, TÓPICOS		
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
ANTIPRURIGINOSOS, TÓPICOS		
<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)
AGENTES ANTIPSORIÁSICOS		
<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)
AGENTES ANTISEBORREICOS		
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
AGENTES ANTISEBORREICOS		
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)
PREPARACIONES PARA ÚLCERAS POR DIABETES, TÓPICAS		
REGRANEX	T2	QL
INMUNOMODULADORES		
ALDARA (<i>imiquimod</i>)	T3	
<i>imiquimod</i> (Aldara)	T1	
QUERATOLÍTICOS		
<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
PROTECTORES		
PHARMABASE (<i>pharmabase barrier</i>)	T3	
<i>zinc oxide</i>	T1	
AGENTES PARA LA ROSÁCEA, TÓPICOS		
<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

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA LA ROSÁCEA, TÓPICOS (cont.)		
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)
ADHESIVOS PARA TEJIDOS/HERIDAS		
ARTISS	T3	
TISSEEL VHSD	T3	
TÓP. ANTIINFLAM., INHIB. DE LA FOSFODIESTERASA-4 (PDE4)		
EUCRISA	T3	ST QL (120 GM/23 Days)
AGENTES TÓPICOS, VARIOS		
HYFTOR 0.2% GEL	T3	PA
DERIVADOS DE LA PLEUROMUTILINA, ANTIBIÓTICOS TÓPICOS		
ALTABAX	T3	ST QL (30 Units/30 days)
AGENTES ANTICOLINÉRGICOS TÓPICOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPERHIDROSIS		
QBREXZA	T3	PA
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS		
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

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES ANTIBACTERIANAS TÓPICAS		
<i>iodine</i>	T1	
<i>iodine</i> (Lugol'S)	T1	
IODOFLEX	T3	
IODOSORB	T3	
ANÁLOGOS DE VIT. D/ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS		
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
ENZIMAS TÓPICAS/DE LAS MEMBR. MUCOSAS/ SUBCUT.		
SANTYL	T2	QL
DERIVADOS DE LA VITAMINA A		
<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
AGENTES ANTIACNÉ TÓPICOS, DERIVADOS DE LA VITAMINA A		
FABIOR	T3	PA
AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR (Productos para dejar de fumar)⁸		
AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR (ESTIM. GANGLIONARES, OTROS)		
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) ⁸		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR (ESTIM. GANGLIONARES, OTROS) (cont.)		
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
AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR-AGONISTA PARCIAL DE LOS RECEPT. DE NICOTINA		
CHANTIX	T3	QL (180 Days Supply/365 Days)
AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR, OTROS		
<i>bupropion sr</i>	T1	QL (180 Days Supply/365 Days) PPACA
PREPARACIONES PARA LA TIROIDES (Agentes hormonales)		
PREPARACIONES ANTITIROIDEAS		
<i>methimazole</i> (Tapazole)	T1	HD
<i>propylthiouracil</i>	T1	HD
TAPAZOLE (<i>methimazole</i>)	T3	HD
HORMONAS TIROIDEAS		
ERMEZA SOLUTION	T3	ST HD
EUTHYROX (Euthyroxlevothyroxine)	T1	HD
LEVO-T (Euthyroxlevothyroxine)	T1	HD
LEVO-T (Levo-Tlevothyroxine)	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

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos 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 (SIDA/VIH)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DEL CITOCROMO P450		
TYBOST	T3	SP
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias)		
FIBROSIS QUÍSTICA-COMB. DE POTENCIADOR DE CFTR Y CORRECTOR		
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)
FIB. QUÍSTICA-POTENCIADOR DE LA REG. DE LA CONduc. TRANSMEMB. (CFTR)		
KALYDECO 13.4MG GRANULES PKT	T2	PA SP QL (56 packets/28 days)
SURFACTANTES PULMONARES		
CUROSURF	T3	
INFASURF	T3	
SURVANTA	T3	
MUCOLÍTICOS		
PULMOZYME	T2	SP HD
FIBROSIS PULMONAR - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS		
OFEV	T2	PA QL SP HD
INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS		
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)
INHIBIDORES DE LA LINFOPOYETINA ESTROMAL TÍMICA (TSLP)		
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)
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)		
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA BRADIQUININA B2		
<i>icatibant</i> (Firazyr)	T1	PA SP HD
INHIBIDORES DE LA ESTERASA CI		
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
INHIBIDORES DE CALICREÍNA PLASMÁTICA		
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
INHIBIDORES DE CALICREÍNA PLASMÁTICA (cont.)		
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)		
ANTINEOPLÁSICOS - ANTIMETABOLITOS		
FLUOROURACIL	T2	
AGENTES DE RESCATE/ANTÍDOTOS PARA QUIMIOTERAPIA		
<i>leucovorin</i>	T1	
MESNEX	T2	SP
VISTOGARD 10GM PKT	T2	PA QL (20 pkts/30days) SP
AGENTES ESCLEROSANTES DE ADMINISTRACIÓN INTRAPLEURAL, COADYUVANTES ANTINEOPLÁSICOS		
SCLEROSOL	T3	
STERILE TALC	T3	
STERITALC	T3	
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Productos dentales)		
PREPARACIONES Y AYUDAS DENTALES		
<i>chlorhexidine gluconate</i>	T1	
<i>oralone</i>	T1	
PERIDEX (<i>chlorhexidine gluconate</i>)	T3	
<i>periogard</i>	T1	
<i>triamcinolone acetonide</i>	T1	
INHIBIDORES DE LA COLAGENASA PERIODONTAL		
<i>doxycycline hyclate</i>	T1	
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones oculares)		
AGONISTA PARCIAL DE RECEPTORES NICOTÍNICOS, ALFA4-BETA2		
TYRVAYA 0.03 MG NASAL SPRAY	T3	PA
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones gastrointestinales/pirosis)		
AGENTES PARA USO ESTOMATOLÓGICO		
PROTHELIAL	T3	
CALCIMIMÉTICO, POTENCIADOR DEL CALCIO PARATIROIDEO		
<i>cinacalcet hcl</i> (Sensipar)	T1	SP
AGENTES ORALES PARA LA MUCOSITIS/ESTOMATITIS		
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
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS ORALES PARA LA MUCOSITIS/ESTOMATITIS		
EPISIL	T3	
AGENTES ESTIMULANTES DE LA SALIVA		
NUMOISYN	T3	
AGENTES SUSTITUTOS DE LA SALIVA		
AQUORAL	T3	
BOCASAL	T3	
CAPHOSOL	T3	
MUCOSITISRX	T3	
NEUTRASAL	T3	
NUMOISYN	T3	
SALIVAMAX	T3	
XEROSTOMIA RELIEF	T3	
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Agentes hormonales)		
AGENTES QUE ESTIM. LA FORMACIÓN DE HUESO - HORMONA PARATIROIDEA		
FORTEO	T2	PA QL (1 Pen/21 Days) SP HD
ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE LA HORMONA DE CRECIMIENTO		
SOMAVERT	T2	SP HD
AGENTES PARA EL TRAT. DEL HIPERPARATIROID. - TIPO ANÁLOGO DE VITAMINA D		
<i>doxercalciferol</i>	T1	
<i>paricalcitol</i>	T1	SP HD
<i>paricalcitol (Zemplar)</i>	T1	SP HD
RAYALDEE	T3	
ZEMPLAR (<i>paricalcitol</i>)	T3	SP HD
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios)		
ABORTIVOS-ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA PROGESTERONA		
MIFEPREX	T3	
<i>mifepristone (Mifeprex)</i>	T1	
AGENTES PARA TRATAR LA PARÁLISIS PERIÓDICA - INHIB. DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA		
KEVEYIS	T3	PA ST SP
INHIBIDORES DE AMONÍACO		
CARBAGLU	T2	SP HD
AGENTES PARA LA AMILOIDOSIS-SUPRESIÓN DE LA TRANSTIRETINA (TTR)		
TEGSEDI	T2	PA SP HD QL (4 syr/28 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

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

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Nutritivos/alimenticios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA DEFICIENCIAS METABÓLICAS (cont.)		
<i>levocarnitine sf</i> (Carnitor SF)	T1	
<i>levocarnitine 4 gm/20 ml vial</i>	T1	
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Productos para la osteoporosis)		
COMBINACIONES DE INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA Y VITAMINA D		
FOSAMAX PLUS D	T3	ST QL (4 Tabs/21 Days) HD
INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA		
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
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
ANTIINFLAM. ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-I		
ARCALYST	T3	PA SP HD
ANTIINFLAMATORIOS, BETABLOQUEANTES DE INTERLEUCINA-I		
ILARIS	T2	PA SP HD
AGENTES PARA LA FIBROMIALGIA, INHIB. DE LA RECAPT. DE SEROTONINA-NOREPINEFRINA		
SAVELLA TITRATION PACK	T2	ST QL (1 pack/30 days) HD
INMUNOMODULADORES, INHIB. ESPECÍF. DE ESTIM. DE LINFOCITOS B (BLYS)		
BENLYSTA	T2	PA QL (4ml/28 days) SP HD
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones cutáneas)		
INHIBIDORES DE LA INTERLEUCINA-13 (IL-13), ANTICUERPOS MONOCLONALES		
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
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO PARA LA ABSTINENCIA DE OPIOIDES, TIPO OPIOIDES		
<i>buprenorphine hydrochloride</i>	T1	
<i>buprenorphine-naloxone</i> (Suboxone)	T1	QL
PROBUPHINE	T3	
SUBOXONE (<i>buprenorphine-naloxone</i>)	T3	QL
ZUBSOLV	T2	QL
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Medicamentos para trasplante)		
INHIBIDORES DE LA QUINASA RHO		
REZUROCK 200 MG TABLET	T3	PA QL (30 tabs/30 days)
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones urinarias)		
AGENTES PARA LA HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA/MICCIÓN		
<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
INHIB. DE LA 5-ALFA REDUCTASA-ANTAG. ADRENÉRGICO ALFAI PARA TRATAR LA HPB		
<i>dutasteride-tamsulosin</i> (Jalyn)	T1	HD
JALYN (<i>dutasteride-tamsulosin</i>)	T3	ST HD
AGENTES QUE REDUCEN LA CISTINA, CISTINOSIS NEFROPÁTICA		
CYSTAGON	T2	SP
AGENTES PARA CÁLCULOS RENALES		
THIOLA	T3	SP
THIOLA EC	T3	SP
AGENTES PARA LA VEJIGA HIPERACTIVA, RECEP. ADRENÉRGICOS BETA 3		
GEMTESA	T3	
MYRBETRIQ	T2	HD
ANTIESPASMÓDICOS DE LAS VÍAS URINARIAS, ANTAG. SELECTIVO DE M(3)		
<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

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones urinarias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTE ANTIESPASMÓDICO/ANTIINCONTINENCIA DE LAS VÍAS URINARIAS		
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
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Control del peso)		
ESTIM. DEL APETITO PARA LA ANOREXIA, CAQUEXIA, SÍND. DE DESGASTE		
<i>megestrol acetate</i>	T1	
VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias)		
PREPARACIONES CON ÁCIDO FÓLICO		
<i>folic acid</i>	T1	PPACA
PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS		
<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
PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS		
<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 & fluoride</i>	T1	PPACA
PREPARACIONES DE VITAMINA 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

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA B (cont.)		
<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 & c</i>	T1	HD PPACA
PREPARACIONES DE VITAMINA B12		
<i>cyanocobalamin</i>	T1	
<i>hydroxocobalamin</i>	T1	
NASCOBAL	T2	ST QL (4 Devices/30 Days)
PREPARACIONES DE VITAMINA D		
<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
PREPARACIONES DE VITAMINA K		
MEPHYTON (<i>phytonadione</i>)	T3	QL
<i>phytonadione</i>	T1	
<i>vitamin k</i>	T1	

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

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

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

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

Exclusiones y limitaciones de la cobertura

Los planes de beneficios de salud varían, pero en general, para que un medicamento esté cubierto, debe tener la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y debe ser recetado por un profesional de cuidado de la salud, comprado en una farmacia con licencia y medicamento 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:⁹

- 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 medicamento 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,¹⁰ la disfunción sexual, con fines estéticos, para bajar de peso, para dejar de fumar¹⁰ 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 medicamento 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-caffeine-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
amnesteem	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	beser	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		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 HOMETST	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	C	
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
cefpodoxime 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
chlorzoxazone	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	D	
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	EDECRIN	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
E		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	F	
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 HOMETEST	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
G		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	H	
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	I	
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	K	
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
J		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	L	
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
LASTACAFI	41	LIPOFEN	72
latanoprost	91	lisinopril	67, 68, 69
LATANOPROST	90, 91	lisinopril-hctz	67
LATUDA	116	LITEAIRE	111
laxaclear	100	LITE TOUCH	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

ludent fluoride	95	memantine	72
lugol'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
M		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	methyldopa	69
MAVENCLAD	73, 74	methyldopa/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	MOTEGRITY	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	N	
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
O		ORENITRAM	67
OICALIVA	99	ORFADIN	130
ocella	81	ORLISSA	105
octreotide acetate	106	ORKAMBI	127
ocucoat	93	ORLADEYO	60, 128
OCUFLOX	29	orphenadrine	112
ODACTRA	60	orphenadrine-aspirin-caffeine	112
ODEFSEY	56	orphengestic 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	periogard	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
P		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

proparacaine 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
Q		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 REDHALER	27	RHINOCORT	88
R		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
S		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	sucrafate	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
T		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
toremide	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	VANCOGIN	35
TYKERB	50	vancomycin	35
TYLENOL W/CODEINE	20	vandazole	35
TYMLOS	107	VANTAS	48
TYSABRI	131	VAQTA	62
TYVASO	67	VARIVAX	62
U		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
V		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	X	
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	Y	
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	Z	
VYNDAMAX	131	zafirlukast	27
VYNDAQEL	131	zaleplon	118
VYVANSE	115	ZANAFLEX	112
VYZULTA	90	zarah	83
W		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-CERTV1 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 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. 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).