



# Lista de medicamentos con receta Legacy (Performance) de 3 niveles de Cigna Healthcare

Cobertura a partir del 1 de enero de 2024

## Para el estado de California

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

Consulte su Lista de medicamentos en línea: [Cigna.com/druglist](https://www.cigna.com/druglist)

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

Consulte la información sobre su cobertura en línea: **Aplicación myCigna®** o en [myCigna.com®](https://www.myCigna.com)

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

Ofrecido por: Cigna Health and Life Insurance Company, Connecticut General Life Insurance Company o sus afiliadas.  
927842SP h CA Legacy (Performance) 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	9
Acerca de esta Lista de medicamentos	10
Cómo leer esta Lista de medicamentos	10
Cómo encontrar su medicamento	14
Lista de medicamentos con receta	18
Exclusiones y limitaciones de la cobertura	210
Índice de medicamentos	211

### Cómo ver la Lista de medicamentos en línea

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



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



Desplácese hacia abajo hasta la sección *California Employer Drug Lists* (Listas de medicamentos para planes de empleadores de California). Abajo de *Cigna Legacy (Performance) Prescription Drug List* (Lista de medicamentos con receta Legacy [Performance] de Cigna), haga clic en el archivo pdf llamado.

### ¿Tiene preguntas?

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

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

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.** 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.

#### **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:

## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Preguntas frecuentes (cont.)

- 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)
- Colesterol alto
- Alergias
- Osteoporosis
- Problemas de vejiga
- Dolor
- Problemas respiratorios
- Condiciones cutáneas
- Depresión
- Trastornos del sueño
- Presión arterial alta

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

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

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

**R.** Pídale al personal del consultorio de su médico que se comuniquen con Cigna Healthcare para comenzar el proceso de revisión de la cobertura. Ellos saben cómo funciona el proceso de revisión y se ocuparán de todo por usted. Por si el personal del consultorio pregunta, pueden descargar un formulario de solicitud desde el portal para proveedores de Cigna Healthcare en [cignaforhcp.com](http://cignaforhcp.com).

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

Si su medicamento no se aprueba, su médico puede enviarnos más información para que la revisemos, usando el mismo proceso que antes. Con gusto

revisaremos la solicitud nuevamente. Según lo que su médico envíe esta vez, es posible que podamos aprobar la cobertura. De lo contrario, usted y su médico pueden apelar la decisión enviando una solicitud por escrito a Cigna Healthcare en la que se expliquen los motivos por los que debería cubrirse el medicamento.

- **Para las solicitudes no urgentes**, Cigna Healthcare les informará la decisión a usted y a su médico dentro de las 72 horas. Si se aprueba, la cobertura se proporcionará hasta que se extinga la receta (incluidas las renovaciones).
- **Para las solicitudes urgentes basadas en circunstancias apremiantes**, Cigna Healthcare les informará la decisión a usted y a su médico dentro de las 24 horas. Si se aprueba, la cobertura se proporcionará mientras duren las circunstancias apremiantes. 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 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 comuniquen con Cigna Healthcare para comenzar el proceso de revisión de la cobertura. Ellos saben cómo funciona el proceso de revisión y se ocuparán de todo por usted. Por si el personal del consultorio pregunta, pueden descargar un formulario de solicitud desde el portal para proveedores de Cigna Healthcare en [cignaforhcp.com](http://cignaforhcp.com).

Cigna Healthcare revisará la información que nos envíe su médico para asegurarse de que su medicamento cumpla con los requisitos de cobertura.

## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Preguntas frecuentes (cont.)

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. 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 comuniquen con Cigna Healthcare para comenzar el proceso de revisión de la cobertura. Ellos saben cómo funciona el proceso de revisión y se ocuparán de todo por usted.

Por si el personal del consultorio pregunta, pueden descargar un formulario de solicitud desde el portal para proveedores de Cigna Healthcare en **cignaforhcp.com**.

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.

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

- I. Una aseguradora puede imponer requisitos de autorización previa para los beneficios de medicamentos con receta.

## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Preguntas frecuentes (cont.)

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

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

**R.** Cuando su farmacéutico trate de despacharle la receta, verá que el medicamento necesita la aprobación previa de Cigna Healthcare. Como usted no obtuvo la aprobación de antemano, no se aplicará la cobertura de su plan. Esto significa que su plan no cubrirá el costo de su medicamento. Debería pedirle a su médico que se comunique con Cigna Healthcare para comenzar el proceso de revisión de la cobertura. También puede optar por pagarle directamente a la farmacia de su bolsillo el costo total del medicamento (que no podrá aplicarse a su deducible anual ni al desembolso máximo).

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

**R.** Su farmacéutico solo le despachará la cantidad que cubra su plan. Si usted quiere que le despachen más de la cantidad permitida, el consultorio de su médico deberá comunicarse con Cigna Healthcare para solicitar la aprobación de la cantidad mayor.

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

**R.** Sí.

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

**R.** Nosotros revisamos todos los medicamentos y productos recientemente aprobados para determinar si deberían estar cubiertos y, en ese caso, con qué costo compartido (en qué nivel). Desde la fecha de aprobación de la FDA, la decisión puede demorar hasta seis meses. Esto incluye, a modo de ejemplo, medicamentos, suministros médicos y/o dispositivos cubiertos por los beneficios de farmacia estándares. Si su médico quiere usar un medicamento recientemente aprobado, puede pedirle a Cigna Healthcare que evalúe la posibilidad de aprobarlo a través de su proceso de revisión de la cobertura.

**P. En esta Lista de medicamentos veo varios medicamentos que pueden usarse para tratar mi condición. ¿Mi médico me emitirá una receta para todos ellos?**

**R.** No. El simple hecho de que un medicamento esté incluido en la Lista de medicamentos de su plan no significa que su médico se lo recetará. Su médico trabajará con usted para encontrar el medicamento que considere mejor para su tratamiento específico.

**P. ¿Cómo puedo averiguar cuánto pagaré por un medicamento específico?**

**R.** Cuando usted y su médico estén evaluando el medicamento correcto para su tratamiento, saber cuánto cuesta, qué alternativas de menor costo están disponibles y qué farmacias ofrecen los mejores precios puede ayudarle a evitar sorpresas. Inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com** y use la herramienta *Price a Medication* (Conozca los precios de los medicamentos) para saber cuánto cuesta su medicamento antes de ir a la farmacia o incluso antes de irse del consultorio de su médico.<sup>2</sup>

**P. ¿Qué es el costo compartido?**

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

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

**R.** Puede tomar un medicamento que está cubierto en un nivel inferior (por ejemplo, un medicamento genérico o de marca preferida) o pedir que le

## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Preguntas frecuentes (cont.)

despachen un suministro para 90 días, si su plan lo permite. Debería consultar a su médico para averiguar si una de estas opciones puede ser adecuada para usted.

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

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

#### **P. ¿Los genéricos actúan de la misma manera que los medicamentos de marca?**

**R.** Sí. Los medicamentos genéricos actúan de la misma manera y tienen el mismo beneficio clínico que sus versiones de marca.<sup>3</sup>

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

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

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

#### **P. ¿Cómo sé qué farmacias pertenecen a la red de mi plan?**

**R.** Hay miles de farmacias minoristas en la red de su plan. Se incluyen las farmacias locales, los supermercados, las cadenas minoristas y las tiendas mayoristas; tiendas que seguramente ya frecuenta. Y algunas tiendas abren las 24 horas. Para buscar una farmacia de la red que le quede cerca, inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com**. Luego haga clic en la pestaña *Prescriptions* (Recetas) y seleccione *Find a Pharmacy* (Buscar una farmacia) del menú desplegable.

#### **P. Mi farmacia no está en la red de mi plan. ¿Me pueden seguir despachando medicamentos con receta allí?**

**R.** Para aprovechar al máximo la cobertura de su plan, debería usar una farmacia de la red. Si su plan ofrece cobertura fuera de la red, usted pagará su costo compartido fuera de la red para que le despachen un medicamento allí.

#### **P. ¿Tengo que usar el servicio de entrega a domicilio para despachar mis recetas?**

**R.** Depende de su plan. Algunos planes le exigen que despache sus medicamentos de mantenimiento a través de Express Scripts® Pharmacy, nuestra farmacia de entrega a domicilio, y/o sus medicamentos de especialidad a través de Accredo®, una farmacia de especialidad de Cigna, para que tengan cobertura. Inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan, para averiguar qué exige su plan.

#### **P. ¿Me pueden despachar mis recetas por correo?**

**R.** Sí, siempre que su plan ofrezca el servicio de entrega a domicilio.<sup>4</sup>

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

Express Scripts® Pharmacy es una opción conveniente cuando está tomando un medicamento en forma regular para tratar una condición médica permanente. Es sencilla y segura, y le permite ir menos veces a la farmacia. Para obtener más información, visite **Cigna.com/homedelivery**.

- Es muy fácil pedir, administrar, hacer el seguimiento y pagar sus medicamentos en su teléfono o en Internet
- Envío estándar sin costo adicional<sup>5</sup>
- Renovaciones automáticas o recordatorios de renovaciones
- Obtenga un suministro máximo para 90 días de una vez<sup>6</sup>
- Amables farmacéuticos las 24 horas, los 7 días de la semana
- Opciones de pago flexibles

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

- I. 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

## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Preguntas frecuentes (cont.)

- 2. Llame al consultorio de su médico.** Pida que envíen una receta para 90 días (con renovaciones)<sup>6</sup> electrónicamente al servicio de entrega a domicilio de Express Scripts. O
- 3. Llame a Express Scripts® Pharmacy al 800.835.3784.** Ellos se comunicarán con el consultorio de su médico para ayudarles a transferir su receta. Tenga preparada su tarjeta de ID de Cigna Healthcare, la información de contacto de su médico y los nombres de sus medicamentos cuando llame.

#### Accredo® para medicamentos de especialidad

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

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

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

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

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

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

- 1. Inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com para pasar su receta**

**electrónicamente.** Haga clic en la pestaña *Prescriptions* (Recetas) y seleccione *My Medications* (Mis medicamentos) del menú desplegable. Luego simplemente haga clic en el botón que está al lado del nombre de su medicamento para pasar su(s) receta(s). O

- 2. Llame al consultorio de su médico.** Pida que envíen una receta para 90 días (con renovaciones)<sup>6</sup> electrónicamente al servicio de entrega a domicilio de Express Scripts. O
- 3. Llame a Express Scripts® Pharmacy al 800.835.3784.** Ellos se comunicarán con el consultorio de su médico para ayudarles a transferir su receta. Tenga preparada su tarjeta de ID de Cigna Healthcare, la información de contacto de su médico y los nombres de sus medicamentos cuando llame.

#### **P. Tomo un medicamento de especialidad para tratar mi esclerosis múltiple. Mi plan me exige despachar mi medicamento a través de Accredo. ¿Cómo puedo comenzar?**

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

Para empezar a usar Accredo, llame al **877.826.7657**, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 10:00 p.m., hora del Centro; y los sábados, de 7:00 a.m. a 4:00 p.m., hora del Centro. Asegúrese de llamar a Accredo alrededor de dos semanas antes de su próxima renovación para que tengan tiempo de obtener una nueva receta del consultorio de su médico.

#### **P. Tomo un medicamento de especialidad que solo puede despacharse en determinadas farmacias de los Estados Unidos. ¿Cómo despacho mi receta?**

**R.** Hable con su médico, quien debería poder informarle qué farmacias de la red pueden despachar su medicamento con receta. Una vez que encuentre una farmacia, pídale a su médico que les envíe su receta.

Es posible que también pueda usar Accredo para despachar su receta.<sup>4</sup> Accredo tiene acceso a la mayoría de los medicamentos de especialidad. Llame al **877.826.7657** para obtener más información. Sus representantes atienden de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 10:00 p.m., hora del Centro, y los sábados, de 7:00 a.m. a 4:00 p.m., hora del Centro.

#### **P. ¿Cómo despacho mi receta?**

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



## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Preguntas frecuentes (cont.)

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

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

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

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

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

**R.** Puede usar las herramientas y recursos en línea que encontrará en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com** para comprender mejor su cobertura de farmacia. Puede averiguar cuánto cuestan sus medicamentos, ver qué medicamentos cubre su plan, buscar una farmacia de la red, hacerle una pregunta a un farmacéutico, ver sus reclamos de farmacia y los detalles de la cobertura, y mucho más. También puede administrar sus pedidos de medicamentos con receta que tienen entrega a domicilio.

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

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

1. Revise su tarjeta de ID de Cigna Healthcare. Indica su costo compartido para los medicamentos del Nivel 1, del Nivel 2 y del Nivel 3.
2. Inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com** para ver información sobre su

cobertura de farmacia. También puede usar la herramienta *Price a Medication* (Conozca los precios de los medicamentos) para ver cuánto puede costarle su medicamento en las diferentes farmacias de la red de su plan.<sup>2</sup>

3. Consulte el documento de cobertura denominado Resumen de beneficios.

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

**R.** Algunos medicamentos están cubiertos por el beneficio de farmacia, algunos están cubiertos por el beneficio médico y otros están cubiertos por ambos beneficios. Por lo general, los medicamentos que se administran por inyección o infusión están cubiertos por el beneficio médico. Se administran al paciente en el consultorio de un médico, en un centro de infusión o en el hogar. Generalmente, los medicamentos autoadministrados que pueden despacharse en una farmacia minorista o a través del servicio de entrega a domicilio están cubiertos por el beneficio de farmacia. Consulte la cobertura médica de su resumen de beneficios para obtener más información sobre cómo su plan cubre estos medicamentos.

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

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

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

## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Preguntas frecuentes *(cont.)*

- **Para los planes con un deducible dividido (incluidas las Cuentas de reembolso de salud [HRA] con un deducible dividido):** Estos medicamentos tendrán cobertura del 100% o sin costos compartidos (\$0).

#### P. ¿Qué medicamentos están cubiertos en virtud de la ley de reforma del cuidado de salud?

R. La Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (PPACA, por sus siglas en inglés), comúnmente denominada “reforma del cuidado de salud”, se sancionó el 23 de marzo de 2010. En virtud de esta ley, es posible que determinados medicamentos preventivos (incluidos algunos productos de venta libre) estén disponibles para usted sin que tenga que pagar una parte del costo (\$0), según su plan. Inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan, para obtener más información sobre cómo cubre su plan los medicamentos preventivos. También puede ver la Lista de medicamentos preventivos sin costos compartidos según la PPACA en **Cigna.com/PDL**. Para obtener más información sobre la reforma del cuidado de salud, visite **www.informedonreform.com** o **CignaHealthcare.com**.

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

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

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

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

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

- **Productos para dejar de consumir tabaco:** Hasta dos (2) tratamientos de 90 días por año del plan tienen cobertura del 100% o sin costos compartidos (\$0). Determinados productos para dejar de consumir tabaco con receta están disponibles sujetos al costo compartido aplicable.
- **Determinadas vitaminas:** Cobertura del 100% o sin costos compartidos (\$0). Todas las demás vitaminas con receta están disponibles sujetas al costo compartido y deducible aplicable (si corresponde).
- **Determinados productos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés):** Si tiene una receta de su médico, estos productos tienen cobertura del 100% o no tienen costos compartidos (\$0). Todos los demás productos OTC están excluidos de la cobertura.
- **Medicamentos de fertilidad orales:** Tienen cobertura según el costo compartido del nivel aplicable. Para algunos planes, los medicamentos de fertilidad inyectables están cubiertos por el beneficio médico.
- **Medicamentos genéricos de cuidado preventivo:** Tienen cobertura del 100% o sin costos compartidos (\$0) antes de alcanzar su deducible. Usted pagará su deducible y el costo compartido aplicable para despachar un medicamento de cuidado preventivo de marca preferida y/o de marca no preferida.
- **Suministros para diabéticos:** Tienen cobertura según el costo compartido aplicable.
- **Hormonas del crecimiento:** Necesitan la aprobación de Cigna Healthcare para que su plan los cubra (autorización previa). Si recibe la aprobación para la cobertura, usted pagará su costo compartido del nivel aplicable para despachar el medicamento.
- **Vacunas: Las vacunas ahora están cubiertas por el beneficio de farmacia.** No todos los planes cubren las vacunas de la misma manera. Inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan, para averiguar cómo las cubre su plan específico.
- **Medicamentos compuestos:** Si el medicamento cuesta más de \$200, necesitará la aprobación de Cigna Healthcare para que su plan lo cubra (autorización previa).

## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Palabras que quizás necesite conocer

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

## Información sobre esta Lista de medicamentos

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

o más medicamentos antes de que su póliza de seguro de salud cubra ese medicamento para su condición médica. Si el proveedor que le emite recetas presenta una solicitud de excepción al requisito de tratamiento escalonado, su aseguradora de salud debe otorgar la solicitud cuando sea médicamente necesario que usted tome el medicamento.

- **Límites a la cantidad:** Para algunos medicamentos, su plan cubre solamente hasta una determinada cantidad y durante un plazo determinado. Por ejemplo, 30 mg por día durante 30 días. Los límites a la cantidad ayudan a

garantizar que usted esté recibiendo cobertura para el medicamento correcto, en la cantidad correcta y para la situación correcta. Su plan solamente cubrirá una cantidad mayor si su médico solicita y recibe la aprobación de Cigna Healthcare.

- **Requisitos de edad:** Para determinados medicamentos, usted debe pertenecer a un rango de edad específico para que su plan los cubra. Esto se debe a que algunos medicamentos no se consideran clínicamente apropiados para personas que no están dentro de ese rango de edad.

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

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

### Cómo leer esta Lista de medicamentos

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

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

### Niveles

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

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

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

## Información sobre esta Lista de medicamentos

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

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

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

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

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

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

# Información sobre esta Lista de medicamentos

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

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

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

<b>ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS Y BARBITÚRICOS</b>		
<i>butalbital/acetaminophen</i>	T1	
<b>ANALGÉSICOS, COMB. DE SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS</b>		
<i>butalb-aspirin-caffe 50-325-40</i>	T1	QL (6 tabs/day)
<i>butalbital-asa-caffeine cap (Fiorinal)</i>	T1	QL (6 caps/day)
<i>FIORINAL (butalbital-aspirin-caffeine)</i>	T3	QL (6 caps/day)
<b>ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS</b>		
<i>butalb/acetaminophen/caffeine</i>	T3	
<i>butalb/acetaminophen/caffeine (Esgic)</i>	T3	QL (6 caps/day)
<i>butalb-acetamin-caff 50-300-40 (Fioricet)</i>	T1	QL (6 caps/day)
<i>butalb-acetamin-caff 50-325-40 (Esgic)</i>	T1	QL (6 tabs/day)
<i>ESGIC 50-325-40 MG TABLET (butalbital-acetaminophen-caffe)</i>	T3	QL (6 tabs/day)
<i>ESGIC CAPSULE (zebutal)</i>	T3	QL (6 caps/day)
<i>FIORICET (phrenilin forte)</i>	T1	QL (6 caps/day)
<b>ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS, SALICILATOS</b>		
<i>choline salicyl/mag salicylate</i>	T1	HD
<i>diflunisal</i>	T1	HD
<b>PREPARACIONES ANTIMIGRAÑOSAS</b>		
<i>AIMOVIG AUTOINJECTOR</i>	T2	PA
<i>AJOVY AUTOINJECTOR</i>	T2	PA
<i>AJOVY SYRINGE</i>	T2	PA
<i>almotriptan malate</i>	T1	QL (12 tabs/30 days)
<i>CAFERGOT (ergotamine-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)
<i>EMGALITY PEN</i>	T2	PA
<i>EMGALITY SYRINGE</i>	T2	PA
<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	T1	
<i>ergotamine tartrate/caffeine (Cafergot)</i>	T1	QL (40 tabs/28 days)

**Categoría terapéutica y clase** describe la condición para cuyo tratamiento se usa el medicamento.

**Requisitos y límites de cobertura** le informa si su plan tiene requisitos adicionales antes de cubrir el medicamento.

**Nivel del medicamento** le da una idea de cuánto puede llegar a pagar por un medicamento.

**Nombre del medicamento con receta** es el nombre del medicamento.

Los medicamentos están enumerados en **orden alfabético** (según el inglés) dentro de cada columna.

Los medicamentos de marca están escritos en **MAYÚSCULA**.

Los medicamentos genéricos están escritos en **minúscula cursiva**

Este cuadro es solo un modelo. Es posible que no muestre la forma en que la Lista de medicamentos con receta Legacy (Performance) 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)	18-25	Antihiper glucémicos (diabetes)	57-62
Analgésicos (condiciones urinarias)	25	Antiinfecciosos (productos femeninos)	62
Anestésicos (varios)	25, 26	Antiinfecciosos (infecciones)	62
Anestésicos (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	27-30	Antiinfecciosos/Varios (productos femeninos)	63
Anestésicos (condiciones urinarias)	30	Antiinfecciosos/Varios (infecciones)	63, 64
Antialérgicos (alergia y rociadores nasales)	30, 31	Antiinfecciosos/Varios (varios)	64
Antiartríticos (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	31-34	Antiinfecciosos/Varios (condiciones cutáneas)	64
Antiartríticos (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	31-34	Agentes inhibidores del factor de necrosis tumoral antiinflamatorios (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	64, 65
Antiasmáticos (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	34-36	Antineoplásicos (cáncer)	66-78
Antibióticos (alergia/rociadores nasales)	36	Antineoplásicos (condiciones cutáneas)	78
Antibióticos (medicamentos para los oídos)	36, 37	Antiparasitarios (infecciones)	78, 79
Antibióticos (condiciones oculares)	37, 38	Medicamentos antiparkinsonianos (enfermedad de Parkinson)	79-81
Antibióticos (infecciones)	38-49	Medicamentos antiplaquetarios (diluyentes de la sangre/anticoagulantes)	81
Antibióticos (varios)	49	Antivíricos (SIDA/VIH)	81-85
Antibióticos (condiciones cutáneas)	50, 51	Antivíricos (condiciones oculares)	85
Anticoagulantes (diluyentes de la sangre/ anticoagulantes)	51-53	Antivíricos (infecciones)	85-87
Antídotos (condiciones gastrointestinales/ pirosis)	53	Antivíricos (condiciones cutáneas)	88
Antídotos (abuso de sustancias)	53, 54	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (alergia/rociadores nasales)	88
Antimicóticos (condiciones oculares)	54	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (enfermedad de Alzheimer)	88, 89
Antimicóticos (productos femeninos)	54	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (trastorno de déficit de atención e hiperactividad)	89, 90
Antimicóticos (infecciones)	54, 55	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	90
Antimicóticos (condiciones cutáneas)	55, 56	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (varios)	90-92
Antihistamínicos y descongestivos combinados (alergia/rociadores nasales)	56	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (condiciones urinarias)	92
Antihistamínicos (alergia/rociadores nasales)	56, 57		
Antihistamínicos (condiciones oculares)	57		

## Información sobre esta Lista de medicamentos

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

Condición	Página	Condición	Página
Productos biológicos (alergia/rociadores nasales)	92	Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (alergia/rociadores nasales)	132, 133
Productos biológicos (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	92	Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (medicamentos para los oídos)	133
Productos biológicos (varios)	92	Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (condiciones oculares)	133-138
Productos biológicos (vacunas)	93-95	Elect./calóricos/H2O (medicamentos para el colesterol)	138
Sangre (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)	95-97	Elect./calóricos/H2O (productos dentales)	138, 139
Sangre (varios)	97	Elect./calóricos/H2O (diabetes)	139
Medicamentos para enfermedades cardíacas (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	97-102	Elect./calóricos/H2O (varios)	139, 140
Cardiovasculares (alergia/rociadores nasales)	102	Elect./calóricos/H2O (nutritivos/alimenticios)	140-144
Cardiovasculares (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	103, 104	Elect./calóricos/H2O (condiciones urinarias)	144, 145
Cardiovasculares (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	104-110	Gastrointestinales (medicamentos para el colesterol)	145
Cardiovasculares (medicamentos para el colesterol)	111-114	Gastrointestinales (condiciones gastrointestinales/pirosis)	145-154
Cardiovasculares (varios)	114	Gastrointestinales (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	154
Medicamentos para el sistema nervioso central (enfermedad de Alzheimer)	115	Hormonas (agentes hormonales)	154-162
Medicamentos para el sistema nervioso central (varios)	115, 116	Hormonas (infertilidad)	162, 163
Medicamentos para el sistema nervioso central (esclerosis múltiple)	116, 117	Hormonas (varias)	163
Medicamentos para el sistema nervioso central (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	117	Hormonas (productos para la osteoporosis)	163
Medicamentos para el sistema nervioso central (Trastornos convulsivos)	117-122	Inmunosupresores (varios)	163
Factores estimulantes de colonias (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)	122, 123	Inmunosupresores (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	164
Factores estimulantes de colonias (cáncer)	123	Inmunosupresores (medicamentos para trasplante)	164, 165
Anticonceptivos (productos anticonceptivos)	123, 125	Dispositivos y suministros médicos varios, no farmacológicos (diabetes)	166, 167
Preparaciones para la tos/el resfrío (alergia/rociadores nasales)	126	Relajantes musculares (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	167-169
Diagnóstico (varios)	126-130	Vitaminas prenatales (nutritivas/alimenticias)	169
Diuréticos (diuréticos)	130-132	Medicamentos psicoterapéuticos (ansiedad/depresión/trastorno bipolar)	169-175
		Medicamentos psicoterapéuticos (trastorno de déficit de atención e hiperactividad)	175-178
		Medicamentos psicoterapéuticos (varios)	178



## Información sobre esta Lista de medicamentos

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

Condición	Página	Condición	Página
Medicamentos psicoterapéuticos (esquizofrenia/antipsicóticos)	178-182	Productos farmacológicos no clasificados (condiciones gastrointestinales/pirosis)	199
Medicamentos psicoterapéuticos (trastornos del sueño/sedantes)	182-184	Productos farmacológicos no clasificados (agentes hormonales)	199, 200
Preparaciones cutáneas (varias)	184	Productos farmacológicos no clasificados (varios)	200-204
Preparaciones cutáneas (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	184, 185	Productos farmacológicos no clasificados (esclerosis múltiple)	204
Preparaciones cutáneas (condiciones cutáneas)	185-194	Productos farmacológicos no clasificados (nutritivos/alimenticios)	204
Agentes para dejar de fumar (productos para dejar de fumar)	194	Productos farmacológicos no clasificados (productos para la osteoporosis)	205
Preparaciones para la tiroides (agentes hormonales)	194-196	Productos farmacológicos no clasificados (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	205
Productos farmacológicos no clasificados (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	196	Productos farmacológicos no clasificados (trastornos convulsivos)	206
Productos farmacológicos no clasificados (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)	197	Productos farmacológicos no clasificados (condiciones cutáneas)	206
Productos farmacológicos no clasificados (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	197	Productos farmacológicos no clasificados (abuso de sustancias)	206, 207
Productos farmacológicos no clasificados (cáncer)	197, 198	Productos farmacológicos no clasificados (medicamentos para trasplante)	207
Productos farmacológicos no clasificados (productos dentales)	198	Productos farmacológicos no clasificados (condiciones urinarias)	207-209
Productos farmacológicos no clasificados (disfunción eréctil)	198	Productos farmacológicos no clasificados (control del peso)	208
Productos farmacológicos no clasificados (condiciones oculares)	199	Vitaminas (nutritivas/alimenticias)	208-210

## Lista de medicamentos con receta

ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS Y BARBITÚRICOS</b>		
ALLZITAL	T3	PA
BUPAP ( <i>butalbital-acetaminophen</i> )	T1	PA
<i>butalbital/acetaminophen</i>	T1	
<i>butalbital-acetaminophn 25-325</i> (Allzital)	T1	PA
<i>butalbital-acetaminophn 50-300</i>	T1	
<i>butalbital-acetaminophn 50-300</i> (Bupap)	T1	PA
<i>butalbital-acetaminophn 50-325</i>	T1	
<b>ANALGÉSICOS, COMB. DE SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS</b>		
butalb-aspirin-caffe 50-325-40	T1	QL (6 tabs/day)
butalbital-asa-caffeine cap (Fiorinal)	T1	QL (6 caps/day)
FIORINAL ( <i>butalbital-aspirin-caffeine</i> )	T3	QL (6 caps/day)
<b>ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS</b>		
<i>butalb/acetaminophen/caffeine</i> (Esgic)	T3	QL (6 caps/day)
<i>butalb/acetaminophen/caffeine</i> (Vanatol S)	T3	
<i>butalb-acetamin-caff 50-300-40</i> (Fioricet)	T1	QL (6 caps/day)
<i>butalb-acetamin-caff 50-325-40</i> (Esgic)	T1	QL (6 tabs/day)
ESGIC 50-325-40 MG TABLET ( <i>butalbital-acetaminophen-caffe</i> )	T3	PA QL (6 tabs/day)
ESGIC CAPSULE ( <i>zebutal</i> )	T3	PA QL (6 caps/day)
FIORICET ( <i>phrenilin forte</i> )	T1	PA QL (6 caps/day)
VANATOL LQ	T3	PA
VANATOL S	T3	PA
VTOL	T1	PA
<b>ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS, SALICILATOS</b>		
<i>choline salicyl/mag salicylate</i>	T1	HD
<i>diflunisal</i>	T1	HD
<b>ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS, NO SALICILATOS</b>		
ACETAMINOPHEN 1000MG/100ML BAG	T3	
<i>acetaminophen 1,000mg/100ml v1</i> (Ofirmev)	T1	
OFIRMEV ( <i>acetaminophen</i> )	T3	
<b>ANALGÉSICOS, BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO NEURONALES</b>		
PRIALT	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

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANALGÉSICOS, BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO NEURONALES</b>		
<i>clonidine 1,000 mcg/10 ml vial</i> (Duraclon)	T1	
<i>clonidine 5,000 mcg/10 ml vial</i>	T1	
DURACLON ( <i>clonidine hcl</i> )	T3	
<b>PREPARACIONES ANTIMIGRAÑOSAS</b>		
AIMOVIG AUTOINJECTOR	T2	PA
AJOVY AUTOINJECTOR	T2	PA
AJOVY SYRINGE	T2	PA
<i>almotriptan malate</i>	T1	QL (12 tabs/30 days)
CAFERGOT ( <i>ergotamine-caffeine</i> )	T3	QL (40 tabs/28 days)
CAMBIA ( <i>diclofenac potassium</i> )	T3	PA
D.H.E.45 ( <i>dihydroergotamine mesylate</i> )	T3	PA QL (10 amps/30 days)
<i>diclofenac pot 50 mg powdr pkt</i> (Cambia)	T1	PA
<i>dihydroergotamine 1 mg/ml amp</i> (D.h.e.45)	T1	QL (10 amps/30 days)
<i>dihydroergotamine 4 mg/ml spry</i> (Migranal)	T1	QL (8/30 days)
<i>eletriptan hydrobromide</i> (Relpax)	T1	QL (6 tabs/30 days)
ELYXYB	T3	PA QL (9 bottles/30 days)
EMGALITY PEN	T2	PA
EMGALITY SYRINGE	T2	PA
ERGOMAR	T3	PA
<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	T1	
<i>ergotamine tartrate/caffeine</i> (Cafergot)	T1	QL (40 tabs/28 days)
<i>frovatriptan succinate</i> (Frova)	T1	QL (18 tabs/30 days)
IMITREX 100 MG TABLET ( <i>sumatriptan succinate</i> )	T3	PA QL (9 tabs/30 days)
IMITREX 20 MG NASAL SPRAY ( <i>sumatriptan</i> )	T3	PA QL (2 boxes/30 days)
IMITREX 25 MG TABLET ( <i>sumatriptan succinate</i> )	T3	PA QL (9 tabs/30 days)
IMITREX 4 MG/0.5 ML CARTRIDGES ( <i>sumatriptan succinate</i> )	T3	PA QL (4ml/30 days)
IMITREX 4 MG/0.5 ML PEN INJECT ( <i>sumatriptan succinate</i> )	T3	PA QL (4ml/30 days)
IMITREX 5 MG NASAL SPRAY ( <i>sumatriptan</i> )	T3	PA QL (2 boxes/30 days)
IMITREX 50 MG TABLET ( <i>sumatriptan succinate</i> )	T3	PA QL (9 tabs/30 days)
IMITREX 6 MG/0.5 ML CARTRIDGES ( <i>sumatriptan succinate</i> )	T3	PA QL (4ml/30 days)
IMITREX 6 MG/0.5 ML PEN INJECT ( <i>sumatriptan succinate</i> )	T3	PA QL (4ml/30 days)
IMITREX 6 MG/0.5 ML VIAL ( <i>sumatriptan succinate</i> )	T3	PA QL (5ml/30 days)

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES ANTIMIGRAÑOSAS (cont.)</b>		
<i>isomethept/dichlphn/acetaminop</i>	T1	
<i>isomethepten/caf/acetaminophen</i>	T1	
MAXALT ( <i>rizatriptan</i> )	T3	PA QL (12 tabs/30 days)
MAXALT MLT ( <i>rizatriptan</i> )	T3	PA QL (12 tabs/30 days)
MIGRANAL ( <i>dihydroergotamine mesylate</i> )	T3	PA QL (8/30 days)
<i>naratriptan hcl</i>	T1	QL (9 TABS/30 DAYS)
NURTEC ODT	T2	PA QL (16 tabs/30 days)
ONZETRA XSAIL	T3	PA QL (1 box/30 days)
RELPAX ( <i>eletriptan hbr</i> )	T3	PA QL (6 tabs/30 days)
REYVOW	T3	PA QL (8 tabs/30 days)
<i>rizatriptan benzoate</i>	T1	QL (12 tabs/30 days)
<i>rizatriptan benzoate (Maxalt Mlt)</i>	T1	QL (12 tabs/30 days)
<i>rizatriptan benzoate (Maxalt)</i>	T1	QL (12 tabs/30 days)
QULIPTA	T3	PA QL (1 set/day)
<i>sumatriptan (Imitrex)</i>	T1	QL (2 boxes/30 days)
<i>sumatriptan 4 mg/0.5 ml cart (Imitrex)</i>	T1	QL (4ml/30 days)
<i>sumatriptan 4 mg/0.5 ml inject (Imitrex)</i>	T1	QL (4ml/30 days)
<i>sumatriptan 6 mg/0.5 ml cart (Imitrex)</i>	T1	QL (4ml/30 days)
<i>sumatriptan 6 mg/0.5 ml inject (Imitrex)</i>	T1	QL (4ml/30 days)
<i>sumatriptan 6 mg/0.5 ml syrng</i>	T1	QL (4ml/30 days)
<i>sumatriptan 6 mg/0.5 ml vial (Imitrex)</i>	T1	QL (5ml/30 days)
<i>sumatriptan succ 100 mg tablet (Imitrex)</i>	T1	QL (9 tabs/30 days)
<i>sumatriptan succ 25 mg tablet (Imitrex)</i>	T1	QL (18 tabs/28 days)
<i>sumatriptan succ 50 mg tablet (Imitrex)</i>	T1	QL (9 tabs/30 days)
<i>sumatriptan succ/naproxen sod (Treximet)</i>	T1	QL (18 tabs/30 days)
SUMAVEL DOSEPRO	T3	QL (12 injectors/30 days)
TOSYMRA	T3	PA QL (2 boxes/30 days)
TREXIMET 10-60 MG TABLET	T3	PA QL (18 tabs/30 days)
TREXIMET 85-500 MG TABLET ( <i>sumatriptan succ-naproxen sod</i> )	T3	PA QL (18 tabs/28 days)
TRUDHESA	T2	PA QL (2 pkgs/30 days)
UBRELVY	T2	PA QL (0.67 TABS/DAY)
VYEPTI	T3	PA SP
ZEMBRACE SYMTOUCH	T3	PA QL (16 injectors/30 days)
<i>zolmitriptan (Zomig Zmt)</i>	T1	QL (12 tabs/30 days)
ZOLMITRIPTAN 2.5 MG NASAL SPRY	T3	PA QL (12 SPRAY/22 DAYS)

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES ANTIMIGRAÑOSAS (cont.)</b>		
<i>zolmitriptan 2.5 mg tablet (Zomig)</i>	T1	QL (12 tabs/30 days)
ZOLMITRIPTAN 5 MG NASAL SPRAY	T3	PA QL (6 SPRAY/22 DAYS)
<i>zolmitriptan 5 mg tablet (Zomig)</i>	T1	QL (12 tabs/30 days)
ZOMIG 2.5 MG NASAL SPRAY	T3	PA QL (2 boxes/30 days)
ZOMIG 2.5 MG TABLET ( <i>zolmitriptan</i> )	T3	PA QL (12 tabs/30 days)
ZOMIG 5 MG NASAL SPRAY	T3	PA QL (2 boxes/30 days)
ZOMIG 5 MG TABLET ( <i>zolmitriptan</i> )	T3	PA QL (12 tabs/30 days)
ZOMIG ZMT ( <i>zolmitriptan odt</i> )	T3	PA QL (12 tabs/30 days)
<b>ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS NASALES, INHIB. NO SELECTIVOS DE COX, ANALGÉSICOS SISTÉMICOS</b>		
KETOROLAC 15.75 MG NASAL SPRAY	T3	QL (10 bots/30 days)
SPRIX	T3	PA QL (10 bots/30 days)
<b>ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA</b>		
<i>diclofenac pot 25 mg tablet</i>	T1	PA HD
<i>diclofenac potassium</i>	T1	HD
<i>ketorolac 10 mg tablet</i>	T1	QL (20 tabs/25 days) HD
<i>ketorolac 15 mg/ml carpject</i>	T1	QL (40 ml/30 days) HD
<i>ketorolac 15 mg/ml isecure syr</i>	T1	QL (40 ml/30 days) HD
<i>ketorolac 15 mg/ml syringe</i>	T1	QL (40 ml/30 days) HD
<i>ketorolac 15 mg/ml vial</i>	T1	QL (40 ml/30 days) HD
<i>ketorolac 30 mg/ml carpject</i>	T1	HD
<i>ketorolac 30 mg/ml isecure syr</i>	T1	QL (20ml/30 days) HD
<i>ketorolac 30 mg/ml syringe</i>	T1	QL (20ml/30 days) HD
<i>ketorolac 30 mg/ml vial</i>	T1	QL (20ml/30 days) HD
<i>ketorolac 300 mg/10 ml vial</i>	T1	HD
<i>ketorolac 60 mg/2 ml carpject</i>	T1	QL (20ml/30 days) HD
<i>ketorolac 60 mg/2 ml syringe</i>	T1	QL (20ml/30 days) HD
<i>ketorolac 60 mg/2 ml vial</i>	T1	QL (20ml/30 days) HD
<i>mefenamic acid</i>	T1	HD
ZIPSOR	T3	PA HD
<b>ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANALGÉSICOS NO SALICILATOS</b>		
<i>acetamin-codein 300-30 mg/12.5</i>	T1	
<i>acetaminop-codeine 120-12 mg/5</i>	T1	
<i>acetaminophen-cod #2 tablet</i>	T1	PA
<i>acetaminophen-cod #3 tablet</i>	T1	PA

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANALGÉSICOS NO SALICILATOS (cont.)</b>		
<i>acetaminophen-cod #4 tablet</i>	T1	PA
APADAZ	T3	
BENZHYDROCODONE-ACETAMINOPHEN	T1	
CAPITAL W-CODEINE	T3	
<i>hydrocodone/acetaminophen</i>	T1	PA
<i>hydrocodone/acetaminophen</i> (Hydrocodone-acetaminophen)	T1	PA
<i>hydrocodone/acetaminophen</i> (Norco)	T1	PA
HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN	T1	PA
LORTAB	T1	PA
NALOCET	T1	PA
NORCO ( <i>lorcet hd</i> )	T3	PA
NORCO ( <i>lorcet plus</i> )	T3	PA
NORCO ( <i>lorcet</i> )	T3	PA
<i>oxycodone hcl/acetaminophen</i> (Nalocet)	T1	PA
<i>oxycodone hcl/acetaminophen</i> (Percocet)	T1	PA
<i>oxycodone hcl/acetaminophen</i> (Primlev)	T1	PA
PERCOCET ( <i>oxycodone-acetaminophen</i> )	T3	PA
PRIMLEV	T1	PA
<i>tramadol hcl/acetaminophen</i> (Ultracet)	T1	
ULTRACET ( <i>tramadol hcl-acetaminophen</i> )	T3	
<b>COMBINACIÓN DE ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS</b>		
<i>hydrocodone/ibuprofen</i>	T1	PA
<i>hydrocodone/ibuprofen</i> (Ibudone)	T1	PA
IBUDONE	T1	PA
<i>ibuprofen/oxycodone hcl</i>	T1	PA
SEGLENTIS	T3	PA QL (4 tabs/day)
<b>COMB. DE ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANALGÉSICOS SALICILATOS</b>		
<i>oxycodone hcl/aspirin</i>	T1	PA
<b>ANALGÉSICOS OPIOIDES, COADYUVANTES ANESTÉSICOS</b>		
<i>alfentanil 1,000 mcg/2 ml amp</i> (Alfentanil Hcl)	T1	PA
<i>alfentanil 500 mcg/ml ampul</i> (Alfentanil Hcl)	T1	PA
ALFENTANIL 500 MCG/ML AMPULE ( <i>alfentanil hcl</i> )	T3	PA
<i>fentanyl 1,000 mcg/20 ml vial</i>	T1	
<i>fentanyl 100 mcg/2 ml ampul</i>	T1	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANALGÉSICOS OPIOIDES, COADYUVANTES ANESTÉSICOS (cont.)</b>		
<i>fentanyl 100 mcg/2 ml vial</i>	T1	
FENTANYL 2, 500 MCG/50 ML BAG	T1	
<i>fentanyl 2, 500 mcg/50 ml vial</i>	T1	
<i>fentanyl 250 mcg/5 ml ampul</i>	T1	
<i>fentanyl 250 mcg/5 ml vial</i>	T1	
FENTANYL 5,000 MCG/100 ML BAG	T1	
<i>fentanyl 50 mcg/ml vial</i>	T1	
<i>fentanyl 500 mcg/10 ml vial</i>	T1	
FENTANYL CITRATE-STERILE WATER	T1	
<i>remifentanyl hcl (Ultiva)</i>	T1	PA
<i>sufentanyl citrate</i>	T1	PA
ULTIVA ( <i>remifentanyl hcl</i> )	T3	PA
<b>COMB. DE ANALGÉSICOS OPIOIDES, NO SALICILATOS Y XANTINAS</b>		
ACETAMIN-CAFF-DIHYDROCODEINE	T1	PA
<i>acetaminophen/caff/dihydrocod (Acetamin-caff-dihydrocodeine)</i>	T1	PA
<i>acetaminophen/caff/dihydrocod (Trezix)</i>	T1	PA
TREZIX	T3	PA
<b>ANALGÉSICOS OPIOIDES</b>		
ACTIQ ( <i>fentanyl citrate</i> )	T3	PA
ARYMO ER	T3	PA
BELBUCA	T2	QL (2 films/day)
BUPRENEX	T3	
<i>buprenorphine (Butrans)</i>	T1	QL (4 patches/28 days)
<i>butorphanol tartrate</i>	T1	PA QL (6 bots/30 days)
BUTRANS ( <i>buprenorphine</i> )	T3	QL (4 patches/28 days)
<i>codeine sulfate</i>	T1	PA
DILAUDID 0.2 MG/ML SYRINGE	T3	PA
DILAUDID 0.5 MG/0.5 ML SYRINGE	T3	PA
DILAUDID 1 MG/ML SYRINGE	T3	PA
DILAUDID 2 MG TABLET ( <i>hydromorphone hcl</i> )	T3	PA
DILAUDID 2 MG/ML SYRINGE	T3	PA
DILAUDID 4 MG TABLET ( <i>hydromorphone hcl</i> )	T3	PA
DILAUDID 4 MG/ML SYRINGE	T3	
DILAUDID 5 MG/5 ML ORAL LIQUID ( <i>hydromorphone hcl</i> )	T3	PA

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANALGÉSICOS OPIOIDES (cont.)</b>		
DILAUDID 8 MG TABLET ( <i>hydromorphone hcl</i> )	T3	PA
DURAGESIC ( <i>fentanyl</i> )	T3	PA
FENTANYL/BUPIVACAINE/NS <i>fentanyl</i>	T3	
<i>fentanyl</i> (Duragesic)	T1	PA
FENTANYL CITRATE	T1	PA
<i>fentanyl citrate</i> (Actiq)	T1	PA
FENTORA	T3	PA
<i>hydrocodone bitartrate</i> (Hysingla Er)	T1	PA
<i>hydrocodone bitartrate</i> (Zohydro Er)	T1	PA
<i>hydromorphone hcl</i>	T1	PA
<i>hydromorphone hcl</i> (Dilaudid)	T1	PA
HYSINGLA ER ( <i>hydrocodone bitartrate er</i> )	T2	PA
KADIAN ( <i>morphine sulfate er</i> )	T3	PA
LAZANDA	T3	PA
<i>mepredine hcl</i>	T1	PA
<i>methadone hcl</i>	T1	PA
MITIGO	T1	PA
MORPHABOND ER	T2	PA
<i>morphine sulfate</i>	T1	PA
<i>morphine sulfate</i> (Kadian)	T1	PA
<i>morphine sulfate</i> (Ms Contin)	T1	PA
MS CONTIN ( <i>morphine sulfate er</i> )	T3	PA
<i>nalbuphine hcl</i>	T1	
NUCYNTA	T2	PA
NUCYNTA ER	T3	PA
<i>opium/belladonna alkaloids</i>	T1	PA
OXAYDO	T3	PA
<i>oxycodone hcl</i>	T1	PA
OXYCODONE HCL ER	T1	PA
<i>oxymorphone hcl</i>	T1	PA
<i>pentazocine hcl/naloxone hcl</i>	T1	PA
QDOLO	T3	PA QL (80ML/DAY)
ROXICODONE ( <i>oxycodone hcl</i> )	T3	PA
ROXYBOND	T3	PA
SUBSYS	T3	PA

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

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

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

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



## Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANALGÉSICOS OPIOIDES (cont.)</b>		
<i>tramadol er 100 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
<i>tramadol er 200 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
<i>tramadol er 300 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
tramadol hcl (Ultram)	T1	QL (8 tabs/day)
TRAMADOL HCL ER 100 MG CAPSULE	T1	QL (1 cap/day)
<i>tramadol hcl er 100 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
TRAMADOL HCL ER 150 MG CAPSULE	T1	QL (1 cap/day)
TRAMADOL HCL ER 200 MG CAPSULE	T1	QL (1 cap/day)
<i>tramadol hcl er 200 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
TRAMADOL HCL ER 300 MG CAPSULE	T1	QL (1 cap/day)
<i>tramadol hcl er 300 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
ULTRAM ( <i>tramadol hcl</i> )	T3	QL (8 tabs/day)
XTAMPZA ER	T2	PA
ZOHYDRO ER ( <i>hydrocodone bitartrate er</i> )	T3	PA

### ANALGÉSICOS OPIOIDES Y SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS

<i>codeine/butalbital/asa/caffein</i> (Fiorinal With Codeine #3)	T1	PA
FIORINAL WITH CODEINE #3 ( <i>butalbital compound-codeine</i> )	T3	PA

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

<i>butalbit/acetamin/caff/codeine</i>	T1	PA
<i>butalbit/acetamin/caff/codeine</i> (Fioricet With Codeine)	T1	PA
FIORICET WITH CODEINE ( <i>butalb-acetaminoph-caff-codein</i> )	T3	PA

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

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

### ANALGÉSICOS (Condiciones urinarias)

#### AGENTES ANALGÉSICOS DE LAS VÍAS URINARIAS

ELMIRON	T2	
RIMSO-50	T2	

### ANESTÉSICOS (Varios)

#### ANESTÉSICOS GENERALES, PARA INHALACIÓN

<i>desflurane</i> (Suprane)	T1	
<i>isoflurane</i>	T1	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

ANESTÉSICOS (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANESTÉSICOS GENERALES, PARA INHALACIÓN (cont.)</b>		
<i>isoflurane</i>	T3	
<i>sevoflurane</i> (Ultane)	T1	
SUPRANE	T3	
ULTANE ( <i>sevoflurane</i> )	T3	
<b>ANESTÉSICOS GENERALES INYECTABLES</b>		
AMIDATE	T3	
AMIDATE ( <i>etomidate</i> )	T3	
BREVITAL SODIUM	T3	
DIPRIVAN ( <i>propofol</i> )	T3	
<i>etomidate</i> (Amidate)	T1	
KETALAR	T3	
KETALAR ( <i>ketamine hcl</i> )	T3	
KETAMINE HCL	T1	
<i>ketamine hcl</i> (Ketalar)	T1	
<i>ketamine hcl in 0.9 % nacl</i>	T1	
<i>ketamine hcl in 0.9 % nacl</i> (Ketamine Hcl-0.9% Nacl)	T1	
KETAMINE HCL-0.9% NACL	T1	
KETAMINE HCL-0.9% NACL ( <i>ketamine hcl-0.9% nacl</i> )	T1	
METHOHEXITAL-STERILE WATER	T1	
PROPOFOL	T1	
<i>propofol</i> (Diprivan)	T1	
<b>ANESTÉSICOS GENERALES, TIPO BENZODIAZEPINAS INYECTABLES</b>		
<i>midazolam hcl</i>	T1	
<i>midazolam hcl/pf</i>	T1	
ARTICADENT DENTAL	T3	
BUFFERED LIDOCAINE	T1	
BUPIVACAINE HCL	T1	
<i>bupivacaine hcl</i> (Marcaine)	T1	
<i>bupivacaine hcl</i> (Sensorcaine)	T1	
<i>bupivacaine hcl in dextrose/pf</i> (Sensorcaine With Dextrose)	T1	
<i>bupivacaine hcl/epinephrine</i> (Marcaine-epinephrine)	T1	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

ANESTÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANESTÉSICOS LOCALES (cont.)</b>		
<i>bupivacaine hcl/epinephrine/pf</i> (Sensorcaine-mpf Epinephrine)	T1	
<i>bupivacaine hcl/pf</i> (Marcaine)	T1	
<i>bupivacaine hcl/pf</i> (Sensorcaine-mpf)	T1	
<i>bupivacaine hcl/pf</i> (Sensorcaine-mpf)	T3	
BUPIVACAINE HCL-0.9% NAACL	T1	
BUPIVACAINE HCL-EPINEPHRINE	T1	
CARBOCAINE	T3	
CARBOCAINE ( <i>polocaine</i> )	T3	
CARBOCAINE ( <i>polocaine-mpf</i> )	T3	
<i>chloroprocaine hcl/pf</i> (Nesacaine-mpf)	T1	
CITANEST FORTE DENTAL	T3	
CITANEST PLAIN DENTAL	T3	
CLOROTEKAL	T3	
EXPAREL	T3	
LIDOCAINE 0.5MG INTRADERM SYST	T1	
<i>lidocaine 100 mg/10 ml (1%) syr</i>	T1	
LIDOCAINE 100 MG/5 ML (2%) SYR	T1	
LIDOCAINE 200 MG/10 ML (2%) SYR	T1	
LIDOCAINE 200 MG/20 ML (1%) SYR	T1	
LIDOCAINE 40 MG/2 ML (2%) SYRG	T1	
<i>lidocaine 50 mg/5 ml (1%) syrg</i>	T1	
LIDOCAINE 200 MG/10 ML(2%) SYR	T1	
<i>lidocaine hcl</i>	T1	
<i>lidocaine hcl 0.5% vial</i> (Xylocaine)	T1	
<i>lidocaine hcl 0.5% vial</i> (Xylocaine-mpf)	T1	
<i>lidocaine hcl 1% 20 mg/2 ml</i> (Xylocaine-mpf)	T1	
<i>lidocaine hcl 1% 20 mg/2 ml vI</i> (Xylocaine-mpf)	T1	
<i>lidocaine hcl 1% 300 mg/30 ml</i> (Xylocaine-mpf)	T1	
<i>lidocaine hcl 1% 50 mg/5 ml</i> (Xylocaine-mpf)	T1	
<i>lidocaine hcl 1% 50 mg/5 ml vI</i> (Xylocaine-mpf)	T1	
<i>lidocaine hcl 1% ampul</i> (Xylocaine-mpf)	T1	
<i>lidocaine hcl 1% vial</i> (Xylocaine-mpf)	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

ANESTÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANESTÉSICOS LOCALES (cont.)</b>		
<i>lidocaine hcl 1.5% ampul</i> (Xylocaine-mpf)	T1	
<i>lidocaine hcl 10 mg/ml syringe</i>	T1	
<i>lidocaine hcl 100 mg/10 ml syr</i>	T1	
<i>lidocaine hcl 2% 100 mg/5 ml</i> (Xylocaine-mpf)	T1	
<i>lidocaine hcl 2% 40 mg/2 ml</i> (Xylocaine-mpf)	T1	
<i>lidocaine hcl 2% 40 mg/2 ml v1</i> (Xylocaine-mpf)	T1	
<i>lidocaine hcl 2% ampul</i> (Xylocaine-mpf)	T1	
<i>lidocaine hcl 2% jel urojet ac</i>	T1	
<i>lidocaine hcl 2% jelly</i>	T1	
<i>lidocaine hcl 2% jelly uro-jet</i>	T1	
<i>lidocaine hcl 2% vial</i> (Xylocaine)	T1	
<i>lidocaine hcl 2% vial</i> (Xylocaine-mpf)	T1	
LIDOCAINE HCL 200 MG/10 ML SYR	T1	
LIDOCAINE HCL 30 MG/3 ML SYR	T1	
<i>lidocaine hcl 4% ampul</i>	T1	
<i>lidocaine hcl 4% solution</i>	T1	
<i>lidocaine hcl/dextrose 7.5%/pf</i>	T1	
<i>lidocaine hcl/epinephrine</i> (Xylocaine With Epinephrine)	T1	
<i>lidocaine hcl/epinephrine bit</i> (Lidocaine-epinephrine)	T3	
<i>lidocaine hcl/epinephrine/pf</i> (Xylocaine With Epinephrine)	T1	
<i>lidocaine hcl/epinephrine/pf</i> (Xylocaine-mpf With Epinephrine)	T1	
LIDOCAINE HCL-0.9% NACL	T1	
LIDOCAINE-EPINEPHRINE	T1	
MARCAINE ( <i>bupivacaine hcl</i> )	T3	
MARCAINE ( <i>sensorcaine</i> )	T3	
MARCAINE ( <i>sensorcaine-mpf</i> )	T3	
MARCAINE SPINAL	T3	
MARCAINE-EPINEPHRINE ( <i>bupivacaine hcl-epinephrine</i> )	T3	
MARCAINE-EPINEPHRINE ( <i>sensorcaine-epinephrine</i> )	T3	
<i>mepivacaine hcl</i> (Carbocaine)	T1	
<i>mepivacaine hcl/pf</i>	T1	
<i>mepivacaine hcl/pf</i>	T3	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

ANESTÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANESTÉSICOS LOCALES (cont.)</b>		
<i>mepivacaine hcl/pf</i> (Carbocaine)	T1	
NAROPIN	T3	
NESACAINE	T3	
NESACAINE-MPF ( <i>chlorprocaine hcl</i> )	T3	
ORABLOC	T3	
POLOCAINE	T1	
<i>ropivacaine 0.2% 20 mg/10 ml</i> (Naropin)	T1	
<i>ropivacaine 0.2% 200 mg/100 ml</i> (Naropin)	T1	
<i>ropivacaine 0.2% 40 mg/20 ml</i> (Naropin)	T1	
<i>ropivacaine 0.2% 400 mg/200 ml</i> (Naropin)	T1	
ROPIVACAINE 0.2% SYRINGE	T1	
<i>ropivacaine 0.5% 100 mg/20 ml</i> (Naropin)	T1	
ROPIVACAINE 0.5% 1000 MG/200ML	T3	
<i>ropivacaine 0.5% 150 mg/30 ml</i> (Naropin)	T1	
ROPIVACAINE 0.5% 500 MG/100 ML	T3	
ROPIVACAINE 0.5% BAG	T1	
<i>ropivacaine 0.75% 150 mg/20 ml</i> (Naropin)	T1	
<i>ropivacaine 1% 100 mg/10 ml v1</i> (Naropin)	T1	
<i>ropivacaine 1% 200 mg/20 ml v1</i> (Naropin)	T1	
ROPIVACAINE 50 MG/10 ML SYRNG	T1	
ROPIVACAINE HCL 0.2% ON-Q PUMP	T1	
ROPIVACAINE HCL 0.5% SYRINGE	T1	
ROPIVACAINE HCL-0.9% NACL	T1	
ROPIVACAINE HCL-NACL	T1	
SENSORC MPF 0.75%-EPI 1:200000	T3	
SENSORCAINE 0.25% VIAL ( <i>bupivacaine hcl</i> )	T3	
<i>sensorcaine 0.5% vial</i> (Marcaine)	T1	
SENSORCAINE WITH DEXTROSE	T1	
SENSORCAINE-MPF 0.25% AMPUL ( <i>bupivacaine hcl</i> )	T3	
SENSORCAINE-MPF 0.25% VIAL ( <i>bupivacaine hcl</i> )	T3	
SENSORCAINE-MPF 0.5% AMPUL ( <i>bupivacaine hcl</i> )	T3	
<i>sensorcaine-mpf 0.5% vial</i> (Marcaine)	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANESTÉSICOS LOCALES (cont.)</b>		
SENSORCAINE-MPF 0.75% AMPUL ( <i>bupivacaine hcl</i> )	T1	
SENSORCAINE-MPF 0.75% VIAL ( <i>marcaine</i> )	T3	
SENSORC-MPF 0.25%-EPI 1:200000 ( <i>bupivacaine hcl-epinephrine</i> )	T1	
SENSORCN-MPF 0.5%-EPI 1:200000 ( <i>bupivacaine hcl-epinephrine</i> )	T3	
<i>tetracaine hcl/pf</i>	T1	
XYLOCAINE ( <i>lidocaine hcl</i> )	T3	
XYLOCAINE WITH EPINEPHRINE ( <i>lidocaine hcl-epinephrine</i> )	T3	
XYLOCAINE-MPF	T3	
XYLOCAINE-MPF ( <i>lidocaine hcl</i> )	T3	
XYLOCAINE-MPF WITH EPINEPHRINE	T3	
XYLOCAINE-MPF WITH EPINEPHRINE ( <i>lidocaine hcl-epinephrine</i> )	T3	
ZINGO	T3	

### ANESTÉSICOS LOCALES TÓPICOS

L.E.T. (LIDO-EPINEPH-TETRA)	T3	
<i>lidocaine 5% ointment</i>	T1	QL (145gm/30 days)
<i>lidocaine 5% patch (Lidoderm)</i>	T1	
<i>lidocaine hcl</i>	T1	
<i>lidocaine hcl</i>	T3	
<i>lidocaine/prilocaine</i>	T1	
LIDODERM ( <i>lidocaine</i> )	T3	
PAIN EASE MEDIUM STREAM SPRAY	T3	
SYNERA	T3	
ZTLIDO	T2	

### ANESTÉSICOS (Condiciones urinarias)

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

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

### ANTIALÉRGICOS (Alergia/rociadores nasales)

#### ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS

<i>cromolyn 100 mg/5 ml oral conc (Gastrocrom)</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

ANTIALÉRGICOS (Alergia/rociadores nasales)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANESTÉSICOS LOCALES (cont.)</b>		
GASTROCROM ( <i>cromolyn sodium</i> )	T3	
<b>ANTIARTRÍTICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)</b>		
<b>ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS, SALICILATOS</b>		
DISALCID ( <i>salsalate</i> )	T3	HD
<i>salsalate</i> (Disalcid)	T1	HD
<b>AGENTES ANTIARTRÍTICOS Y QUELANTES</b>		
CUPRIMINE ( <i>penicillamine</i> )	T3	PA SP
DEPEN ( <i>penicillamine</i> )	T3	PA SP
<i>penicillamine</i>	T1	PA SP
<b>AGENTES ANTIARTRÍTICOS Y QUELANTES (cont.)</b>		
<i>penicillamine</i> (Depen)	T1	PA SP
<b>AGENTES ANTIARTRÍTICOS, ANTAGONISTAS DE LOS FOLATOS</b>		
OTREXUP	T2	PA
RASUVO	T3	PA
REDITREX	T2	PA
<b>ANTIINFLAM. ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-1</b>		
KINERET	T3	PA QL (28 syringes/28 days) SP
<b>ANTIINFLAMATORIOS, INHIBIDORES DE LA SÍNTESIS DE PIRIMIDINAS</b>		
ARAVA ( <i>leflunomide</i> )	T3	HD
<i>leflunomide</i> (Arava)	T1	HD
<b>ANTIINFLAMATORIOS, INHIB. DE LA FOSFODIESTERASA-4 (PDE4)</b>		
OTEZLA 28 DAY STARTER PACK	T2	PA QL (1 pack/180 days) SP HD
OTEZLA 30 MG TABLET	T2	PA QL (2 tabs/day) SP HD
<b>AGENTES ANTIINFLAMATORIOS/ANTIARTRÍTICOS, VARIOS</b>		
DUROLANE	T2	PA SP HD
EUFLEXXA	T2	PA SP HD
GEL-ONE	T3	PA SP HD
GELSYN-3	T2	PA SP HD
GENVISC 850	T3	PA SP
HYALGAN	T3	PA SP HD
HYMOVIS	T3	PA SP HD
MONOVISC	T3	PA SP HD
ORTHOVISC	T3	PA SP HD
SODIUM HYALURONATE	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

<b>ANTIARTRÍTICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>AGENTES ANTIINFLAMATORIOS/ANTIARTRÍTICOS, VARIOS (cont.)</b>		
SUPARTZ FX	T3	PA SP HD
SYNOJOYNT	T3	PA SP
SYNVISC	T3	PA SP HD
SYNVISC-ONE	T3	PA SP HD
TRILURON	T3	PA SP HD
TRIVISC	T3	PA SP
VISCO-3	T3	PA SP HD
<b>ANTIINFLAMATORIOS, MOD. SELECT. COESTIM., INHIBIDORES DE CÉLULAS T</b>		
ORENCIA	T3	PA QL (4 syringes/28 days) SP HD
ORENCIA CLICKJECT	T3	PA QL (4 injectors/28 days) SP HD
<b>COLCHICINA</b>		
<i>colchicine</i> (Colcrys)	T1	HD
COLCRYS ( <i>colchicine</i> )	T3	HD
GLOPERBA	T3	PA QL (10ml/day) HD
MITIGARE	T3	HD
<b>SALES DE ORO</b>		
RIDAURA	T2	
<b>TRAT. DE LA HIPERURICEMIA - TIPO ENZIMA URATO OXIDASA</b>		
ELITEK	T2	SP
KRYSTEXXA	T3	PA SP
<b>TRAT. DE LA HIPERURICEMIA - INHIBIDORES DE LA XANTINA OXIDASA</b>		
<i>allopurinol</i> (Zyloprim)	T1	HD
<i>febuxostat 40 mg tablet</i> (Uloric)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>febuxostat 80 mg tablet</i> (Uloric)	T1	HD
ULORIC 40 MG TABLET ( <i>febuxostat</i> )	T3	QL (1 tab/day) HD
ULORIC 80 MG TABLET ( <i>febuxostat</i> )	T3	HD
ZYLOPRIM ( <i>allopurinol</i> )	T3	HD
<b>INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK)</b>		
CIBINQO	T2	PA QL (30 tabs/30 days) SP
OLUMIANT	T3	PA QL (1 tab/day) SP HD
RINVOQ	T2	PA QL (1 tab/day) SP HD
XELJANZ 1 MG/ML SOLUTION	T2	PA QL (480ML/22 Days) SP HD
XELJANZ 10 MG TABLET	T2	PA QL (2 tabs/day) SP HD
XELJANZ 5 MG TABLET	T2	PA QL (2 tabs/day) SP HD
XELJANZ XR	T2	PA QL (1 tab/day) SP HD

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

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

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

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



## Lista de medicamentos con receta

ANTIARTRÍTICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>COMB. DE ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS Y ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA HISTAMINA H2</b>		
DUEXIS	T3	PA HD
<b>ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (INHIB. NO ESPECÍFICOS DE LA COX) Y ANÁLOGOS DE LA PROSTAGLANDINA</b>		
ARTHROTEC 50 (diclofenac sodium-misoprostol)	T3	ST HD
ARTHROTEC 75 (diclofenac sodium-misoprostol)	T3	ST HD
diclofenac sodium-misoprostol (Arthrotec 50)	T1	HD
diclofenac sodium-misoprostol (Arthrotec 75)	T1	HD
<b>ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA</b>		
ANAPROX DS (naproxen sodium ds)	T3	ST HD
DAYPRO (oxaprozin)	T3	ST HD
diclofenac sod dr 25 mg tab	T1	HD
diclofenac sod dr 50 mg tab	T1	HD
diclofenac sod dr 75 mg tab	T1	HD
diclofenac sod ec 25 mg tab	T1	HD
diclofenac sod ec 50 mg tab	T1	HD
diclofenac sod ec 75 mg tab	T1	HD
diclofenac sodium	T1	HD
EC-NAPROSYN (naproxen)	T3	ST HD
etodolac	T1	HD
etodolac (Lodine)	T1	HD
FELDENE (piroxicam)	T3	ST HD
fenoprofen calcium (Nalfon)	T1	HD
flurbiprofen	T1	HD
ibuprofen	T1	HD
indomethacin	T1	HD
ketoprofen 25 mg, 75 mg capsule	T1	HD
LODINE (etodolac)	T3	ST HD
meclofenamate sodium	T1	HD
meloxicam (Mobic)	T1	HD
MOBIC (meloxicam)	T3	ST HD
nabumetone	T1	HD
NALFON 600 MG TABLET (profeno)	T1	ST HD
NAPROSYN TABLET (naproxen)	T3	ST HD
naproxen tablet	T1	HD
naproxen (Ec-naprosyn)	T1	HD
naproxen (Naprosyn)	T1	HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA (cont.)</b>		
<i>naproxen sodium</i> (Anaprox Ds)	T1	HD
<i>oxaprazin</i> (Daypro)	T1	HD
<i>piroxicam</i> (Feldene)	T1	HD
QMIIZ ODT 15 MG TABLET	T3	ST HD
QMIIZ ODT 7.5 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST HD
<i>sulindac</i>	T1	HD
<i>tolmetin sodium</i>	T1	HD
<b>ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, INHIBIDOR SELECTIVO DE LA CICLOOXIGENASA-2 (COX-2)</b>		
CELEBEX 100 MG CAPSULE ( <i>celecoxib</i> )	T3	QL (2 caps/day) ST HD
CELEBEX 200 MG CAPSULE ( <i>celecoxib</i> )	T3	QL (2 caps/day) ST HD
CELEBEX 400 MG CAPSULE ( <i>celecoxib</i> )	T3	QL (1 cap/day) ST HD
CELEBEX 50 MG CAPSULE ( <i>celecoxib</i> )	T3	QL (2 caps/day) ST HD
<i>celecoxib 100 mg capsule</i> (Celebrex)	T1	QL(2 CAPS/DAY) HD
<i>celecoxib 200 mg capsule</i> (Celebrex)	T1	QL (2 caps/day) HD
<i>celecoxib 400 mg capsule</i> (Celebrex)	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>celecoxib 50 mg capsule</i> (Celebrex)	T1	QL (2 caps/day) HD
<b>AGENTES URICOSÚRICOS</b>		
<i>probenecid</i>	T1	HD
<i>probenecid/colchicine</i>	T1	HD
<b>ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias)</b>		
<b>INHIBIDORES DE LA 5-LIPOXIGENASA</b>		
<i>zileuton</i>	T1	HD
<b>ANTICOLINÉRGICOS, DE INHALACIÓN ORAL, ACCIÓN PROLONGADA</b>		
INCRUSE ELLIPTA	T2	HD
LONHALA MAGNAIR REFILL	T3	PA HD
LONHALA MAGNAIR STARTER	T3	PA HD
SPIRIVA RESPIMAT	T2	HD
<b>ANTICOLINÉRGICOS, DE INHALACIÓN ORAL, ACCIÓN RÁPIDA</b>		
ATROVENT HFA	T2	HD
<i>ipratropium bromide</i>	T1	HD
<b>AGENTES ADRENÉRGICOS BETA</b>		
<i>albuterol sulf 2 mg/5 ml syrup</i>	T1	HD
<i>albuterol sulfate 2 mg tab</i>	T1	HD
<i>albuterol sulfate 4 mg tab</i>	T1	HD
<i>albuterol sulfate er 4 mg tab</i>	T1	HD
<i>albuterol sulfate er 8 mg tab</i>	T1	HD
<i>metaproterenol sulfate</i>	T1	HD
<i>terbutaline sulfate</i>	T1	HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS, ACCIÓN RÁPIDA (cont.)</b>		
<i>albuterol 100 mg/20 ml soln</i>	T1	
<i>albuterol 2.5 mg/0.5 ml sol</i>	T1	
<i>albuterol 5 mg/ml solution</i>	T1	
<i>albuterol sul 0.63 mg/3 ml sol</i>	T1	
<i>albuterol sul 1.25 mg/3 ml sol</i>	T1	
<i>albuterol sul 2.5 mg/3 ml soln</i>	T1	
<i>albuterol sulfate (Albuterol Sulfate Hfa)</i>	T1	QL (18gm/30 days)
ALBUTEROL SULFATE HFA	T1	QL (18gm/30 days)
<i>levalbuterol hcl (Xopenex Concentrate)</i>	T1	
<i>levalbuterol hcl (Xopenex)</i>	T1	
XOPENEX ( <i>levalbuterol hcl</i> )	T3	
XOPENEX CONCENTRATE ( <i>levalbuterol concentrate</i> )	T3	
<b>AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS, ACCIÓN ULTRA PROLONGADA</b>		
ARCAPTA NEOHALER	T3	HD
<b>AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS POR VÍA ORAL, ACCIÓN PROLONGADA</b>		
SEREVENT DISKUS	T2	HD
<b>COMBO DE ADRENÉRGICOS BETA Y ANTICOLINÉRGICOS, INHALADOS</b>		
ANORO ELLIPTA	T2	HD
BEVESPI AEROSPHERE	T2	HD
COMBIVENT RESPIMAT	T2	HD
<i>ipratropium/albuterol sulfate</i>	T1	HD
STIOLTO RESPIMAT INHAL SPRAY	T2	HD
<b>COMBO DE AGENTES ADRENÉRGICOS BETA Y GLUCOCORTICOIDES, INHALADOS</b>		
ADVAIR HFA	T2	HD
AIRDUO DIGIHALER	T3	ST HD
BREO ELLIPTA	T2	HD
DULERA	T2	HD
<i>fluticasone propion/salmeterol</i>	T1	HD
FLUTICASONE-SALMETEROL	T1	HD
SYMBICORT	T2	HD
<b>ADRENÉRGICOS BETA-ANTICOLINÉRGICOS-GLUCOCORT., INHALADOS</b>		
BREZTRI AEROSPHERE	T2	
TRELEGY ELLIPTA	T2	
<b>GLUCOCORTICOIDES, PARA INHALACIÓN ORAL</b>		
<i>budesonide (Pulmicort)</i>	T1	HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>GLUCOCORTICOIDES, PARA INHALACIÓN ORAL (cont.)</b>		
FLOVENT DISKUS	T2	HD
FLOVENT HFA	T2	HD
PULMICORT ( <i>budesonide</i> )	T3	HD
PULMICORT FLEXHALER	T2	HD
QVAR REDHALER	T2	HD
<b>ANTAGONISTAS ALFA DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-5 (IL-5), ANTICUERPOS MONOCLONALES</b>		
FASENRA PEN	T2	PA SP HD
<b>ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LEUCOTRIENOS</b>		
ACCOLATE ( <i>zafirlukast</i> )	T3	HD
<i>montelukast sodium</i> (Singulair)	T1	HD
SINGULAIR ( <i>montelukast sodium</i> )	T3	HD
<i>zafirlukast</i> (Accolate)	T1	HD
<b>ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS, INHALADOS ORALMENTE</b>		
<i>cromolyn 20 mg/2 ml neb soln</i>	T1	QL (480ml/30 days) HD
<b>ANTICUERPOS MONOCLONALES A LA INMUNOGLOBULINA E (IGE)</b>		
XOLAIR	T2	PA SP HD
<b>ANTICUERPOS MONOCLONALES - ANTAGONISTAS DE LA INTERLEUCINA-5</b>		
NUCALA	T2	PA SP HD
<b>MUCOLÍTICOS</b>		
<i>acetylcysteine</i>	T1	
<b>INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA-4 (PDE4)</b>		
DALIRESP 250 MCG TABLET	T3	QL (28 tabs/180 days) HD
DALIRESP 500 MCG TABLET	T3	QL (2 tabs/day) HD
<b>XANTINAS</b>		
THEO-24	T2	HD
<i>theophylline anhydrous</i>	T1	HD
<b>ANTIBIÓTICOS (Alergia/rociadores nasales)</b>		
<b>PREPARACIONES NASALES ANTIBIÓTICAS</b>		
BACTROBAN NASAL	T2	
<b>ANTIBIÓTICOS (Medicamentos para los oídos)</b>		
<b>PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIBIÓTICAS</b>		
<i>ciprofloxacin hcl</i>	T1	
CORTISPORIN-TC	T3	
<i>neomycin/polymyxin b/hydrocort</i>	T1	
<i>ofloxacin</i>	T1	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

### ANTIBIÓTICOS (Medicamentos para los oídos) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIBIÓTICOS ANTIINFLAMATORIOS</b>		
CIPRO HC	T2	
CIPRODEX ( <i>ciprofloxacin-dexamethasone</i> )	T3	
<i>ciprofloxacin hcl/dexameth</i> (Ciprodex)	T1	
CIPROFLOXACIN HCL-FLUOCINOLONE	T3	
OTOVEL	T3	

### ANTIBIÓTICOS (Condiciones oculares)

#### COMBINACIONES DE ANTIBIÓTICOS PARA LOS OJOS Y GLUCOCORTICOIDES

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

#### SULFONAMIDAS PARA LOS OJOS

BLEPH-10 ( <i>sulfacetamide sodium</i> )	T3	
BLEPHAMIDE	T2	
<i>sulfacetamide sodium</i>	T1	
<i>sulfacetamide sodium</i> (Bleph-10)	T1	
<i>sulfacetamide/prednisolone sp</i>	T1	

#### ANTIBIÓTICOS OFTÁLMICOS

AZASITE	T2	
BACIGUENT ( <i>bacitracin</i> )	T3	
<i>bacitracin</i> (Baciguent)	T1	
<i>bacitracin/polymyxin b sulfate</i>	T1	
BESIVANCE	T3	
CILOXAN	T2	
<i>erythromycin base</i>	T1	
<i>gatifloxacin</i> (Zymaxid)	T1	
<i>gentamicin sulfate</i>	T1	
<i>levofloxacin</i>	T1	
MOXEZA ( <i>moxifloxacin</i> )	T3	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Condiciones oculares) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIBIÓTICOS OFTÁLMICOS (cont.)</b>		
<i>moxifloxacin hcl</i> (Moxeza)	T1	
<i>moxifloxacin hcl</i> (Vigamox)	T1	
<i>neomycin sulf/bacitracin/poly</i>	T1	
<i>neomycin/polymyxn b/gramicidin</i>	T1	
OCUFLOX ( <i>ofloxacin</i> )	T3	
<i>ofloxacin</i> (Ocuflax)	T1	
<i>polymyxin b sulf/trimethoprim</i> (Polytrim)	T1	
POLYTRIM ( <i>polymyxin b sul-trimethoprim</i> )	T3	
<i>tobramycin 0.3% eye drop</i> (Tobrex)	T1	
TOBREX	T2	
VIGAMOX ( <i>moxifloxacin</i> )	T3	
ZYMAXID ( <i>gatifloxacin</i> )	T3	
<b>ANTIBIÓTICOS (Infecciones)</b>		
<b>ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS DE 2.º GENERACIÓN- ANTIBACTERIANOS</b>		
SOLOSEC	T2	
<b>AGENTES ANTIBACTERIANOS TIPO SULFONAMIDAS ABSORBIBLES</b>		
BACTRIM ( <i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i> )	T3	
BACTRIM DS ( <i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i> )	T3	
<i>sulfadiazine</i>	T1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	T1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	T3	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i> (Bactrim Ds)	T1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i> (Bactrim)	T1	
<b>ANTIBIÓTICOS AMINOGLUCÓSIDOS</b>		
<i>amikacin sulfate</i>	T1	
ARIKAYCE	T3	PA SP
BETHKIS ( <i>tobramycin</i> )	T3	PA QL (8ml/day) SP HD
<i>gentamicin in nacl, iso-osm</i>	T1	
<i>gentamicin sulfate</i>	T1	
GENTAMICIN SULFATE IN NS	T1	
<i>gentamicin sulfate/pf</i>	T1	
KITABIS PAK	T3	PA QL (10ml/day) SP HD
<i>neomycin sulfate</i>	T1	
STREPTOMYCIN SULFATE	T1	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTIBIÓTICOS AMINOGLUCÓSIDOS (cont.)</b>		
TOBI ( <i>tobramycin</i> )	T3	PA QL (10ml/day) SP HD
TOBI PODHALER	T2	PA QL (8 caps/day) SP HD
<i>tobramycin 300 mg/4 ml ampule</i> (Bethkis)	T1	PA QL (28 Therapy/56 Days) SP HD
<i>tobramycin 300 mg/5 ml ampule</i> (Tobi)	T1	PA QL (10ml/day) SP HD
TOBRAMYCIN PAK 300 MG/5 ML	T3	PA QL (10ml/day) SP HD
<i>tobramycin sulfate</i>	T1	
<i>tobramycin/sodium chloride</i>	T1	
ZEMDRI	T3	
<b>AGENTES ANTIBACTERIANOS-ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS</b>		
FLAGYL ( <i>metronidazole</i> )	T3	
<i>metronidazole</i> (Flagyl)	T1	
<i>metronidazole/sodium chloride</i>	T1	
<i>metronidazole/sodium chloride</i>	T3	
<b>ANTIBIÓTICOS, ANTIBACTERIANOS, VARIOS</b>		
<i>fosfomicin tromethamine</i> (Monurol)	T1	
HIPREX ( <i>methenamine hippurate</i> )	T3	
<i>meth/meblue/sod phos/psal/hyos</i>	T1	
<i>meth/meblue/sod phos/psal/hyos</i>	T3	
<i>meth/meblue/sod phos/psal/hyos</i> (Uribel)	T1	
<i>methen/mblue/sal/sod phos/hyos</i>	T1	
<i>methenam/m.blue/salicyl/hyoscy</i>	T1	
<i>methenam/sod phos/mblue/hyoscy</i>	T1	
<i>methenam/sod phos/mblue/hyoscy</i>	T3	
<i>methenamine hippurate</i> (Hiprex)	T1	
<i>methenamine mandelate</i>	T1	
MONUROL ( <i>fosfomicin tromethamine</i> )	T3	
PRIMSOL	T3	
<i>trimethoprim</i>	T1	
URIBEL	T3	
UTA	T3	
<b>ANTIBIÓTICOS, VARIOS, OTROS</b>		
<i>bacitracin</i>	T1	
<b>ANTILEPROSOS</b>		
<i>dapsone 100 mg tablet</i>	T1	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTILEPROSOS (cont.)</b>		
<i>dapsone 25 mg tablet</i>	T1	
THALOMID	T2	PA SP HD
<b>AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS</b>		
<i>ethambutol hcl</i>	T1	HD
<i>ethambutol hcl (Myambutol)</i>	T1	HD
<i>isoniazid</i>	T1	HD
MYAMBUTOL ( <i>ethambutol hcl</i> )	T3	HD
PASER	T2	HD
<i>pyrazinamide</i>	T1	HD
<i>rifabutin (Mycobutin)</i>	T1	HD
TRECTOR	T2	HD
<b>ANTIBIÓTICOS ANTITUBERCULOSOS</b>		
CAPASTAT SULFATE	T3	
CYCLOSERINE	T1	
<i>cycloserine</i>	T1	
PRETOMANID	T3	PA QL (1 tab/day)
PRIFTIN	T3	
RIFADIN ( <i>rifampin</i> )	T3	
RIFAMATE	T2	
<i>rifampin</i>	T1	
<i>rifampin (Rifadin)</i>	T1	
RIFATER	T2	
SIRTURO	T3	SP
<b>BETALACTAMASAS</b>		
AZACTAM ( <i>aztreonam</i> )	T3	
<i>aztreonam (Azactam)</i>	T1	
CAYSTON	T3	PA QL (3ml/day) SP HD
<b>ANTIBIÓTICOS CARBAPENÉMICOS (TIENAMICINAS)</b>		
<i>ertapenem sodium (Invanz)</i>	T1	
<i>imipenem/cilastatin sodium</i>	T1	
<i>imipenem/cilastatin sodium (Primaxin)</i>	T1	
INVANZ ( <i>ertapenem</i> )	T3	
<i>meropenem (Merrem)</i>	T1	
MEROPENEM-0.9% NACL	T1	
<i>meropenem</i>	T1	
MERREM ( <i>meropenem</i> )	T3	

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

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

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

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



## Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIBIÓTICOS CARBAPENÉMICOS (TIENAMICINAS)</b>		
PRIMAXIN ( <i>imipenem-cilastatin sodium</i> )	T3	
RECARBRIO	T3	
VABOMERE	T3	
<b>ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 1.º GENERACIÓN</b>		
<i>cefadroxil</i>	T1	
<i>cefazolin sodium</i>	T1	
<i>cefazolin sodium/dextrose, iso</i>	T1	
CEFAZOLIN 3 GM VIAL	T3	
CEFAZOLIN SODIUM-0.9% NAACL	T1	
CEFAZOLIN SODIUM-D5W	T1	
CEFAZOLIN SODIUM-DEXTROSE	T1	
CEFAZOLIN SODIUM-STERILE WATER	T1	
<i>cephalexin</i>	T1	
<i>cephalexin</i> (Keflex)	T1	
DAXBIA	T3	
KEFLEX ( <i>cephalexin</i> )	T3	
<b>ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 2.º GENERACIÓN</b>		
<i>cefaclor</i>	T1	
CEFOTAN	T3	
CEFOTETAN DEXTROSE	T1	
<i>cefotetan disodium</i>	T1	
<i>cefotetan disodium</i> (Cefotan)	T1	
<i>cefoxitin sodium</i>	T1	
<i>cefoxitin sodium/dextrose, iso</i>	T1	
<i>cefprozil</i>	T1	
<i>cefuroxime axetil</i>	T1	
<i>cefuroxime sodium</i> (Zinacef)	T1	
ZINACEF	T3	
ZINACEF ( <i>cefuroxime sodium</i> )	T3	
<b>ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 3.º GENERACIÓN</b>		
AVYCAZ	T3	
<i>cefdinir</i>	T1	
<i>cefditoren pivoxil</i>	T1	
<i>cefixime</i> (Suprax)	T1	
<i>cefotaxime sodium</i>	T1	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 3.º GENERACIÓN (cont.)</b>		
<i>cefepodoxime proxetil</i>	T1	
<i>ceftazidime</i>	T1	
<i>ceftazidime (Fortaz)</i>	T1	
CEFTRIAXONE	T1	
<i>ceftriaxone in iso-osm dextrose</i>	T1	
<i>ceftriaxone sodium</i>	T1	
CLAFORAN	T3	
FORTAZ	T3	
FORTAZ ( <i>tazicef</i> )	T3	
FORTAZ IN ISO-OSMOTIC DEXTROSE	T3	
SUPRAX	T3	
SUPRAX ( <i>cefixime</i> )	T3	
ZERBAXA	T3	
<b>ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 4.º GENERACIÓN</b>		
CEFEPIME HCL	T1	
<i>cefepime hcl (Maxipime)</i>	T1	
<i>cefepime in iso-osm dextrose</i>	T1	
CEFEPIME-DEXTROSE	T1	
MAXIPIME	T3	
MAXIPIME ( <i>cefepime hcl</i> )	T3	
<b>ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - SIDERÓFOROS</b>		
FETROJA	T3	
<b>CEFALOSPORINAS - 5.º GENERACIÓN</b>		
TEFLARO	T3	
<b>ANTIBIÓTICOS DE CLORANFENICOL Y DERIVADOS</b>		
<i>chloramphenicol sod succinate</i>	T1	
<b>GLICILCICLINAS</b>		
<i>tigecycline (Tygacil)</i>	T1	
TYGACIL ( <i>tigecycline</i> )	T3	
<b>ANTIBIÓTICOS LINCOSAMIDAS</b>		
CLEOCIN HCL 150 MG CAPSULE ( <i>clindamycin hcl</i> )	T3	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIBIÓTICOS LINCOSAMIDAS (cont.)</b>		
CLEOCIN HCL 300 MG CAPSULE ( <i>clindamycin hcl</i> )	T3	
CLEOCIN HCL 75 MG CAPSULE ( <i>clindamycin hcl</i> )	T2	
CLEOCIN PEDIATRIC ( <i>clindamycin (pediatric)</i> )	T3	
CLEOCIN PHOS 150 MG/ML VIAL ( <i>clindamycin phosphate</i> )	T3	
CLEOCIN PHOS 300 MG/2 ML VIAL ( <i>clindamycin phosphate</i> )	T3	
<i>cleocin phos 300 mg/2ml addvan</i>	T1	
CLEOCIN PHOS 600 MG/4 ML VIAL ( <i>clindamycin phosphate</i> )	T3	
CLEOCIN PHOS 600 MG/4ML ADDVAN ( <i>clindamycin phosphate</i> )	T3	
CLEOCIN PHOS 9 G/60 ML VIAL ( <i>clindamycin phosphate</i> )	T3	
CLEOCIN PHOS 900 MG/6 ML VIAL ( <i>clindamycin phosphate</i> )	T3	
CLEOCIN PHOS 900 MG/6ML ADDVAN ( <i>clindamycin phosphate</i> )	T3	
CLIN SINGLE USE	T3	
<i>clindamycin hcl (Cleocin Hcl)</i>	T1	
<i>clindamycin palmitate hcl (Cleocin Pediatric)</i>	T1	
<i>clindamycin phosphate</i>	T1	
<i>clindamycin phosphate (Cleocin Phosphate)</i>	T1	
<i>clindamycin phosphate/d5w</i>	T1	
CLINDAMYCIN-0.9% NAACL	T1	
LINCOCIN	T3	
<i>lincomycin hcl (Lincocin)</i>	T1	
<b>ANTIBIÓTICOS LIPOGLUCOPÉPTIDOS</b>		
DALVANCE	T3	
ORBACTIV	T3	
VIBATIV	T3	
<b>ANTIBIÓTICOS MACRÓLIDOS</b>		
<i>azithromycin 1 gm pwd packet (Zithromax)</i>	T1	
<i>azithromycin 100 mg/5 ml susp (Zithromax)</i>	T1	
<i>azithromycin 200 mg/5 ml susp (Zithromax)</i>	T1	
<i>azithromycin 200 mg/5 ml susp (Zithromax)</i>	T1	
<i>azithromycin 250 mg tablet (Zithromax)</i>	T1	
<i>azithromycin 500 mg add-van vl</i>	T1	
<i>azithromycin 500 mg tablet (Zithromax Tri-pak)</i>	T1	
<i>azithromycin 600 mg tablet</i>	T1	
<i>azithromycin i.v. 500 mg vial (Zithromax)</i>	T1	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTIBIÓTICOS MACRÓLIDOS (cont.)</b>		
<i>clarithromycin</i>	T1	
DIFICID 200 MG TABLET	T3	QL (28 tabs/28 days)
DIFICID 40 MG/ML SUSPENSION	T3	QL (5ML/Day)
E.E.S. 200 ( <i>erythromycin ethylsuccinate</i> )	T3	PA
ERYPED 200 ( <i>erythromycin ethylsuccinate</i> )	T3	
ERYPED 400 ( <i>erythromycin ethylsuccinate</i> )	T3	PA
ERY-TAB ( <i>erythromycin</i> )	T3	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE	T3	
<i>erythromycin base</i>	T1	
<i>erythromycin base</i>	T3	
<i>erythromycin base</i> (Ery-tab)	T1	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	T1	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	T3	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> (Eryped 200)	T1	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> (Eryped 400)	T1	
<i>erythromycin stearate</i>	T1	
PCE	T3	
ZITHROMAX 1 GM POWDER PACKET ( <i>azithromycin</i> )	T3	
ZITHROMAX 100 MG/5 ML SUSP ( <i>azithromycin</i> )	T3	
ZITHROMAX 200 MG/5 ML SUSP ( <i>azithromycin</i> )	T3	
ZITHROMAX 200 MG/5 ML SUSP ( <i>azithromycin</i> )	T3	
ZITHROMAX 250 MG TABLET ( <i>azithromycin</i> )	T3	
ZITHROMAX 250 MG Z-PAK TABLET ( <i>azithromycin</i> )	T3	QL (15 tabs/90 days)
ZITHROMAX 500 MG TABLET ( <i>azithromycin</i> )	T3	QL (15 tabs/90 days)
ZITHROMAX I.V. 500 MG VIAL ( <i>azithromycin</i> )	T3	
ZITHROMAX TRI-PAK ( <i>azithromycin</i> )	T3	QL (15 tabs/90 days)
<b>AGENTES ANTIBACTERIANOS DERIVADOS DE NITROFURANOS</b>		
FURADANTIN ( <i>nitrofurantoin</i> )	T3	
MACROBID ( <i>nitrofurantoin mono-macro</i> )	T3	
MACRODANTIN ( <i>nitrofurantoin</i> )	T3	
<i>nitrofurantoin 25 mg/5 ml susp</i> (Furadantin)	T1	
<i>nitrofurantoin 25 mg/5 ml susp</i> (Furadantin)	T1	
<i>nitrofurantoin mcr 100 mg cap</i> (Macrofantin)	T1	
<i>nitrofurantoin mcr 25 mg cap</i> (Macrofantin)	T1	
<i>nitrofurantoin mcr 50 mg cap</i> (Macrofantin)	T1	
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst</i> (Macrobid)	T1	
<b>ANTIBIÓTICOS OXAZOLIDINONAS</b>		
<i>linezolid</i> (Zyvox)	T1	PA

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIBIÓTICOS OXAZOLIDINONAS (cont.)</b>		
<i>linezolid in 0.9% sodium chlor</i>	T1	
<i>linezolid in dextrose 5% (Zyvox)</i>	T1	
SIVEXTRO 200 MG TABLET	T3	PA
SIVEXTRO 200 MG VIAL	T3	
ZYVOX 100 MG/5 ML SUSPENSION ( <i>linezolid</i> )	T3	PA
ZYVOX 200 MG/100 ML-D5W	T3	
ZYVOX 600 MG TABLET ( <i>linezolid</i> )	T3	PA
ZYVOX 600 MG/300 ML-D5W	T3	
<b>ANTIBIÓTICOS DE PENICILINA</b>		
<i>amoxicillin</i>	T1	
<i>amoxicillin/potassium clav</i>	T1	
<i>amoxicillin/potassium clav</i> (Augmentin Xr)	T1	
<i>amoxicillin/potassium clav</i> (Augmentin)	T1	
<i>ampicillin sodium</i>	T1	
<i>ampicillin sodium/sulbactam na</i>	T1	
<i>ampicillin sodium/sulbactam na</i> (Unasyn)	T1	
<i>ampicillin trihydrate</i>	T1	
AUGMENTIN	T3	PA
AUGMENTIN ( <i>amoxicillin-clavulanate potass</i> )	T3	PA
AUGMENTIN XR ( <i>amoxicillin-clavulanate pot er</i> )	T3	PA
BICILLIN C-R	T3	
BICILLIN L-A	T3	
<i>dicloxacillin sodium</i>	T1	
MOXATAG	T3	
<i>nafacillin in dextrose, iso-osm</i>	T1	
<i>nafacillin sodium</i>	T1	
<i>oxacillin in dextrose (iso-osm)</i>	T1	
<i>oxacillin sodium</i>	T1	
<i>penicillin g potassium</i>	T1	
<i>penicillin g procaine</i>	T1	
<i>penicillin g sodium</i>	T1	
PENICILLIN GK-ISO-OSM DEXTROSE	T1	
<i>penicillin v potassium</i>	T1	
<i>piperacillin sodium/tazobactam</i>	T1	
<i>piperacillin sodium/tazobactam</i> (Piperacillin-tazobactam)	T1	
<i>piperacillin sodium/tazobactam</i> (Zosyn)	T1	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTIBIÓTICOS DE PENICILINA (cont.)</b>		
PIPERACILLIN-TAZOBACTAM	T1	
UNASYN ( <i>ampicillin-sulbactam</i> )	T3	
ZOSYN	T3	
ZOSYN ( <i>piperacillin-tazobactam</i> )	T3	
<b>DERIVADOS DE LA PLEUROMUTILINA</b>		
XENLETA 150 MG/15 ML VIAL	T3	
XENLETA 600 MG TABLET	T3	PA QL (10 tabs/30 days)
<b>ANTIBIÓTICOS DE POLIMIXINA Y DERIVADOS</b>		
<i>colistin (colistimethate na)</i> (Coly-mycin M Parenteral)	T1	
COLY-MYCIN M PARENTERAL ( <i>colistimethate</i> )	T3	
<i>polymyxin b sulfate</i>	T1	
<b>ANTIBIÓTICOS DE QUINOLONAS</b>		
AVELOX ( <i>moxifloxacin hcl</i> )	T3	
AVELOX IV ( <i>moxifloxacin</i> )	T2	
BAXDELA 300 MG VIAL	T3	
BAXDELA 450 MG TABLET	T3	PA
CIPRO 10% SUSPENSION ( <i>ciprofloxacin</i> )	T2	
CIPRO 250 MG TABLET ( <i>ciprofloxacin hcl</i> )	T3	
CIPRO 5% SUSPENSION ( <i>ciprofloxacin</i> )	T2	
CIPRO 500 MG TABLET ( <i>ciprofloxacin hcl</i> )	T3	
CIPRO I.V. ( <i>ciprofloxacin-d5w</i> )	T3	
<i>ciprofloxacin</i> (Cipro)	T1	
<i>ciprofloxacin hcl</i>	T1	
<i>ciprofloxacin hcl</i> (Cipro)	T1	
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i>	T1	
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i> (Cipro I.v.)	T1	
<i>ciprofloxacin lactate</i>	T1	
<i>ciprofloxacin/ciprofloxacin hcl</i>	T1	
FACTIVE	T3	
<i>levofloxacin</i>	T1	
<i>levofloxacin in dextrose 5 %</i>	T1	
MOXIFLOXACIN	T1	
<i>moxifloxacin hcl</i> (Avelox)	T1	
<i>moxifloxacin-sod.chloride (iso)</i> (Avelox Iv)	T1	
<i>ofloxacin</i>	T1	
<b>RIFAMICINAS Y ANTIBIÓTICOS DERIVADOS AFINES</b>		
AEMCOLO	T3	QL (12 tabs/3 days)

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>RIFAMICINAS Y ANTIBIÓTICOS DERIVADOS AFINES (cont.)</b>		
XIFAXAN 200 MG TABLET	T2	
XIFAXAN 550 MG TABLET	T2	QL (42 tabs/14 days)
<b>ANTIBIÓTICOS ESTREPTOGRAMINAS</b>		
SYNERCID	T3	
<b>ANTIBIÓTICOS DE TETRACICLINA</b>		
ACTICLATE ( <i>doxycycline hyclate</i> )	T3	ST
coremino er 135 mg tablet	T1	
coremino er 45 mg tablet	T1	QL (1 tab/day)
coremino er 90 mg tablet	T1	
demeclocycline hcl	T1	
DORYX	T3	PA
DORYX ( <i>doxycycline hyclate</i> )	T3	PA
DORYX MPC	T3	PA
doxycycline 50 mg tablet (Targadox)	T1	PA
doxycycline hyc dr 100 mg tab	T1	PA
doxycycline hyc dr 150 mg tab	T1	PA
doxycycline hyc dr 200 mg tab (Doryx)	T1	PA
doxycycline hyc dr 50 mg tab (Doryx)	T1	PA
doxycycline hyc dr 75 mg tab	T1	PA
DOXYCYCLINE HYC DR 80 MG TAB	T3	PA
doxycycline hyclate	T1	
doxycycline hyclate (Vibramycin)	T1	
doxycycline hyclate 100 mg cap (Vibramycin)	T1	
doxycycline hyclate 100 mg tab	T1	
doxycycline hyclate 100 mg vl	T1	
doxycycline hyclate 150 mg tab (Acticlate)	T1	
doxycycline hyclate 50 mg cap	T1	
doxycycline hyclate 75 mg tab (Acticlate)	T1	
DOXYCYCLINE IR-DR	T1	PA
doxycycline monohydrate	T1	
doxycycline monohydrate (Monodox)	T1	
MINOCIN 100 MG VIAL	T3	
MINOCIN 75 MG PELLETTIZED CAP ( <i>minocycline hcl</i> )	T3	PA
MINOCYCLINE ER	T3	ST
minocycline er 105 mg tablet (Solodyn)	T1	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIBIÓTICOS DE TETRACICLINA (cont.)</b>		
<i>minocycline er 115 mg tablet</i> (Solodyn)	T1	
<i>minocycline er 135 mg tablet</i>	T1	
<i>minocycline er 45 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
<i>minocycline er 55 mg tablet</i> (Solodyn)	T1	
<i>minocycline er 65 mg tablet</i> (Solodyn)	T1	
<i>minocycline er 80 mg tablet</i> (Solodyn)	T1	
<i>minocycline er 90 mg tablet</i>	T1	
<i>minocycline hcl</i>	T1	
<i>minocycline hcl</i> (Minocin)	T1	
MINOLIRA ER	T3	ST
MONODOX ( <i>mondoxyne nl</i> )	T3	
MONODOX ( <i>okebo</i> )	T3	
NUZYRA 100 MG VIAL	T3	PA SP
NUZYRA 150 MG TABLET	T3	PA QL (30 tablets/28 days) SP
ORACEA	T3	PA
SEYSARA	T3	PA
SOLODYN ( <i>minocycline hcl er</i> )	T3	PA
SOLOXIDE	T1	PA
TARGADOX	T3	PA
<i>tetracycline hcl</i>	T1	
VIBRAMYCIN 100 MG CAPSULE ( <i>morgidox</i> )	T3	PA
VIBRAMYCIN 50 MG/5 ML SYRUP	T3	
XERAVA	T3	
XIMINO	T3	ST
<b>ANTIBIÓTICOS VAGINALES</b>		
CLEOCIN	T3	
CLEOCIN ( <i>clindamycin phosphate</i> )	T3	
<i>clindamycin phosphate</i> (Cleocin)	T1	
CLINDESSE	T3	
METROGEL-VAGINAL ( <i>vandazole</i> )	T3	PA
<i>metronidazole</i> (Metrogel-vaginal)	T1	
NUVESSA	T3	PA
XACIATO	T3	
<b>ANTIBIÓTICOS DE VANCOMICINA Y DERIVADOS</b>		
FIRVANQ	T2	
VANCOGIN HCL ( <i>vancomycin hcl</i> )	T3	PA

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

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

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

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



## Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIBIÓTICOS DE VANCOMICINA Y DERIVADOS (cont.)</b>		
VANCOMYCIN 25 MG/ML SOLUTION	T3	PA
<i>vancomycin 50 mg/ml solution</i>	T1	
VANCOMYCIN	T1	
<i>vancomycin 1 gm add-van vial</i>	T1	
<i>vancomycin 1 gm vial</i>	T1	
VANCOMYCIN 1 GRAM/200 ML BAG	T3	
VANCOMYCIN 1.25 GM/250 ML BAG	T3	
VANCOMYCIN 1.5 GRAM/300 ML BAG	T3	
VANCOMYCIN 1.75 GM/350 ML BAG	T3	
VANCOMYCIN 2 GRAM/400 ML BAG	T3	
<i>vancomycin 250 mg/5 ml soln (Firvanq)</i>	T1	
<i>vancomycin 500 mg add-van vial</i>	T1	
<i>vancomycin 500 mg vial</i>	T1	
VANCOMYCIN 500 MG/100 ML BAG	T3	
VANCOMYCIN 750 MG ADD-VAN VIAL	T1	
VANCOMYCIN 750 MG/150 ML BAG	T3	
VANCOMYCIN HCL 1.25 GRAM VIAL	T1	
VANCOMYCIN HCL 1.5 GRAM VIAL	T1	
<i>vancomycin hcl 10 gm vial</i>	T1	
<i>vancomycin hcl 125 mg capsule (Vancocin Hcl)</i>	T1	
VANCOMYCIN HCL 1G/200 ML BAG	T1	
<i>vancomycin hcl 250 mg capsule (Vancocin Hcl)</i>	T1	
VANCOMYCIN HCL 250 MG VIAL	T1	
<i>vancomycin hcl 5 gm vial</i>	T1	
<i>vancomycin hcl 750 mg vial</i>	T1	
VANCOMYCIN HCL-0.9% NAACL	T1	
VANCOMYCIN HCL-D5W	T1	

## ANTIBIÓTICOS (Varios)

<b>LIPOPÉPTIDOS CÍCLICOS</b>		
CUBICIN ( <i>daptomycin</i> )	T3	
CUBICIN RF ( <i>daptomycin</i> )	T3	
DAPTOMYCIN	T1	
<i>daptomycin</i> (Cubicin Rf)	T1	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Condiciones cutáneas)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIBIÓTICOS TÓPICOS Y ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS</b>		
CORTISPORIN	T3	
NEO-SYNALAR	T3	
<b>ANTIBIÓTICOS TÓPICOS</b>		
AMZEEQ	T3	PA
BENZAMYCIN ( <i>erythromycin-benzoyl peroxide</i> )	T3	
CENTANY	T3	
CENTANY AT	T3	
CLEOCIN T ( <i>clindamycin phosphate</i> )	T3	
<i>clindacin etz 1% pledget</i> (Cleocin T)	T1	
CLINDACIN ETZ KIT	T3	
CLINDACIN PAC	T3	
CLINDAGEL	T3	PA
<i>clindamycin phosphate</i>	T1	
<i>clindamycin phosphate</i> (Cleocin T)	T1	
<i>clindamycin phosphate</i> (Evoclin)	T1	
<i>erythromycin base in ethanol</i>	T1	
<i>erythromycin base in ethanol</i>	T3	
<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i> (Benzamycin)	T1	
EVOCLIN ( <i>clindamycin phosphate</i> )	T3	
<i>gentamicin sulfate</i>	T1	
<i>mupirocin</i> (Centany)	T1	PA
<i>mupirocin calcium</i>	T1	
XEPI	T3	
ZILXI	T3	PA
<b>SULFONAMIDAS TÓPICAS</b>		
AVAR 9.5-5% CLEANSING PADS	T3	PA
<i>avar cleanser</i> (Rosanil)	T1	
AVAR LS	T3	
AVAR-E	T1	
AVAR-E GREEN	T1	
<i>mafenide acetate</i> (Sulfamylon)	T1	
ROSANIL ( <i>sodium sulfacetamide-sulfur</i> )	T1	
SILVADENE ( <i>ssd</i> )	T3	
<i>silver sulfadiazine</i> (Silvadene)	T1	
<i>sulfacetamide sod/sulfur/urea</i>	T1	
<i>sulfacetamide sodium/sulfur</i>	T1	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>SULFONAMIDAS TÓPICAS (cont.)</b>		
<i>sulfacetamide sodium/sulfur</i> (Avar-e Green)	T1	
<i>sulfacetamide sodium/sulfur</i> (Rosanil)	T1	
<i>sulfacetamide/sulfur/cleansr23</i>	T1	
<i>sulfact sod/sulur/avob/otn/oct</i>	T1	
SULFAMYLON ( <i>mafenide acetate</i> )	T3	

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

#### ANTICOAGULANTES CUMARÍNICOS

<i>warfarin sodium</i>	T1	HD
------------------------	----	----

#### CITRATOS COMO ANTICOAGULANTES

ACD SOLUTION A	T3	
ACD-A	T3	
ANTICOAG SODIUM CITRATE 4% SYR	T1	
CITRATE PHOSPHATE DEXTROSE	T1	
TRICITRASOL	T3	

#### INHIBIDORES DIRECTOS DEL FACTOR XA

BEVYXXA	T3	QL (42 caps/42 days)
ELIQUIS	T2	PA
SAVAYSA 15 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day)
SAVAYSA 30 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day)
SAVAYSA 60 MG TABLET	T3	PA
XARELTO	T2	PA

#### HEPARINA Y PREPARACIONES RELACIONADAS

ARIXTRA ( <i>fondaparinux sodium</i> )	T3	QL (1 syringe/day) SP
<i>enoxaparin 100 mg/ml syringe</i> (Lovenox)	T1	QL (2 syringes/day) SP
<i>enoxaparin 120 mg/0.8 ml syr</i> (Lovenox)	T1	QL (2 syringes/day) SP
<i>enoxaparin 150 mg/ml syringe</i> (Lovenox)	T1	QL (2 syringes/day) SP
<i>enoxaparin 30 mg/0.3 ml syr</i> (Lovenox)	T1	QL (2 syringes/day) SP
<i>enoxaparin 300 mg/3 ml vial</i> (Lovenox)	T1	QL (1 vial/day) SP
<i>enoxaparin 40 mg/0.4 ml syr</i> (Lovenox)	T1	QL (2 syringes/day) SP
<i>enoxaparin 60 mg/0.6 ml syr</i> (Lovenox)	T1	QL (2 syringes/day) SP
<i>enoxaparin 80 mg/0.8 ml syr</i> (Lovenox)	T1	QL (2 syringes/day) SP
<i>fondaparinux sodium</i> (Arixtra)	T1	QL (1 syringe/day) SP

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

ANTICOAGULANTES (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>HEPARINA Y PREPARACIONES RELACIONADAS (cont.)</b>		
FRAGMIN	T2	QL (2ML/DAY) SP
heparin 1,000 unit/500 ml-ns	T1	
HEPARIN 2,000 UNIT/1,000 ML-NS (heparin sodium,porcine/ns/pf)	T3	
heparin 2,000 unit/1,000 ml-ns (Heparin Sodium-0.9% Nacl)	T1	
HEPARIN 2,500 UNIT/500 ML-NS	T1	
HEPARIN 30,000 UNIT/1,000-NS	T1	
HEPARIN 5,000 UNIT/1,000 ML-NS	T1	
HEPARIN 5,000 UNIT/500 ML-NS	T1	
heparin 10,000 unit/10 ml vial	T1	
heparin 2,000 unit/2 ml vial	T1	
heparin 30,000 unit/30 ml vial	T1	
heparin 40,000 unit/4 ml vial	T1	
heparin 5,000 unit/ml carpuct	T1	
heparin 50,000 unit/10 ml vial	T1	
heparin 50,000 unit/5 ml vial	T1	
heparin sod 1,000 unit/ml vial	T1	
heparin sod 10,000 unit/ml vl	T1	
heparin sod 20,000 unit/ml vl	T1	
heparin sod 5,000 unit/0.5 ml	T1	
HEPARIN SOD 5,000 UNIT/0.5 ML	T3	
heparin sod 5,000 unit/0.5 ml (Heparin Sodium)	T1	
heparin sod 5,000 unit/ml syrg	T3	
heparin sod 5,000 unit/ml vial	T1	
heparin sod, porcine/0.9 % nacl	T1	
heparin sod, pork in 0.45% nacl	T1	
heparin sodium, porcine	T1	
heparin sodium, porcine/d5w	T1	
heparin sodium, porcine/pf	T1	
HEPARIN SODIUM-0.45% NAACL	T1	
LOVENOX 100 MG/ML SYRINGE (enoxaparin sodium)	T3	QL (2 syringes/day) SP
LOVENOX 120 MG/0.8 ML SYRINGE (enoxaparin sodium)	T3	QL (2 syringes/day) SP
LOVENOX 150 MG/ML SYRINGE (enoxaparin sodium)	T3	QL (2 syringes/day) SP
LOVENOX 30 MG/0.3 ML SYRINGE (enoxaparin sodium)	T3	QL (2 syringes/day) SP
LOVENOX 300 MG/3 ML VIAL (enoxaparin sodium)	T3	QL (1 vial/day) SP
LOVENOX 40 MG/0.4 ML SYRINGE (enoxaparin sodium)	T3	QL (2 syringes/day) SP

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>HEPARINA Y PREPARACIONES RELACIONADAS (cont.)</b>		
LOVENOX 60 MG/0.6 ML SYRINGE ( <i>enoxaparin sodium</i> )	T3	QL (2 syringes/day) SP
LOVENOX 80 MG/0.8 ML SYRINGE ( <i>enoxaparin sodium</i> )	T3	QL (2 syringes/day) SP

### INHIBIDORES DE LA TROMBINA, SELECTIVOS, DIRECTOS Y REVERSIBLES

ARGATROBAN	T3	HD
ARGATROBAN-0.9% NAACL	T1	SP HD
ARGATROBAN-SODIUM CHLORIDE	T1	SP HD
PRADAXA 110 MG CAPSULE	T3	PA HD
PRADAXA 150 MG CAPSULE	T3	PA HD
PRADAXA 75 MG CAPSULE	T3	PA HD

### INHIBIDORES DE LA TROMBINA, SELECTIVOS, DIRECTOS Y REVERSIBLES - TIPO HIRUDINA

ANGIOMAX ( <i>bivalirudin</i> )	T3	
BIVALIRUDIN 250 MG ADD-VANT VL	T1	
<i>bivalirudin 250 mg vial</i> (Angiomax)	T1	
BIVALIRUDIN RTU 250 MG/50 ML	T3	
BIVALIRUDIN-0.9% NAACL	T1	

### ANTÍDOTOS (Condiciones gastrointestinales/pirosis)

#### ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES OPIOIDES MU, CON ACCIÓN PERIFÉRICA

MOVANTIK	T3	PA
RELISTOR	T3	PA
SYMPROIC	T3	PA

### ANTÍDOTOS (Abuso de sustancias)

#### ANTAGONISTAS OPIOIDES

EVZIO	T3	PA QL (0.8ml/day)
KLOXXADO	T2	PA QL (2 sprays/30 days)
<i>naloxone 0.4 mg/ml carpject</i>	T1	
<i>naloxone 0.4 mg/ml vial</i>	T1	
NALOXONE 2 MG AUTO-INJECTOR	T3	QL (0.8ml/day)
<i>naloxone 2 mg/2 ml syringe</i>	T1	
<i>naloxone 4 mg/10 ml vial</i>	T1	
<i>naltrexone hcl</i>	T1	QL (180 tabs/30 days)

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

ANTÍDOTOS (Abuso de sustancias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTAGONISTAS OPIOIDES (CONT.)</b>		
NARCAN	T2	QL (2 units/30 days)
ZIMHI	T3	QL (2 inj/month)
<b>ANTIMICÓTICOS (Condiciones oculares)</b>		
<b>AGENTES ANTIMICÓTICOS OFTÁLMICOS</b>		
NATACYN	T2	
<b>ANTIMICÓTICOS (Productos femeninos)</b>		
<b>ANTIMICÓTICOS VAGINALES</b>		
GYNAZOLE 1	T1	
<i>miconazole nitrate</i>	T1	
<i>terconazole</i>	T1	
<b>ANTIMICÓTICOS (Infecciones)</b>		
<b>AGENTES ANTIMICÓTICOS</b>		
ANCOBON ( <i>flucytosine</i> )	T3	
<i>clotrimazole</i>	T1	
CRESEMBA 186 MG CAPSULE	T3	PA
CRESEMBA 372 MG VIAL	T3	
DIFLUCAN ( <i>fluconazole</i> )	T3	PA
<i>fluconazole</i> (Diflucan)	T1	
<i>fluconazole in dextrose, iso-os</i>	T1	
<i>fluconazole in nacl, iso-osm</i>	T1	
<i>flucytosine</i> (Ancobon)	T1	
<i>itraconazole</i> (Sporanox)	T1	
<i>ketoconazole</i>	T1	
NOXAFIL 300 MG/16.7 ML VIAL	T3	
NOXAFIL 40 MG/ML SUSPENSION ( <i>posaconazole</i> )	T3	PA
NOXAFIL DR 100 MG TABLET ( <i>posaconazole</i> )	T3	PA
ORAVIG	T3	
<i>posaconazole</i> (Noxafil)	T1	
SPORANOX ( <i>itraconazole</i> )	T3	PA
<i>terbinafine hcl</i>	T1	
TOLSURA	T3	
VFEND ( <i>voriconazole</i> )	T3	PA
VFEND IV ( <i>voriconazole</i> )	T3	
VIVJOA	T3	PA

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANTIMICÓTICOS (Infecciones) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTIBIÓTICOS ANTIMICÓTICOS</b>		
<i>voriconazole 200 mg tablet (Vfend)</i>	T1	PA
<i>voriconazole 200 mg vial (Vfend Iv)</i>	T1	
<i>voriconazole 40 mg/ml susp (Vfend)</i>	T1	PA
<i>voriconazole 50 mg tablet (Vfend)</i>	T1	PA
ABELCET	T3	
AMBISOME	T3	
<i>amphotericin b</i>	T1	
BREXAFEMME	T3	PA
CANCIDAS ( <i>casposfungin acetate</i> )	T3	
<i>casposfungin acetate (Cancidas)</i>	T1	
ERAXIS (WATER DILUENT)	T3	
<i>griseofulvin ultramicrosize (Gris-peg)</i>	T1	
<i>griseofulvin, microsize</i>	T1	
GRIS-PEG ( <i>griseofulvin ultramicrosize</i> )	T3	
<i>micafungin sodium (Mycamine)</i>	T1	
MYCAMINE ( <i>micafungin</i> )	T3	
<i>nystatin</i>	T1	
<b>ANTIMICÓTICOS (Condiciones cutáneas)</b>		
<b>ANTIMICÓTICO TÓPICO/ANTIINFLAMATORIO, AGENTE ESTEROIDE</b>		
<i>clotrimazole/betamethasone dip</i>	T1	
<b>ANTIMICÓTICOS TÓPICOS</b>		
<i>ciclodan 0.77% cream (Loprox)</i>	T1	
CICLODAN 0.77% CREAM KIT	T3	
<i>ciclodan 8% solution</i>	T1	
<i>ciclopirox</i>	T1	
<i>ciclopirox (Loprox)</i>	T1	
<i>ciclopirox olamine (Loprox)</i>	T1	
<i>econazole nitrate</i>	T1	
ECOZA	T3	
ERTACZO	T3	PA
EXELDERM	T3	PA
EXODERM	T1	
EXTINA ( <i>ketodan</i> )	T3	PA
JUBLIA	T3	PA

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

ANTIMICÓTICOS (Condiciones cutáneas)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIMICÓTICOS TÓPICOS (cont.)</b>		
KERYDIN	T3	PA
KERYDIN ( <i>tavaborole</i> )	T3	PA
<i>ketoconazole</i>	T1	
<i>ketoconazole</i> (Extina)	T1	
<i>ketoconazole/skin cleanser 28</i>	T1	
LOPROX 0.77% CREAM ( <i>ciclopirox</i> )	T3	PA
LOPROX 0.77% TOPICAL SUSP ( <i>ciclopirox</i> )	T3	
LOPROX 1% SHAMPOO ( <i>ciclopirox</i> )	T3	PA
LULICONAZOLE	T1	
LUZU	T3	PA
MICONAZOLE-ZINC OXIDE-PETROLTM	T1	PA
<i>naftifine hcl</i>	T1	
<i>naftifine hcl</i> (Naftin)	T1	
NAFTIN ( <i>naftifine hcl</i> )	T2	
<i>nystatin</i>	T1	
<i>nystatin/triamcinolone acet</i>	T1	
<i>oxiconazole nitrate</i> (Oxistat)	T1	
OXISTAT 1% CREAM ( <i>oxiconazole nitrate</i> )	T3	PA
OXISTAT 1% LOTION	T2	PA
SULCONAZOLE NITRATE	T3	PA
<i>tavaborole</i> (Kerydin)	T1	PA
VUSION	T3	PA
XOLEGEL	T3	PA

## ANTIHIAMÍNICOS Y DESCONGESTIVOS COMBINADOS (Alergia/rociadores nasales)

### COMBINACIÓN DE ANTIHIAMÍNICOS DE 1.ª GENERACIÓN Y DESCONGESTIVOS

<i>phenylephrine hcl/prometh hcl</i>	T1	
--------------------------------------	----	--

### COMBINACIÓN DE ANTIHIAMÍNICOS DE 2.ª GENERACIÓN Y DESCONGESTIVOS

CLARINEX-D 12 HOUR	T3	
--------------------	----	--

## ANTIHIAMÍNICOS (Alergia/rociadores nasales)

### ANTIHIAMÍNICOS - 1.ª GENERACIÓN

<i>carbinoxamine 4 mg/5 ml liquid</i>	T1	
<i>carbinoxamine maleate 4 mg tab</i>	T1	
<i>carbinoxamine maleate 6 mg tab</i> (Ryvont)	T1	PA
<i>clemastine fumarate</i>	T1	
<i>cyproheptadine hcl</i> (Cyproheptadine Hcl)	T1	
<i>dexchlorpheniramine maleate</i> (Ryclora)	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

ANTIHIISTAMÍNICOS (Alergia/rociadores nasales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIHIISTAMÍNICOS - 1.ª GENERACIÓN</b>		
<i>diphenhydramine hcl</i>	T1	
<i>hydroxyzine hcl</i>	T1	
<i>hydroxyzine pamoate</i>	T1	
<i>hydroxyzine pamoate</i> (Vistaril)	T1	
KARBINAL ER	T3	PA
PHENERGAN ( <i>promethazine hcl</i> )	T3	
<i>promethazine hcl</i>	T1	
<i>promethazine hcl</i> (Phenergan)	T1	
RYCLORA ( <i>dexchlorpheniramine maleate</i> )	T3	
RYVENT	T3	PA
VISTARIL ( <i>hydroxyzine pamoate</i> )	T3	
<b>ANTIHIISTAMÍNICOS - 2.ª GENERACIÓN</b>		
<i>cetirizine hcl</i>	T1	HD
CLARINEX ( <i>desloratadine</i> )	T3	HD
<i>desloratadine 2.5 mg odt</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>desloratadine 5 mg odt</i>	T1	HD
<i>desloratadine 5 mg tablet</i> (Clarinet)	T1	HD
QUZYTTIR	T3	HD
<b>ANTIHIISTAMÍNICOS (Condiciones oculares)</b>		
<b>ANTIHIISTAMÍNICOS PARA LOS OJOS</b>		
<i>azelastine hcl 0.05% drops</i>	T1	
BEPREVE	T3	PA
<i>epinastine hcl</i>	T1	
LASTACAFT	T3	
<i>olopatadine hcl 0.1% eye drops</i>	T1	
<i>olopatadine hcl 0.2% eye drop</i> (Pataday)	T1	
PATADAY ( <i>olopatadine hcl</i> )	T3	
PATANOL 0.1%	T3	PA
PAZEO	T2	
ZERVIATE	T2	
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes)</b>		
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE LA ENZIMA DPP-4-TIAZOLIDINEDIONA</b>		
ALOGLIPTIN-PIOGLITAZONE	T1	PA QL (1 tab/day) HD
OSENI	T3	PA QL (1 tab/day) HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, MIMÉTICOS DE INCRETINA (AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-I) (cont.)</b>		
ADLYXIN	T3	QL (1 pen/28 days) ST HD
BYDUREON	T2	QL (4 vials/28 days) ST HD
BYDUREON BCISE	T2	QL (4 pens/28 days) ST HD
BYDUREON PEN	T2	QL (4 pens/28 days) ST HD
BYETTA	T2	QL (1 pen/30 days) ST HD
OZEMPIC 0.25-0.5 MG DOSE PEN	T2	QL (2 pens/28 days) ST HD
OZEMPIC 1 MG DOSE PEN (1.5 ML)	T2	QL (2 pens/28 days) ST HD
OZEMPIC 1 MG DOSE PEN (3 ML)	T2	QL (3ML/21 Days) ST HD
REZVOGLAR KWIKPEN	T2	PA
RYBELSUS	T2	QL (1 tab/day) ST HD
TRULICITY 0.75 MG/0.5 ML PEN	T2	QL (4 pens/28 days) ST HD
TRULICITY 1.5 MG/0.5 ML PEN	T2	QL (4 pens/28 days) ST HD
TRULICITY 3 MG/0.5 ML PEN	T2	QL (2 ML/28 Days) ST HD
TRULICITY 4.5 MG/0.5 ML PEN	T2	QL (2 ML/28 Days) ST HD
VICTOZA 2-PAK	T3	QL (3 pens/30 days) ST HD
VICTOZA 3-PAK	T3	QL (3 pens/30 days) ST HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INSULINA, ACCIÓN PROLONGADA-AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-I</b>		
SOLIQUA 100-33	T2	HD
XULTOPHY 100-3.6	T2	HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉM.-INHIB. DEL COTRANSPORT. DE SOD./GLUC. TIPO 2 (SGLT-2)</b>		
FARXIGA	T2	QL (1 tab/day) ST HD
INVOKANA	T2	QL (1 tab/day) ST HD
JARDIANCE	T2	QL (1 tab/day) ST HD
STEGLATRO	T2	QL (1 tab/day) ST HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE DOPAMINA</b>		
CYCLOSET	T3	HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE LA ALFA-GLUCOSIDASA</b>		
<i>acarbose</i> (Precose)	T1	HD
GLYSET ( <i>miglitol</i> )	T3	HD
<i>miglitol</i> (Glyset)	T1	HD
PRECOSE ( <i>acarbose</i> )	T3	HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO ANÁLOGOS DE AMILINA</b>		
SYMLINPEN 120	T2	HD
SYMLINPEN 60	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

ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO BIGUANIDAS</b>		
FORTAMET ( <i>metformin er osmotic</i> )	T3	PA HD
GLUCOPHAGE XR ( <i>metformin hcl er</i> )	T3	HD
GLUMETZA ( <i>metformin er gastric</i> )	T3	PA HD
<i>metformin hcl</i>	T1	HD
<i>metformin hcl</i> (Fortamet)	T1	PA HD
<i>metformin hcl</i> (Glucophage Xr)	T1	HD
<i>metformin hcl</i> (Glumetza)	T1	PA HD
<i>metformin hcl</i> (Riomet)	T1	HD
RIOMET ( <i>metformin hcl</i> )	T3	HD
RIOMET ER	T3	HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE DPP-4</b>		
ALOGLIPTIN	T1	PA QL (1 tab/day) HD
JANUVIA	T2	QL (1 tab/day) ST HD
NESINA	T3	PA QL (1 tab/day) HD
ONGLYZA	T3	PA QL (1 tab/day) HD
TRADJENTA	T3	PA QL (2 tabs/day) HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO ESTIMULANTES DE LIBERACIÓN DE INSULINA</b>		
AMARYL ( <i>glimepiride</i> )	T3	HD
<i>chlorpropamide</i>	T1	HD
<i>glimepiride</i> (Amaryl)	T1	HD
<i>glipizide</i> (Glucotrol XI)	T1	HD
<i>glipizide</i> (Glucotrol)	T1	HD
GLUCOTROL ( <i>glipizide</i> )	T3	HD
GLUCOTROL XL ( <i>glipizide xl</i> )	T3	HD
<i>glyburide</i>	T1	HD
<i>glyburide, micronized</i> (Glynase)	T1	HD
GLYNASE ( <i>glyburide micronized</i> )	T3	HD
<i>nateglinide</i> (Starlix)	T1	HD
<i>repaglinide</i>	T1	HD
STARLIX ( <i>nateglinide</i> )	T3	HD
<i>tolbutamide</i>	T1	HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, COMB. DE INHIBIDORES DE SGLT-2 Y DPP-4</b>		
GLYXAMBI	T2	QL (1 tab/day) ST HD
QTERN	T2	QL (1 tab/day) ST HD
STEGLUJAN	T3	QL (1 tab/day) ST HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS Y BIGUANIDAS</b>		
ACTOPLUS MET ( <i>pioglitazone-metformin</i> )	T3	HD
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i> (Actoplus Met)	T1	HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS Y SULFONILUREAS</b>		
DUETACT ( <i>pioglitazone-glimepiride</i> )	T3	HD
<i>pioglitazone hcl/glimepiride</i> (Duetact)	T1	HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, COMB. DE INHIBIDORES DE DPP-4 Y BIGUANIDAS</b>		
ALOGLIPTIN-METFORMIN	T1	PA QL (2 tabs/day) HD
JANUMET	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
JANUMET XR 100-1,000 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day) ST HD
JANUMET XR 50-1,000 MG TABLET	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
JANUMET XR 50-500 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day) ST HD
JENTADUETO	T3	PA QL (4 tabs/day) HD
JENTADUETO XR 2.5 MG-1,000 MG	T3	PA QL (2 tabs/day) HD
JENTADUETO XR 5 MG-1,000 MG TB	T3	PA QL (1 tab/day) HD
KAZANO	T3	PA QL (2 tabs/day) HD
KOMBIGLYZE XR 2.5-1,000 MG TAB	T3	PA QL (2 tabs/day) HD
KOMBIGLYZE XR 5-1,000 MG TAB	T3	PA QL (1 tab/day) HD
KOMBIGLYZE XR 5-500 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day) HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, ESTIM. DE LIBERACIÓN DE INSULINA-BIGUANIDAS</b>		
<i>glipizide/metformin hcl</i>	T1	HD
<i>glyburide/metformin hcl</i>	T1	HD
<i>repaglinide/metformin hcl</i>	T1	HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS (AGONISTAS DE PPARG)</b>		
ACTOS ( <i>pioglitazone hcl</i> )	T3	HD
AVANDIA	T3	HD
<i>pioglitazone hcl</i> (Actos)	T1	HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS-BLOQUEADORES DE LOS RECEPTORES DE GLUCOCORTICOIDES</b>		
KORLYM	T3	PA SP
<b>ANTIPLERGLUCÉMICOS-COMB. DE INHIBIDORES DE SGLT-2 Y BIGUANIDAS</b>		
INVOKAMET	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
INVOKAMET XR	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
SEGLUROMET	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
SYNJARDY	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
SYNJARDY XR 10-1,000 MG TABLET	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
SYNJARDY XR 12.5-1,000 MG TAB	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
SYNJARDY XR 25-1,000 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day) ST HD
SYNJARDY XR 5-1,000 MG TABLET	T2	QL (2 tabs/day) ST HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS-COMB. DE INHIBIDORES DE SGLT-2 Y BIGUANIDAS (cont.)</b>		
XIGDUO XR 10 MG-1,000 MG TAB	T2	QL (1 tab/day) ST HD
XIGDUO XR 10 MG-500 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day) ST HD
XIGDUO XR 2.5 MG-1,000 MG TAB	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
XIGDUO XR 5 MG-1,000 MG TABLET	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
XIGDUO XR 5 MG-500 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day) ST HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉM.-COMB. DE INHIB. DE SGLT-2, INHIB. DE DPP-4 Y BIGUANIDAS</b>		
TRIJARDY XR	T2	QL (1 tab/day) ST HD
<b>INSULINAS</b>		
ADMELOG	T3	QL (1.5ml/day) HD
ADMELOG SOLOSTAR	T3	QL (1.5ml/day) HD
AFREZZA 12 UNIT CARTRIDGE	T3	PA QL (12 cartridges/day) HD
AFREZZA 4 UNIT CARTRIDGE	T3	PA QL (36 cartridges/day) HD
AFREZZA 4 UNIT/8 UNIT/12 UNIT	T3	PA QL (6 cartridges/day) HD
AFREZZA 8 UNIT CARTRIDGE	T3	PA QL (18 cartridges/day) HD
AFREZZA 90-4 UNIT / 90-8 UNIT	T3	PA QL (12 cartridges/day) HD
AFREZZA 90-8 UNIT / 90-12 UNIT	T3	PA QL (6 cartridges/day) HD
APIDRA	T3	QL (1.5ML/DAY) HD
APIDRA SOLOSTAR	T3	QL (1.5ML/DAY) HD
BASAGLAR KWIKPEN U-100	T2	QL (1.5ml/day) HD
FIASP	T2	QL (1.5ml/day) HD
FIASP FLEXTOUCH	T2	QL (1.5ml/day) HD
FIASP PENFILL	T2	QL (1.5ml/day) HD
HUMALOG	T2	QL (1.5ml/day) HD
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	T2	QL (1.5ml/day) HD
HUMALOG KWIKPEN U-100	T2	QL (1.5ML/DAY) HD
HUMALOG KWIKPEN U-200	T2	QL (1ML/DAY) HD
HUMALOG MIX 50-50	T2	QL (2ml/day) HD
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	T2	QL (2ml/day) HD
HUMALOG MIX 75-25	T2	QL (2ml/day) HD
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	T2	QL (2ml/day) HD
HUMULIN R U-500	T2	QL (1ML/DAY) HD
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	T2	QL (1ML/DAY) HD
INSULIN ASPART	T2	QL (1.5ml/day) HD
INSULIN ASPART FLEXPEN	T2	QL (1.5ml/day) HD
INSULIN ASPART PENFILL	T2	QL (1.5ml/day) HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>INSULINAS (cont.)</b>		
INSULIN ASPART PROT-INSULN ASP	T2	QL (2ML/DAY) HD
INSULIN LISPRO	T2	QL (1.5ml/day) HD
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN	T2	QL (1.5ml/day) HD
INSULIN LISPRO KWIKPEN U-100	T2	QL (1.5ml/day) HD
INSULIN LISPRO PROTAMINE MIX	T2	QL (2ml/day) HD
LANTUS	T3	PA QL (1.5ml/day) HD
LANTUS SOLOSTAR	T3	PA QL (1.5ml/day) HD
LEVEMIR	T3	PA QL (1.5ml/day) HD
LEVEMIR FLEXTOUCH	T3	PA QL (1.5ml/day) HD
LYUMJEV	T2	QL (1.5ML/DAY) HD
LYUMJEV KWIKPEN U-100	T2	QL (1.5ML/DAY) HD
LYUMJEV KWIKPEN U-200	T2	QL (1ML/DAY) HD
NOVOLOG	T2	QL (1.5ml/day) HD
NOVOLOG FLEXPEN	T2	QL (1.5ml/day) HD
NOVOLOG MIX 70-30	T2	QL (2ml/day) HD
NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN	T2	QL (2ml/day) HD
SEMGLEE	T3	PA QL (1.5ML/DAY) HD
SEMGLEE PEN	T3	PA QL (1.5ML/DAY) HD
TOUJEO MAX SOLOSTAR	T3	PA QL (0.6ml/day) HD
TOUJEO SOLOSTAR	T3	PA QL (0.6ml /day) HD
TRESIBA	T2	QL (1.5ml/day) HD
TRESIBA FLEXTOUCH U-100	T2	QL (1.5ml/day) HD
TRESIBA FLEXTOUCH U-200	T2	QL (0.9ml/day) HD
<b>ANTIINFECCIOSOS (Productos femeninos)</b>		
<b>SULFONAMIDAS VAGINALES</b>		
AVC	T3	
<b>ANTIINFECCIOSOS (Infecciones)</b>		
<b>ANTIBIÓTICOS DE PENICILINA</b>		
<i>amoxicillin</i>	T1	
<i>amoxicillin/potassium clav</i> (Augmentin Es-600)	T1	
<i>ampicillin sodium</i>	T1	
AUGMENTIN ES-600 ( <i>amoxicillin/potassium clav</i> )	T3	PA
<i>nafcillin sodium</i>	T1	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Productos femeninos)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTISÉPTICOS VAGINALES</b>		
<i>acetic acid/oxyquinoline</i> (Relagard)	T1	
RELAGARD ( <i>fem ph</i> )	T3	
TRIMO-SAN	T3	
<b>ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Infecciones)</b>		
<b>ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS DE 2.º GENERACIÓN- ANTIBACTERIANOS</b>		
TINDAMAX ( <i>tinidazole</i> )	T3	
<i>tinidazole</i>	T1	
<i>tinidazole</i> (Tindamax)	T1	
<b>AMEBICIDAS</b>		
<i>paromomycin sulfat</i> e	T1	
<b>ANTHELMÍNTICOS</b>		
<i>albendazole</i> (Albenza)	T1	
ALBENZA ( <i>albendazole</i> )	T3	
BILTRICIDE ( <i>praziquantel</i> )	T3	
EMVERM	T1	
<b>ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Infecciones) (cont.)</b>		
<b>ANTHELMÍNTICOS (cont.)</b>		
<i>ivermectin</i> (Stromectol)	T1	PA
<i>praziquantel</i> (Biltricide)	T1	
STROMECTOL ( <i>ivermectin</i> )	T3	PA
<b>MEDICAMENTOS CONTRA LA MALARIA</b>		
ARAKODA	T3	PA
<i>atovaquone/proguanil hcl</i> (Malarone)	T1	
<i>chloroquine ph 250 mg tablet</i>	T1	QL (56 Tabs/365 Days)
<i>chloroquine ph 500 mg tablet</i>	T1	
COARTEM	T3	PA QL (24 tabs/30 days)
DARAPRIM ( <i>pyrimethamine</i> )	T3	PA SP
<i>hydroxychloroquine sulfate</i> (Plaquenil)	T1	
KRINTAFEL	T3	PA QL (2 tabs/30 days)
MALARONE ( <i>atovaquone-proguanil hcl</i> )	T3	PA
<i>mefloquine hcl</i>	T1	
PLAQUENIL ( <i>hydroxychloroquine sulfate</i> )	T3	PA

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>MEDICAMENTOS CONTRA LA MALARIA</b>		
<i>primaquine phosphate</i> (Primaquine)	T1	
PRIMAQUINE ( <i>primaquine phosphate</i> )	T1	
<i>pyrimethamine 25 mg tablet</i> (Daraprim)	T1	PA
<i>pyrimethamine 25 mg tablet</i> (Daraprim)	T1	PA SP
QUALAQUIN ( <i>quinine sulfate</i> )	T3	PA
<i>quinine sulfate</i> (Qualaquin)	T1	
<b>MEDICAMENTOS ANTIPROTOZOARIOS, VARIOS</b>		
<i>atovaquone</i> (Mepron)	T1	
BENZNIDAZOLE	T3	
IMPAVIDO	T3	PA
LAMPIT	T3	
MEPRON	T3	PA
MEPRON ( <i>atovaquone</i> )	T3	PA
NEBUPENT ( <i>pentamidine isethionate</i> )	T3	
PENTAM 300 ( <i>pentamidine isethionate</i> )	T3	
<i>pentamidine isethionate</i> (Nebupent)	T1	
<i>pentamidine isethionate</i> (Pentam 300)	T1	
<b>ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Varios)</b>		
<b>AGENTES ANTIBACTERIANOS, VARIOS</b>		
<i>glycine urologic solution</i>	T1	
<i>glycine urologic solution</i>	T3	
<b>ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Condiciones cutáneas)</b>		
<b>ANTIMICÓTICOS TÓPICOS</b>		
CICLODAN 8% KIT	T3	
<i>ciclopirox/urea/camph/men/euc</i> (Ciclodan)	T1	
<b>AGENTES INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL ANTIINFLAMATORIOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)</b>		
<b>ANTIINFLAMATORIOS INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL</b>		
ADALIMUMAB-ADAZ	T2	PA QL (2 doses/ 28 days) SP
ADALIMUMAB-FKJP (CF)	T3	PA QL (2 doses/ 28 days) SP
AMJEVITA(CF)	T2	PA QL(2 SYRINGES/28 DAYS) SP HD
AMJEVITA(CF) AUTOINJECTOR	T2	PA QL(2 AUTO-INJS/28 DAYS) SP HD
AVSOLA	T2	PA SP
CIMZIA 200 MG VIAL KIT	T2	PA QL (1 kit/28 days) SP HD
CIMZIA 2X200 MG/ML SYRINGE KIT	T2	PA QL (1 kit/28 days) SP HD

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

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

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

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



## Lista de medicamentos con receta

AGENTES INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL ANTIINFLAMATORIOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIINFLAMATORIOS INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL</b>		
CIMZIA 2X200 MG/ML (X3) START KT	T2	PA QL (1 kit/year) SP HD
CYLTEZO	T2	PA QL (2 doses/ 28 days) SP
ENBREL 25 MG KIT	T2	PA QL (8 vials/28 days) SP HD
ENBREL 25 MG/0.5 ML SYRINGE	T2	PA QL (8 syringes/28 days) SP HD
ENBREL 25 MG/0.5 ML VIAL	T2	PA QL (4ml/28 days) SP HD
ENBREL 50 MG/ML SYRINGE	T2	PA QL (4 syringes/28 days) SP HD
ENBREL MINI	T2	PA QL (4 cartridges/28 days) SP HD
ENBREL SURECLICK	T2	PA QL (4 syringes/28 days) SP HD
HADLIMA	T2	PA QL (2 doses/ 28 days) SP HD
HADLIMA (CF-citrate free)	T2	PA QL (2 doses/ 28 days) SP HD
HUMIRA	T2	PA QL (2 syringes/28 days) SP HD
HUMIRA PEN	T2	PA QL (2 pens/28 days) SP HD
HUMIRA PEN CROHN'S-UC-HS	T2	PA QL (1 kit/year) SP HD
HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS	T2	PA QL (1 kit/year) SP HD
HUMIRA (CF)	T2	PA QL (2 syringes/28 days) SP HD
HUMIRA (CF) PEDIATRIC CROHN'S	T2	PA QL (1 kit/year) SP HD
HUMIRA (CF) PEN 40 MG/0.4 ML	T2	PA QL (2 pens/28 days) SP HD
HUMIRA (CF) PEN 80 MG/0.8 ML	T2	PA QL (1 kit/year) SP HD
HUMIRA (CF) PEN CROHN'S-UC-HS	T2	PA QL (1 kit/year) SP HD
HUMIRA (CF) PEN PEDIATRIC UC	T2	PA QL (4 KITS/365 DAYS) SP HD
HUMIRA (CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS	T2	PA QL (1 kit/year) SP HD
HYRIMOZ	T2	PA QL (2 doses/ 28 days) SP
IDACIO (CF)	T3	PA QL (2 doses/ 28 days) SP
INFLECTRA	T2	PA SP HD
REMICADE	T3	PA SP HD
RENFLXIS	T3	PA SP HD
SIMPONI 100 MG/ML PEN INJECTOR	T2	PA QL (1 injector/28 days) SP HD
SIMPONI 100 MG/ML SYRINGE	T2	PA QL (1 syringe/28 days) SP HD
SIMPONI 50 MG/0.5 ML PEN INJEC	T3	PA QL (1 injector/28 days) SP HD
SIMPONI 50 MG/0.5 ML SYRINGE	T3	PA QL (1 syringe/28 days) SP HD
SIMPONI ARIA	T2	PA SP HD
YUFLYMA	T3	PA QL (2 doses/ 28 days) SP
YUSIMRY (CF)	T3	PA QL (2 doses/ 28 days) SP

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANP - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES X RETINOIDES (RXR) SELECTIVOS</b>		
<i>bexarotene</i> (Targretin)	T1	PA SP HD
TARGRETIN 75 MG CAPSULE ( <i>bexarotene</i> )	T3	PA SP HD
<b>ANTIBIÓTICOS ANTINEOPLÁSTICOS</b>		
<i>adriamycin 10 mg vial</i>	T1	PA SP
<i>adriamycin 10 mg/5 ml vial</i>	T1	PA SP
<i>adriamycin 20 mg/10 ml vial</i>	T1	PA SP
ADRIAMYCIN ( <i>doxorubicin hcl</i> )	T3	PA SP
<i>bleomycin sulfate</i>	T1	PA SP
COSMEGEN	T2	PA SP
<i>dactinomycin</i> (Cosmegen)	T1	PA SP
<i>daunorubicin hcl</i>	T1	PA SP
DOXIL ( <i>lipodox 50</i> )	T3	PA SP
<i>doxorubicin hcl</i>	T1	PA SP
<i>doxorubicin hcl</i> (Adriamycin)	T1	PA SP
<i>doxorubicin hcl peg-liposomal</i> (Doxil)	T1	PA SP
ELLECE	T2	PA SP
ELLECE ( <i>epirubicin hcl</i> )	T2	PA SP
<i>epirubicin 200 mg/100 ml vial</i> (Elevance)	T1	PA SP
<i>epirubicin 50 mg/25 ml vial</i> (Elevance)	T1	PA SP
<i>epirubicin hcl 200 mg vial</i>	T1	SP
IDAMYCIN PFS ( <i>idarubicin hcl</i> )	T3	PA SP
<i>idarubicin hcl</i> (Idamycin Pfs)	T1	PA SP
<i>mitomycin</i> (Mutamycin)	T1	PA SP
MUTAMYCIN ( <i>mitomycin</i> )	T3	PA SP
<i>valrubicin</i> (Valstar)	T1	SP
VALSTAR ( <i>valrubicin</i> )	T2	SP
ZANOSAR	T2	PA SP
<b>ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-CD20 (LINFOCITOS B)</b>		
ARZERRA	T3	PA SP
GAZYVA	T3	PA SP
RIABNI	T2	PA SP
<b>ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-CD20 (LINFOCITOS B)</b>		
RITUXAN	T2	PA SP
RITUXAN HYCELA	T2	PA SP
RUXIENCE	T2	PA SP
TRUXIMA	T2	PA SP

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTINEOPLÁSTICOS, ANTICUERPOS MONOCLONALES RECOMBINANTES INHIBIDORES DEL VEGF HUMANO</b>		
AVASTIN	T2	PA SP
MVASI	T2	PA SP
VEGZELMA	T3	PA SP
ZIRABEV	T2	PA SP
<b>ANTINEOPLÁSTICOS., INHIBIDORES DE LA HISTONA DEACETILASA (HDAC)</b>		
BELEODAQ	T3	PA SP
FARYDAK	T3	PA SP HD
ISTODAX	T3	PA SP
ROMIDEPSIN 10 MG KIT	T1	PA SP
ROMIDEPSIN 27.5 MG/5.5 ML VIAL	T3	PA SP
ZOLINZA	T2	PA SP HD
<b>AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS - ALQUILANTES</b>		
ALKERAN 2 MG TABLET ( <i>melphalan</i> )	T3	SP
ALKERAN 50 MG VIAL ( <i>melphalan hcl</i> )	T3	PA SP
BELRAPZO	T3	PA SP HD
BENDAMUSTINE 100 MG/4ML VIAL	T1	PA HD
BENDEKA	T3	PA SP HD
<i>bendamustine 25 mg vial</i>	T1	PA SP
<i>bendamustine 100 mg vial</i>	T1	PA SP
BICNU ( <i>carmustine</i> )	T2	SP
<i>busulfan</i> (Busulfex)	T1	SP
BUSULFEX ( <i>busulfan</i> )	T2	SP
<i>carboplatin</i>	T1	PA SP
<i>carmustine</i> (Bicnu)	T1	SP
<i>cisplatin</i>	T3	PA SP
<i>cyclophosphamide 1 gm vial</i>	T3	SP
CYCLOPHOSPHAMIDE 1 GM/5 ML VL	T3	SP
<i>cyclophosphamide 2 gm vial</i>	T1	SP
<i>cyclophosphamide 25 mg capsule</i>	T1	SP HD
CYCLOPHOSPHAMIDE 25 MG TABLET	T3	PA SP HD
<i>cyclophosphamide 50 mg capsule</i>	T1	SP HD
CYCLOPHOSPHAMIDE 50 MG TABLET	T3	PA SP HD
<i>cyclophosphamide 500 mg vial</i>	T3	SP
CYCLOPHOSPHAMIDE 500 MG/2.5 ML	T1	SP
EVOMELA	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

ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS - ALQUILANTES (cont.)</b>		
GLEOSTINE	T2	
GLIADEL	T3	SP
HYDREA ( <i>hydroxyurea</i> )	T3	
<i>hydroxyurea</i> (Hydrea)	T1	
IFEX ( <i>ifosfamide</i> )	T2	PA SP
<i>ifosfamide</i>	T1	PA SP
<i>ifosfamide</i> (Ifex)	T1	PA SP
LEUKERAN	T2	
<i>melphalan</i> (Alkeran)	T1	SP
<i>melphalan hcl</i> (Alkeran)	T1	PA SP
MYLERAN	T2	
<i>oxaliplatin</i>	T1	PA SP
PEPAXTO	T3	PA SP
TEMODAR 100 MG CAPSULE ( <i>temozolomide</i> )	T3	PA SP HD
TEMODAR 100 MG VIAL	T3	PA SP
TEMODAR 140 MG CAPSULE ( <i>temozolomide</i> )	T3	PA SP HD
TEMODAR 180 MG CAPSULE ( <i>temozolomide</i> )	T3	PA SP HD
TEMODAR 20 MG CAPSULE ( <i>temozolomide</i> )	T3	PA SP HD
<i>temozolomide</i>	T1	PA SP HD
<i>temozolomide</i> (Temodar)	T1	PA SP HD
TEPADINA	T3	PA SP
TEPADINA ( <i>thiotepa</i> )	T3	PA SP
<i>thiotepa</i> (Tepadina)	T1	PA SP
TREANDA	T3	PA SP
YONDELIS	T3	PA SP
ZEPZELCA	T3	PA SP
<b>AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS - ANTIANDROGÉNICOS</b>		
<i>abiraterone acetate</i> (Zytiga)	T1	PA SP HD
<i>bicalutamide</i> (Casodex)	T1	
CASODEX ( <i>bicalutamide</i> )	T3	
ERLEADA 240 MG TABLET	T2	PA QL(1 TAB/DAY) SP HD CSL
ERLEADA 60 MG TABLET	T2	PA SP HD CSL
<i>flutamide</i>	T1	
NILANDRON ( <i>nilutamide</i> )	T3	PA QL (4 tabs/day)
<i>nilutamide</i> (Nilandron)	T1	QL (4 tabs/day)

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS - ANTIANDROGÉNICOS</b>		
NUBEQA	T2	PA SP HD
XTANDI	T2	PA SP HD
YONSA	T3	PA SP HD
ZYTIGA ( <i>abiraterone acetate</i> )	T3	PA SP HD
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - ANTIBIÓTICOS Y ANTIMETABOLITOS</b>		
VYXEOS	T3	PA SP
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-CD38</b>		
DARZALEX	T3	PA SP HD
DARZALEX FASPRO	T3	PA SP
SARCLISA	T3	PA SP
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - ANTIMETABOLITOS</b>		
ALIMTA	T2	PA SP
ARRANON	T2	PA SP
<i>azacitidine</i> (Vidaza)	T1	PA SP
<i>capecitabine</i> (Xeloda)	T1	PA SP HD
<i>cladribine</i>	T1	PA SP
<i>clofarabine</i> (Clolar)	T1	PA SP
CLOLAR ( <i>clofarabine</i> )	T2	PA SP
<i>cytarabine</i>	T1	PA SP
<i>cytarabine/pf</i>	T1	PA SP
DACOGEN ( <i>decitabine</i> )	T3	PA SP
<i>decitabine</i> (Dacogen)	T1	PA SP
<i>floxuridine</i>	T1	PA SP
<i>fludarabine phosphate</i>	T1	PA SP
<i>fluorouracil</i>	T1	PA SP
<i>fluorouracil 1,000 mg/20 ml vial</i>	T1	PA SP
<i>fluorouracil 2,500 mg/50 ml vial</i>	T1	PA SP
<i>fluorouracil 2.5 gm/50 ml btl</i>	T1	PA SP
<i>fluorouracil 2.5 gm/50 ml vial</i>	T1	PA SP
<i>fluorouracil 5 gm/100 ml btl</i>	T1	PA SP
<i>fluorouracil 5 gm/100 ml vial</i>	T1	PA SP
<i>fluorouracil 5,000 mg/100 ml</i>	T1	PA SP
<i>fluorouracil 500 mg/10 ml vial</i>	T1	PA SP
FOLOTYN 20 MG/ML VIAL	T2	PA SP
FOLOTYN 40 MG/2 ML VIAL	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

<b>ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - ANTIMETABOLITOS</b>		
<i>gemcitabine hcl</i>	T3	PA SP
INFUGEM	T3	PA SP HD
INQOVI	T3	PA SP HD
LONSURF	T3	PA SP HD
<i>mercaptopurine</i>	T1	
<i>methotrexate sodium</i>	T1	
<i>methotrexate sodium/pf</i>	T1	
NIPENT	T3	PA SP
ONUREG	T3	PA QL (14 Tabs/28 Days) SP
PURIXAN	T3	SP
TABLOID	T3	
TREXALL	T2	
VIDAZA ( <i>azacitidine</i> )	T3	PA SP
XATMEP	T3	
XELODA ( <i>capecitabine</i> )	T3	PA SP HD
ZYNYZ	T3	PA SP
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-SLAMF7</b>		
EMPLICITI	T3	PA SP HD
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA AROMATASA</b>		
<i>anastrozole</i> (Arimidex)	T1	HD PPACA
ARIMIDEX ( <i>anastrozole</i> )	T3	HD
AROMASIN ( <i>exemestane</i> )	T3	HD
<i>exemestane</i> (Aromasin)	T1	HD PPACA
FEMARA ( <i>letrozole</i> )	T3	HD
<i>letrozole</i> (Femara)	T1	HD
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA BRAF</b>		
BRAFTOVI	T3	PA SP HD
TAFINLAR	T3	PA SP HD
ZELBORAF	T3	PA SP HD
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-CD19 (LINFOCITOS B)</b>		
MONJUVI	T3	PA SP
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - EPOTILONAS Y ANÁLOGOS</b>		
IXEMPRA	T2	PA SP
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA VÍA DE HEDGEHOG</b>		
DAURISMO	T3	PA SP HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA VÍA DE HEDGEHOG</b>		
ERIVEDGE	T2	PA SP HD
ODOMZO	T3	PA SP HD
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK)</b>		
JAKAFI	T3	PA SP HD
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDOR DE LA PROTEÍNA KRAS</b>		
KRAZATI	T3	PA QL(6 TABS/DAY) SP CSL
LUMAKRAS 120 MG TABLET	T3	PA QL(8 TABS/DAY) SP HD CSL
LUMAKRAS 320 MG TABLET	T3	PA QL(3 TABS/DAY) SP HD CSL
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA MEK1 Y MEK2</b>		
COTELLIC	T3	PA SP HD
KOSELUGO 10 MG CAPSULE	T3	PA QL (10 capsules/day) SP
KOSELUGO 25 MG CAPSULE	T3	PA QL (4 caps/day) SP
MEKINIST	T3	PA SP HD
MEKTOVI	T3	PA SP HD
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE MICROTÚBULOS</b>		
HALAVEN	T3	PA SP
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA MTOR</b>		
AFINITOR	T3	PA SP HD
AFINITOR ( <i>everolimus</i> )	T3	PA SP HD
AFINITOR DISPERZ	T3	PA SP
<i>everolimus 2.5 mg tablet</i> (Afinitor)	T1	PA SP HD
<i>everolimus 5 mg tablet</i> (Afinitor)	T1	PA SP HD
<i>everolimus 7.5 mg tablet</i> (Afinitor)	T1	PA SP HD
<i>temsirolimus</i> (Torisel)	T1	PA SP
TORISEL ( <i>temsirolimus</i> )	T2	PA SP
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA PROTEÍNA METILTRANSFERASA</b>		
TAZVERIK	T3	PA SP
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA TOPOISOMERASA I</b>		
CAMPTOSAR 100 MG/5 ML VIAL ( <i>irinotecan hcl</i> )	T2	PA SP
CAMPTOSAR 300 MG/15 ML VIAL	T3	PA SP
CAMPTOSAR 40 MG/2 ML VIAL ( <i>irinotecan hcl</i> )	T2	PA SP
HYCAMTIN 0.25 MG CAPSULE	T3	PA SP HD
HYCAMTIN 1 MG CAPSULE	T3	PA SP HD
HYCAMTIN 4 MG VIAL ( <i>topotecan hcl</i> )	T3	PA SP HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA TOPOISOMERASA I</b>		
<i>irinotecan hcl</i>	T1	PA SP
<i>irinotecan hcl</i> (Camptosar)	T1	PA SP
ONIVYDE	T3	PA SP
<i>topotecan hcl</i>	T1	PA SP HD
<i>topotecan hcl</i> (Hycamtin)	T1	PA SP HD
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DEL VEGF-A, B Y PLGF</b>		
ZALTRAP	T3	PA SP
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - ANTAGONISTA DE VEGFR</b>		
CYRAMZA	T3	PA SP
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - ALCALOIDES DE LA VINCA</b>		
MARQIBO	T3	PA SP
NAVELBINE ( <i>vinorelbine tartrate</i> )	T3	PA SP
<i>vinblastine sulfate</i>	T1	PA SP
<i>vincristine sulfate</i>	T1	PA SP
<i>vinorelbine tartrate</i> (Navelbine)	T1	PA SP
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - ANTICUERPO CD22-ANTIBIÓTICO CITOTÓXICO</b>		
BESPONSA	T3	PA SP
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - ANTICUERPO CD33-ANTIBIÓTICO CITOTÓXICO</b>		
MYLOTARG	T3	PA SP
<b>ANTINEOPLÁSTICOS COMB. - INHIBIDORES DE LA QUINASA Y LA AROMATASA</b>		
KISQALI FEMARA CO-PACK	T2	PA SP HD CSL
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - ANTICUERPOS MONOCLONALES BLOQUEADORES DE LOS RECEPTORES DEL EGF</b>		
ERBITUX	T2	PA SP
HERCEPTIN	T3	PA SP
HERCEPTIN HYLECTA	T3	PA SP
HERZUMA	T3	PA SP
KANJINTI	T2	PA SP
MARGENZA	T3	PA SP
OGIVRI	T2	PA SP
ONTRUZANT	T3	PA SP
PERJETA	T3	PA SP
PHESGO	T3	PA SP HD
PORTRAZZA	T3	PA SP
TRAZIMERA	T2	PA SP
VECTIBIX	T2	PA SP

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

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

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

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



## Lista de medicamentos con receta

<b>ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS INMUNOMODULADORES</b>		
<i>lenalidomide</i>	T1	PA QL(1 TAB/DAY) SP HD CSL
POMALYST	T3	PA SP HD
REVLIMID	T2	PA QL(1 TAB/DAY) SP HD CSL
<b>AGONISTAS DE LHRH (GNRH) ANTINEOPLÁSTICOS, SUPR. HIPOFISARIOS</b>		
ELIGARD	T3	SP HD
<i>leuprolide acetate</i>	T1	PA SP HD
LEUPROLIDE DEPOT	T3	PA SP HD
LUPRON DEPOT	T2	PA SP HD
TRELSTAR	T3	SP HD
ZOLADEX	T2	PA SP HD
<b>ANTAGONISTAS DE LHRH (GNRH) ANTINEOPLÁSTICOS, SUPR. HIPOFISARIOS</b>		
FIRMAGON	T2	PA SP HD
ORGOVYX	T3	PA SP
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS</b>		
ALECENSA	T2	PA QL(8 TABS/DAY) SP HD CSL
ALIQOPA	T3	PA SP
ALUNBRIG	T3	PA SP HD
AYVAKIT	T3	PA QL (1 tab/day) SP
BALVERSA	T3	PA SP
BORTEZOMIB	T3	PA SP
BOSULIF	T3	PA SP HD
BRUKINSA	T2	PA QL (4 caps/day) SP
CABOMETYX	T3	PA SP HD
CALQUENCE	T3	PA SP
CAPRELSA	T3	PA SP
COMETRIQ	T3	PA SP HD
COPIKTRA	T3	PA SP
<i>erlotinib hcl (Tarceva)</i>	T1	PA SP HD
EXKIVITY	T3	PA SP HD
FOTIVDA	T3	PA QL (30 caps/30 days) SP HD
GAVRETO	T3	PA QL (4 Tabs/Day) SP
<i>gefitinib</i>	T1	PA SP HD CSL
GILOTRIF	T3	PA SP HD
GLEEVEC ( <i>imatinib mesylate</i> )	T3	PA SP HD
IBRANCE	T3	PA QL (120/30 days) SP HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS (cont.)</b>		
ICLUSIG	T3	PA SP
<i>imatinib mesylate</i> (Gleevec)	T1	PA SP HD
IMBRUVICA	T2	PA SP
INLYTA	T3	PA SP HD
INREBIC	T3	PA SP HD
IRESSA	T3	PA SP HD
KISQALI 200 MG	T2	PA QL (21 per 28 days) SP HD
KISQALI 400 MG	T2	PA QL (42 per 28 days) SP HD
KISQALI 800 MG	T2	PA QL (63 per 28 days) SP HD
KISQALI FEMARA CO-PACK	T2	PA QL (1 pack per 28 days) SP HD CSL
KYPROLIS	T3	PA SP HD
<i>lapatinib ditosylate</i> (Tykerb)	T1	PA SP HD
LENVIMA	T3	PA SP HD
LORBRENA	T3	PA SP HD
LYNPARZA	T2	PA SP HD
LYTGOBI 12 MG DOSE (3X 4MG TB)	T3	PA QL(3 TABS/DAY) SP CSL
LYTGOBI 16 MG DOSE PACK (4X 4MG TB)	T3	PA QL(4 TABS/DAY) SP CSL
LYTGOBI 20 MG DOSE PACK (5X 4MG TB)	T3	PA QL(5 TABS/DAY) SP CSL
NERLYNX	T3	PA SP HD
NEXAVAR	T3	PA QL(4 TABS/DAY) SP HD CSL
NINLARO	T3	PA SP HD
PEMAZYRE	T3	PA QL (14 tabs/21 days) SP
PIQRAY	T3	PA SP HD
QINLOCK	T3	PA QL (3 tabs/day) SP
RETEVMO 40 MG CAPSULE	T3	PA QL (6 caps/day) SP HD
RETEVMO 80 MG CAPSULE	T3	PA QL (4 tabs/day) SP HD
ROZLYTREK	T3	PA SP HD
RUBRACA	T2	PA SP
RYDAPT	T3	PA SP HD
SCSEMBLIX	T3	PA QL (2 tablets/day) SP HD
SPRYCEL	T2	PA SP HD
STIVARGA	T3	PA SP HD
SUTENT	T2	PA SP HD
TABRECTA	T3	PA QL (4 tabs/day) SP HD
TAGRISSO	T3	PA SP HD
TALZENNA	T3	PA SP HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS (cont.)</b>		
TARCEVA ( <i>erlotinib hcl</i> )	T3	PA SP HD
TASIGNA	T2	PA SP HD
TEPMETKO	T3	PA SP QL (2 tabs/day)
TUKYSA	T3	PA SP
TURALIO 200 MG CAPSULE	T3	PA SP CSL
TURALIO 125 MG CAPSULE	T3	PA QL(4 CAPS/DAY) SP CSL
TYKERB ( <i>lapatinib</i> )	T3	PA SP HD
UKONIQ	T3	PA QL (4 tabs/day) SP
VELCADE	T2	PA SP
VERZENIO	T2	PA QL (120mg/day) SP HD
VITRAKVI	T3	PA SP HD
VIZIMPRO	T3	PA SP HD
VOTRIENT	T3	PA SP HD
XALKORI	T3	PA SP HD
XOSPATA	T3	PA SP
ZEJULA	T2	PA SP
ZYDELIG	T3	PA SP HD
ZYKADIA	T3	PA SP HD
<b>ANTINEOPLÁSTICOS, ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-MUERTE PROGRAMADA-I (PD-I)</b>		
KEYTRUDA	T3	PA SP
LIBTAYO	T3	PA SP
OPDIVO	T3	PA SP HD
<b>ANTINEOPLÁSTICOS-INHIBIDORES DE LINFOMA DE CÉLULAS B-2 (BCL-2)</b>		
VENCLEXTA	T3	PA SP
VENCLEXTA STARTING PACK	T3	PA SP
<b>ANTINEOPLÁSTICOS-ANTICUERPO DIRECTO CD22/CONJ. DE CITOTÓXICOS</b>		
LUMOXITI	T3	PA SP
<b>ANTINEOPLÁSTICOS-INHIBIDORES DE INTERLEUCINA-6 (IL-6), ANTICUERPOS</b>		
SYLVANT	T3	PA SP
<b>ANTINEOPLÁSTICOS-INHIBIDORES DE LA ISOCITRATO DESHIDROGENASA</b>		
IDHIFA	T3	PA SP HD
REZLIDHIA	T3	PA QL(2 CAPS/DAY) SP CSL
TIBSOVO	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

ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>FÁRMACOS INMUNOCONJUGADOS ANTINEOPLÁSTICOS</b>		
ADCETRIS	T3	PA SP
BLENREP	T3	PA
BLINCYTO	T3	PA SP
ENHERTU	T3	PA SP HD
KADCYLA	T3	PA SP
LUNSUMIO	T3	PA SP
PADCEV	T3	PA SP
POLIVY	T3	PA SP HD
POTELIGEO	T3	PA SP
TRODELVY	T3	PA SP
UNITUXIN	T3	PA SP
ZEVALIN	T2	PA SP
<b>ANTINEOPLÁSTICOS, VARIOS</b>		
ABRAXANE	T2	PA SP
ARSENIC TRIOXIDE	T1	PA SP
<i>arsenic trioxide (Trisenox)</i>	T1	PA SP
ASPARLAS	T3	SP
BCG (TICE STRAIN)	T3	SP
<i>dacarbazine</i>	T1	PA SP
DOCEFREZ	T3	PA SP
<i>docetaxel 160 mg/16 ml vial</i>	T1	PA SP
<i>docetaxel 160 mg/8 ml vial</i>	T1	PA SP HD
<i>docetaxel 20 mg/2 ml vial</i>	T1	PA SP
<i>docetaxel 20 mg/ml vial</i>	T1	PA SP
<i>docetaxel 80 mg/4 ml vial (Taxotere)</i>	T1	PA SP
<i>docetaxel 80 mg/8 ml vial</i>	T1	PA SP
ERWINAZE	T3	PA SP
ETOPOPHOS	T2	PA SP
<i>etoposide</i>	T1	PA SP
<i>etoposide 1,000 mg/50 ml vial</i>	T1	PA SP
<i>etoposide 100 mg/5 ml vial</i>	T1	PA SP
<i>etoposide 50 mg capsule</i>	T1	SP HD
<i>etoposide 500 mg/25 ml vial</i>	T1	PA SP
JEVTANA	T3	PA SP HD
LYSODREN	T2	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTINEOPLÁSTICOS, VARIOS</b>		
MATULANE	T2	SP
<i>mitoxantrone hcl</i>	T1	PA SP
ONCASPAR	T2	PA SP
<i>paclitaxel</i>	T1	PA SP
SYNRIBO	T3	PA SP
TAXOTERE ( <i>docetaxel</i> )	T3	PA SP
TENIPOSIDE	T3	PA SP
<i>tretinoin 10 mg capsule</i>	T1	PA
TRISENOX ( <i>arsenic trioxide</i> )	T2	PA SP
<b>ANTINEOPLÁSTICOS-INHIB. SELECT. DE LA EXP. NUCLEAR (SINE)</b>		
XPOVIO	T3	PA SP
<b>ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-MUERTE CELULAR PROGRAMADA-LIGAND I (PD-L1)</b>		
BAVENCIO	T3	PA SP
IMFINZI	T3	PA SP
TECENTRIQ	T3	PA SP HD
<b>ANTICUERPO MONOCLONAL AL RECEPTOR ANTÍGENO DEL LINFOCITO T CITOTÓXICO (CTLA-4)</b>		
IMJUDO	T3	PA SP HD
YERVOY	T3	PA SP HD
<b>INMUNOMODULADORES</b>		
ACTIMMUNE	T2	PA SP HD
ALFERON N	T2	PA SP HD
BESREMI	T3	PA QL (2 syringes/28 days) SP
PROLEUKIN	T2	PA SP
<b>FOTOACTIVADOS, AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS (SISTÉMICOS)</b>		
PHOTOFRIN	T2	SP
UVADEX	T2	
<b>RADIOFÁRMACOS DE USO TERAPÉUTICO</b>		
AZEDRA DOSIMETRIC	T3	PA SP
AZEDRA THERAPEUTIC	T3	PA SP
<b>MODULADORES SELECTIVOS DE RECEPTORES ESTROGÉNICOS (SERM)</b>		
FARESTON ( <i>toremifene citrate</i> )	T3	QL (2 tabs/day) HD
FASLODEX ( <i>fulvestrant</i> )	T2	PA SP HD
<i>fulvestrant</i> (Faslodex)	T1	PA SP HD
SOLTAMOX	T2	HD
<i>tamoxifen citrate</i>	T1	HD PPACA
<i>toremifene citrate</i> (Fareston)	T1	QL (2 tabs/day) HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

### ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTINEOPLÁSTICOS ESTEROIDES</b>		
EMCYT	T2	SP HD
<i>megestrol acetate</i>	T1	

### ANTINEOPLÁSTICOS (Condiciones cutáneas)

#### ANTINEOPLÁSTICOS TÓPICOS FOTOACT., LESIONES PREMALIGNAS

LEVULAN	T3	SP
---------	----	----

#### AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS TÓPICOS PARA LESIONES PREMALIGNAS

CARAC	T3	PA
<i>diclofenac sodium 3% gel</i>	T1	PA
EFUDEX ( <i>fluorouracil</i> )	T3	
FLUOROPLEX	T2	
FLUOROURACIL 0.5% CREAM	T1	
<i>fluorouracil 2% topical soln</i>	T1	
<i>fluorouracil 5% cream (Efudex)</i>	T1	
<i>fluorouracil 5% topical soln</i>	T1	
KLISYRI	T3	PA QL (5 packs/30 Days)
PANRETIN	T3	SP HD
PICATO	T2	
TARGRETIN 1% GEL	T3	SP HD
TOLAK	T3	
VALCHLOR	T3	SP HD

### ANTIPARASITARIOS (Infecciones)

#### ANTIPARASITARIOS

ALINIA	T3	
ALINIA ( <i>nitazoxanide</i> )	T3	
<i>nitazoxanide (Alinia)</i>	T1	

#### ANTIPARASITARIOS TÓPICOS

<i>crotamiton (Eurax)</i>	T1	
ELIMITE ( <i>permethrin</i> )	T3	
EURAX 10% CREAM	T2	
EURAX 10% LOTION	T3	
<i>ivermectin (Sklice)</i>	T1	
NATROBA ( <i>spinosad</i> )	T3	
<i>permethrin (Elimite)</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

### ANTIPARASITARIOS (Infecciones) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIPARASITARIOS TÓPICOS (cont.)</b>		
SKLICE ( <i>ivermectin</i> )	T3	
<i>spinosad</i> (Natroba)	T1	
ULESFIA	T3	

### MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS (Enfermedad de Parkinson)

#### MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, ANTICOLINÉRGICOS

<i>benztropine mesylate</i>	T1	HD
<i>trihexphenidyl hcl</i>	T1	HD

#### MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, OTROS

<i>amantadine hcl</i>	T1	HD
APOKYN	T2	PA SP HD
AZILECT 0.5 MG TABLET ( <i>rasagiline mesylate</i> )	T3	QL (1 tab/day) HD
AZILECT 1 MG TABLET ( <i>rasagiline mesylate</i> )	T3	HD
<i>bromocriptine mesylate</i> (Parlodel)	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa</i>	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa</i> (Sinemet 10-100)	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa</i> (Sinemet 25-100)	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa</i> (Sinemet 25-250)	T1	HD
<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
COMTAN ( <i>entacapone</i> )	T3	HD
DHIVY	T3	PA
DUOPA	T3	SP HD
<i>entacapone</i> (Comtan)	T1	HD
GOCOVRI	T3	HD
INBRIJA	T3	PA SP HD
KYNMOBI	T2	PA HD
MIRAPEX ER 0.375 MG TABLET ( <i>pramipexole er</i> )	T3	QL (1 tab/day) HD
MIRAPEX ER 0.75 MG TABLET ( <i>pramipexole er</i> )	T3	HD
MIRAPEX ER 1.5 MG TABLET ( <i>pramipexole er</i> )	T3	QL (1 tab/day) HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

### MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS (Enfermedad de Parkinson) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, OTROS (cont.)</b>		
MIRAPEX ER 2.25 MG TABLET ( <i>pramipexole er</i> )	T3	QL (1 tab/day) HD
MIRAPEX ER 3 MG TABLET ( <i>pramipexole er</i> )	T3	HD
MIRAPEX ER 3.75 MG TABLET ( <i>pramipexole er</i> )	T3	HD
MIRAPEX ER 4.5 MG TABLET ( <i>pramipexole er</i> )	T3	HD
NEUPRO	T3	HD
NOURIANZ	T3	PA QL (1 tab/day) SP HD
ONGENTYS	T3	PA QL (1 CAPS/DAY) HD
OSMOLEX ER 258 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) HD
OSMOLEX ER	T3	QL (1 tab/day) HD
PARLODEL ( <i>bromocriptine mesylate</i> )	T3	HD
<i>pramipexole di-hcl</i>	T1	HD
<i>pramipexole er 0.375 mg tablet</i> (Mirapex Er)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>pramipexole er 0.75 mg tablet</i> (Mirapex Er)	T1	HD
<i>pramipexole er 1.5 mg tablet</i> (Mirapex Er)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>pramipexole er 2.25 mg tablet</i> (Mirapex Er)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>pramipexole er 3 mg tablet</i> (Mirapex Er)	T1	HD
<i>pramipexole er 3.75 mg tablet</i> (Mirapex Er)	T1	HD
<i>pramipexole er 4.5 mg tablet</i> (Mirapex Er)	T1	HD
<i>rasagiline mesylate 0.5 mg tab</i> (Azilect)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>rasagiline mesylate 1 mg tab</i> (Azilect)	T1	HD
<i>ropinirole hcl</i>	T1	HD
RYTARY	T3	HD
<i>selegiline hcl</i>	T1	HD
SINEMET 10-100 ( <i>carbidopa-levodopa</i> )	T3	HD
SINEMET 25-100 ( <i>carbidopa-levodopa</i> )	T3	HD
SINEMET 25-250 ( <i>carbidopa-levodopa</i> )	T3	HD
STALEVO 100 ( <i>carbidopa-levodopa-entacapone</i> )	T3	HD
STALEVO 125 ( <i>carbidopa-levodopa-entacapone</i> )	T3	HD
STALEVO 150 ( <i>carbidopa-levodopa-entacapone</i> )	T3	HD
STALEVO 200 ( <i>carbidopa-levodopa-entacapone</i> )	T3	HD
STALEVO 50 ( <i>carbidopa-levodopa-entacapone</i> )	T3	HD
STALEVO 75 ( <i>carbidopa-levodopa-entacapone</i> )	T3	HD
TASMAR ( <i>tolcapone</i> )	T3	HD
<i>tolcapone</i> (Tasmar)	T1	HD
XADAGO	T3	ST HD
ZELAPAR	T3	PA HD

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

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

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

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



## Lista de medicamentos con receta

### MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS (Enfermedad de Parkinson) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>INHIBIDORES DE LA DESCARBOXILASA</b>		
<i>carbidopa</i> (Lodosyn)	T1	
LODOSYN ( <i>carbidopa</i> )	T3	PA

### MEDICAMENTOS ANTIPLAQUETARIOS (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)

#### INHIBIDORES DE LA AGRUPACIÓN PLAQUETARIA

AGGRASTAT	T3	HD
<i>aspirin/dipyridamole</i>	T1	HD
ASPIRIN-OMEPRAZOLE	T3	PA HD
BRILINTA	T2	HD
<i>cilostazol</i>	T1	HD
<i>clopidogrel bisulfate</i>	T1	HD
<i>clopidogrel bisulfate</i> (Plavix)	T1	HD
<i>dipyridamole 25 mg tablet</i>	T1	HD
<i>dipyridamole 50 mg tablet</i>	T1	HD
<i>dipyridamole 75 mg tablet</i>	T1	HD
EFFIENT ( <i>prasugrel hcl</i> )	T3	HD
EPTIFIBATIDE	T1	HD
<i>eptifibatide</i> (Integrilin)	T1	HD
INTEGRILIN ( <i>eptifibatide</i> )	T3	HD
PLAVIX ( <i>clopidogrel</i> )	T3	HD
<i>prasugrel hcl</i> (Effient)	T1	HD
<i>ticlopidine hcl</i>	T1	HD
YOSPRALA	T3	PA HD
ZONTIVITY	T3	HD

#### AGENTES REDUCTORES DE PLAQUETAS

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

### ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH)

#### ANTIRRETROVIRALES - ANTICUERPOS MONOCLONALES AL DOMINIO 2 ANTI-CD4

TROGARZO	T3	PA SP
----------	----	-------

#### ANTIRRETROVIRALES-INHIBIDORES DE LA CÁPSIDE

SUNLENCA 463.5 MG/1.5 ML VIAL	T3	PA SP
SUNLENCA 4- 300 MG TABLET	T3	PA QL(5 TABS/180 DAYS) SP
SUNLENCA 5- 300 MG TABLET	T3	PA QL(5 TABS/180 DAYS) SP

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIRRETROVIRALES-COMB. DE INHIBIDORES DE LA INTEGRASA Y NNRTI</b>		
CABENUVA	T3	PA SP
JULUCA	T2	SP
<b>ANTIRRETROVIRALES-COMB. DE INHIBIDORES DE LA INTEGRASA Y NNRTI</b>		
DOVATO	T2	SP
<b>ANTIRRETROVIRALES-COMB. DE NNRTI E INHIBIDORES DE LA INTEGRASA</b>		
TRIUMEQ	T2	SP
<b>ANTIRRETROVIRALES-NUCLEÓSIDOS, NUCLEÓTIDOS, INHIB. DE LA PROTEASA</b>		
SYM TUZA	T2	SP
<b>ANTIVÍRICOS - ESPEC. PARA VIH, INHIB. DE LA PROTEASA NO PEPTÍDICOS</b>		
APTIVUS	T2	PA SP
<b>ANTIVÍRICOS - ESPEC. PARA VIH, INHIB. DE LA PROTEASA NO PEPTÍDICOS (cont.)</b>		
PREZCOBIX	T3	PA SP
PREZISTA	T2	SP
<b>ANTIVÍRICOS - ESPEC. PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS-NUCLEÓTIDOS</b>		
CIMDUO	T3	PA SP
DESCOVY	T2	PA SP PPACA
<i>emtricitabine-tenofv 100-150mg (Truvada)</i>	T1	SP
<i>emtricitabine-tenofv 133-200mg (Truvada)</i>	T1	SP
<i>emtricitabine-tenofv 167-250mg (Truvada)</i>	T1	SP
<i>emtricitabine-tenofv 200-300mg (Truvada)</i>	T1	SP PPACA
TEMIXYS	T3	PA SP
TRUVADA ( <i>emtricitabine-tenofovir disop</i> )	T3	PA SP
<b>ANTIVÍRICOS - ESPEC. PARA VIH, COMB. ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS, RTI</b>		
<i>abacavir sulfate/lamivudine (Epzicom)</i>	T1	PA SP
<i>abacavir/lamivudine/zidovudine (Trizivir)</i>	T1	PA SP
COMBIVIR ( <i>lamivudine-zidovudine</i> )	T3	PA SP
EPZICOM ( <i>abacavir-lamivudine</i> )	T3	PA SP
<i>lamivudine/zidovudine (Combivir)</i>	T1	SP
TRIZIVIR ( <i>abacavir-lamivudine-zidovudine</i> )	T3	PA SP
<b>ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, ANTAG. DEL CO-RECEPTOR CCR5</b>		
SELZENTRY	T2	PA SP
<b>ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA FIJACIÓN DE LA CD4</b>		
RUKOBIA	T3	PA QL (2 SYRINGE/DAY) SP
<b>ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA FUSIÓN</b>		
FUZEON	T2	PA SP

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, NO NUCLEÓSIDOS, RTI</b>		
EDURANT	T3	PA SP
<i>efavirenz</i>	T1	PA SP
<i>efavirenz (Sustiva)</i>	T1	PA SP
INTELENCE	T3	PA SP
<b>ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS, RTI</b>		
<i>nevirapine</i>	T1	PA SP
<i>nevirapine (Viramune Xr)</i>	T1	PA SP
<i>nevirapine (Viramune)</i>	T1	PA SP
PIFELTRO	T3	PA SP
SUSTIVA ( <i>efavirenz</i> )	T3	PA SP
VIRAMUNE ( <i>nevirapine</i> )	T3	PA SP
VIRAMUNE XR ( <i>nevirapine er</i> )	T3	PA SP
<i>abacavir sulfate (Ziagen)</i>	T1	PA SP
<i>didanosine (Videx Ec)</i>	T1	PA SP
<i>emtricitabine (Emtriva)</i>	T1	PA SP
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	T2	PA SP
EMTRIVA 200 MG CAPSULE ( <i>emtricitabine</i> )	T3	PA SP
EPIVIR ( <i>lamivudine</i> )	T3	PA SP
<i>lamivudine 10 mg/ml oral soln (Eпивir)</i>	T1	SP
<i>lamivudine 150 mg tablet (Eпивir)</i>	T1	SP
<i>lamivudine 300 mg tablet (Eпивir)</i>	T1	PA SP
RETROVIR	T3	PA SP
RETROVIR ( <i>zidovudine</i> )	T3	PA SP
<i>stavudine</i>	T1	PA SP
VIDEX EC	T3	PA SP
VIDEX EC ( <i>didanosine</i> )	T3	PA SP
ZIAGEN ( <i>abacavir</i> )	T3	PA SP
<i>zidovudine</i>	T1	SP
<i>zidovudine (Retrovir)</i>	T1	SP
<b>ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓTIDOS, RTI</b>		
<i>tenofovir disoproxil fumarate (Viread)</i>	T1	PA SP
VIREAD 150 MG TABLET	T2	PA SP
VIREAD 200 MG TABLET	T2	PA SP
VIREAD 250 MG TABLET	T2	PA SP
VIREAD 300 MG TABLET ( <i>tenofovir disoproxil fumarate</i> )	T3	PA SP
VIREAD POWDER	T2	PA SP

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, COMB. DE INHIBIDORES DE LA PROTEASA</b>		
KALETRA 100-25 MG TABLET	T2	SP
KALETRA 200-50 MG TABLET	T2	SP
KALETRA 80 MG-20 MG/ML SOLN ( <i>lopinavir-ritonavir</i> )	T3	PA SP
<i>lopinavir/ritonavir</i> (Kaletra)	T1	SP
<b>ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA PROTEASA</b>		
<i>atazanavir sulfate</i> (Reyataz)	T1	PA SP
CRIXIVAN	T2	PA SP
EVOTAZ	T3	PA SP
<i>fosamprenavir calcium</i> (Lexiva)	T1	PA SP
INVIRASE	T2	PA
LEXIVA 50 MG/ML SUSPENSION	T2	PA SP
LEXIVA 700 MG TABLET ( <i>fosamprenavir calcium</i> )	T3	PA SP
NORVIR 100 MG POWDER PACKET	T2	SP
NORVIR 100 MG TABLET ( <i>ritonavir</i> )	T3	PA SP
NORVIR 80 MG/ML SOLUTION	T2	SP
REYATAZ 150 MG CAPSULE ( <i>atazanavir sulfate</i> )	T3	PA SP
REYATAZ 200 MG CAPSULE ( <i>atazanavir sulfate</i> )	T3	PA SP
REYATAZ 300 MG CAPSULE ( <i>atazanavir sulfate</i> )	T3	PA SP
REYATAZ 50 MG POWDER PACKET	T2	PA SP
<i>ritonavir</i> (Norvir)	T1	SP
VIRACEPT	T2	PA SP
<b>ANTIVÍRICOS - INHIBIDORES DE LA TRANSFERENCIA DE CADENA DE LA INTEGRASA DEL VIH-I</b>		
APRETUDE	T3	PA SA
ISENTRESS	T2	SP
ISENTRESS HD	T2	PA SP
TIVICAY	T2	SP
TIVICAY PD	T2	SP
<b>ANTIRRETROV., COMB. DE NUCLEÓSIDOS, NUCLEÓTIDOS Y RTI NO NUCLEÓSIDOS</b>		
ATRIPLA ( <i>efavirenz-emtricit-tenofov disop</i> )	T3	PA SP
COMPLERA	T3	PA SP
DELSTRIGO	T3	PA SP
<i>efavirenz/emtricit/tenofov df</i> (Atripla)	T1	PA SP
<i>efavirenz/lamivu/tenofov disop</i> (Symfi Lo)	T1	SP
<i>efavirenz/lamivu/tenofov disop</i> (Symfi)	T1	SP
ODEFSEY	T3	PA SP
SYMFI ( <i>efavirenz-lamivu-tenofov disop</i> )	T2	SP

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

### ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIRRETROV., COMB. DE NUCLEÓSIDOS, NUCLEÓTIDOS Y RTI NO NUCLEÓSIDOS</b>		
SYMFILO (efavirenz-lamivu-tenofovir disop)	T2	SP
<b>ANTIRRETROV.-NUCLEÓSIDOS, RTI NUCLEÓTIDOS, INHIBIDORES DE LA INTEGRASA</b>		
BIKTARVY	T2	SP
GENVOYA	T2	SP
STRIBILD	T3	PA SP

### ANTIVÍRICOS (Condiciones oculares)

#### ANTIVÍRICOS PARA LOS OJOS

trifluridine	T1	
ZIRGAN	T3	

### ANTIVÍRICOS (Infecciones)

#### ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTIVÍRICOS

SYNAGIS	T3	PA SP HD
---------	----	----------

#### ANTIVÍRICOS, GENERALES

acyclovir 200 mg capsule	T1	
acyclovir 200 mg/5 ml susp (Zovirax)	T1	
acyclovir 400 mg tablet	T1	
acyclovir 800 mg tablet	T1	
acyclovir sodium	T1	
cidofovir	T1	SP
CYTOVENE (ganciclovir sodium)	T3	SP
famciclovir	T1	
FLUMADINE (rimantadine hcl)	T3	
foscarnet sodium (Foscavir)	T1	
FOSCAVIR	T3	
FOSCAVIR (foscarnet sodium)	T3	
GANCICLOVIR	T3	SP
ganciclovir sodium	T1	SP
ganciclovir sodium (Cytovene)	T1	SP
LIVTENCITY	T3	PA QL (4 tabs/day) SP
oseltamivir 6 mg/ml suspension (Tamiflu)	T1	QL (180ml/30 days)
oseltamivir phos 30 mg capsule (Tamiflu)	T1	QL (20 caps/30 days)
oseltamivir phos 45 mg capsule (Tamiflu)	T1	QL (10 caps/30 days)
oseltamivir phos 75 mg capsule (Tamiflu)	T1	QL (10 caps/30 days)
PREVYMIS 240 MG TABLET	T3	SP HD
PREVYMIS 240 MG/12 ML VIAL	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

<b>ANTIVÍRICOS (Infecciones)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTIVÍRICOS, GENERALES</b>		
PREVMIS 480 MG TABLET	T3	SP HD
PREVMIS 480 MG/24 ML VIAL	T3	SP
RAPIVAB	T3	
RELENZA	T3	QL (20/30 days)
<i>rimantadine hcl</i> (Flumadine)	T1	
SITAVIG	T3	PA QL (2 tabs/Rx)
TAMIFLU 30 MG CAPSULE ( <i>oseltamivir phosphate</i> )	T3	QL (20/30 days)
TAMIFLU 45 MG CAPSULE ( <i>oseltamivir phosphate</i> )	T3	QL (10/30 days)
TAMIFLU 6 MG/ML SUSPENSION ( <i>oseltamivir phosphate</i> )	T3	QL (180ml/30 days)
TAMIFLU 75 MG CAPSULE ( <i>oseltamivir phosphate</i> )	T3	QL (10/30 days)
<i>valacyclovir hcl</i> (Valtrex)	T1	
VALCYTE ( <i>valganciclovir hcl</i> )	T3	PA
<i>valganciclovir hcl</i> (Valcyte)	T1	
VALTREX ( <i>valacyclovir</i> )	T3	
XOFLUZA	T3	QL (2 tabs/30 days)
ZOVIRAX 200 MG/5 ML SUSP ( <i>acyclovir</i> )	T3	PA
<b>HEP. C - COMB. DE INHIB. DE NS5A, NS3/4A, NS5B NO NUC.</b>		
VIEKIRA PAK	T3	PA SP HD
<b>HEP. C - COMBO DE INHIB. DE NS5A, NS3/4A, NS5B NUCLEÓTIDOS</b>		
VOSEVI	T2	PA SP HD
<b>VIRUS DE LA HEP. C, INH. DE LA POLIMERASA NS5B ANÁLOGA DE NUCLEÓTIDOS</b>		
SOVALDI 150 MG PELLETT PACKET	T2	PA QL (1 tab/day) SP HD
SOVALDI 200 MG PELLETT PACKET	T2	PA QL (1 tab/day) SP HD
SOVALDI 200 MG TABLET	T2	PA QL (1 tab/day) SP HD
SOVALDI 400 MG TABLET	T2	PA SP HD
EPCLUSA 200 MG-50 MG TABLET	T2	PA QL (1 tab/Day) SP HD
EPCLUSA 400 MG-100 MG TABLET	T2	PA SP HD
HARVONI 33.75-150 MG PELLETT PK	T2	PA QL (1 tab/day) SP HD
HARVONI 45-200 MG PELLETT PACKT	T2	PA QL (1 tab/day) SP HD
HARVONI 45-200 MG TABLET	T2	PA QL (1 tab/day) SP HD
HARVONI 90-400 MG TABLET	T2	PA SP HD
LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR	T3	PA SP HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANTIVÍRICOS (Infecciones) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>VIRUS DE LA HEP. C - COMBO DE INHIB. DE LA POLIMERASA NS5B Y NS5A</b>		
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR	T3	PA SP HD
<b>AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS B</b>		
<i>adefovir dipivoxil</i> (Hepsera)	T1	SP HD
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION	T2	SP HD
BARACLUDE 0.5 MG TABLET ( <i>entecavir</i> )	T3	PA QL (1 tab/day) SP HD
BARACLUDE 1 MG TABLET ( <i>entecavir</i> )	T3	PA SP HD
<i>entecavir 0.5 mg tablet</i> (Baraclude)	T1	QL (1 tab/day) SP HD
<i>entecavir 1 mg tablet</i> (Baraclude)	T1	SP HD
EPIVIR HBV 100 MG TABLET ( <i>lamivudine hbv</i> )	T3	SP
EPIVIR HBV 25 MG/5 ML SOLN	T2	SP
HEPSERA ( <i>adefovir dipivoxil</i> )	T3	SP HD
<i>lamivudine</i> (Epiriv Hbv)	T1	SP
VEMLIDY	T2	SP HD
<b>AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C</b>		
PEGASYS	T2	PA SP HD
PEGINTRON	T3	PA SP HD
<i>ribasphere 200 mg capsule</i>	T1	SP HD
<i>ribasphere 200 mg tablet</i>	T1	SP HD
<i>ribasphere 400 mg tablet</i>	T1	SP
<i>ribasphere 600 mg tablet</i>	T1	SP
<i>ribasphere ribapak 200-400 mg</i>	T1	SP HD
<i>ribasphere ribapak 400-400 mg</i>	T1	SP HD
<i>ribasphere ribapak 600-400 mg</i>	T1	SP HD
<i>ribasphere ribapak 600-600 mg</i>	T1	SP HD
<i>ribavirin</i>	T1	SP HD
<b>VIRUS DE LA HEPATITIS C - COMB. DE INHIB. DE NS5A Y NS3/4A</b>		
MAVYRET	T3	PA SP HD
ZEPATIER	T3	PA SP HD
<b>INHIBIDOR DE LA PROTEASA PRINCIPAL (MPRO)</b>		
PAXLOVID	T2	QL (1 pkg/120 days)
<b>INHIBIDOR DE LA ARN POLIMERASA</b>		
MOLNUPIRAVIR	T3	QL (1 pkg/120 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

### ANTIVÍRICOS (Condiciones cutáneas)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES TÓPICOS PARA EL TRATAMIENTO DE VERRUGAS GENITALES-VPH</b>		
VEREGEN	T3	PA

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

#### AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANAFILAXIA

ADYPHREN	T1	
ADYPHREN AMP	T1	
AUVI-Q	T3	PA QL (2 packs/30 days)
EPINEPHRINE 0.15 MG AUTO-INJECT	T3	PA QL (2 packs/30 days)
<i>epinephrine 0.15 mg auto-inject</i> (EpiPen Jr 2-pak)	T1	QL (2 packs/30 days)
EPINEPHRINE 0.3 MG AUTO-INJECT	T1	QL (2 packs/30 days)
<i>epinephrine 0.3 mg auto-inject</i> (EpiPen 2-pak)	T1	QL (2 packs/30 days)
EPINEPHRINE PROFESSIONAL EMS	T3	
EPINEPHRINE PROFESSIONAL KIT	T3	
EPINEPHRINESNAP-EMS	T3	
EPINEPHRINESNAP-V	T3	
EPIPEN ( <i>epinephrine</i> )	T3	PA QL (4 PENS/22 DAYS)
EPIPEN 2-PAK ( <i>epinephrine</i> )	T3	PA QL (2 packs/30 days)
EPIPEN JR ( <i>epinephrine</i> )	T3	PA QL (4 PENS/22 DAYS)
EPIPEN JR 2-PAK ( <i>epinephrine</i> )	T3	PA QL (2 packs/30 days)
SYMJEPI	T3	PA QL (4 syringes/30 days)

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

#### INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA

ARICEPT ( <i>donepezil hcl</i> )	T3	HD
BLOXIVERZ ( <i>neostigmine methylsulfate</i> )	T3	HD
<i>donepezil hcl</i>	T1	HD
<i>donepezil hcl</i> (Aricept)	T1	HD
EXELON ( <i>rivastigmine</i> )	T3	HD
<i>galantamine er 16 mg capsule</i> (Razadyne Er)	T1	HD
<i>galantamine er 24 mg capsule</i> (Razadyne Er)	T1	HD
<i>galantamine er 8 mg capsule</i> (Razadyne Er)	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>galantamine hbr</i>	T1	HD
MESTINON 180 MG TIMESPAN ( <i>pyridostigmine bromide er</i> )	T3	HD
MESTINON 60 MG TABLET ( <i>pyridostigmine bromide</i> )	T3	HD
MESTINON 60 MG/5 ML SOLUTION ( <i>pyridostigmine bromide</i> )	T2	HD
NEOSTIGMINE METHYLSULFATE	T1	HD

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

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

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

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



## Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA</b>		
<i>neostigmine methylsulfate</i> (Bloxiverz)	T1	HD
<i>neostigmine methylsulfate</i> (Neostigmine Methylsulfate)	T1	HD
NEOSTIGMINE-STERILE WATER	T1	HD
<i>physostigmine salicylate</i>	T1	HD
<i>pyridostigmine 60 mg/5 ml soln</i> (Mestinon)	T1	HD
PYRIDOSTIGMINE BR 30 MG TABLET	T3	PA QL (20 tabs/day) HD
<i>pyridostigmine br 60 mg tablet</i> (Mestinon)	T1	HD
<i>pyridostigmine bromide</i>	T3	HD
<i>pyridostigmine bromide</i> (Mestinon)	T1	HD
RAZADYNE ER 16 MG CAPSULE ( <i>galantamine er</i> )	T3	HD
RAZADYNE ER 24 MG CAPSULE ( <i>galantamine er</i> )	T3	HD
RAZADYNE ER 8 MG CAPSULE ( <i>galantamine er</i> )	T3	QL (1 cap/day) HD
<i>rivastigmine</i> (Exelon)	T1	HD
<i>rivastigmine tartrate</i>	T1	HD

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

#### ADRENÉRGICOS, AROMÁTICOS, SIN CATECOLAMINAS

ADDERALL ( <i>dextroamphetamine-amphetamine</i> )	T3	PA ST
ADDERALL XR 10 MG CAPSULE ( <i>dextroamphetamine-amphet er</i> )	T3	PA QL (1 cap/day) ST
ADDERALL XR 15 MG CAPSULE ( <i>dextroamphetamine-amphet er</i> )	T3	PA QL (1 cap/day) ST
ADDERALL XR 20 MG CAPSULE ( <i>dextroamphetamine-amphet er</i> )	T3	PA QL (1 cap/day) ST
ADDERALL XR 25 MG CAPSULE ( <i>dextroamphetamine-amphet er</i> )	T3	PA QL (1 per day) ST
ADDERALL XR 30 MG CAPSULE ( <i>dextroamphetamine-amphet er</i> )	T3	PA QL (1 cap/day) ST
ADDERALL XR 5 MG CAPSULE ( <i>dextroamphetamine-amphet er</i> )	T3	PA QL (1 cap/day) ST
ADZENYS ER	T3	PA QL (15ml/day)
ADZENYS XR-ODT	T3	PA QL (1 tab/day)
AMPHETAMINE	T3	PA QL (15ml/day)
<i>amphetamine sulfate</i> (Evekeo)	T1	PA
DESOXYN ( <i>methamphetamine hcl</i> )	T3	PA
DESOXYN 5 MG TABLET ( <i>methamphetamine hcl</i> )	T3	PA QL(5 TABS/DAY)
DEXEDRINE SPANSULE 10 MG ( <i>dextroamphetamine sulfate er</i> )	T3	PA QL (1 cap/day)
DEXEDRINE SPANSULE 15 MG ( <i>dextroamphetamine sulfate er</i> )	T3	PA QL (3 caps/day)
DEXEDRINE SPANSULE 5 MG ( <i>dextroamphetamine sulfate er</i> )	T3	PA QL (1 cap/day)
<i>dextroamp-amphet er 10 mg cap</i> (Adderall Xr)	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dextroamp-amphet er 15 mg cap</i> (Adderall Xr)	T1	PA QL (1 cap/day)

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ADRENÉRGICOS, AROMÁTICOS, SIN CATECOLAMINAS</b>		
<i>dextroamp-amphet er 20 mg cap</i> (Adderall Xr)	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dextroamp-amphet er 25 mg cap</i> (Adderall Xr)	T1	PA QL (1 per day)
<i>dextroamp-amphet er 30 mg cap</i> (Adderall Xr)	T1	PA QL (1 per day)
<i>dextroamp-amphet er 5 mg cap</i> (Adderall Xr)	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dextroamphetamine er 10 mg cap</i> (Dexedrine)	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dextroamphetamine er 15 mg cap</i> (Dexedrine)	T1	PA QL (3/day)
<i>dextroamphetamine er 5 mg cap</i> (Dexedrine)	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dextroamphetamine sulfate</i>	T1	PA
<i>dextroamphetamine sulfate</i>	T3	PA ST
<i>dextroamphetamine/amphetamine</i> (Adderall)	T1	PA
DYANAVEL XR	T3	PA QL (8ml/day)
EVEKEO ( <i>amphetamine sulfate</i> )	T3	PA ST
EVEKEO ODT	T3	PA
<i>methamphetamine hcl</i> (Desoxyn)	T1	PA
MYDAYIS	T3	PA QL (1 cap/day) ST
XELSTRYM	T3	PA QL(1 PATCH/DAY)
ZENZEDI	T3	PA ST

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

#### AGENTES VASOCONSTRICTORES ADRENÉRGICOS

<i>droxidopa</i> (Northra)	T1	SP HD
<i>midodrine hcl</i>	T1	
NORTHERA ( <i>droxidopa</i> )	T3	PA SP HD

#### AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA

DIBENZYLIN ( <i>phenoxybenzamine hcl</i> )	T3	HD
<i>phenoxybenzamine hcl</i> (Dibenzylin)	T1	HD
<i>phentolamine mesylate</i>	T1	HD

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

#### AGENTES ADRENÉRGICOS, CATECOLAMINAS

<i>dopamine hcl</i>	T1	
<i>dopamine hcl in dextrose 5 %</i>	T1	
<i>epinephrine</i>	T3	
<i>epinephrine 0.1 mg/ml syringe</i>	T1	
<i>epinephrine 1 mg/10 ml abbojct</i>	T1	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Varios)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES ADRENÉRGICOS, CATECOLAMINAS</b>		
<i>epinephrine 1 mg/10 ml luerjet</i>	T1	
<i>epinephrine 1 mg/ml ampul</i>	T1	
<i>epinephrine 30 mg/30 ml vial</i>	T1	
<i>epinephrine hcl in 0.9 % nacl</i>	T1	
<i>epinephrine hcl in 0.9 % nacl (Epinephrine Hcl-0.9% Nacl)</i>	T1	
<i>epinephrine hcl in dextrose 5%</i>	T1	
<i>epinephrine hcl in dextrose 5% (Epinephrine Hcl-d5w)</i>	T1	
EPINEPHRINE HCL-0.9% NACL	T1	
EPINEPHRINE HCL-0.9% NACL ( <i>epinephrine hcl-0.9% nacl</i> )	T1	
EPINEPHRINE HCL-D5W	T1	
EPINEPHRINE HCL-D5W ( <i>epinephrine hcl-d5w</i> )	T1	
<i>isoproterenol hcl</i>	T1	
<i>isoproterenol hcl (Isuprel)</i>	T1	
ISUPREL	T3	
LEVOPHED ( <i>norepinephrine bitartrate</i> )	T3	
LEVOPHED BITARTRATE ( <i>norepinephrine bitartrate</i> )	T3	
<i>norepinephrine bit/0.9 % nacl</i>	T1	
NOREPINEPHRINE BITAR-0.9% NACL	T1	
<i>norepinephrine bitartrate (Levophed Bitartrate)</i>	T1	
<i>norepinephrine bitartrate (Levophed)</i>	T1	
<i>norepinephrine bitartrate/d5w</i>	T1	
NOREPINEPHRINE BITARTRATE-D5W	T1	
<b>AGENTES BLOQUEADORES NEUROMUSCULARES</b>		
<i>atracurium besylate</i>	T1	
BOTOX 100 UNIT VIAL	T3	PA SP
BOTOX 200 UNIT VIAL	T3	PA SP HD
<i>cisatracurium besylate (Nimbex)</i>	T1	
DYSPORT	T3	PA SP HD
MIVACRON	T3	
MYOBLOC	T3	PA SP
NIMBEX ( <i>cisatracurium besylate</i> )	T3	
<i>pancuronium bromide</i>	T1	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Varios)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES BLOQUEADORES NEUROMUSCULARES</b>		
QUELICIN ( <i>succinylcholine chloride</i> )	T3	
<i>rocuronium bromide</i>	T1	
<i>rocuronium bromide</i> (Rocuronium Bromide)	T1	
SUCCINYLCHOLINE CHLORIDE	T1	
<i>succinylcholine chloride</i> (Quelicin)	T1	
<b>MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Condiciones urinarias)</b>		
<b>AGENTES PARASIMPATICOMIMÉTICOS</b>		
<i>bethanechol chloride</i>	T1	HD
<i>cevimeline hcl</i> (Evoxac)	T1	HD
EVOXAC ( <i>cevimeline hcl</i> )	T3	HD
<i>guanidine hcl</i>	T1	HD
<i>pilocarpine hcl</i> (Salagen)	T1	HD
SALAGEN ( <i>pilocarpine hcl</i> )	T3	HD
<b>PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Alergia/rociadores nasales)</b>		
<b>EXTRACTOS ALERGÉNICOS, TERAPÉUTICOS</b>		
GRASTEK	T3	PA QL (1 tab/day)
ODACTRA	T3	PA QL (1 tab/day)
ORALAIR	T3	PA QL (1 tab/day)
PALFORZIA	T3	PA SP
RAGWITEK	T3	PA QL (1 tab/day)
<b>PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)</b>		
<b>INHIBIDORES DE CALICREÍNA PLASMÁTICA</b>		
TAKHZYRO	T3	PA SP HD
<b>PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Varios)</b>		
<b>SUEROS INMUNOLÓGICOS</b>		
HYPERRHO S-D	T3	SP
MICRHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS	T3	SP
RHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS	T3	SP
RHOPHYLAC	T3	SP
WINRHO SDF	T3	SP HD
<b>AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA FENILCETONURIA - FENILALANINA AMONIO LIASA</b>		
PALYNZIQ	T3	PA SP HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>VACUNAS CONTRA EL COVID-19</b>		
JANSSEN COVID-19 VACCINE (EUA)	T3	PPACA
MODERNA COVID-19 VACCINE (EUA)	T3	PPACA
PFIZER COVID-19 VACCINE (EUA)	T3	PPACA
<b>VACUNAS CONTRA VIRUS ENTÉRICOS</b>		
IPOL	T3	PPACA
ROTARIX	T3	PPACA
ROTATEQ	T3	PPACA
<b>VACUNAS CONTRA COCOS GRAMNEGATIVOS</b>		
BEXSERO	T3	PPACA
MENACTRA	T3	PPACA
MENQUADFI	T3	PPACA
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP	T3	PPACA
TRUMENBA	T3	PPACA
<b>VACUNAS CONTRA COCOS GRAMPOSITIVOS</b>		
PNEUMOVAX 23	T3	PPACA
PREVNAR 13	T3	PPACA
<b>VACUNAS CONTRA EL VIRUS DE LA INFLUENZA</b>		
AFLURIA QUAD 2020-2021	T3	PPACA
AFLURIA QUAD 2020-21 (3YR UP)	T3	PPACA
AFLURIA QUAD 2020-21 (6-35MO)	T3	PPACA
AFLURIA QUAD 2021-2022	T3	PPACA
AFLURIA QUAD 2021-22 (3YR UP)	T3	PPACA
AFLURIA QUAD 2021-22 (6-35MO)	T3	PPACA
AFLURIA QUAD 2022-2023	T3	PPACA
AFLURIA QUAD 2022-23 (3YR UP)	T3	PPACA
AFLURIA QUAD 2023-2024	T3	PPACA
AFLURIA QUAD 2023-24 (3YR UP)	T3	PPACA
FLUAD 2020-2021	T3	PPACA
FLUAD QUAD 2020-2021	T3	PPACA
FLUAD QUAD 2021-2022	T3	PPACA
FLUAD QUAD 2022-2023	T3	PPACA
FLUAD QUAD 2023-2024	T3	PPACA
FLUARIX	T3	PPACA
FLUARIX QUAD 2021-2022	T3	PPACA

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>VACUNAS CONTRA EL VIRUS DE LA INFLUENZA (cont.)</b>		
FLUARIX QUAD 2022-2023	T3	PPACA
FLUARIX QUAD 2023-2024	T3	PPACA
FLUBLOK QUAD 2020-2021	T3	PPACA
FLUBLOK QUAD 2021-2022	T3	PPACA
FLUBLOK QUAD 2022-2023	T3	PPACA
FLUBLOK QUAD 2023-2024	T3	PPACA
FLUCELVAX QUAD 2020-2021	T3	PPACA
FLUCELVAX QUAD 2021-2022	T3	PPACA
FLUCELVAX QUAD 2022-2023	T3	PPACA
FLUCELVAX QUAD 2023-2024	T3	PPACA
FLULAVAL	T3	PPACA
FLULAVAL QUAD 2021-2022	T3	PPACA
FLULAVAL QUAD 2022-2023	T3	PPACA
FLULAVAL QUAD 2023-2024	T3	PPACA
FLUMIST	T3	PPACA
FLUMIST QUAD 2021-2022	T3	PPACA
FLUMIST QUAD 2022-2023	T3	PPACA
FLUMIST QUAD 2023-2024	T3	PPACA
FLUZONE HIGH-DOSE QUAD 2020-21	T3	PPACA
FLUZONE HIGH-DOSE QUAD 2021-22	T3	PPACA
FLUZONE HIGH-DOSE QUAD 2022-23	T3	PPACA
FLUZONE HIGH-DOSE QUAD 2023-24	T3	PPACA
FLUZONE QUAD 2020-2021	T3	PPACA
FLUZONE QUAD 2021-2022	T3	PPACA
FLUZONE QUAD 2022-2023	T3	PPACA
FLUZONE QUAD 2023-2024	T3	PPACA
<b>PREPARACIONES, COMBINACIONES DE VACUNAS/TOXOIDES</b>		
ACTHIB	T3	PPACA
ADACEL TDAP	T3	PPACA
BOOSTRIX TDAP	T3	PPACA
DAPTACEL DTAP	T3	PPACA
DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS-PED	T3	PPACA
HIBERIX	T3	PPACA
INFANRIX DTAP	T3	PPACA
KINRIX	T3	PPACA

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

### PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas) (cont.)

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

#### PREPARACIONES, COMBINACIONES DE VACUNAS/TOXOIDES (cont.)

M-M-R II VACCINE	T3	PPACA
PEDVAXHIB	T3	PPACA
PENTACEL	T3	PPACA
PENTACEL ACTHIB COMPONENT	T3	PPACA
PROQUAD	T3	PPACA
QUADRACEL DTAP-IPV	T3	PPACA
TDVAX	T3	PPACA
TENIVAC	T3	PPACA
VAXELIS	T3	PPACA

#### VACUNAS ANTIVIRALES/DE CÉLULAS TUMORÍGENAS

ACAM2000	T3	
ENGERIX-B ADULT	T3	PPACA
ENGERIX-B PEDIATRIC-ADOLESCENT	T3	PPACA
GARDASIL 9	T3	PPACA
HEPLISAV-B	T3	PPACA
JYNNEOS	T3	
PEDIARIX	T3	PPACA
RECOMBIVAX HB	T3	PPACA
SHINGRIX	T3	QL (2 dosis/lifetime) PPACA
TWINRIX	T3	PPACA
VARIVAX VACCINE	T3	PPACA
ZOSTAVAX	T3	PPACA

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

#### AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA TROMBÓTICA

CABLIVI	T3	PA SP
---------	----	-------

#### AGENTES ANTIFIBRINOLÍTICOS

AMICAR ( <i>aminocaproic acid</i> )	T3	SP HD
<i>aminocaproic acid</i>	T1	SP HD
<i>aminocaproic acid</i> (Amicar)	T1	SP HD
CYKLOKAPRON ( <i>tranexamic acid</i> )	T3	SP
FIBRYGA	T3	PA SP
LYSTEDA ( <i>tranexamic acid</i> )	T3	SP
RIASTAP	T3	PA SP
<i>tranexamic acid</i> (Cyklokapron)	T1	SP
<i>tranexamic acid</i> (Lysteda)	T1	SP

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

<b>SANGRE (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA TROMBÓTICA</b>		
TRANEXAMIC ACID-NACL	T3	SP
<b>FACTORES ANTIHEMOFÍLICOS</b>		
ALTUVIIO	T3	PA SP HD
<b>INHIBIDORES DEL COMPLEMENTO (C3)</b>		
EMPAVELI	T2	PA SP
<b>COAGULANTES</b>		
<i>protamine sulfate</i>	T1	
<b>INHIBIDORES DEL COMPLEMENTO (C5)</b>		
TAVNEOS	T3	PA QL (6 caps/day)SP HD
<b>PREPARACIONES DE COMPLEJO DE FACTOR IX (CCP)</b>		
KCENTRA	T3	SP
<b>PREPARACIONES DE FACTOR X</b>		
COAGADEX	T3	PA SP
<b>PREPARACIONES DE FACTOR XIII</b>		
CORIFACT	T3	PA SP
TRETTEN	T3	PA SP
<b>AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEMOFILIA, SIN REEMPLAZO DE FACTOR</b>		
HEMLIBRA	T3	PA SP HD
<b>ANTICUERPO MONOCLONAL HUMANO INHIBIDOR DEL COMPLEMENTO (C5)</b>		
SOLIRIS	T2	PA SP
ULTOMIRIS	T3	PA SP HD
<b>PREPARACIONES DE PROTEÍNA C</b>		
CEPROTIN	T3	PA SP
<b>AGENTES PARA LA ANEMIA DREPANOCÍTICA</b>		
ADAKVEO	T3	PA SP
DROXIA	T2	
OXBRYTA	T3	PA QL(5 TABS/DAY) SP HD
SIKLOS	T3	PA
<b>HEMOSTÁTICOS TÓPICOS</b>		
ASTRINGYN	T3	
AVITENE	T3	
ENDO-AVITENE	T3	
EVICEL	T3	
<i>gelatin sponge, absorb/porcine (Gelfoam)</i>	T1	
GELFOAM	T3	
GELFOAM ( <i>surgifoam</i> )	T3	

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

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

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

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



## Lista de medicamentos con receta

<b>SANGRE (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>HEMOSTÁTICOS TÓPICOS (cont.)</b>		
GELFOAM COMPRESSED	T3	
MONSEL'S	T3	
RAPLIXA	T3	
RECOTHROM	T3	
SURGIFOAM	T1	
SYRINGE AVITENE	T3	
TACHOSIL	T3	
THROMBI-GEL	T3	
THROMBIN-JMI	T3	
THROMBI-PAD	T3	
ULTRAFOAM	T3	
<b>REVERSOR ANTICOAGULANTE PARA INHIB. DEL FACTOR XA</b>		
ANDEXXA	T3	SP
<b>REVERSOR ANTICOAGULANTE, INHIB. DIRECTO DE LA TROMBINA</b>		
PRAXBIND	T3	SP
<b>AGENTES HEMORREOLÓGICOS</b>		
<i>pentoxifylline</i>	T1	HD
<b>TROMBOLÍTICOS - TIPO NUCLEÓTIDOS</b>		
DEFITELIO	T3	PA SP
<b>ENZIMAS TROMBOLÍTICAS</b>		
ACTIVASE	T3	
CATHFLO ACTIVASE	T3	
RETAVASE	T3	
TNKASE	T3	
<b>SANGRE (Varios)</b>		
<b>AGENTES DE TERAPIA CELULAR/GENÉTICA - HEMATOPOYÉTICA</b>		
OMISIRGE	T3	
<b>MEDICAMENTOS PARA ENFERMEDADES CARDÍACAS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)</b>		
<b>AGENTES ANTIANGINOSOS Y ANTIISQUÉMICOS, NO HEMODINÁMICOS</b>		
RANEXA ( <i>ranolazine er</i> )	T3	PA QL (4 tabs/day) HD
<i>ranolazine</i> (Ranexa)	T1	QL (4 tabs/day) HD
<b>ANTIARRÍTMICOS</b>		
<i>adenosine 12 mg/4 ml syringe</i>	T1	HD
<i>adenosine 12 mg/4 ml vial</i>	T1	HD
<i>adenosine 6 mg/2 ml syringe</i>	T1	HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA ENFERMEDADES CARDÍACAS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIARRÍTMICOS</b>		
<i>adenosine 6 mg/2 ml vial</i>	T1	HD
<i>amiodarone hcl</i>	T1	HD
AMIODARONE HCL-D5W	T1	HD
<i>bretylum tosylate</i>	T1	HD
CORVERT ( <i>ibutilide fumarate</i> )	T3	PA HD
<i>disopyramide phosphate</i> (Norpace)	T1	HD
<i>dofetilide 125 mcg capsule</i> (Tikosyn)	T1	QL (8 caps/day) HD
<i>dofetilide 250 mcg capsule</i> (Tikosyn)	T1	QL (4 caps/day) HD
<i>dofetilide 500 mcg capsule</i> (Tikosyn)	T1	QL (2 caps/day) HD
<i>flecainide acetate</i>	T1	HD
<i>ibutilide fumarate</i> (Corvert)	T1	HD
<i>lidocaine hcl 1% abboject</i>	T1	HD
<i>lidocaine hcl 1% syringe</i>	T1	HD
<i>lidocaine hcl 2% abboject</i>	T1	HD
<i>lidocaine hcl 2% luer-jet</i>	T1	HD
<i>lidocaine hcl 2% syringe</i>	T1	HD
<i>lidocaine hcl 2% vial</i>	T1	HD
<i>lidocaine hcl/dextrose 5 %/pf</i>	T1	HD
<i>mexiletine hcl</i>	T1	HD
MULTAQ	T3	HD
NEXTERONE	T3	HD
NORPACE ( <i>disopyramide phosphate</i> )	T3	PA HD
NORPACE CR	T3	HD
<i>pacerone 100 mg tablet</i>	T3	PA HD
<i>pacerone 200 mg tablet</i>	T1	HD
<i>pacerone 400 mg tablet</i>	T3	PA HD
<i>procainamide hcl</i>	T1	HD
<i>propafenone hcl</i>	T1	HD
<i>propafenone hcl</i> (Rythmol Sr)	T1	HD
<i>quinidine gluconate</i>	T1	HD
<i>quinidine sulfate</i>	T1	HD
RYTHMOL SR ( <i>propafenone hcl er</i> )	T3	PA HD
TIKOSYN 125 MCG CAPSULE ( <i>dofetilide</i> )	T3	PA QL (8 caps/day) HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIARRÍTMICOS</b>		
TIKOSYN 250 MCG CAPSULE ( <i>dofetilide</i> )	T3	PA QL (4 caps/day) HD
TIKOSYN 500 MCG CAPSULE ( <i>dofetilide</i> )	T3	PA QL (2 caps/day) HD
XYLOCAINE IV	T3	HD
<b>BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO Y ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS, INHIBIDORES DE LA COX-2</b>		
CONSENSI	T3	PA QL (1 tab/day)
<b>AGENTES BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO</b>		
ADALAT CC ( <i>nifedipine er</i> )	T3	HD
<i>amlodipine besylate</i> (Norvasc)	T1	HD
CALAN SR ( <i>verapamil er</i> )	T3	HD
CAMZYOS	T3	PA QL (30 caps/30 days) SP
CARDENE I.V.	T3	HD
CARDENE I.V. ( <i>nicardipine hcl</i> )	T3	HD
CARDIZEM ( <i>diltiazem hcl</i> )	T3	PA HD
CARDIZEM CD ( <i>diltiazem 24hr er (cd)</i> )	T3	PA HD
CARDIZEM LA 120 MG TABLET ( <i>diltiazem hcl</i> )	T3	QL (1 tab/day) HD
CARDIZEM LA 180 MG TABLET ( <i>matzim la</i> )	T3	HD
CARDIZEM LA 240 MG TABLET ( <i>matzim la</i> )	T3	HD
CARDIZEM LA 300 MG TABLET ( <i>matzim la</i> )	T3	HD
CARDIZEM LA 360 MG TABLET ( <i>matzim la</i> )	T3	HD
CARDIZEM LA 420 MG TABLET ( <i>matzim la</i> )	T3	HD
CLEVIPREX	T3	HD
CONJUPRI	T3	PA HD
<i>diltiazem hcl</i>	T1	HD
<i>diltiazem hcl</i> (Cardizem Cd)	T1	HD
<i>diltiazem 24h er(la) 120 mg tb</i> (Cardizem La)	T1	QL(1 TAB/DAY) HD
<i>diltiazem 24h er(la) 180 mg tb</i> (Cardizem La)	T1	HD
<i>diltiazem 24h er(la) 240 mg tb</i> (Cardizem La)	T1	HD
<i>diltiazem 24h er(la) 300 mg tb</i> (Cardizem La)	T1	HD
<i>diltiazem 24h er(la) 360 mg tb</i> (Cardizem La)	T1	HD
<i>diltiazem 24h er(la) 420 mg tb</i> (Cardizem La)	T1	HD
<i>diltiazem hcl</i> (Cardizem La)	T1	HD
<i>diltiazem hcl</i> (Cardizem)	T1	HD
<i>diltiazem hcl</i> (Tiazac)	T1	HD
DILTIAZEM HCL-0.7% NACL	T3	HD
DILTIAZEM HCL-0.9% NACL	T1	HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO (cont.)</b>		
<i>felodipine</i>	T1	HD
<i>isradipine</i>	T1	HD
KATERZIA	T3	PA QL (10ml/day) HD
NICARDIPIN 20MG/200ML-0.9%NACL	T3	HD
NICARDIPIN 40MG/200ML-0.9%NACL	T3	HD
NICARDIPINE 1 MG/10 ML-NS SYRG	T1	HD
<i>nicardipine hcl</i>	T1	HD
<i>nicardipine hcl</i> (Cardene I.v.)	T1	HD
NICARDIPINE HCL-D5W	T1	HD
<i>nifedipine</i>	T1	HD
<i>nifedipine</i> (Adalat Cc)	T1	HD
<i>nifedipine</i> (Procardia XI)	T1	HD
<i>nifedipine</i> (Procardia)	T1	HD
<i>nimodipine</i>	T1	HD
<i>nisoldipine er 17 mg tablet</i> (Sular)	T1	HD
<i>nisoldipine er 20 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>nisoldipine er 25.5 mg tablet</i>	T1	HD
<i>nisoldipine er 30 mg tablet</i>	T1	HD
<i>nisoldipine er 34 mg tablet</i> (Sular)	T1	HD
<i>nisoldipine er 40 mg tablet</i>	T1	HD
<i>nisoldipine er 8.5 mg tablet</i> (Sular)	T1	HD
NORVASC ( <i>amlodipine besylate</i> )	T3	HD
NORLIQVA	T2	PA QL (10ml/day) HD
NYMALIZE	T3	HD
PROCARDIA ( <i>nifedipine</i> )	T3	HD
PROCARDIA XL ( <i>nifedipine er</i> )	T3	HD
SULAR ( <i>nisoldipine</i> )	T3	HD
TIAZAC ( <i>tiadylt er</i> )	T3	HD
<i>verapamil hcl</i>	T1	HD
<i>verapamil hcl</i> (Calan Sr)	T1	HD
<i>verapamil hcl</i> (Verelan Pm)	T1	HD
<i>verapamil hcl</i> (Verelan)	T1	HD
VERELAN ( <i>verapamil hcl</i> )	T3	HD
VERELAN ( <i>verapamil sr</i> )	T3	HD
VERELAN PM ( <i>verapamil er pm</i> )	T3	HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>SOLUCIONES CARDIOLÉJICAS</b>		
CARDIOPLEGIA DEL NIDO FORMULA	T3	
CARDIOPLEGIA HIGH POTASSIUM	T3	
CARDIOPLEGIA IND 8:1 NON-ENRCH	T3	
CARDIOPLEGIA INDUCTION 4:1	T3	
CARDIOPLEGIA INDUCTION 8:1	T3	
CARDIOPLEGIA MAINTENANCE 4:1	T3	
CARDIOPLEGIA MAINTENANCE 8:1	T3	
CARDIOPLEGIA REPERFUSATE 4:1	T3	
<i>cardioplegic solution no.1 (Plegisol)</i>	T1	
PLEGISOL	T3	
<b>GLUCÓSIDOS DIGITÁLICOS</b>		
<i>digoxin</i>	T1	HD
<i>digoxin (Lanoxin)</i>	T1	HD
LANOXIN 125 MCG TABLET ( <i>digoxin</i> )	T3	PA HD
LANOXIN 187.5 MCG TABLET	T3	PA HD
LANOXIN 250 MCG TABLET ( <i>digoxin</i> )	T3	PA HD
LANOXIN 500 MCG/2 ML AMPULE ( <i>digoxin</i> )	T3	HD
LANOXIN 500 MCG/2 ML VIAL	T3	HD
LANOXIN 62.5 MCG TABLET	T3	PA HD
LANOXIN PEDIATRIC	T3	HD
<b>REDUCTORES DE LA FRECUENCIA CARDÍACA, INHIB. SELECTIVOS DE LA CORRIENTE I (F) DEL SA</b>		
CORLANOR	T2	PA HD
<b>CARDIOTÓNICOS</b>		
<i>dobutamine hcl</i>	T1	
<i>dobutamine hcl in dextrose 5 %</i>	T1	
<i>milrinone lactate</i>	T1	
<i>milrinone lactate/d5w</i>	T1	
<b>VASODILADORES, CORONARIOS</b>		
DILATRATE-SR	T3	HD
GONITRO	T3	HD
ISORDIL ( <i>isosorbide dinitrate</i> )	T3	PA HD
ISORDIL TITRADOSE ( <i>isosorbide dinitrate</i> )	T3	PA HD
<i>isosorbide dinitrate 10 mg tab</i>	T1	HD
<i>isosorbide dinitrate 20 mg tab</i>	T1	HD
<i>isosorbide dinitrate 30 mg tab</i>	T1	HD
<i>isosorbide dinitrate 40 mg tab (Isordil)</i>	T1	PA HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>VASODILADORES, CORONARIOS</b>		
<i>isosorbide dinitrate 5 mg tab</i> (Isordil Titradoso)	T1	HD
<i>isosorbide mononitrate</i>	T1	HD
MINITRAN	T1	HD
NITRO-DUR 0.1 MG/HR PATCH	T3	HD
NITRO-DUR 0.2 MG/HR PATCH	T3	HD
NITRO-DUR 0.3 MG/HR PATCH	T2	HD
NITRO-DUR 0.4 MG/HR PATCH	T3	HD
NITRO-DUR 0.6 MG/HR PATCH	T3	HD
NITRO-DUR 0.8 MG/HR PATCH	T2	HD
<i>nitroglycerin</i>	T1	HD
<i>nitroglycerin</i> (Nitro-dur)	T1	HD
<i>nitroglycerin</i> (Nitrolingual)	T1	HD
<i>nitroglycerin</i> (Nitromist)	T1	HD
<i>nitroglycerin</i> (Nitrostat)	T1	HD
<i>nitroglycerin in 5 % dextrose</i>	T1	HD
NITROLINGUAL ( <i>nitroglycerin</i> )	T3	HD
NITROMIST ( <i>nitroglycerin</i> )	T3	HD
NITROSTAT ( <i>nitroglycerin</i> )	T3	HD
<b>CARDIOVASCULARES (Alergia/rociadores nasales)</b>		
<b>AGENTES SIMPATICOMIMÉTICOS</b>		
AKOVAZ	T3	
BIORPHEN	T3	
EPHEDRINE SULFATE	T1	
<i>ephedrine sulfate</i> (Akovaz)	T1	
EPHEDRINE SULFATE-0.9% NACL	T1	
EPHEDRINE SULFATE-NACL	T1	
<i>phenylephrine hcl</i> (Vazculep)	T1	
<i>phenylephrine hcl in 0.9% nacl</i> (Phenylephrine Hcl-0.9% Nacl)	T1	
<i>phenylephrine hcl/dextrose 5 %</i>	T1	
PHENYLEPHRINE HCL-0.9% NACL	T1	
PHENYLEPHRINE HCL-0.9% NACL ( <i>phenylephrine hcl-0.9% nacl</i> )	T1	
PHENYLEPHRINE HCL-D5W	T1	
VAZCULEP ( <i>phenylephrine hcl</i> )	T3	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Asma/EPOC/condiciones respiratorias)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIHIP. PULM., ESTIMULADOR DE LA GUANILATO CICLASA SOLUBLE</b>		
ADEMPAS	T2	PA SP HD
VERQUVO	T2	PA QL (1 tab/day)
<b>ANTIHIP. PULM., INHIB. SEL. DE LA FOSFODIESTERASA T5 DE C-GMP</b>		
ADCIRCA ( <i>tadalafil</i> )	T3	PA SP HD
LIQREV	T3	PA SP
REVATIO	T3	PA SP HD
REVATIO ( <i>sildenafil citrate</i> )	T3	PA SP HD
TADLIQ	T3	PA SP HD
<i>sildenafil 10 mg/12.5 ml vial</i> (Revatio)	T1	PA SP HD
<i>sildenafil 10 mg/ml oral susp</i> (Revatio)	T1	PA SP HD
<i>sildenafil 20 mg tablet</i> (Revatio)	T1	PA SP HD
<i>tadalafil</i> (Adcirca)	T1	PA SP HD
<i>tadalafil 20 mg tablet</i> (Adcirca)	T1	PA SP HD
<b>ANTIHIP. PULMONAR, ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES DE ENDOTELINA</b>		
<i>ambrisentan</i> (Letairis)	T1	PA SP HD
<i>bosentan</i> (Tracleer)	T1	PA SP HD
LETAIRIS ( <i>ambrisentan</i> )	T3	PA SP HD
OPSUMIT	T2	PA SP HD
TRACLEER 125 MG TABLET ( <i>bosentan</i> )	T3	PA SP HD
TRACLEER 32 MG TABLET FOR SUSP	T2	PA SP HD
TRACLEER 62.5 MG TABLET ( <i>bosentan</i> )	T3	PA SP HD
<b>ANTIHIPERTENSIVOS PULMONARES, TIPO PROSTACICLINAS</b>		
<i>epoprostenol sodium</i>	T3	PA SP HD
<i>epoprostenol sodium 0.5 mg vl</i>	T1	PA SP HD
<i>epoprostenol sodium 0.5 mg vl</i> (Flolan)	T1	PA SP
<i>epoprostenol sodium 1.5 mg vl</i>	T1	PA SP HD
<i>epoprostenol sodium 1.5 mg vl</i> (Flolan)	T1	PA SP
FLOLAN	T3	PA SP
ORENITRAM MONTH 1 TITRATION KT	T3	PA QL(168 TABS/180 DAYS) SP HD
ORENITRAM MONTH 2 TITRATION KT	T3	PA QL(336 TABS/180 DAYS) SP HD
ORENITRAM MONTH 3 TITRATION KT	T3	PA QL(252 TABS/180 DAYS) SP HD
ORENITRAM ER	T3	PA SP HD
REMODULIN ( <i>treprostinil</i> )	T3	PA SP HD
<i>treprostinil sodium</i> (Remodulin)	T1	PA SP HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Asma/EPOC/condiciones respiratorias)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIHIPERTENSIVOS PULMONARES, TIPO PROSTACICLINAS</b>		
TYVASO	T3	PA SP HD
TYVASO INSTITUTIONAL START KIT	T3	PA SP HD
TYVASO REFILL KIT	T3	PA SP HD
TYVASO STARTER KIT	T3	PA SP HD
UPTRAVI	T2	PA SP HD
VELETRI VIAL	T1	PA SP
VENTAVIS	T3	PA SP HD
<b>CARDIOVASCULARES (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)</b>		
<b>COMBINACIÓN DE INHIBIDORES DE LA ECA-BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO</b>		
PRESTALIA 3.5 MG-2.5 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) HD
PRESTALIA 7 MG-5 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) HD
TARKA ( <i>trandolapril-verapamil er</i> )	T3	HD
<i>trandolapril/verapamil hcl</i>	T1	HD
<i>trandolapril/verapamil hcl</i> (Tarka)	T1	HD
<b>INHIBIDOR DE LA ECA-TIAZIDA O DIURÉTICO TIAZÍDICO</b>		
ACCURETIC ( <i>quinapril-hydrochlorothiazide</i> )	T3	ST HD
<i>benazepril/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>benazepril/hydrochlorothiazide</i> (Lotensin Hct)	T1	HD
<i>captopril-hctz 25-15 mg tablet</i>	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>captopril-hctz 25-25 mg tablet</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>captopril-hctz 50-15 mg tablet</i>	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>captopril-hctz 50-25 mg tablet</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>enalapril/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>enalapril/hydrochlorothiazide</i> (Vaseretic)	T1	HD
<i>fosinopril/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i> (Zestoretic)	T1	HD
LOTENSIN HCT ( <i>benazepril-hydrochlorothiazide</i> )	T3	ST HD
<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i> (Accuretic)	T1	HD
VASERETIC ( <i>enalapril-hydrochlorothiazide</i> )	T3	ST HD
ZESTORETIC ( <i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i> )	T3	ST HD

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

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

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

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



## Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA/BETA</b>		
<i>carvedilol</i> (Coreg)	T1	HD
<i>carvedilol er 10 mg capsule</i> (Coreg Cr)	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>carvedilol er 20 mg capsule</i> (Coreg Cr)	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>carvedilol er 40 mg capsule</i> (Coreg Cr)	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>carvedilol er 80 mg capsule</i> (Coreg Cr)	T1	HD
COREG ( <i>carvedilol</i> )	T3	ST HD
COREG CR 10 MG CAPSULE ( <i>carvedilol er</i> )	T3	QL (1 cap/day) ST HD
COREG CR 20 MG CAPSULE ( <i>carvedilol er</i> )	T3	QL (1 cap/day) ST HD
COREG CR 40 MG CAPSULE ( <i>carvedilol er</i> )	T3	QL (1 cap/day) ST HD
COREG CR 80 MG CAPSULE ( <i>carvedilol er</i> )	T3	ST HD
LABELALOL HCL 10 MG/2 ML SYRNG	T3	HD
<i>labetalol hcl 100 mg tablet</i>	T1	HD
<i>labetalol hcl 100 mg/20 ml vl</i>	T1	HD
<i>labetalol hcl 20 mg/4 ml crpjt</i>	T1	HD
<i>labetalol hcl 20 mg/4 ml syrng</i>	T1	HD
<i>labetalol hcl 20 mg/4 ml vial</i>	T1	HD
<i>labetalol hcl 200 mg tablet</i>	T1	HD
<i>labetalol hcl 200 mg/40 ml vl</i>	T1	HD
<i>labetalol hcl 300 mg tablet</i>	T1	HD
<b>AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA</b>		
CARDURA ( <i>doxazosin mesylate</i> )	T3	HD
CARDURA XL	T3	HD
<i>doxazosin mesylate</i> (Cardura)	T1	HD
MINIPRESS ( <i>prazosin hcl</i> )	T3	HD
<i>prazosin hcl</i> (Minipress)	T1	HD
<i>terazosin hcl</i>	T1	HD
<b>ANTAG. DE RECEPT. DE ANGIOTENSINA-BLOQ. DE LOS CANALES DE CALCIO-TIAZIDAS</b>		
<i>amlodipine/valsartan/hcthiazid</i> (Exforge Hct)	T1	HD
EXFORGE HCT ( <i>amlodipine-valsartan-hctz</i> )	T3	PA HD
<i>olmesartan/amlodipin/hcthiazid</i> (Tribenzor)	T1	HD
TRIBENZOR ( <i>olmesartan-amlodipine-hctz</i> )	T3	HD
<b>COMB. INHIBIDOR DEL RECEPT. DE ANGIOTENSINA-DE LA NEPRILISINA (ARNI)</b>		
ENTRESTO	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

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>COMB. DE ANTAG. DE RECEPT. DE ANGIOTENSINA-DIURÉTICOS TIAZÍDICOS</b>		
ATACAND HCT ( <i>candesartan-hydrochlorothiazid</i> )	T3	ST HD
AVALIDE ( <i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i> )	T3	ST HD
BENICAR HCT 20-12.5 MG TABLET ( <i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i> )	T3	QL (1 tab/day) ST HD
BENICAR HCT 40-12.5 MG TABLET ( <i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i> )	T3	ST HD
BENICAR HCT 40-25 MG TABLET ( <i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i> )	T3	ST HD
<i>candesartan/hydrochlorothiazid</i> (Atacand Hct)	T1	HD
DIOVAN HCT ( <i>valsartan-hydrochlorothiazide</i> )	T3	ST HD
EDARBYCLOR	T3	ST HD
HYZAAR ( <i>losartan-hydrochlorothiazide</i> )	T3	ST HD
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i> (Avalide)	T1	HD
<i>losartan/hydrochlorothiazide</i> (Hyzaar)	T1	HD
MICARDIS HCT 40-12.5 MG TABLET ( <i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i> )	T3	QL (1 tab/day) ST HD
MICARDIS HCT 80-12.5 MG TABLET ( <i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i> )	T3	ST HD
MICARDIS HCT 80-25 MG TABLET ( <i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i> )	T3	ST HD
<i>olmesartan-hctz 20-12.5 mg tab</i> (Benicar Hct)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>olmesartan-hctz 40-12.5 mg tab</i> (Benicar Hct)	T1	HD
<i>telmisartan-hctz 40-12.5 mg tb</i> (Micardis Hct)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>telmisartan-hctz 80-12.5 mg tb</i> (Micardis Hct)	T1	HD
<i>telmisartan-hctz 80-25 mg tab</i> (Micardis Hct)	T1	HD
<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i> (Diovan Hct)	T1	HD
<i>amlodipine besylate/valsartan</i> (Exforge)	T1	HD
<i>amlodipine-olmesartan 10-20 mg</i> (Azor)	T1	HD
<i>amlodipine-olmesartan 10-40 mg</i> (Azor)	T1	HD
<i>amlodipine-olmesartan 5-20 mg</i> (Azor)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>amlodipine-olmesartan 5-40 mg</i> (Azor)	T1	HD
AZOR 10-20 MG TABLET ( <i>amlodipine-olmesartan</i> )	T3	HD
AZOR 10-40 MG TABLET ( <i>amlodipine-olmesartan</i> )	T3	HD
AZOR 5-20 MG TABLET ( <i>amlodipine-olmesartan</i> )	T3	QL (1 tab/day) HD
AZOR 5-40 MG TABLET ( <i>amlodipine-olmesartan</i> )	T3	HD
EXFORGE ( <i>amlodipine-valsartan</i> )	T3	PA HD
<i>telmisartan-amlodipine 40-10</i>	T1	HD
<i>telmisartan-amlodipine 40-5 mg</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>telmisartan-amlodipine 80-10</i>	T1	HD
<i>telmisartan-amlodipine 80-5 mg</i>	T1	HD
<b>ANTIHIPERTENSIVOS, INHIBIDORES DE LA ECA</b>		
ACCUPRIL ( <i>quinapril hcl</i> )	T3	ST HD
ALTACE ( <i>ramipril</i> )	T3	ST HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIHIPERTENSIVOS, INHIBIDORES DE LA ECA</b>		
<i>benazepril hcl</i>	T1	HD
<b>BLOQ. DE RECEPTORES DE ANGIOTENSINA-BLOQ. DE LOS CANALES DE CALCIO</b>		
<i>benazepril hcl</i> (Lotensin)	T1	HD
<i>captopril</i>	T1	HD
<i>enalapril maleate</i> (Vasotec)	T1	HD
<i>enalaprilat dihydrate</i>	T1	HD
EPANED	T3	HD
<i>fosinopril sodium</i>	T1	HD
<i>lisinopril</i> (Zestril)	T1	HD
LOTENSIN ( <i>benazepril hcl</i> )	T3	ST HD
<i>moexipril hcl</i>	T1	HD
<i>perindopril erbumine</i>	T1	HD
PRINIVIL ( <i>lisinopril</i> )	T3	ST HD
QBRELIS	T3	PA HD
<i>quinapril hcl</i> (Accupril)	T1	HD
<i>ramipril</i> (Altace)	T1	HD
<i>trandolapril</i>	T1	HD
VASOTEC ( <i>enalapril maleate</i> )	T3	ST HD
ZESTRIL ( <i>lisinopril</i> )	T3	ST HD
<b>ANTIHIPERTENSIVOS, ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ANGIOTENSINA</b>		
ATACAND ( <i>candesartan cilexetil</i> )	T3	ST HD
AVAPRO ( <i>irbesartan</i> )	T3	ST HD
BENICAR 20 MG TABLET ( <i>olmesartan medoxomil</i> )	T3	QL (1 tab/day) ST HD
BENICAR 40 MG TABLET ( <i>olmesartan medoxomil</i> )	T3	ST HD
BENICAR 5 MG TABLET ( <i>olmesartan medoxomil</i> )	T3	ST HD
<i>candesartan cilexetil</i> (Atacand)	T1	HD
COZAAR ( <i>losartan potassium</i> )	T3	ST HD
DIOVAN ( <i>valsartan</i> )	T3	ST HD
EDARBI 40 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST HD
EDARBI 80 MG TABLET	T3	ST HD
<i>eprosartan mesylate</i>	T1	HD
<i>irbesartan</i> (Avapro)	T1	HD
<i>losartan potassium</i> (Cozaar)	T1	HD
MICARDIS 20 MG TABLET ( <i>telmisartan</i> )	T3	QL (1 tab/day) ST HD
MICARDIS 40 MG TABLET ( <i>telmisartan</i> )	T3	QL (1 tab/day) ST HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIHIPERTENSIVOS, ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ANGIOTENSINA</b>		
MICARDIS 80 MG TABLET ( <i>telmisartan</i> )	T3	ST HD
<i>olmesartan medoxomil 20 mg tab</i> (Benicar)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>olmesartan medoxomil 40 mg tab</i> (Benicar)	T1	HD
<i>olmesartan medoxomil 5 mg tab</i> (Benicar)	T1	HD
<i>telmisartan 20 mg tablet</i> (Micardis)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>telmisartan 40 mg tablet</i> (Micardis)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>telmisartan 80 mg tablet</i> (Micardis)	T1	HD
<i>valsartan</i> (Diovan)	T1	HD
<b>ANTIHIPERTENSIVOS, BLOQUEADORES GANGLIONARES</b>		
VECAMYL	T1	
<b>ANTIHIPERTENSIVOS, VARIOS</b>		
DEMSEK ( <i>metyrosine</i> )	T3	HD
<i>metyrosine</i> (Demser)	T1	HD
NITROPRESS	T3	HD
<i>nitroprusside sodium</i> (Nitropress)	T1	HD
<b>ANTIHIPERTENSIVOS, SIMPATOLÍTICOS</b>		
CATAPRES ( <i>clonidine hcl</i> )	T3	HD
CATAPRES-TTS 1 ( <i>clonidine</i> )	T3	HD
CATAPRES-TTS 2 ( <i>clonidine</i> )	T3	HD
CATAPRES-TTS 3 ( <i>clonidine</i> )	T3	HD
<i>clonidine</i> (Catapres-tts 1)	T1	HD
<i>clonidine</i> (Catapres-tts 2)	T1	HD
<i>clonidine</i> (Catapres-tts 3)	T1	HD
<i>clonidine hcl 0.1 mg tablet</i> (Catapres)	T1	HD
<i>clonidine hcl 0.2 mg tablet</i> (Catapres)	T1	HD
<i>clonidine hcl 0.3 mg tablet</i> (Catapres)	T1	HD
<i>guanfacine hcl</i>	T1	HD
<i>methyldopa</i>	T1	HD
<i>methyldopa/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>methyldopate hcl</i>	T1	HD
<b>ANTIHIPERTENSIVOS, VASODILADORES</b>		
CORLOPAM	T3	HD
<i>hydralazine hcl</i>	T1	HD
<i>minoxidil</i>	T1	HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS BETA</b>		
<i>acebutolol hcl</i>	T1	HD
<i>atenolol</i> (Tenormin)	T1	HD
BETAPACE ( <i>sotalol af</i> )	T3	PA HD
BETAPACE ( <i>sotalol</i> )	T3	PA HD
BETAPACE AF ( <i>sotalol af</i> )	T3	PA HD
<i>betaxolol hcl</i>	T1	HD
<i>bisoprolol fumarate</i>	T1	HD
BREVIBLOC	T3	HD
BYSTOLIC 10 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day) HD
BYSTOLIC 2.5 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day) HD
BYSTOLIC 20 MG TABLET	T3	PA HD
BYSTOLIC 5 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day) ST HD
CORGARD ( <i>nadolol</i> )	T3	PA HD
<i>esmolol hcl</i>	T1	HD
<i>esmolol hcl</i> (Brevibloc)	T1	HD
ESMOLOL HCL-WATER	T1	HD
<i>esmolol in sodium chloride, iso</i> (Brevibloc)	T1	HD
HEMANGEOL	T3	PA HD
INDERAL LA ( <i>propranolol hcl er</i> )	T3	PA HD
INDERAL XL	T3	PA HD
INNOPRAN XL	T3	ST HD
KAPSPARGO SPRINKLE	T3	PA HD
LOPRESSOR ( <i>metoprolol tartrate</i> )	T3	PA HD
<i>metoprolol succinate</i> (Toprol XL)	T1	HD
<i>metoprolol tartrate</i>	T1	HD
<i>metoprolol tartrate</i> (Lopressor)	T1	HD
<i>nadolol</i>	T1	HD
<i>pindolol</i>	T1	HD
<i>propranolol hcl</i>	T1	HD
<i>propranolol hcl</i> (Inderal La)	T1	HD
SOTALOL HCL	T1	HD
<i>sotalol hcl</i> (Betapace Af)	T1	HD
<i>sotalol hcl</i> (Betapace)	T1	HD
SOTYLIZE	T3	HD
TENORMIN ( <i>atenolol</i> )	T3	PA HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS BETA (cont.)</b>		
<i>timolol maleate</i>	T1	HD
TOPROL XL ( <i>metoprolol succinate</i> )	T3	PA HD
<b>BETABLOQUEANTES Y TIAZIDAS, DIURÉTICOS TIAZÍDICOS</b>		
<i>atenolol/chlorthalidone</i> (Tenoretic 100)	T1	HD
<i>atenolol/chlorthalidone</i> (Tenoretic 50)	T1	HD
<i>bisoprolol/hydrochlorothiazide</i> (Ziac)	T1	HD
DUTOPROL	T3	PA HD
<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>nadolol/bendroflumethiazide</i>	T1	HD
<i>propranolol/hydrochlorothiazid</i>	T1	HD
TENORETIC 100 ( <i>atenolol-chlorthalidone</i> )	T3	PA HD
TENORETIC 50 ( <i>atenolol-chlorthalidone</i> )	T3	PA HD
ZIAC ( <i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i> )	T3	PA HD
<b>ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES MUSCARÍNICOS (ANTICOLINÉRGICOS)</b>		
ATROPEN	T3	
<b>AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DEL CONDUCTO ARTERIAL PERSISTENTE, TIPO AINE</b>		
<i>ibuprofen lysine/pf</i> (Neoprofen)	T1	
<i>indomethacin 1 mg vial</i>	T1	
NEOPROFEN ( <i>ibuprofen lysine</i> )	T3	
<b>INHIBIDOR DE LA RENINA, DIRECTO</b>		
<i>aliskiren 150 mg tablet</i> (Tekturna)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>aliskiren 300 mg tablet</i> (Tekturna)	T1	HD
TEKTRNA 150 MG TABLET ( <i>aliskiren</i> )	T3	QL (1 tab/day) HD
TEKTRNA 300 MG TABLET ( <i>aliskiren</i> )	T3	HD
<b>COMB. DE INHIBIDORES DIRECTOS DE LA RENINA Y DIURÉTICOS TIAZÍDICOS</b>		
TEKTRNA HCT 150-12.5 MG TAB	T2	QL (1 tab/day) HD
TEKTRNA HCT 150-25 MG TABLET	T2	HD
TEKTRNA HCT 300-12.5 MG TAB	T2	HD
TEKTRNA HCT 300-25 MG TABLET	T2	HD
<b>COMBINACIÓN DE VASODILADORES</b>		
BIDIL	T3	QL (6 tabs/day)
<b>VASODILADORES, PERIFÉRICOS</b>		
<i>ergoloid mesylates</i>	T1	
<i>isosuprine hcl</i>	T1	
<i>papaverine hcl</i>	T1	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para el colesterol)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIHIPERLIP. - INHIB. DE HMG-COA REDUCT.-INHIB. DE AB. DE COLEST.</b>		
<i>ezetimibe/simvastatin (Vytorin)</i>	T1	HD
ROSZET	T3	PA HD
VYTORIN ( <i>ezetimibe-simvastatin</i> )	T3	ST HD
<b>ANTIHIPERLIP. - INHIB. DE HMG-COA REDUCT.-BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO</b>		
<i>amlodipine-atorvast 10-10 mg (Caduet)</i>	T1	HD
<i>amlodipine-atorvast 10-20 mg (Caduet)</i>	T1	HD
<i>amlodipine-atorvast 10-40 mg (Caduet)</i>	T1	HD
<i>amlodipine-atorvast 10-80 mg (Caduet)</i>	T1	HD
<i>amlodipine-atorvast 2.5-10 mg</i>	T1	HD
<i>amlodipine-atorvast 2.5-20 mg</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>amlodipine-atorvast 2.5-40 mg</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>amlodipine-atorvast 5-10 mg (Caduet)</i>	T1	HD
<i>amlodipine-atorvast 5-20 mg (Caduet)</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>amlodipine-atorvast 5-40 mg (Caduet)</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>amlodipine-atorvast 5-80 mg (Caduet)</i>	T1	HD
CADUET 10 MG-10 MG TABLET ( <i>amlodipine-atorvastatin</i> )	T3	HD
CADUET 10 MG-20 MG TABLET ( <i>amlodipine-atorvastatin</i> )	T3	HD
CADUET 10 MG-40 MG TABLET ( <i>amlodipine-atorvastatin</i> )	T3	HD
CADUET 10 MG-80 MG TABLET ( <i>amlodipine-atorvastatin</i> )	T3	HD
CADUET 5 MG-10 MG TABLET ( <i>amlodipine-atorvastatin</i> )	T3	HD
CADUET 5 MG-20 MG TABLET ( <i>amlodipine-atorvastatin</i> )	T3	QL (1 tab/day) HD
CADUET 5 MG-40 MG TABLET ( <i>amlodipine-atorvastatin</i> )	T3	QL (1 tab/day) HD
CADUET 5 MG-80 MG TABLET ( <i>amlodipine-atorvastatin</i> )	T3	HD
<b>ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIB. DE LA PROTEÍNA SIMILAR A LA ANGIOPOYETINA 3</b>		
EVKEEZA	T3	PA SP
<b>ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIB. DE LA SÍNTESIS DE LA APO B-100</b>		
KYNAMRO	T3	PA SP
<b>ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDOR DE ATP-CITRATO LIASA</b>		
NEXLETOL	T2	PA QL (1 tab/day)
<b>ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDORES DE MTP</b>		
JUXTAPID	T3	PA SP HD
<b>ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDORES DE PCSK9</b>		
PRALUENT PEN	T3	PA
REPATHA PUSHTRONEX	T2	PA
REPATHA SURECLICK	T2	PA
REPATHA SYRINGE	T2	PA

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para el colesterol) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDOR DE LA ABSORCIÓN DE ACLY Y COLEST.</b>		
NEXLIZET	T2	PA QL (1 SYRINGE/DAY)
<b>ANTIHIPERLIPIDÉMICOS-INHIB. DE LA HMG-COA REDUCTASA (ESTATINAS)</b>		
ALTOPREV 20 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST HD
ALTOPREV 40 MG TABLET	T3	ST HD
ALTOPREV 60 MG TABLET	T3	ST HD
<i>atorvastatin 10 mg tablet (Lipitor)</i>	T1	HD PPACA
<i>atorvastatin 20 mg tablet (Lipitor)</i>	T1	HD PPACA
<i>atorvastatin 40 mg tablet (Lipitor)</i>	T1	HD
<i>atorvastatin 80 mg tablet (Lipitor)</i>	T1	HD
CRESTOR 10 MG TABLET ( <i>rosuvastatin calcium</i> )	T3	QL (1 tab/day) ST HD
CRESTOR 20 MG TABLET ( <i>rosuvastatin calcium</i> )	T3	QL (1 tab/day) ST HD
CRESTOR 40 MG TABLET ( <i>rosuvastatin calcium</i> )	T3	ST HD
CRESTOR 5 MG TABLET ( <i>rosuvastatin calcium</i> )	T3	QL (1 tab/day) ST HD
EZALLOR SPRINKLE 10 MG CAPSULE	T3	QL (1 tab/day) ST HD
EZALLOR SPRINKLE 20 MG CAPSULE	T3	QL (1 tab/day) ST HD
EZALLOR SPRINKLE 40 MG CAPSULE	T3	ST HD
EZALLOR SPRINKLE 5 MG CAPSULE	T3	QL (1 tab/day) ST HD
FLOLIPID	T3	ST HD
<i>fluvastatin sodium</i>	T1	HD PPACA
<i>fluvastatin sodium (Lescol XI)</i>	T1	HD PPACA
LESCOL XL ( <i>fluvastatin er</i> )	T3	PA HD
LIPITOR ( <i>atorvastatin calcium</i> )	T3	PA HD
LIVALO 1 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST HD
LIVALO 2 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST HD
LIVALO 4 MG TABLET	T3	ST HD
<i>lovastatin 10 mg tablet</i>	T1	HD
<i>lovastatin 20 mg tablet</i>	T1	HD PPACA
<i>lovastatin 40 mg tablet</i>	T1	HD PPACA
PRAVACHOL ( <i>pravastatin sodium</i> )	T3	PA HD
<i>pravastatin sodium</i>	T1	HD PPACA
<i>pravastatin sodium (Pravachol)</i>	T1	HD PPACA
<i>rosuvastatin calcium 10 mg tab (Crestor)</i>	T1	QL (1 tab/day) HD PPACA
<i>rosuvastatin calcium 20 mg tab (Crestor)</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>rosuvastatin calcium 40 mg tab (Crestor)</i>	T1	HD
<i>rosuvastatin calcium 5 mg tab (Crestor)</i>	T1	QL (1 tab/day) HD PPACA

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

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

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

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



## Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para el colesterol) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIHIPERLIPIDÉMICOS-INHIB. DE LA HMG-COA REDUCTASA (ESTATINAS) (cont.)</b>		
<i>simvastatin 10 mg tablet</i> (Zocor)	T1	HD PPACA
<i>simvastatin 20 mg tablet</i> (Zocor)	T1	HD PPACA
SIMVASTATIN 20 MG/5 ML SUSP	T3	ST HD
<i>simvastatin 40 mg tablet</i> (Zocor)	T1	HD PPACA
<i>simvastatin 5 mg tablet</i>	T1	HD
ZOCOR	T3	PA HD
ZYPITAMAG	T3	ST HD
<b>SECUESTRADORES DE SALES BILIARES</b>		
<i>cholestyramine (with sugar)</i> (Questran)	T1	HD
<i>cholestyramine/aspartame</i>	T1	HD
<i>cholestyramine/aspartame</i> (Questran Light)	T1	HD
<i>colesevelam hcl</i> (Welchol)	T1	HD
COLESTID	T3	HD
COLESTID ( <i>colestipol hcl</i> )	T3	HD
<i>colestipol hcl</i> (Colestid)	T1	HD
QUESTRAN ( <i>cholestyramine</i> )	T3	HD
QUESTRAN LIGHT ( <i>prevalite</i> )	T3	HD
WELCHOL ( <i>colesevelam hcl</i> )	T3	PA HD
<b>LIPOTRÓPICOS</b>		
ANTARA	T3	PA HD
<i>ezetimibe</i> (Zetia)	T1	HD
<i>fenofibrate 120 mg tablet</i> (Fenoglide)	T1	HD
<i>fenofibrate 130 mg capsule</i>	T1	HD
<i>fenofibrate 134 mg capsule</i>	T1	HD
<i>fenofibrate 145 mg tablet</i> (Tricor)	T1	HD
FENOFIBRATE 150 MG CAPSULE	T1	HD
<i>fenofibrate 160 mg tablet</i>	T1	HD
FENOFIBRATE 160 MG TABLET	T3	PA HD
<i>fenofibrate 200 mg capsule</i>	T1	HD
<i>fenofibrate 40 mg tablet</i> (Fenoglide)	T1	HD
<i>fenofibrate 43 mg capsule</i>	T1	HD
<i>fenofibrate 48 mg tablet</i> (Tricor)	T1	HD
FENOFIBRATE 50 MG CAPSULE	T1	HD
<i>fenofibrate 54 mg tablet</i>	T1	HD
<i>fenofibrate 67 mg capsule</i>	T1	HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para el colesterol) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>LIPOTRÓPICOS (cont.)</b>		
<i>fenofibric acid (choline)</i> (Trilipix)	T1	HD
<i>fenofibric acid</i> (Fibricor)	T1	HD
FENOGLIDE ( <i>fenofibrate</i> )	T3	PA HD
FIBRICOR ( <i>fenofibric acid</i> )	T3	ST HD
<i>gemfibrozil</i> (Lopid)	T1	HD
LIPOFEN	T3	ST HD
LOPID ( <i>gemfibrozil</i> )	T3	HD
<i>niacin</i> (Niacor)	T1	HD
<i>niacin</i> (Niaspan)	T1	HD
NIACOR	T1	HD
NIASPAN ( <i>niacin er</i> )	T3	HD
TRICOR ( <i>fenofibrate</i> )	T3	ST HD
TRIGLIDE	T3	ST HD
TRILIPIX ( <i>fenofibric acid</i> )	T3	ST HD
ZETIA ( <i>ezetimibe</i> )	T3	HD
<b>CARDIOVASCULARES (Varios)</b>		
<b>AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA VENOSCLEROSIS</b>		
ASCLERA	T3	PA SP
ETHAMOLIN	T3	
<i>sodium tetradecyl sulfate</i> (Sotradecol)	T1	
SOTRADECOL	T3	
SOTRADECOL ( <i>sodium tetradecyl sulfate</i> )	T3	
<i>memantine hcl</i>	T1	HD
<i>memantine hcl</i> (Namenda)	T1	HD
<i>memantine hcl er 14 mg capsule</i> (Namenda Xr)	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>memantine hcl er 21 mg capsule</i> (Namenda Xr)	T1	HD
<i>memantine hcl er 28 mg capsule</i> (Namenda Xr)	T1	HD
<i>memantine hcl er 7 mg capsule</i> (Namenda Xr)	T1	QL (1 cap/day) HD
NAMENDA 10 MG TABLET ( <i>memantine hcl</i> )	T3	HD
NAMENDA 5 MG TABLET ( <i>memantine hcl</i> )	T3	HD
NAMENDA 5-10 MG TITRATION PK	T2	HD
NAMENDA XR 14 MG CAPSULE ( <i>memantine hcl er</i> )	T3	QL (1 cap/day) HD
NAMENDA XR 21 MG CAPSULE ( <i>memantine hcl er</i> )	T3	HD
NAMENDA XR 28 MG CAPSULE ( <i>memantine hcl er</i> )	T3	HD
NAMENDA XR 7 MG CAPSULE ( <i>memantine hcl er</i> )	T3	QL (1 cap/day) HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>TRATAMIENTO DEL ALZHEIMER, ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES NMDA (cont.)</b>		
NAMENDA XR TITRATION PACK	T3	QL (112/365 days) HD
<b>TRATAMIENTO DEL ALZHEIMER, ANTAG. DE LOS RECEPTORES NMDA-INHIB. DE COLINA</b>		
NAMZARIC 14 MG-10 MG CAPSULE	T3	QL (2 caps/day) HD
NAMZARIC 21 MG-10 MG CAPSULE	T3	QL (2 caps/day) HD
NAMZARIC 28 MG-10 MG CAPSULE	T3	QL (2 caps/day) HD
NAMZARIC 7 MG-10 MG CAPSULE	T3	QL (2 caps/day) HD
NAMZARIC TITRATION PACK	T3	QL (112/365 days) HD
<b>MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Varios)</b>		
<b>ALCOHOL, USO SISTÉMICO</b>		
ALCOHOL, DEHYDRATED	T1	
<b>AGENTES PARA LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA</b>		
EXSERVAN	T3	PA
RADICAVA	T3	PA SP
RADICAVA ORS	T3	PA QL (50ml/28days) SP
RELYVRIO	T3	PA QL(2 PACKS/DAY) SP HD
RILUTEK ( <i>riluzole</i> )	T3	PA SP HD
<i>riluzole</i> (Rilutek)	T1	SP HD
TIGLUTIK	T3	PA SP
QALSODY	T3	
<b>ESTIMULANTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL</b>		
DOPRAM	T3	
<i>doxapram hcl</i> (Dopram)	T1	
<b>MEDICAMENTOS PARA TRATAR TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO</b>		
AUSTEDO XR 6 MG TABLET	T3	PA QL (90 tabs/30 days) SP HD
AUSTEDO XR 12 MG TABLET	T3	PA QL (30 tabs/30 days) SP HD
AUSTEDO XR 24 MG TABLET	T3	PA QL (50 tabs/30 days) SP HD
HORIZANT	T3	PA
INGREZZA	T3	PA SP
INGREZZA INITIATION PACK	T3	PA QL (28 caps/year) SP
<i>tetrabenazine</i> (Xenazine)	T1	PA SP HD
XENAZINE ( <i>tetrabenazine</i> )	T3	PA SP HD
<b>AGENTES PARA EL AFECTO PSEUDBULBAR (PBA), ANTAGONISTAS DE NMDA</b>		
NUEDEXTA	T3	QL (4 caps/day)
<b>XANTINAS</b>		
CAFCIT ( <i>caffeine citrate</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 (Varios)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>XANTINAS</b>		
CAFFEINE AND SODIUM BENZOATE	T1	HD
<i>caffeine citrate</i>	T1	HD
<i>caffeine citrate</i> (Cafcit)	T1	HD
<i>caffeine/sodium benzoate</i> (Caffeine And Sodium Benzoate)	T1	HD

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

#### AGENTES PARA TRATAR LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

AUBAGIO ( <i>teriflunomide</i> )	T3	PA SP HD
AVONEX	T2	PA SP HD
AVONEX PEN	T2	PA SP HD
BAFIERTAM	T2	PA SP HD
BETASERON	T2	PA SP HD
BRIUMVI	T3	PA SP
COPAXONE ( <i>glatopa</i> )	T3	PA SP HD
<i>dimethyl fumarate</i> (Tecfidera)	T1	HD
EXTAVIA	T3	PA SP HD
GILENYA	T3	PA SP HD
GILENYA 0.25 MG CAPSULE	T3	PA QL(1 CAP/DAY) SP
GILENYA 0.5 MG CAPSULE ( <i>fingolimod hcl</i> )	T3	PA SP HD
<i>glatiramer</i>	T1	HD
<i>glatopa</i>	T1	HD
<i>glatiramer acetate</i> (Copaxone)	T1	PA SP HD
KESIMPTA PEN	T2	PA SP HD
LEMTRADA	T3	PA SP HD
MAVENCLAD	T3	PA SP HD
MAYZENT	T2	PA SP HD
OCREVUS	T2	PA SP HD
PLEGRIDY	T2	PA SP HD
PLEGRIDY PEN	T2	PA SP HD
PONVORY	T2	PA SP HD
REBIF	T2	PA SP HD
REBIF REBIDOSE	T2	PA SP HD
TASCENSO ODT	T3	PA QL(1 TAB/DAY) SP HD
TECFIDERA ( <i>dimethyl fumarate</i> )	T3	PA SP HD
<i>teriflunomide</i> (Aubagio)	T1	SP HD
VUMERITY	T2	PA SP HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Esclerosis múltiple)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES PARA TRATAR LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE</b>		
ZEPOSIA	T2	PA SP HD
<b>AGENTES PARA EL TRAT. DE TRAST. DE LA TRANSMISIÓN NEUROMUSC., BLOQ. DE LOS CAN. DE POT.</b>		
AMPYRA ( <i>dalfampridine er</i> )	T3	PA SP HD
<i>dalfampridine</i> (Ampyra)	T1	PA SP HD
FIRDAPSE	T3	PA QL (8 tabs/day) SP
RUZURGI	T3	PA SP
AMPYRA ( <i>dalfampridine er</i> )	T3	PA SP HD
<i>dalfampridine</i> (Ampyra)	T1	PA SP HD
FIRDAPSE	T3	PA QL (8 tabs/day) SP
RUZURGI	T3	PA SP
<b>MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)</b>		
<b>INHIBIDORES DEL PÉPTIDO RELACIONADO CON EL GEN DE LA CALCITONINA (CGRP)</b>		
EMGALITY SYRINGE	T2	PA
<b>ANÁLOGOS DE GLIPROMATO (GPE)</b>		
DAYBUE	T3	PA QL (120ml/day) SP
<b>AGENTES PARA LA NEURALGIA POSTHERPÉTICA</b>		
GRALISE	T3	PA
<b>MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos convulsivos)</b>		
<b>ANTICONVULSIVOS - TIPO BENZODIAZEPINAS</b>		
<i>clobazam</i> (Onfi)	T1	HD
<i>clonazepam</i>	T1	HD
<i>clonazepam</i> (Klonopin)	T1	HD
DIASTAT ( <i>diazepam</i> )	T3	PA HD
DIASTAT ACUDIAL ( <i>diazepam</i> )	T3	PA HD
<i>diazepam 10 mg rectal gel syst</i> (Diastat Acudial)	T1	HD
<i>diazepam 2.5 mg rectal gel sys</i> (Diastat)	T1	HD
<i>diazepam 20 mg rectal gel syst</i> (Diastat Acudial)	T1	HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTICONVULSIVOS - TIPO BENZODIAZEPINAS (cont.)</b>		
<i>diazepam 20 mg rectal gel syst</i> (Diastat Acudial)	T1	HD
KLONOPIN ( <i>clonazepam</i> )	T3	PA HD
NAYZILAM	T2	PA QL (5 kits/30 days) HD
ONFI ( <i>clobazam</i> )	T3	PA HD
SYMPAZAN	T3	PA HD
VALTOCO	T3	PA QL (5 Boxes/30 Days) HD
<b>ANTICONVULSIVOS - TIPO CANNABINOIDES</b>		
EPIDIOLEX	T3	PA SP HD
<b>ANTICONVULSIVOS</b>		
APTIOM 200 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day) HD
APTIOM 400 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day) HD
APTIOM 600 MG TABLET	T3	PA HD
APTIOM 800 MG TABLET	T3	PA HD
BANZEL 200 MG TABLET	T3	PA QL (16 tabs/day) HD
BANZEL 40 MG/ML SUSPENSION ( <i>rufinamide</i> )	T3	PA QL (80ml/day) HD
BANZEL 400 MG TABLET	T3	PA QL (8 tabs/day) HD
BRIVIACT 10 MG TABLET	T3	PA HD
BRIVIACT 10 MG/ML ORAL SOLN	T3	PA HD
BRIVIACT 100 MG TABLET	T3	PA HD
BRIVIACT 25 MG TABLET	T3	PA HD
BRIVIACT 50 MG TABLET	T3	PA HD
BRIVIACT 50 MG/5 ML VIAL	T3	HD
BRIVIACT 75 MG TABLET	T3	PA HD
<i>carbamazepine</i>	T1	HD
<i>carbamazepine</i> (Carbatrol)	T1	HD
<i>carbamazepine</i> (Tegretol Xr)	T1	HD
<i>carbamazepine</i> (Tegretol)	T1	HD
CARBATROL ( <i>carbamazepine er</i> )	T3	PA HD
CELONTIN	T2	HD
CEREBYX ( <i>fosphenytoin sodium</i> )	T3	HD
DEPAKOTE ( <i>divalproex sodium</i> )	T3	PA HD
DEPAKOTE ER ( <i>divalproex sodium er</i> )	T3	PA HD
DEPAKOTE SPRINKLE ( <i>divalproex sodium</i> )	T3	PA HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTICONVULSIVOS (cont.)</b>		
DIACOMIT	T3	PA SP HD
DILANTIN	T3	PA HD
DILANTIN ( <i>phenytoin sodium extended</i> )	T3	PA HD
DILANTIN ( <i>phenytoin</i> )	T3	PA HD
DILANTIN-125 ( <i>phenytoin</i> )	T3	PA HD
<i>divalproex sodium</i> (Depakote Er)	T1	HD
<i>divalproex sodium</i> (Depakote Sprinkle)	T1	HD
<i>divalproex sodium</i> (Depakote)	T1	HD
ELEPSIA XR	T3	PA
EPRONTIA	T3	PA
<i>ethosuximide</i> (Zarontin)	T1	HD
<i>felbamate</i> (Felbatol)	T1	HD
FELBATOL ( <i>felbamate</i> )	T3	PA HD
FINTEPLA	T3	PA SP HD
<i>fosphenytoin sodium</i> (Cerebyx)	T1	HD
FYCOMPA 0.5 MG/ML ORAL SUSP	T2	PA HD
FYCOMPA 10 MG TABLET	T2	PA HD
FYCOMPA 12 MG TABLET	T2	PA HD
FYCOMPA 2 MG TABLET	T2	PA HD
FYCOMPA 4 MG TABLET	T2	PA QL (1 tab/day) HD
FYCOMPA 6 MG TABLET	T2	PA QL (1 tab/day) HD
FYCOMPA 8 MG TABLET	T2	PA HD
<i>gabapentin</i>	T1	HD
<i>gabapentin</i> (Neurontin)	T1	HD
GABITRIL 12 MG TABLET ( <i>tiagabine hcl</i> )	T3	PA QL (8 tabs/day) HD
GABITRIL 16 MG TABLET ( <i>tiagabine hcl</i> )	T3	PA QL (6 tabs/day) HD
GABITRIL 2 MG TABLET ( <i>tiagabine hcl</i> )	T3	PA HD
GABITRIL 4 MG TABLET ( <i>tiagabine hcl</i> )	T3	PA HD
KEPPRA 1,000 MG TABLET ( <i>roweepira</i> )	T3	PA HD
KEPPRA 100 MG/ML ORAL SOLN ( <i>levetiracetam</i> )	T3	PA HD
KEPPRA 250 MG TABLET ( <i>levetiracetam</i> )	T3	PA HD
KEPPRA 500 MG TABLET ( <i>roweepira</i> )	T3	PA HD
KEPPRA 500 MG/5 ML VIAL ( <i>levetiracetam</i> )	T3	HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos convulsivos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTICONVULSIVOS (cont.)</b>		
KEPPRA 750 MG TABLET ( <i>roweepra</i> )	T3	PA HD
KEPPRA XR ( <i>levetiracetam er</i> )	T3	PA HD
LAMICTAL (BLUE) ( <i>subvenite (blue)</i> )	T3	PA HD
LAMICTAL (GREEN) ( <i>subvenite (green)</i> )	T3	PA HD
LAMICTAL ( <i>lamotrigine</i> )	T3	PA HD
LAMICTAL (ORANGE) ( <i>subvenite (orange)</i> )	T3	PA HD
LAMICTAL ( <i>subvenite</i> )	T3	PA HD
LAMICTAL ODT (BLUE) ( <i>lamotrigine odt (blue)</i> )	T3	PA HD
LAMICTAL ODT (GREEN) ( <i>lamotrigine odt (green)</i> )	T3	PA HD
LAMICTAL ODT ( <i>lamotrigine odt</i> )	T3	PA HD
LAMICTAL ODT (ORANGE) ( <i>lamotrigine odt (orange)</i> )	T3	PA HD
LAMICTAL XR (BLUE)	T3	PA HD
LAMICTAL XR (GREEN)	T3	PA HD
LAMICTAL XR ( <i>lamotrigine er</i> )	T3	PA HD
LAMICTAL XR (ORANGE)	T3	PA HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal (blue))	T1	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal (green))	T1	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal (orange))	T1	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal Odt (blue))	T1	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal Odt (green))	T1	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal Odt (orange))	T1	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal Odt)	T1	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal Xr)	T1	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal)	T1	HD
<i>levetiracetam</i>	T1	HD
<i>levetiracetam</i> (Keppra Xr)	T1	HD
<i>levetiracetam</i> (Keppra)	T1	HD
<i>levetiracetam in nacl (iso-os)</i>	T1	HD
LYRICA ( <i>pregabalin</i> )	T3	PA HD
MYSOLINE ( <i>primidone</i> )	T3	PA HD
NEURONTIN ( <i>gabapentin</i> )	T3	PA HD
<i>oxcarbazepine</i> (Trileptal)	T1	HD
OXTELLAR XR	T3	PA HD
PEGANONE	T2	HD
PHENYTEK ( <i>phenytoin sodium extended</i> )	T3	PA HD

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

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

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

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



## Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTICONVULSIVOS (cont.)</b>		
<i>phenytoin</i>	T1	HD
<i>phenytoin</i> (Dilantin)	T1	HD
<i>phenytoin</i> (Dilantin-125)	T1	HD
<i>phenytoin sodium</i>	T1	HD
<i>phenytoin sodium extended</i> (Dilantin)	T1	HD
<i>phenytoin sodium extended</i> (Phenytek)	T1	HD
<i>pregabalin</i> (Lyrica)	T1	HD
PRIMIDONE 125 MG TABLET	T3	PA HD
<i>primidone 250 mg tablet</i> (Mysoline)	T1	HD
<i>primidone 50 mg tablet</i> (Mysoline)	T1	HD
QUDEXY XR ( <i>topiramate er</i> )	T3	PA HD
<i>rufinamide</i> (Banzel)	T1	PA QL (80ML/DAY) HD
SABRIL ( <i>vigabatrin</i> )	T3	PA SP HD
SABRIL ( <i>vigadrone</i> )	T3	PA SP HD
SPRITAM	T3	PA HD
TEGRETOL ( <i>carbamazepine</i> )	T3	PA HD
TEGRETOL ( <i>epitol</i> )	T3	PA HD
TEGRETOL XR ( <i>carbamazepine er</i> )	T3	PA HD
<i>tiagabine hcl 12 mg tablet</i> (Gabitril)	T1	QL (8 tabs/day) HD
<i>tiagabine hcl 16 mg tablet</i> (Gabitril)	T1	QL (6 tabs/day) HD
<i>tiagabine hcl 2 mg tablet</i> (Gabitril)	T1	HD
<i>tiagabine hcl 4 mg tablet</i> (Gabitril)	T1	HD
TOPAMAX ( <i>topiramate</i> )	T3	PA HD
<i>topiramate</i> (Qudexy Xr)	T1	HD
<i>topiramate</i> (Topamax)	T1	HD
<i>topiramate er 50 mg capsule</i> (Trokendi Xr)	T1	HD
<i>topiramate er 25 mg capsule</i> (Trokendi Xr)	T1	QL(1 CAP/DAY) HD
<i>topiramate er 100 mg capsule</i> (Trokendi Xr)	T1	QL(1 CAP/DAY) HD
<i>topiramate er 200 mg capsule</i> (Trokendi Xr)	T1	HD
TRILEPTAL ( <i>oxcarbazepine</i> )	T3	PA HD
TROKENDI XR 50 MG CAPSULE ( <i>topiramate</i> )	T3	PA HD
TROKENDI XR 25 MG CAPSULE ( <i>topiramate</i> )	T3	PA QL(1 CAP/DAY) HD
TROKENDI XR 100 MG CAPSULE ( <i>topiramate</i> )	T3	PA QL(1 CAP/DAY) HD
TROKENDI XR 200 MG CAPSULE ( <i>topiramate</i> )	T3	PA HD
<i>valproic acid</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTICONVULSIVOS (cont.)</b>		
<i>valproic acid (as sodium salt)</i>	T1	HD
<i>vigabatrin (Sabril)</i>	T1	SP HD
VIMPAT 10 MG/ML SOLUTION	T2	PA HD
VIMPAT 100 MG TABLET	T2	PA HD
VIMPAT 150 MG TABLET	T2	PA HD
VIMPAT 200 MG TABLET	T2	PA HD
VIMPAT 200 MG/20 ML VIAL	T3	HD
VIMPAT 50 MG TABLET	T2	PA HD
XCOPRI 100 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day) HD
XCOPRI 12.5–25 MG TITRATION PK	T3	PA QL (1/28 Days) HD
XCOPRI 150 MG TABLET	T3	PA QL (1/Day) HD
XCOPRI 150–200 MG TITRATION PK	T3	PA QL (1/28 Days) HD
XCOPRI 200 MG TABLET	T3	PA QL (2/Day) HD
XCOPRI 250 MG DAILY DOSE PACK	T3	PA QL (1/28 Days) HD
XCOPRI 350 MG DAILY DOSE PACK	T3	PA QL (1/28 Days) HD
XCOPRI 50 MG TABLET	T3	PA QL (1/Day) HD
XCOPRI 50–100 MG TITRATION PAK	T3	PA QL (1/28 Days) HD
ZARONTIN ( <i>ethosuximide</i> )	T3	PA HD
ZONEGRAN ( <i>zonisamide</i> )	T3	PA HD
ZONISADE	T3	PA QL (6 mls/30 days)
<i>zonisamide</i>	T1	HD
<i>zonisamide (Zonegran)</i>	T1	HD

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

#### ERITROPOYESIS-AGENTES ESTIMULANTES

ARANESP	T2	PA SP
EPOGEN	T2	PA SP
MIRCERA	T3	PA SP
PROCRIT	T2	PA SP
RETACRIT	T2	PA SP

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

FULPHILA	T3	PA SP
GRANIX	T3	PA SP
LEUKINE	T2	SP
NEULASTA	T2	PA SP
NEULASTA ONPRO	T2	PA SP HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

FACTORES ESTIMULANTES DE COLONIAS (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ESTIMULANTES DE LEUCOCITOS (RECUENTO DE GLÓBULOS BLANCOS)</b>		
NEUPOGEN	T3	PA SP
NIVESTYM	T2	SP
NYVEPRIA	T2	PA SP
STIMUFEND	T3	PA SP
UDENYCA	T2	PA SP
ZARXIO	T2	SP HD
ZIEXTENZO	T3	PA SP
<b>AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE TROMBOPOYETINA</b>		
DOPTELET	T3	PA SP HD
MULPLETA	T3	PA SP HD
NPLATE	T3	PA SP
PROMACTA	T3	PA SP HD
<b>FACTORES ESTIMULANTES DE COLONIAS (Cáncer)</b>		
<b>ANTAGONISTA DEL RECEPTOR DE QUIMIOCINAS CXCR4</b>		
MOZOBIL	T3	PA SP
<b>ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos)</b>		
<b>ANTICONCEPTIVOS, INTRAVAGINALES, SISTÉMICOS</b>		
ANNOVERA	T3	
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i> (Nuvaring)	T1	PPACA
NUVARING ( <i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> )	T3	
<b>ANTICONCEPTIVOS, IMPLANTABLES</b>		
NEXPLANON	T3	SP PPACA
<b>ANTICONCEPTIVOS, INYECTABLES</b>		
DEPO-PROVERA 150 MG/ML SYRINGE ( <i>medroxyprogesterone acetate</i> )	T3	
DEPO-PROVERA 150 MG/ML VIAL ( <i>medroxyprogesterone acetate</i> )	T3	
DEPO-SUBQ PROVERA 104	T3	
<i>medroxyprogesterone 150 mg/ml</i> (Depo-provera)	T1	PPACA
<b>ANTICONCEPTIVOS, INTRAVAGINALES</b>		
PHEXXI	T3	PA PPACA
<b>ANTICONCEPTIVOS, ORALES</b>		
BALCOLTRA	T3	HD
BEYAZ ( <i>rajani</i> )	T3	HD
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i> (Mircette)	T1	HD PPACA
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	T1	HD PPACA

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTICONCEPTIVOS, ORALES (cont.)</b>		
<i>drospir/eth estra/levomefol ca</i> (Beyaz)	T1	HD PPACA
<i>drospir/eth estra/levomefol ca</i> (Safyral)	T1	HD PPACA
ELLA	T3	HD PPACA
ESTROSTEP FE ( <i>tri-legest fe</i> )	T3	HD
<i>ethinyl estradiol/drospirenone</i> (Yasmin 28)	T1	HD PPACA
<i>ethinyl estradiol/drospirenone</i> (Yaz)	T1	HD PPACA
<i>ethynodiol d-ethinyl estradiol</i>	T1	HD PPACA
GENERESS FE ( <i>norethin-eth estra-ferrous fum</i> )	T3	HD
<i>levonorgestrel/ethin.estradiol</i>	T1	HD PPACA
<i>l-norgest/e.estradiol-e.estradiol</i> (Loseasonique)	T1	HD PPACA
<i>l-norgest/e.estradiol-e.estradiol</i> (Quartette)	T1	HD PPACA
<i>l-norgest/e.estradiol-e.estradiol</i> (Seasonique)	T1	HD PPACA
LO LOESTRIN FE	T2	HD
LOESTRIN ( <i>norethindron-ethinyl estradiol</i> )	T3	HD
LOESTRIN FE ( <i>norethindrone-eth estradiol-fe</i> )	T3	HD
LOESTRIN FE ( <i>tarina fe 1-20 eq</i> )	T3	HD
LOSEASONIQUE ( <i>lojaimiess</i> )	T3	HD
MICROGESTIN 24 FE ( <i>tarina 24 fe</i> )	T3	HD
MINASTRIN 24 FE ( <i>norethin-eth estra-ferrous fum</i> )	T3	HD
MIRCETTE ( <i>volnea</i> )	T3	HD
NATAZIA	T3	HD
NEXTSTELLIS	T3	HD
<i>noreth-ethinyl estradiol/iron</i>	T1	HD PPACA
<i>noreth-ethinyl estradiol/iron</i> (Generess Fe)	T1	HD PPACA
<i>noreth-ethinyl estradiol/iron</i> (Generess Fe)	T3	HD PPACA
<i>norethind-eth estrad 1-0.02 mg</i> (Loestrin)	T1	HD PPACA
<i>norethindrone</i> (Ortho Micronor)	T1	HD PPACA
<i>norethindrone ac-eth estradiol</i> (Loestrin)	T1	HD PPACA
<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i> (Estrostep Fe)	T1	HD PPACA
<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i> (Loestrin Fe)	T1	HD PPACA
<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i> (Microgestin 24 Fe)	T1	HD PPACA
<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i> (Minastrin 24 Fe)	T1	HD PPACA
<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i> (Taytulla)	T1	HD PPACA
<i>norethindrone-ethin. estradiol</i>	T1	HD PPACA
<i>norethin-ee 1.5-0.03 mg (21) tb</i> (Loestrin)	T1	HD PPACA

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTICONCEPTIVOS, ORALES (cont.)</b>		
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	T1	HD PPACA
<i>norgestrel-ethinyl estradiol</i>	T1	HD PPACA
ORTHO MICRONOR ( <i>tulana</i> )	T3	HD
QUARTETTE ( <i>rivelsa</i> )	T3	HD
SAFYRAL ( <i>tydemy</i> )	T3	HD
SEASONIQUE ( <i>simpesse</i> )	T3	HD
SLYND	T3	HD
TAYTULLA ( <i>norethin-eth estra-ferrous fum</i> )	T3	HD
TYBLUME	T3	HD
YASMIN 28 ( <i>zumandimine</i> )	T3	HD
YAZ ( <i>vestura</i> )	T3	HD
<b>ANTICONCEPTIVOS TRANSDÉRMICOS</b>		
<i>norelgestromin/ethin.estradiol</i>	T1	HD PPACA
TWIRLA	T3	HD PPACA
DIAPHRAGMS/CERVICAL CAP		
CAYA CONTOURED	T3	PPACA
FEMCAP	T3	PPACA
WIDE SEAL DIAPHRAGM	T3	PPACA
<b>DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)</b>		
KYLEENA	T3	SP PPACA
LILETTA	T3	SP PPACA
MIRENA	T3	SP PPACA
PARAGARD T 380-A	T3	SP PPACA
SKYLA	T3	SP PPACA
<b>COMB. DE ANTIHIST.-DESCONGEST.-ANTICOLINÉRGICOS DE 1.º GENERACIÓN</b>		
RESPA A.R.	T3	
PREPARACIONES PARA LA TOS/EL RESFRÍO (Medicamentos para la tos/el resfrío)		
<b>ANTITUSIVOS NO OPIOIDES</b>		
<i>benzonatate 100 mg capsule (Tessalon Perle)</i>	T1	
<i>benzonatate 150 mg capsule</i>	T1	PA
<i>benzonatate 200 mg capsule</i>	T1	
<i>benzonatate perle 100 mg cap (Tessalon Perle)</i>	T1	
TESSALON PERLE ( <i>benzonatate</i> )	T3	
<b>ANTITUS. NO OPIOIDES-ANTIHISTAMÍNICOS DE 1.º GENERACIÓN-DESCONGESTIVOS</b>		
BROMFED DM ( <i>brompheniramine-pseudoephed-dm</i> )	T1	PA

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LA TOS/EL RESFRÍO (Alergia/rociadores nasales)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTITUS. NO OPIOIDES-ANTIHISTAMÍNICOS DE 1.º GENERACIÓN-DESCONGESTIVOS</b>		
<i>brompheniramine/pseudoephed/dm</i> (Bromfed Dm)	T1	
<b>COMB. DE ANTITUSIVOS NO OPIOIDES-ANTIHISTAMÍNICOS DE 1.º GENERACIÓN</b>		
<i>promethazine/dextromethorphan</i>	T1	
<b>ANTITUSIVOS OPIOIDES- ANTIHISTAMÍNICOS DE 1.º GENERACIÓN-DESCONGEST.</b>		
<i>hydrocodone/cpm/pseudoephed</i>	T1	PA
<i>promethazine/phenyleph/codeine</i>	T1	PA QL (480ML/22 DAYS)
<i>promethazine/phenyleph/codeine</i>	T1	PA QL (480ml/30 days)
<b>ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTIHISTAMÍNICOS DE 1.º GENERACIÓN</b>		
<i>hydrocodone/chlorphen p-stirex</i>	T1	PA
<i>promethazine-codeine solution</i>	T1	PA QL (480ML/22 Days)
<i>promethazine-codeine syrup</i>	T1	PA QL (480ml/30 days)
TUSSICAPS	T2	PA
TUXARIN ER	T3	PA QL (2 tabs/day)
TUZISTRA XR	T3	PA QL (960ml/30 days)
<b>COMBINACIONES DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTICOLINÉRGICOS</b>		
HYCODAN ( <i>hydromet</i> )	T3	PA QL (480ML/22 DAYS)
<i>hydrocodone bit/homatrop me-br</i> (Hycodan)	T1	PA QL (480ML/22 DAYS)
<i>hydrocodone-homatropine 5-1.5</i>	T1	PA QL (180 tabs/30 days)
<i>hydrocodone-homatropine soln</i> (Hycodan)	T1	PA QL (480ml/30 days)
HYDROCODONE-HOMATROPINE SYRUP	T1	PA QL (480ml/30 days)
<b>COMBINACIÓN DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-EXPECTORANTES</b>		
HYDROCODONE-GUAIFENESIN	T1	PA QL (960ml/30 days)
OBREDON	T3	PA QL (960ml/30 days)
<b>DIAGNÓSTICO (Varios)</b>		
<b>PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO SUPRARRENAL RADIOACTIVOS</b>		
ADREVIEW	T3	
<b>PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO BILIAR</b>		
CHOLETEC	T3	
TC99M MEBROFENIN PREP	T1	
<b>PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO BILIAR, RADIOPACOS</b>		
<i>indocyanine green</i>	T1	
SINOGRAFIN	T3	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

DIAGNÓSTICO (Varios)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO CARDIOVASCULAR - RADIOACTIVOS</b>		
AMMONIA N-13	T3	
MYOVIEW	T3	
TC99M PYROPHOSPHATE PREP	T1	
TC99M SESTAMIBI PREP	T1	
THALLOUS CHLORIDE TL-201	T1	
<b>PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO CARDIOVASCULAR, AGENTES NO RADIOPACOS</b>		
<i>adenosine 60 mg/20 ml vial</i>	T1	
<i>adenosine 90 mg/30 ml vial</i>	T1	
DEFINITY	T3	
<i>dipyridamole 5 mg/ml vial</i>	T1	
LEXISCAN	T3	
OPTISON	T3	
<i>regadenoson</i>	T1	
<b>PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO CARDIOVASCULAR - RADIOPACOS</b>		
ISOVUE-200	T3	
ISOVUE-250	T3	
ISOVUE-300	T3	
ISOVUE-370	T3	
ISOVUE-M 200	T3	
ISOVUE-M 300	T3	
NEUROLITE	T3	
OMNIPAQUE	T3	
OPTIRAY 240	T3	
OPTIRAY 300	T3	
OPTIRAY 320	T3	
OPTIRAY 350	T3	
ULTRAVIST	T3	
VISIPAQUE	T3	
<b>PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO CEREBRAL Y DE LA MÉDULA ESPINAL RADIOACTIVOS</b>		
CERETEC	T3	
INDIUM IN-111 DTPA	T3	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

DIAGNÓSTICO (Varios)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO CEREBRAL Y DE LA MÉDULA ESPINAL RADIOPACOS</b>		
DOTAREM	T3	
<i>gadoterate meglumine (Dotarem)</i>	T1	
MAGNEVIST	T3	
MULTIHANCE	T3	
MULTIHANCE MULTIPACK	T3	
OMNISCAN	T3	
OMNISCAN PREFILL PLUS	T3	
OPTIMARK	T3	
PROHANCE	T3	
PROHANCE MULTIPACK	T3	
<b>PREPARACIONES DE DIAGNÓSTICO, VARIAS</b>		
ADVANCED DNA MEDICATED COLLECT	T3	
ARIDOL	T3	
DMSA	T3	
DRAXIMAGE DTPA	T3	
GADAVIST	T3	
GLUCAGEN DIAGNOSTIC 1 MG VIAL	T3	
GLUCAGON HCL	T1	
<i>isosulfan blue (Lymphazurin)</i>	T1	
<i>lidocaine hcl/glycerin (Advanced Dna Medicated Collect)</i>	T1	
LIPIODOL	T3	
LUMASON	T3	
LYMPHAZURIN	T3	
NETSPOT	T3	
PROVOCHOLINE	T3	
TC99M MEDRONATE PREP	T1	
TC99M SULFUR COLLOID PREP	T1	
<b>RADIOFÁRMACOS DE DIAGNÓSTICO - IMÁGENES DE AMILOIDES/TAU</b>		
AMYVID	T3	
VIZAMYL	T3	PA
<b>RADIOFÁRMACOS DE DIAGNÓSTICO - TRANSPORTADOR DE DOPAMINA (DAT)</b>		
DATSCAN	T3	
<b>AGENTES PARA EL DIAGNÓSTICO OCULAR</b>		

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

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

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

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



## Lista de medicamentos con receta

<b>DIAGNÓSTICO (Varios) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>AGENTES PARA EL DIAGNÓSTICO OCULAR</b>		
AK-FLUOR	T3	
AK-FLUOR ( <i>fluorescein</i> )	T3	
<i>fluorescein sodium</i>	T1	
<i>fluorescein sodium</i> (Ak-fluor)	T3	
<b>PREPARACIONES DE DIAGNÓSTICO, VARIAS (cont.)</b>		
<i>ful-glo 1 mg oph strip</i>	T1	
FUL-GLO EYE STRIPS	T3	
<i>lissamine green</i>	T1	
<b>AGENTES PARA CISTOSCOPIA DE FLUORESCENCIA/IMÁGENES ÓPTICAS</b>		
CYSVIEW	T3	
<b>PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOPACOS GASTROINTESTINALES</b>		
ENTERO VU	T3	
E-Z DISK	T3	
E-Z-HD	T3	
E-Z-PAQUE	T3	
E-Z-PASTE	T3	
GASTROMARK	T3	
LIQUID E-Z PAQUE	T3	
LIQUID POLIBAR PLUS	T3	
NEULUMEX	T3	
POLIBAR ACB	T3	
READI-CAT 2	T3	
SITZMARKS	T3	
TAGITOL V	T3	
VARIBAR HONEY	T3	
VARIBAR NECTAR	T3	
VARIBAR PUDDING	T3	
VARIBAR THIN HONEY	T3	
VARIBAR THIN LIQUID	T3	
<b>PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO HEPÁTICO</b>		
EOVIST	T3	
<b>PREPARACIONES CON HISTAMINA</b>		
HISTATROL INTRADERMAL	T3	
HISTATROL PERCUTANEOUS	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

<b>DIAGNÓSTICO (Varios) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO DE LA FUNCIÓN METABÓLICA</b>		
CHIRHOSTIM	T3	
METOPIRONE	T3	
R-GENE 10	T3	
<b>AGENTES DE DIAGNÓSTICO CON ANTICUERPOS MONOCLONALES PARA DETECTAR TUMORES</b>		
PROSTASCINT	T3	
<b>PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOACTIVOS, GENERALES</b>		
OCTREOSCAN	T3	
<b>PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOACTIVOS PARA RADIOMARCADO DE LEUCOCITOS AUTÓLOGOS</b>		
INDIUM IN-111 OXYQUINOLINE	T1	
<b>PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOACTIVOS PARA RADIOMARCADO DE AMINOÁCIDOS SINTÉTICOS</b>		
AXUMIN	T3	
<b>PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO DE LA FUNCIÓN METABÓLICA RADIOACTIVOS</b>		
FLUDEOXYGLUCOSE F-18	T3	
<b>ELEMENTOS RADIOFARMACÉUTICOS</b>		
GA 68 DOTATOC	T3	
INDICLOR	T3	
<b>AGENTES DE DIAGNÓSTICO DE FUNCIÓN RENAL</b>		
<i>indigotindisulfonate sodium</i>	T3	
<b>PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOPACOS URINARIOS</b>		
CONRAY	T3	
CONRAY-30	T3	
CONRAY-43	T3	
CYSTO-CONRAY II	T3	
CYSTOGRAFIN	T3	
CYSTOGRAFIN-DILUTE	T3	
<i>diatrizoate meglumine, sodium</i>	T3	
<i>diatrizoate meglumine, sodium (Gastrografin)</i>	T1	
<i>GASTROGRAFIN (md-gastroview)</i>	T3	
<b>DIURÉTICOS (Diuréticos)</b>		
<b>ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ARGININA VASOPRESINA (AVP)</b>		
SAMSCA	T3	PA QL SP
SAMSCA ( <i>tolvaptan</i> )	T3	SP
TOLVAPTAN 15 MG TABLET	T3	SP
<i>tolvaptan 30 mg tablet (Samsca)</i>	T1	SP
VAPRISOL-5% DEXTROSE	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

<b>DIURÉTICOS (Diuréticos) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>INHIBIDORES DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA</b>		
<i>acetazolamide</i>	T1	HD
<i>acetazolamide sodium</i>	T1	HD
<i>methazolamide</i>	T1	HD
<b>DIURÉTICOS DE ASA</b>		
<i>bumetanide</i>	T1	HD
EDECIN ( <i>ethacrynic acid</i> )	T3	PA HD
<i>ethacrynate sodium</i> (Sodium Edecin)	T1	HD
<i>furosemide</i>	T1	HD
<i>furosemide</i> (Lasix)	T1	HD
FUROSEMIDE-0.9% NACL	T1	HD
FUROSCIX	T3	PA QL(2 KITS/30 DAYS) HD
LASIX ( <i>furosemide</i> )	T3	PA HD
SODIUM EDECIN ( <i>ethacrynate sodium</i> )	T3	HD
<i>torseamide</i>	T1	HD
<b>DIURÉTICOS OSMÓTICOS</b>		
<i>mannitol</i>	T1	
<i>mannitol</i> (Osmitrol)	T1	
OSMITROL 10% IV SOLUTION ( <i>mannitol</i> )	T3	
<i>osmitrol 15% iv solution</i>	T3	
<i>osmitrol 20% iv solution</i>	T2	
OSMITROL 5% IV SOLUTION ( <i>mannitol</i> )	T3	
<b>AGENTE DE LA ENFERMEDAD RENAL POLIQUÍSTICA, ANTAG. DE LOS RECEPTORES DE LA AVP</b>		
JYNARQUE 15 MG TABLET	T3	SP
JYNARQUE 15 MG-15 MG TABLET	T3	PA SP
JYNARQUE 30 MG TABLET	T3	SP
JYNARQUE 30 MG-15 MG TABLET	T3	PA SP
JYNARQUE 45 MG-15 MG TABLET	T3	PA SP
JYNARQUE 60 MG-30 MG TABLET	T3	PA SP
JYNARQUE 90 MG-30 MG TABLET	T3	PA SP
<b>DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO</b>		
ALDACTONE ( <i>spironolactone</i> )	T3	PA HD
<i>amiloride hcl</i>	T1	HD
CAROSPIR	T2	PA HD
DYRENIUM ( <i>triamterene</i> )	T3	HD
<i>eplerenone</i> (Inspra)	T1	HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

DIURÉTICOS (Diuréticos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO EN COMBINACIÓN</b>		
INSPRA ( <i>eplerenone</i> )	T3	HD
<i>spironolactone</i> (Aldactone)	T1	HD
<i>triamterene</i> (Dyrenium)	T1	HD
ALDACTAZIDE	T3	HD
ALDACTAZIDE ( <i>spironolactone-hctz</i> )	T3	HD
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
DYAZIDE ( <i>triamterene-hydrochlorothiazid</i> )	T3	HD
MAXZIDE ( <i>triamterene-hydrochlorothiazid</i> )	T3	HD
MAXZIDE-25 MG ( <i>triamterene-hydrochlorothiazid</i> )	T3	HD
<i>spironolact/hydrochlorothiazid</i> (Aldactazide)	T1	HD
<i>triamterene/hydrochlorothiazid</i> (Dyazide)	T1	HD
<i>triamterene/hydrochlorothiazid</i> (Maxzide)	T1	HD
<i>triamterene/hydrochlorothiazid</i> (Maxzide-25 Mg)	T1	HD
<b>TIAZIDA Y DIURÉTICOS AFINES</b>		
<i>chlorothiazide sodium</i> (Sodium Diuril)	T1	HD
<i>chlorthalidone</i>	T1	HD
DIURIL	T2	HD
<i>hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>indapamide</i>	T1	HD
<i>metolazone</i>	T1	HD
SODIUM DIURIL ( <i>chlorothiazide sodium</i> )	T2	HD
THALITONE	T3	PA HD
<b>PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Alergia/rociadores nasales)</b>		
<b>ANTIISTAMÍNICOS NAALES</b>		
<i>azelastine 0.1% (137 mcg) spray</i>	T1	HD
<i>azelastine 0.15% nasal spray</i>	T1	HD
<i>olopatadine 665 mcg nasal spray</i> (Patanase)	T1	HD
PATANASE ( <i>olopatadine hcl</i> )	T3	HD
<b>COMB. DE ANTIISTAMÍNICOS NAALES Y ANTIINFLAM. ESTEROIDEOS</b>		
<i>azelastine/fluticasone</i> (Dymista)	T1	HD
DYMISTA ( <i>azelastine-fluticasone</i> )	T3	ST HD
RYALTRIS	T3	PA QL (1 gm/30 days)
<b>ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS NAALES</b>		
BECONASE AQ	T3	ST HD
<i>flunisolide</i>	T1	HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

### PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Alergia/rociadores nasales) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS NASALES (cont.)</b>		
<i>fluticasone prop 50 mcg spray</i>	T1	HD
<i>mometasone furoate 50 mcg spray (Nasonex)</i>	T1	QL (4 bots/30 days) HD
NASONEX ( <i>mometasone furoate</i> )	T3	QL (4 bots/30 days) ST HD
OMNARIS	T3	ST HD
QNASL	T3	ST HD
QNASL CHILDREN	T3	HD
SINUVA	T3	PA SP HD
XHANCE	T3	ST HD
ZETONNA	T3	ST HD

### PREPARACIONES NASALES, VARIAS (CON RECETA)

<i>ipratropium bromide</i>	T1	HD
----------------------------	----	----

### PREPARACIONES NASALES, VASOCONSTRICTORES (CON RECETA)

ADRENALIN CHLORIDE	T3	
<i>epinephrine hcl (Adrenalin Chloride)</i>	T1	

### PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Medicamentos para los oídos)

#### PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIINFLAMATORIAS

DERMOTIC ( <i>fluocinolone acetonide oil</i> )	T3	
<i>fluocinolone acetonide oil (Dermotic)</i>	T1	

#### PREPARACIONES ÓTICAS, VARIAS, ANTIINFECCIOSOS

<i>acetic acid</i>	T1	
<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	T1	

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

#### LÁGRIMAS ARTIFICIALES

LACRISERT	T3	
-----------	----	--

#### ANTIINFECCIOSOS PARA LOS OJOS (CON RECETA ÚNICAMENTE)

BETADINE	T2	
----------	----	--

#### AGENTES ANTIINFLAMATORIOS PARA LOS OJOS

ACULAR ( <i>ketorolac tromethamine</i> )	T3	PA
ACULAR LS ( <i>ketorolac tromethamine</i> )	T3	PA
ACUVAIL	T3	
ALREX	T3	
<i>bromfenac sodium</i>	T1	
BROMSITE	T2	
<i>diclofenac 0.1% eye drops</i>	T1	
DUREZOL	T3	PA

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Condiciones oculares) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES ANTIINFLAMATORIOS PARA LOS OJOS (cont.)</b>		
EYSUVIS	T2	QL (8.3ML/14 DAYS)
FLAREX	T2	
<i>fluorometholone (Fml)</i>	T1	
<i>flurbiprofen sodium</i>	T1	
FML ( <i>fluorometholone</i> )	T3	PA
FML FORTE	T3	PA
ILEVRO	T3	
ILUVIEN	T3	SP
INVELTYS	T2	
<i>ketorolac 0.4% ophth solution (Acular Ls)</i>	T1	
<i>ketorolac 0.5% ophth solution (Acular)</i>	T1	
LOTEMAX 0.5% EYE DROPS	T3	
LOTEMAX 0.5% EYE OINTMENT	T2	
LOTEMAX SM 0.38% OPHTH GEL	T2	
<i>loteprednol etabonate (Lotemax)</i>	T1	
MAXIDEX	T3	
NEVANAC	T3	PA
OMNIPRED ( <i>prednisolone acetate</i> )	T3	
OZURDEX	T3	SP
PRED FORTE ( <i>prednisolone acetate</i> )	T3	PA
PRED MILD	T3	PA
<i>prednisolone acetate (Pred Forte)</i>	T1	
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	T1	
PROLENSA	T3	
TRIESENCE	T3	
<b>IRRIGACIÓN OCULAR</b>		
<i>balanced salt irrig soln no.2</i>	T1	
<i>balanced salt irrig soln no.2</i>	T3	
BSS PLUS	T3	
<b>ANESTÉSICOS LOCALES PARA LOS OJOS</b>		
AKTEN	T3	
ALCAINE ( <i>proparacaine hcl</i> )	T3	
ALTAFLUOR BENOX ( <i>flurox</i> )	T3	
<i>benoxinate hcl/fluorescein sod (Altafluor Benox)</i>	T1	
<i>benoxinate hcl/fluorescein sod (Altafluor Benox)</i>	T3	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Condiciones oculares) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANESTÉSICOS LOCALES PARA LOS OJOS (CONT.)</b>		
<i>proparacaine hcl</i> (Alcaine)	T1	
<i>proparacaine/fluorescein sod</i>	T1	
<i>proparacaine/fluorescein sod</i>	T3	
<i>tetracaine hcl</i>	T1	
TETRAVISC	T2	
TETRAVISC FORTE	T2	
<b>ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS PARA LOS OJOS</b>		
ALOCRIIL	T3	PA
ALOMIDE	T2	PA
<i>cromolyn 4% eye drops</i>	T1	
<b>COMBINACIONES DE MIDRIÁTICOS OCULARES Y AINE</b>		
OMIDRIA	T3	
<b>PREPARACIONES OCULARES, VARIAS (SIN RECETA)</b>		
GELFILM	T3	
<b>VASOCONSTRICTORES PARA LOS OJOS</b>		
<i>phenylephrine hcl</i>	T1	
UPNEEQ	T3	PA
<b>MIÓTICOS Y OTROS REDUCTORES DE LA PRESIÓN INTRAOCULAR</b>		
<i>apraclonidine hcl</i> (Iopidine)	T1	HD
ALPHAGAN P	T3	PA HD
ALPHAGAN P (brimonidine tartrate)	T3	PA HD
AZOPT ( <i>brinzolamide</i> )	T3	PA HD
<i>betaxolol hcl</i>	T1	HD
BETIMOL	T3	PA HD
BETOPTIC S	T2	HD
<i>bimatoprost</i>	T1	QL (10 gm/30 days) HD
<i>brimonidine tartrate</i>	T1	HD
<i>brimonidine tartrate</i> (Alphagan P)	T1	HD
<i>brinzolamide</i> (Azopt)	T1	HD
<i>carbachol</i>	T3	HD
<i>carteolol hcl</i>	T1	HD
COMBIGAN	T3	PA HD
COSOPT ( <i>dorzolamide-timolol</i> )	T3	PA HD
COSOPT PF ( <i>dorzolamide-timolol</i> )	T3	PA HD
<i>dorzolamide hcl</i> (Trusopt)	T1	HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Condiciones oculares) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>MIÓTICOS Y OTROS REDUCTORES DE LA PRESIÓN INTRAOCULAR (cont.)</b>		
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i> (Cosopt)	T1	HD
<i>dorzolamide/timolol/pf</i> (Cosopt Pf)	T1	HD
DURYSTA	T3	PA SP HD
IOPIDINE 1% EYE DROPS	T3	PA HD
ISOPTO CARPINE ( <i>pilocarpine hcl</i> )	T3	HD
ISTALOL ( <i>timolol maleate</i> )	T3	PA HD
<i>latanoprost</i> (Xalatan)	T1	HD
<i>levobunolol hcl</i>	T1	HD
LUMIGAN	T3	PA HD
MIOCHOL-E	T3	HD
PHOSPHOLINE IODIDE	T2	HD
<i>pilocarpine hcl</i> (Isopto Carpine)	T1	HD
RHOPRESSA	T3	HD
ROCKLATAN	T3	HD
SIMBRINZA	T2	HD
<i>timolol maleate</i> (Istalol)	T1	HD
<i>timolol maleate</i> (Timoptic)	T1	HD
<i>timolol maleate</i> (Timoptic-xe)	T1	HD
<i>timolol maleate/pf</i> (Timoptic Ocudose)	T1	HD
TIMOPTIC ( <i>timolol maleate</i> )	T3	PA HD
TIMOPTIC OCUDOSE	T3	PA HD
TIMOPTIC OCUDOSE ( <i>timolol maleate</i> )	T3	PA HD
TIMOPTIC-XE ( <i>timolol maleate</i> )	T3	PA HD
TRAVATAN Z ( <i>travoprost</i> )	T3	PA HD
<i>travoprost</i> (Travatan Z)	T1	HD
TRUSOPT ( <i>dorzolamide hcl</i> )	T3	PA HD
VUITY	T3	PA
VYZULTA	T3	PA HD
XALATAN ( <i>latanoprost</i> )	T3	PA HD
XELPROS	T3	PA HD
ZIOPTAN	T3	PA QL (2 boxes/30 days) HD
<b>MIDRIÁTICOS</b>		
<i>atropine 1% eye drops</i> (Isopto Atropine)	T1	HD
<i>atropine 1% eye ointment</i>	T1	HD
ATROPINE SULFATE-0.9% NAACL	T1	HD

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

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

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

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



## Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Condiciones oculares) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>MIDRIÁTICOS</b>		
CYCLOGYL 0.5% EYE DROPS ( <i>cyclopentolate hcl</i> )	T2	HD
CYCLOGYL 1% EYE DROPS	T3	HD
CYCLOGYL 1% EYE DROPS ( <i>cyclopentolate hcl</i> )	T3	HD
CYCLOGYL 2% EYE DROPS ( <i>cyclopentolate hcl</i> )	T3	HD
CYCLOMYDRIL	T2	HD
<b>MIÓTICOS Y OTROS REDUCTORES DE LA PRESIÓN INTRAOCULAR</b>		
<i>cyclopentolate hcl</i> (Cyclogyl)	T1	HD
<i>homatropine hbr</i>	T1	HD
ISOPTO ATROPINE ( <i>atropine sulfate</i> )	T3	HD
MYDRIACYL ( <i>tropicamide</i> )	T3	HD
PAREMYD	T3	HD
<i>tropicamide</i>	T1	HD
<i>tropicamide</i> (Mydriacyl)	T1	HD
TROPICAMIDE-CYCLOPENTOLATE-PE	T3	HD
<b>ANTAGONISTAS DEL FACTOR DE CRECIMIENTO ENDOTELIAL VASC. OFT.</b>		
EYLEA	T3	PA SP
<b>ANTICUERPOS MONOCLONALES RECOMBINANTES ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DEL VEGF-A OFTÁLMICOS</b>		
BEOVU	T3	PA SP
LUCENTIS	T3	PA SP
<b>AGENTES ANTIFIBRÓTICOS OFTÁLMICOS</b>		
MITOSOL	T3	
<b>ANTIINFLAMATORIOS OFTÁLMICOS, TIPO INMUNOMODULADOR</b>		
CEQUA	T3	HD
RESTASIS	T2	HD
RESTASIS MULTIDOSE	T2	HD
VERKAZIA	T3	PA QL (1 box/month)
XIIDRA	T2	HD
<b>INHIBIDORES DEL COMPLEMENTO OFTÁLMICO</b>		
SYFOVRE	T3	PA SP HD
<b>AGENTES OFTÁLMICOS REDUCTORES DE LA CISTINA</b>		
CYSTADROPS	T3	PA QL (20ML/21 DAYS) SP
CYSTARAN	T3	PA QL (120ml/28 days) SP
<b>FACTOR DE CRECIMIENTO DEL NERVIÓ OFTÁLMICO HUMANO (HNGF)</b>		
OXERVATE	T3	PA SP HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES OFTÁLMICAS, VARIAS</b>		
AMVISC	T3	SP
AMVISC PLUS	T3	SP
DISCOVISC	T3	
DUOVISC	T3	
HEALON ( <i>biolan</i> )	T3	SP
HEALONS	T3	
<i>hyaluronate sodium</i> (Provisc)	T1	SP
PROVISC	T3	SP
VISCOAT	T3	

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

#### ELEMENTOS DE ASISTENCIA PARA OPERACIÓN OFTALMOLÓGICA

CELLUGEL	T3	
<i>hypromellose</i> (Cellugel)	T1	
MEMBRANEBLUE	T3	
VISIONBLUE	T3	

### ELECT./CALÓRICOS/H2O (Medicamentos para el colesterol)

#### SUPLEMENTOS DE LÍPIDOS ORALES

DOJOLVI	T3	PA SP HD
---------	----	----------

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

#### PREPARACIONES CON FLÚOR

CLINPRO 5000	T3	
<i>fluoride (sodium)</i> (Prevident 5000 Ortho Defense)	T1	
<i>fluoride (sodium)</i> (Prevident 5000 Plus)	T1	
<i>fluoride (sodium)</i> (Prevident 5000)	T1	
<i>fluoride (sodium)</i> (Prevident)	T1	
FLUORIDEX	T1	
FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF	T3	
PREVIDENT 0.2% RINSE	T3	
PREVIDENT 1.1% GEL ( <i>sodium fluoride</i> )	T3	
PREVIDENT 5000	T2	
PREVIDENT 5000 BOOSTER PLUS	T2	
PREVIDENT 5000 ENAMEL PROTECT	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

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES CON FLÚOR (cont.)</b>		
PREVIDENT 5000 ORTHO DEFENSE	T2	
PREVIDENT 5000 PLUS ( <i>sodium fluoride 5000 plus</i> )	T3	
PREVIDENT 5000 SENSITIVE	T2	
PREVIDENT DENTAL RINSE	T3	
<i>sodium fluoride/potassium nit</i> (Prevident 5000 Sensitive)	T1	

### ELECT./CALÓRICOS/H2O (Diabetes)

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

BAQSIMI	T2	QL (2/30 days)
<i>diazoxide</i> (Proglycem)	T1	
GLUCAGEN 1 MG HYPOKIT	T2	QL (2 pens/30 days)
GLUCAGON 1 MG EMERGENCY KIT	T3	QL (2 pens/30 days)
<i>glucagon 1 mg emergency kit</i> (Glucagon Emergency Kit)	T1	QL (2 pens/30 days)
GVOKE HYPOPEN 1-PACK	T3	QL (2 PACKS/22 DAYS)
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	T3	QL (2 PACKS/22 DAYS)
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE	T3	QL (2 syringes/30 days)
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE	T3	QL (2 syringes/30 days)
PROGLYCEM ( <i>diazoxide</i> )	T3	
ZEGALOGUE	T2	QL (2 units/23 days)

### ELECT./CALÓRICOS/H2O (Varios)

#### AGENTES GENERADORES/CONTENEDORES DE BICARBONATO

<i>sodium acetate</i>	T1	
<i>sodium bicarbonate</i>	T1	
<i>sodium bicarbonate in d5w</i>	T1	

#### FÁRMACOS USADOS PARA TRATAR LA ACIDOSIS

THAM	T3	
------	----	--

#### SOLUCIONES IV: DEXTROSA Y SOLUCIÓN DE LACTATO SÓDICO COMPUESTA

<i>dextrose 5%-lactated ringers</i>	T1	
-------------------------------------	----	--

#### SOLUCIONES IV: DEXTROSA-SOLUCIÓN SALINA

<i>dextrose 10 % and 0.2 % nacl</i>	T1	
<i>dextrose 10 % and 0.45 % nacl</i>	T1	
<i>dextrose 2.5 % and 0.45 % nacl</i>	T1	
<i>dextrose 5 % and 0.3 % nacl</i>	T1	
<i>dextrose 5 % and 0.9 % nacl</i>	T1	
<i>dextrose 5 %-0.2 % sod chlorid</i>	T1	
<i>dextrose 5 %-0.45 % sod chlord</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 (Varios)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>SOLUCIONES IV: DEXTROSA-AGUA</b>		
<i>dextrose 10 % in water</i>	T1	
<i>dextrose 20 % in water</i>	T1	
<i>dextrose 25 % in water</i>	T1	
<i>dextrose 30 % in water</i>	T1	
<i>dextrose 40 % in water</i>	T1	
<i>dextrose 5 % in water</i>	T1	
<i>dextrose 5 % in water (Glucose In Water)</i>	T1	
<i>dextrose 50 % in water</i>	T1	
<i>dextrose 70 % in water</i>	T1	
GLUCOSE IN WATER ( <i>dextrose in water</i> )	T1	
<b>SUPLEMENTOS DE ÁCIDO NUCLEICO/NUCLEÓTIDOS</b>		
XURIDEN	T3	PA SP
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Nutritivos/alimenticios)		
<b>SOLUCIONES Y COMBINACIONES DE AMINOÁCIDOS PARENTERALES</b>		
AMINOSYN	T3	
AMINOSYN II	T3	
AMINOSYN II WITH ELECTROLYTES	T3	
AMINOSYN M	T3	
AMINOSYN WITH ELECTROLYTES	T3	
AMINOSYN-HBC	T3	
AMINOSYN-PF	T3	
AMINOSYN-RF	T3	
CLINIMIX	T3	
CLINIMIX E	T3	
CLINISOL	T3	
HEPATAMINE	T3	
KABIVEN	T3	
<i>parenteral amino acid 10% no.4</i>	T3	
<i>parenteral amino acid 10% no.6</i>	T3	
<i>parenteral amino acid 10% no.7</i>	T3	
PERIKABIVEN	T3	
PLENAMINE	T3	
PROCALAMINE	T3	
PROSOL	T3	
TROPHAMINE	T3	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Nutritivos/alimenticios)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>REPOSICIÓN DE CALCIO</b>		
<i>calcium chloride</i>	T1	
CALCIUM GLU 2,000MG/100ML-NACL	T3	
CALCIUM GLUC 1,000MG/50ML-NACL	T1	
<i>calcium gluconate</i>	T1	
<i>calcium gluconate in 0.9% nacl (Calcium Gluconate-0.9% Nacl)</i>	T1	
CALCIUM GLUCONATE-0.9% NACL	T1	
CALCIUM GLUCONATE-0.9% NACL ( <i>calcium gluconate-0.9% nacl</i> )	T1	
CALCIUM GLUCONATE-D5W	T1	
<b>REDUCTORES DE ELECTROLITOS</b>		
AURYXIA	T3	QL (12 tabs/day)
<i>calcium acetate</i>	T1	
FOSRENOL 1,000 MG POWDER PACK	T2	PA
FOSRENOL 1,000 MG TABLET CHEW ( <i>lanthanum carbonate</i> )	T3	PA
FOSRENOL 500 MG TABLET CHEW ( <i>lanthanum carbonate</i> )	T3	PA
FOSRENOL 750 MG POWDER PACKET	T2	PA
FOSRENOL 750 MG TABLET CHEW ( <i>lanthanum carbonate</i> )	T3	PA
<i>lanthanum carbonate (Fosrenol)</i>	T1	
LOKELMA	T2	
PHOSLYRA	T3	
RENAGEL ( <i>sevelamer hcl</i> )	T3	PA
REVELA ( <i>sevelamer carbonate</i> )	T3	PA
<i>sevelamer carbonate (Renvela)</i>	T1	
<i>sevelamer hcl</i>	T1	
<i>sevelamer hcl (Renagel)</i>	T1	
<i>sodium polystyrene sulfon/sorb</i>	T1	
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	T1	
<i>sps 15 gm/60 ml suspension</i>	T1	
<i>sps 30 gm/120 ml enema susp</i>	T3	
VELPHORO	T2	
VELTASSA	T2	
<b>MANTENIMIENTO DE ELECTROLITOS</b>		
<i>electrolyte-48 solution/d5w</i>	T1	
IONOSOL B WITH DEXTROSE 5%	T3	
IONOSOL MB-DEXTROSE 5%	T3	
ISOLYTE P WITH DEXTROSE	T3	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Nutritivos/alimenticios)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>MANTENIMIENTO DE ELECTROLITOS</b>		
ISOLYTE S	T3	
NORMOSOL-M AND DEXTROSE	T3	
NORMOSOL-R	T3	
NORMOSOL-R AND DEXTROSE	T3	
NORMOSOL-R PH 7.4	T3	
PLASMA-LYTE 148	T3	
PLASMA-LYTE A PH 7.4	T3	
<i>ringer's solution</i>	T1	
<i>ringer's solution, lactated</i>	T1	
TPN ELECTROLYTES	T3	
TPN ELECTROLYTES II	T3	
<b>AGENTES QUE CONTIENEN YODO</b>		
IODOPEN	T3	
<i>potassium iodide/iodine</i>	T1	
SSKI	T1	
<b>REPOSICIÓN DE SALES MAGNÉSICAS</b>		
<i>magnesium chloride</i>	T1	
<i>magnesium sulfate</i>	T1	
<i>magnesium sulfate in water</i>	T1	
MAGNESIUM SULFATE-0.9% NACL	T1	
MAGNESIUM SULFATE-D5W	T1	
MAGNESIUM-LACTATED RINGERS	T1	
<b>REPOSICIÓN DE MINERALES, VARIOS</b>		
ADDAMEL N	T3	
<i>chromic chloride</i>	T1	
<i>cupric chloride</i>	T1	
<i>manganese chloride</i>	T1	
<i>manganese sulfate</i>	T1	
MULTITRACE-4 CONC VIAL	T1	
<i>multitrace-4 vial</i>	T3	
MULTITRACE-4 VIAL	T1	
MULTITRACE-5	T1	
PEDITRACE	T3	
SELENIOS ACID	T1	
TRALEMENT	T3	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Nutritivos/alimenticios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>REPOSICIÓN DE FOSFATO</b>		
GLYCOPHOS	T3	
<i>potassium phos, m-basic-d-basic</i>	T1	
POTASSIUM PHOSPHATE-0.9% NACL	T1	
POTASSIUM PHOSPHATES	T3	
<i>sod phosphate, monobasic-dibas</i>	T1	
SODIUM PHOSPHATE-0.9% NACL	T1	
<b>REPOSICIÓN DE POTASIO</b>		
EFFER-K 10 MEQ TABLET EFF	T3	
EFFER-K 20 MEQ TABLET EFF	T3	
<i>effe-r-k 25 meq tablet eff</i>	T1	
<i>klor-con 10 meq tablet (K-tab Er)</i>	T1	
<i>klor-con 10 meq tablet (K-tab Er)</i>	T3	
<i>klor-con 8 meq tablet</i>	T1	
<i>klor-con 8 meq tablet</i>	T3	
K-TAB ER	T3	
K-TAB ER ( <i>potassium chloride</i> )	T3	
<i>potassium acetate</i>	T1	
<i>potassium bicarbonate/cit ac</i>	T1	
<i>potassium chloride</i>	T1	
<i>potassium chloride</i>	T2	
<i>potassium chloride</i>	T3	
<i>potassium chloride (K-tab Er)</i>	T1	
<i>potassium chloride in 0.9%nacl</i>	T1	
<i>potassium chloride in d5w</i>	T1	
<i>potassium chloride in lr-d5</i>	T1	
<i>potassium chloride in water</i>	T1	
<i>potassium chloride/d5-0.2%nacl</i>	T1	
<i>potassium chloride/d5-0.3%nacl</i>	T1	
<i>potassium chloride/d5-0.45nacl</i>	T1	
<i>potassium chloride/d5-0.9%nacl</i>	T1	
<i>potassium chloride-0.45% nacl</i>	T1	
POTASSIUM CHLORIDE-0.9% NACL	T1	
<i>potassium cl/lido/0.9 % nacl (Potassium Cl-lidocaine-ns)</i>	T1	
POTASSIUM CL-LIDOCAINE-NS ( <i>potassium cl-lidocaine-ns</i> )	T1	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES CON SODIO/SOLUCIÓN SALINA</b>		
0.9 % sodium chloride	T1	
KENDALL 0.9% NAACL WITH CAP	T1	
sodium chloride	T1	
sodium chloride 0.45 %	T1	
sodium chloride 0.9 % (flush)	T1	
sodium chloride 3 %	T1	
sodium chloride 5 %	T1	
SWABFLUSH	T3	

### REPOSICIÓN DE ZINC

zinc chloride	T1	
zinc sulfate 10 mg/10 ml vial	T1	
zinc sulfate 25 mg/5 ml vial	T1	
ZINC SULFATE 30 MG/10 ML VIAL	T3	

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

#### SOLUCIONES PARA DIÁLISIS

DELFLX WITH 1.5% DEXTROSE	T3	
DELFLX-2.5% DEXTROSE	T3	
DIANEAL PD-2 W-1.5% DEXTROSE	T3	
DIANEAL PD-2 W-2.5% DEXTROSE	T2	
DIANEAL PD-2 W-4.25% DEXTROSE	T3	
DIANEAL WITH 1.5% DEXTROSE	T3	
DIANEAL WITH 2.5% DEXTROSE	T3	
DIANEAL WITH 4.25% DEXTROSE	T3	
EXTRANEAL ICODextrin DIALYSIS	T3	
perit. dialysis no.6-1.5 % dex (Dianeal With 1.5% Dextrose)	T3	
periton. dialysis 7-2.5 % dextr (Dianeal With 2.5% Dextrose)	T3	
periton. dialysis 8-4.25 % dext (Dianeal With 4.25% Dextrose)	T3	
PHOXILLUM	T3	
PRISMASOL	T3	

#### MODIFICADORES DEL PH URINARIO

K-PHOS NO.2	T2	HD
K-PHOS ORIGINAL	T2	HD
ORACIT	T3	HD
potassium citrate (Urocit-k)	T1	HD
potassium citrate/citric acid	T1	HD
RENACIDIN	T3	HD

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

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

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

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



## Lista de medicamentos con receta

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Condiciones urinarias)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>MODIFICADORES DEL PH URINARIO</b>		
UROCID-K ( <i>potassium citrate er</i> )	T3	HD
UROQID-ACID NO.2	T2	HD
<b>GASTROINTESTINALES (Medicamentos para el colesterol)</b>		
<b>LIPOTRÓPICOS</b>		
<i>icosapent ethyl</i> (Vascepa)	T1	HD
LOVAZA ( <i>triklo</i> )	T3	PA HD
<i>omega-3 acid ethyl esters</i> (Lovaza)	T1	HD
VASCEPA	T2	PA HD
<b>GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis)</b>		
<b>INHIBIDORES DE AMONIACO</b>		
AMMONUL ( <i>sodium phenylacet-sod benzoate</i> )	T3	HD
BUPHENYL 500 MG TABLET ( <i>sodium phenylbutyrate</i> )	T3	SP HD
BUPHENYL POWDER ( <i>sodium phenylbutyrate</i> )	T2	SP HD
<i>lactulose</i>	T1	HD
<i>lactulose 10 gm/15 ml solution</i>	T1	HD
LITHOSTAT	T2	HD
PHEBURANE	T3	PA QL(8 Bottles/30 Days) SP HD
RAVICTI	T3	PA SP HD
<i>sodium benzoate/sod phenylacet</i> (Ammonul)	T1	HD
<i>sodium phenylbutyrate</i> (Buphenyl)	T1	SP HD
<b>ANTICOLINÉRGICOS, AMONIO CUATERNARIO</b>		
<i>chlordiazepoxide/clidinium br</i> (Librax)	T1	
CUVPOSA	T3	
DARTISLA	T3	PA
GLYCATE	T3	
<i>glycopyrrolate</i>	T1	
<i>glycopyrrolate</i> (Glycate)	T1	
<i>glycopyrrolate</i> (Robinul Forte)	T1	
<i>glycopyrrolate</i> (Robinul)	T1	
GLYCOPYRROLATE-WATER	T1	
LIBRAX ( <i>chlordiazepoxide-clidinium</i> )	T3	PA
<i>propantheline bromide</i>	T1	
ROBINUL ( <i>glycopyrrolate</i> )	T3	
ROBINUL FORTE ( <i>glycopyrrolate</i> )	T3	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTICOLINÉRGICOS/ANTIESPASMÓDICOS</b>		
BENTYL	T3	
<i>dicyclomine hcl</i>	T1	
<i>dicyclomine hcl</i> (Bentyl)	T1	
<b>ANTIDIARREICOS - INHIBIDORES DE CANALES DE CLORURO G.I.</b>		
MYTESI	T3	
<b>ANTIDIARREICOS - INHIBIDORES DE LA TRIPTÓFANO HIDROXILASA</b>		
XERMELO	T3	PA SP
<b>ANTIDIARREICOS</b>		
<i>diphenoxylate hcl/atropine</i>	T1	
<i>diphenoxylate hcl/atropine</i> (Lomotil)	T1	
LOMOTIL ( <i>diphenoxylate-atropine</i> )	T3	
<i>loperamide hcl</i>	T1	
MOTOFEN	T3	
<i>opium tincture</i>	T1	PA
<i>paregoric</i>	T1	
<b>ANTIEMÉTICOS - TIPO CANNABINOIDES</b>		
<i>dronabinol</i> (Marinol)	T1	
MARINOL ( <i>dronabinol</i> )	T3	PA
SYNDROS	T3	PA
<b>AGENTES ANTIEMÉTICOS/ANTIVÉRTIGO</b>		
AKYNZEO 235-0.25 MG VIAL	T3	PA
AKYNZEO 235-0.25 MG/20 ML VIAL	T3	PA
AKYNZEO 300-0.5 MG CAPSULE	T3	PA QL (4 caps/28 days)
ALOXI ( <i>palonosetron hcl</i> )	T3	PA
ANZEMET	T3	PA QL (5 tabs/30 days) SP
<i>aprepitant 125 mg capsule</i>	T1	QL (4 caps/28 days)
<i>aprepitant 125-80-80 mg pack</i> (Emend)	T1	QL (12 caps/28 days)
<i>aprepitant 40 mg capsule</i>	T1	QL (1 cap/28 days)
<i>aprepitant 80 mg capsule</i> (Emend)	T1	QL (8 caps/28 days)
BARHEMSYS	T3	
BONJESTA	T3	
CINVANTI	T3	PA
COMPAZINE ( <i>prochlorperazine maleate</i> )	T3	
COMPAZINE ( <i>prochlorperazine</i> )	T3	
DICLEGIS ( <i>doxylamine succ-pyridoxine hcl</i> )	T3	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES ANTIEMÉTICOS/ANTIVÉRTIGO (cont.)</b>		
<i>dimenhydrinate</i>	T1	
<i>doxylamine succinate/vit b6</i> (Diclegis)	T1	
EMEND 125 MG POWDER PACKET	T3	PA QL (12 caps/28 days)
EMEND 150 MG VIAL ( <i>fosaprepitant dimeglumine</i> )	T3	PA
EMEND 80 MG CAPSULE ( <i>aprepitant</i> )	T3	PA QL (8 caps/28 days)
EMEND TRIPACK ( <i>aprepitant</i> )	T3	PA QL (12 caps/28 days)
<i>fosaprepitant dimeglumine</i> (Emend)	T1	PA
<i>granisetron hcl</i>	T1	
<i>granisetron hcl/pf</i>	T1	
<i>ondansetron</i>	T1	
<i>ondansetron hcl</i>	T1	
<i>ondansetron hcl</i> (Zofran)	T1	
<i>ondansetron hcl/pf</i>	T1	
ONDANSETRON HCL-0.9% NACL	T1	
ONDANSETRON HCL-D5W	T1	
<i>palonosetron hcl</i>	T1	PA
<i>palonosetron hcl</i> (Aloxi)	T1	PA
<i>prochlorperazine</i> (Compazine)	T1	
<i>prochlorperazine edisylate</i>	T1	
<i>prochlorperazine maleate</i> (Compazine)	T1	
<i>promethazine hcl</i>	T1	
<i>promethazine hcl</i>	T3	
SANCUSO	T3	PA QL (4 patches/30 days)
<i>scopolamine</i> (Transderm-scop)	T1	
SUSTOL	T3	PA
TIGAN	T3	
TIGAN ( <i>trimethobenzamide hcl</i> )	T3	
TRANSDERM-SCOP ( <i>scopolamine</i> )	T3	
<i>trimethobenzamide hcl</i> (Tigan)	T1	
VARUBI	T3	PA QL (4 tabs/28 days)
ZOFRAN 2 MG/ML VIAL ( <i>ondansetron hcl</i> )	T3	
ZOFRAN 4 MG TABLET ( <i>ondansetron hcl</i> )	T3	PA
ZOFRAN 8 MG TABLET ( <i>ondansetron hcl</i> )	T3	PA
ZUPLENZ	T3	PA QL (24 films/30 days)

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES ANTIULCEROSAS</b>		
CARAFATE ( <i>sucralfate</i> )	T3	HD
CYTOTEC ( <i>misoprostol</i> )	T3	HD
<i>misoprostol</i> (Cytotec)	T1	HD
<i>sucralfate</i> (Carafate)	T1	HD
<b>ANTIULCEROSOS-AGENTES CONTRA LA H. PYLORI</b>		
<i>bismuth/metronid/tetracycline</i> (Pylera)	T1	
HELIDAC	T3	PA
<i>lansoprazole/amoxiciln/clarith</i>	T1	
OMECLAMOX-PAK	T3	PA
PYLERA ( <i>bismuth/metronid/tetracycline</i> )	T3	PA
TALICIA	T3	PA
VOQUEZNA TRIPLE PAK	T3	PA
VOQUEZNA DUAL PAK	T3	PA
<b>ALCALOIDES DE BELLADONA</b>		
<i>atropine 0.4 mg/ml vial</i>	T1	HD
ATROPINE 0.4 MG/ML VIAL	T3	HD
<i>atropine 0.25 mg/5 ml syringe</i>	T1	HD
<i>atropine 0.5 mg/5 ml abboject</i>	T1	HD
<i>atropine 1 mg/10 ml abboject</i>	T1	HD
<i>atropine 1 mg/10 ml syringe</i>	T1	HD
ATROPINE 1 MG/2.5 ML SYRINGE	T1	HD
ATROPINE 1 MG/2.5 ML SYRINGE	T3	HD
<i>atropine 1 mg/ml vial</i>	T1	HD
ATROPINE 1 MG/ML VIAL	T3	HD
ATROPINE 2 MG/5 ML SYRINGE	T3	HD
ATROPINE SULFATE-0.9% NACL	T3	HD
<i>atropine 8 mg/20 ml vial</i>	T1	HD
DONNATAL	T3	HD
DONNATAL ( <i>phenohydro</i> )	T3	HD
<i>hyoscyamine 0.125 mg odt</i> (Nulev)	T1	HD
<i>hyoscyamine 0.125 mg tab sl</i> (Levsin-sl)	T1	HD
<i>hyoscyamine 0.125 mg/5 ml elix</i>	T1	HD
<i>hyoscyamine 0.125 mg/ml drop</i>	T1	HD
<i>hyoscyamine sulf 0.125 mg tab</i> (Levsin)	T1	HD
<i>hyoscyamine sulfate</i>	T1	HD
<i>hyoscyamine sulfate</i> (Levbid)	T1	HD
<i>hyoscyamine sulfate</i> (Levsin)	T1	HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

<b>GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ALCALOIDES DE BELLADONA (cont.)</b>		
<i>hyoscyamine sulfate</i> (Levsin-sl)	T1	HD
<i>hyoscyamine sulfate</i> (Nulev)	T1	HD
<i>hyoscyamine sulfate</i> (Nulev)	T3	HD
HYOSCYAMINE SULFATE 0.5 MG/ML	T3	HD
LEVBIID ( <i>symax-sr</i> )	T3	HD
LEVSIN	T3	HD
LEVSIN ( <i>oscimin</i> )	T3	HD
LEVSIN-SL ( <i>symax-sl</i> )	T3	HD
<i>methscopolamine bromide</i>	T1	HD
NULEV ( <i>symax</i> )	T1	HD
<i>phenobarb/hyoscy/atropine/scop</i> (Donnatal)	T1	HD
<i>phenobarb/hyoscy/atropine/scop</i> (Phenobarbital-belladonna)	T1	HD
<i>phenobarbital-belladonna elixir</i> (Donnatal)	T1	HD
<i>phenobarbital-belladonna elixir</i> (Phenobarbital-belladonna)	T1	HD
PHENOBARBITAL-BELLADONNA ELIXR ( <i>phenohytra</i> )	T3	HD
SYMAX DUOTAB	T2	HD
<b>SALES BILIARES</b>		
ACTIGALL ( <i>ursodiol</i> )	T3	HD
CHENODAL	T3	SP HD
CHOLBAM	T3	PA SP HD
RELTONE	T3	PA HD
URSO ( <i>ursodiol</i> )	T3	HD
URSO FORTE ( <i>ursodiol</i> )	T3	HD
<i>ursodiol</i> (Actigall)	T1	HD
<i>ursodiol</i> (Urso Forte)	T1	HD
<i>ursodiol</i> (Urso)	T1	HD
<b>COLERÉTICOS</b>		
KINEVAC	T3	
<b>INFLAM. CRÓNICA DIAG. DE COLON, 5-A-SALICILATO, TRAT. RECTAL</b>		
CANASA ( <i>mesalamine</i> )	T3	
<i>mesalamine 1,000 mg supp</i> (Canasa)	T1	
<i>mesalamine 4 gm/60 ml enema</i> (Sfrowasa)	T1	
<i>mesalamine 4 gm/60 ml kit</i> (Rowasa)	T1	
ROWASA ( <i>mesalamine</i> )	T3	PA
SFROWASA ( <i>mesalamine</i> )	T3	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

<b>GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>TRAT. FARMAC.-INFLAM. CRÓNICA DIAG. DE COLON, 5-AMINOSALICILATO</b>		
APRISO ( <i>mesalamine er</i> )	T3	ST HD
ASACOL HD ( <i>mesalamine</i> )	T3	ST HD
AZULFIDINE ( <i>sulfasalazine dr</i> )	T3	PA HD
AZULFIDINE ( <i>sulfasalazine</i> )	T3	PA HD
<i>balsalazide disodium</i> (Colazal)	T1	HD
COLAZAL ( <i>balsalazide disodium</i> )	T3	ST HD
DELZICOL ( <i>mesalamine dr</i> )	T3	ST HD
DIPENTUM	T3	ST HD
LIALDA ( <i>mesalamine</i> )	T3	ST HD
<i>mesalamine</i> (Apriso)	T1	HD
<i>mesalamine</i> (Delzicol)	T1	HD
<i>mesalamine 800 mg dr tablet</i> (Asacol Hd)	T1	HD
<i>mesalamine dr 1.2 gm tablet</i> (Lialda)	T1	HD
PENTASA	T3	ST HD
<i>sulfasalazine</i> (Azulfidine)	T1	HD
<b>AGONISTAS DEL RECEPTOR X FARNESOIDE (FXR), ANÁLOGOS DEL ÁCIDO BILIAR</b>		
OCALIVA	T3	PA SP HD
<b>TRASPLANTE DE MICROBIOTA FECAL (TMF)</b>		
VOWST CAPSULE	T3	PA QL (12 caps/8 weeks) SP HD
<b>ENZIMAS GÁSTRICAS</b>		
SUCRAID	T3	PA SP
<i>cimetidine</i>	T1	HD
<i>cimetidine hcl</i>	T1	HD
<i>famotidine</i>	T1	HD
<i>famotidine</i> (Pepcid)	T1	HD
<i>famotidine in nacl, iso-osm/pf</i>	T1	HD
<i>famotidine/pf</i>	T1	HD
FAMOTIDINE-0.9% NACL	T1	HD
<i>nizatidine</i>	T1	HD
PEPCID ( <i>famotidine</i> )	T1	PA HD
<i>ranitidine hcl</i>	T1	HD
<i>ranitidine hcl</i> (Zantac)	T1	HD
ZANTAC ( <i>ranitidine hcl</i> )	T3	HD
<b>AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE, COMB. DE AGONISTAS/ANTAGONISTAS DE RECEPT. OPIOIDES</b>		
VIBERZI	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

<b>GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE-C/CIC, AGONISTAS DE LA GUANILATO CICLASA C</b>		
LINZESS	T2	
TRULANCE	T2	
<b>INHIBIDOR DEL TRANSPORTADOR DE ÁCIDOS BILIARES ILEALES (IBAT)</b>		
BYLVAY	T3	PA SP HD
LIVMARLI	T3	PA SP HD
<b>ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE LA INTEGRINA, ANTICUERPOS MONOCLONALES</b>		
ENTYVIO	T2	PA SP HD
<b>ESTIMULANTES DE LA MOTILIDAD INTESTINAL</b>		
GIMOTI	T3	PA SP
<i>metoclopramide hcl</i>	T1	
<i>metoclopramide hcl (Reglan)</i>	T1	
MOTEGRITY	T3	PA
REGLAN ( <i>metoclopramide hcl</i> )	T3	
<b>AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE, ANTAGONISTAS DEL 5-HT<sub>3</sub></b>		
ZELNORM	T3	PA
<b>AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE, ANTAGONISTAS DEL 5-HT<sub>3</sub></b>		
<i>alosetron hcl (Lotronex)</i>	T1	SP HD
LOTRONEX ( <i>alosetron hcl</i> )	T3	PA SP HD
<b>EMULSIONES GRASAS IV</b>		
CLINOLIPID	T3	
<i>fat emulsions (Nutrilipid)</i>	T3	
INTRALIPID	T3	
NUTRILIPID ( <i>intralipid</i> )	T3	
OMEGAVEN	T3	
SMOFLIPID	T3	
<b>LAXANTES Y CATÁRTICOS</b>		
AMITIZA ( <i>lubiprostone</i> )	T3	PA
<i>bisac/nac/na/co3/kcl/peg 3350</i>	T1	PPACA
CLENPIQ	T2	PPACA
COLYTE WITH FLAVOR PACKETS ( <i>peg 3350-electrolyte</i> )	T3	PPACA
COLYTE WITH FLAVOR PACKETS ( <i>peg 3350-electrolyte</i> )	T3	PA PPACA
GOLYTELY	T3	PA PPACA
GOLYTELY ( <i>peg-3350 and electrolytes</i> )	T3	PA PPACA
KRISTALOSE	T3	
<i>lactulose</i>	T1	
<i>lactulose 10 gm packet (Kristalose)</i>	T1	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>LAXANTES Y CATÁRTICOS</b>		
<i>lactulose 10 gm/15 ml solution</i>	T1	
<i>lactulose 20 gm/30 ml solution</i>	T1	
<i>lubiprostone</i>	T1	
LUBIPROSTONE	T3	PA
MOVIPREP ( <i>peg3350-sod sul-nacl-kcl-asb-c</i> )	T3	PA PPACA
NULYTELY	T3	PA PPACA
OSMOPREP	T3	PA PPACA
<i>peg3350/sod sul/nacl/kcl/asb/c (Moviprep)</i>	T1	PPACA
<i>peg3350/sod sulf, bicarb, cl/kcl (Colyte With Flavor Packets)</i>	T1	PPACA
<i>peg3350/sod sulf, bicarb, cl/kcl (Golytely)</i>	T1	PPACA
PLENVU	T3	PA PPACA
PREPOPIK	T2	PPACA
<i>sodium chloride/naHCO3/kcl/peg</i>	T1	PPACA
SUPREP	T3	PA PPACA
SUTAB	T2	PPACA
<b>PREPARACIONES ANORRECTALES LOCALES CON NITRATO</b>		
RECTIV	T3	
<b>ENZIMAS PANCREÁTICAS</b>		
CREON	T3	PA HD
PANCREAZE	T2	HD
PERTZYE	T3	PA HD
VIOKACE	T3	HD
ZENPEP	T3	PA HD
<b>INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES</b>		
ACIPHEX ( <i>rabeprazole sodium</i> )	T3	QL (30 tabs/30 days) ST HD
ACIPHEX SPRINKLE DR 10 MG CAP	T3	QL (60 caps/30 days) HD
ACIPHEX SPRINKLE DR 5 MG CAP	T3	QL (120 caps/30 days) HD
DEXILANT DR 30 MG CAPSULE ( <i>dexlansoprazole</i> )	T2	QL (2 caps/day) HD
DEXILANT DR 60 MG CAPSULE	T3	PA QL (30 caps/30 days) HD
<i>dexlansoprazole dr 30 mg cap (Dexilant)</i>	T1	QL(2 CAPS/DAY) HD
<i>esomeprazole dr 10 mg packet (Nexium)</i>	T1	QL (4 packets/day) HD
<i>esomeprazole dr 20 mg packet (Nexium)</i>	T1	QL (2 packs/day) HD
<i>esomeprazole dr 40 mg packet (Nexium)</i>	T1	QL (1 packet/day) HD
<i>esomeprazole mag dr 20 mg cap (Nexium)</i>	T1	QL (20ml/day) HD
<i>esomeprazole mag dr 40 mg cap (Nexium)</i>	T1	QL (30 caps/30 days) HD
<i>esomeprazole sodium</i>	T1	HD

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

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

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

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



## Lista de medicamentos con receta

### GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES</b>		
<i>esomeprazole sodium</i> (Nexium I.v.)	T1	HD
ESOMEPRAZOLE STRONTIUM	T3	QL (30 caps/30 days) HD
KONVOMEPI	T3	PA QL(20 MLS/DAY) HD
<i>lansoprazole dr 15 mg capsule</i> (Prevacid)	T1	QL (2 caps/day) HD
<i>lansoprazole dr 30 mg capsule</i> (Prevacid)	T1	QL (30 caps/30 days) HD
<i>lansoprazole odt 15 mg tablet</i> (Prevacid)	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>lansoprazole odt 30 mg tablet</i> (Prevacid)	T1	QL (30 tabs/30 days) HD
NEXIUM DR 10 MG PACKET ( <i>esomeprazole magnesium</i> )	T3	PA QL (120 packs/30 days) HD
NEXIUM DR 2.5 MG PACKET	T2	QL (480 packs/30 days) HD
NEXIUM DR 20 MG CAPSULE ( <i>esomeprazole magnesium</i> )	T3	PA QL (2 caps/day) HD
NEXIUM DR 20 MG PACKET ( <i>esomeprazole magnesium</i> )	T3	PA QL (2 packs/day) HD
NEXIUM DR 40 MG CAPSULE ( <i>esomeprazole magnesium</i> )	T3	PA QL (30 caps/30 days) HD
NEXIUM DR 40 MG PACKET ( <i>esomeprazole magnesium</i> )	T3	PA QL (30 packs/30 days) HD
NEXIUM DR 5 MG PACKET	T2	QL (240 packs/30 days) HD
NEXIUM I.V. ( <i>esomeprazole sodium</i> )	T3	HD
<i>omeppi 20 mg-1, 100 mg capsule</i> (Zegerid)	T3	PA QL (60 caps/30 days) HD
<i>omeppi 40 mg-1, 100 mg capsule</i> (Zegerid)	T3	PA QL (30 caps/30 days) HD
<i>omeprazole dr 10 mg capsule</i>	T1	QL (4 caps/day) HD
<i>omeprazole dr 20 mg capsule</i>	T1	QL (60 caps/30 days) HD
<i>omeprazole dr 40 mg capsule</i>	T1	QL (30 caps/30 days) HD
<i>omeprazole-bicarb 20-1, 100 cap</i> (Zegerid)	T1	PA QL (60 caps/30 days) HD
<i>omeprazole-bicarb 20-1, 680 pkt</i> (Zegerid)	T1	PA QL (60 packs/30 days) HD
<i>omeprazole-bicarb 40-1, 100 cap</i> (Zegerid)	T1	PA QL (30 caps/30 days) HD
<i>omeprazole-bicarb 40-1, 680 pkt</i> (Zegerid)	T1	PA QL (30 packs/30 days) HD
<i>pantoprazole 40 mg suspension</i> (Protonix)	T1	QL (1 dose/day) HD
<i>pantoprazole sod dr 20 mg tab</i> (Protonix)	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>pantoprazole sod dr 40 mg tab</i> (Protonix)	T1	QL (30 tabs/30 days) HD
<i>pantoprazole sodium 40 mg vial</i> (Protonix Iv)	T1	HD
PREVACID 15 MG SOLUTAB ( <i>lansoprazole</i> )	T3	PA QL (2 tabs/day) HD
PREVACID 30 MG SOLUTAB ( <i>lansoprazole</i> )	T3	PA QL (30 tabs/30 days) HD
PREVACID DR 15 MG CAPSULE ( <i>lansoprazole</i> )	T3	QL (60 caps/30 days) ST HD
PREVACID DR 30 MG CAPSULE ( <i>lansoprazole</i> )	T3	QL (30 caps/30 days) ST HD
PRILOSEC DR 10 MG SUSPENSION	T3	QL (120 packs/30 days) HD
PRILOSEC DR 2.5 MG SUSPENSION	T3	QL (480 packs/30 days) HD
PROTONIX 40 MG SUSPENSION ( <i>pantoprazole sodium</i> )	T3	QL (30 packs/30 days) ST HD
PROTONIX DR 20 MG TABLET ( <i>pantoprazole sodium</i> )	T3	QL (60 tabs/30 days) ST HD
PROTONIX DR 40 MG TABLET ( <i>pantoprazole sodium</i> )	T3	QL (30 tabs/30 days) ST HD
PROTONIX IV ( <i>pantoprazole sodium</i> )	T3	HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

### GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES</b>		
RABEPRAZOLE DR 10 MG SPRNKL CP	T3	QL (2 caps/day) HD
<i>rabeprazole sod dr 20 mg tab (Aciphex)</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
ZEGERID 20 MG CAPSULE ( <i>omeprazole-sodium bicarbonate</i> )	T3	PA QL (60 caps/30 days) HD
ZEGERID 20 MG PACKET ( <i>omeprazole-sodium bicarbonate</i> )	T3	PA QL (60 packs/30 days) HD
ZEGERID 40 MG CAPSULE ( <i>omeprazole-sodium bicarbonate</i> )	T3	PA QL (30 caps/30 days) HD
ZEGERID 40 MG PACKET ( <i>omeprazole-sodium bicarbonate</i> )	T3	PA QL (30 packs/30 days) HD
<b>PREPARACIONES RECTALES</b>		
ANUSOL-HC 25 MG SUPPOSITORY ( <i>hydrocortisone acetate</i> )	T3	PA
<i>hydrocortisone acetate</i>	T1	
<i>hydrocortisone acetate (Anusol-hc)</i>	T1	
<b>SBS - ANÁLOGOS DEL PÉPTIDO SIMILAR AL GLUCAGÓN TIPO 2 (GLP-2)</b>		
GATTEX	T3	PA SP HD

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

#### PREP. PARA LAS HEMORROIDES, ANTIINFLAM. ESTEROIDEOS-ANEST. LOCALES

ANA-LEX	T1	
ANALPRAM HC	T3	PA
ANALPRAM HC ( <i>hydrocortisone-pramoxine</i> )	T3	
<i>hydrocortisone/lidocaine/aloe</i>	T1	
<i>hydrocortisone/pramoxine (Analpram Hc)</i>	T1	
<i>lidocaine/hydrocortisone ac</i>	T1	
LIDOCAINE-HYDROCORTISONE	T1	
PROCORT	T3	
PROCTOFOAM-HC	T2	

#### FACTOR DE CRECIMIENTO QUERATINOCÍTICO (KGF)

KEPIVANCE	T3	SP
-----------	----	----

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

<i>budesonide 2 mg rectal foam</i>	T1	QL(2 KITS/180 DAYS)
CORTENEMA ( <i>hydrocortisone</i> )	T3	
CORTIFOAM	T3	PA
<i>hydrocortisone (Cortenema)</i>	T1	
TARPEYO	T3	PA QL (4 caps/day) SP
UCERIS 2 MG RECTAL FOAM	T3	PA QL (2 kits/180 days)

### HORMONAS (Agentes hormonales)

#### INHIBIDORES DE ESTEROIDES ADRENALES

ISTURISA	T3	PA QL (2 TABS/DAY) SP
RECORLEV	T3	PA QL (8 tabs/day) SP

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

### HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>HORMONAS ADRENOCORTICOTRÓPICAS</b>		
ACTHAR	T3	PA SP HD
ACTHREL	T3	SP
CORTROSYN ( <i>cosyntropin</i> )	T3	
<i>cosyntropin</i> (Cortrosyn)	T1	
<b>PREP. DE ANDRÓGENOS/ESTRÓGENOS PARA DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA</b>		
INTRAROSA	T3	
<b>AGENTES ANDROGÉNICOS</b>		
ANADROL-50	T2	PA
ANDRODERM	T2	PA QL (1 patch/day)
ANDROGEL 1% (25 MG/2.5 G) PKT ( <i>testosterone</i> )	T3	PA QL (150gm/30 days)
ANDROGEL 1% (50 MG/5 G) PKT ( <i>testosterone</i> )	T3	PA QL (2 packs/day)
ANDROGEL 1.62% GEL PUMP ( <i>testosterone</i> )	T3	PA QL (150gm/30 days)
ANDROGEL 1.62% (1.25G) GEL PCKT ( <i>testosterone</i> )	T3	PA QL (2 packs/day)
ANDROGEL 1.62% (2.5G) GEL PCKT ( <i>testosterone</i> )	T3	PA QL (150gm/30 days)
ANDROID ( <i>methyltestosterone</i> )	T3	
AVEED	T3	PA SP
DEPO-TESTOSTERONE	T3	
DEPO-TESTOSTERONE ( <i>testosterone cypionate</i> )	T3	
FORTESTA ( <i>testosterone</i> )	T3	PA QL (120 gm/30 days)
JATENZO 158 MG CAPSULE	T3	PA QL (4 caps/day)
JATENZO 198 MG CAPSULE	T3	PA QL (4 caps/day)
JATENZO 237 MG CAPSULE	T3	PA QL (2 caps/day)
KYZATREX	T3	PA QL (60 tabs/30 days)
METHITEST	T1	
<i>methyltestosterone</i> (Testred)	T1	
TLANDO	T3	PA QL (4/day)
NATESTO	T3	PA QL (3 bots/30 days)
<i>oxandrolone</i>	T1	PA
TESTIM ( <i>testosterone</i> )	T3	PA QL (2 tubes/day)
TESTOPEL	T3	PA
<i>testosterone 1% (25mg/2.5g) pk</i> (Androgel)	T1	PA QL (150gm/30 days)
<i>testosterone 1% (50 mg/5 g) pk</i> (Vogelxo)	T1	PA QL (2 packs/day)
<i>testosterone 1.62% (2.5 g) pkt</i> (Androgel)	T1	PA QL (150gm/30 days)
<i>testosterone 1.62% gel pump</i> (Androgel)	T1	PA QL (150gm/30 days)
<i>testosterone 1.62% (1.25 g) pkt</i> (Androgel)	T1	PA QL (2 packs/day)
<i>testosterone 10 mg gel pump</i> (Fortesta)	T1	PA QL (120 gm/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

### HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES ANDROGÉNICOS (cont.)</b>		
TESTOSTERONE 12.5 MG/1.25 GRAM	T1	PA QL (150gm/30 days)
<i>testosterone 12.5 mg/1.25 gram</i> (Vogelxo)	T1	PA QL (150gm/30 days)
<i>testosterone 30 mg/1.5 ml pump</i>	T1	PA QL (180ml/30 days)
<i>testosterone 50 mg/5 gram gel</i> (Vogelxo)	T1	PA QL (2 tubes/day)
TESTOSTERONE 50 MG/5 GRAM PKT	T1	PA QL (2 packs/day)
TESTRED ( <i>methyltestosterone</i> )	T3	
VOGELXO 12.5 MG/1.25 GRAM PUMP	T3	PA QL (150gm/30 days)
VOGELXO 50 MG/5 GRAM GEL ( <i>testosterone</i> )	T3	PA QL (2 tubes/day)
VOGELXO 50 MG/5 GRAM GEL PACKET	T3	PA QL (2 packs/day)
XYOSTED	T3	PA QL (4 injectors/28 days)
<b>HORMONAS ANTIDIURÉTICAS Y VASOCONSTRICTORAS</b>		
DDAVP 0.01% NASAL SPRAY ( <i>desmopressin acetate</i> )	T3	PA
DDAVP 0.1 MG TABLET ( <i>desmopressin acetate</i> )	T3	PA
DDAVP 0.2 MG TABLET ( <i>desmopressin acetate</i> )	T3	PA
DDAVP 10 MCG/0.1 ML SOLUTION	T3	PA
DDAVP 4 MCG/ML AMPUL ( <i>desmopressin acetate</i> )	T3	PA SP
DDAVP 4 MCG/ML VIAL ( <i>desmopressin acetate</i> )	T3	PA SP
<i>desmopressin 0.01% solution</i> (Ddavp)	T1	
<i>desmopressin 0.01% spray</i> (Ddavp)	T1	
<i>desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr</i> (Ddavp)	T1	
<i>desmopressin 40 mcg/10 ml vial</i> (Ddavp)	T1	SP
<i>desmopressin ac 4 mcg/ml ampul</i> (Ddavp)	T1	SP
<i>desmopressin ac 4 mcg/ml vial</i> (Ddavp)	T1	SP
<i>desmopressin acetate 0.1 mg tb</i> (Ddavp)	T1	
<i>desmopressin acetate 0.2 mg tb</i> (Ddavp)	T1	
NOCDURNA	T3	PA
NOCTIVA	T3	PA
STIMATE	T2	SP
<i>vasopressin in 0.9% nacl</i>	T1	
VASOPRESSIN-0.9% NAACL	T1	
VASOPRESSIN-D5W	T1	
VASOSTRICT	T3	
<b>COMBINACIONES DE ESTRÓGENOS Y PROGESTINAS</b>		
BIJUVA	T3	
<b>COMBINACIONES DE ESTRÓGENOS/ANDRÓGENOS</b>		
<i>estrogen, ester/me-testosterone</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

<b>HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>AGENTES ESTROGÉNICOS</b>		
ACTIVELLA ( <i>mimvey lo</i> )	T3	HD
ACTIVELLA ( <i>mimvey</i> )	T3	HD
ALORA	T3	QL (16 patches/28 days) HD
CLIMARA ( <i>estradiol (once weekly)</i> )	T3	HD
CLIMARA PRO	T3	HD
COMBIPATCH	T3	HD
DELESTROGEN ( <i>estradiol valerate</i> )	T3	PA HD
DEPO-ESTRADIOL	T3	HD
DIVIGEL	T2	HD
ELESTRIN	T3	HD
ESTRACE ( <i>estradiol</i> )	T3	HD
<i>estradiol</i> (Climara)	T1	HD
<i>estradiol</i> (Vivelle-dot)	T1	QL (8 PATCHES/21 DAYS) HD
<i>estradiol</i> (Vivelle-dot)	T1	QL (16 patches/28 days) HD
<i>estradiol 0.5 mg tablet</i> (Estrace)	T1	HD
<i>estradiol 1 mg tablet</i> (Estrace)	T1	HD
<i>estradiol 2 mg tablet</i> (Estrace)	T1	HD
<i>estradiol valerate</i> (Delestrogen)	T1	HD
<i>estradiol/norethindrone acet</i> (Activella)	T1	HD
ESTROGEL	T3	HD
EVAMIST	T3	HD
FEMHRT ( <i>norethindron-ethinyl estradiol</i> )	T3	HD
MENEST	T3	HD
MENOSTAR	T3	QL (8 patches/28 days) HD
MINIVELLE ( <i>lyllana</i> )	T3	QL (16 patches/28 days) HD
<i>norethind-eth estrad 0.5-2.5</i> (Femhrt)	T1	HD
<i>norethindrone ac-eth estradiol</i>	T1	HD
<i>norethindrone ac-eth estradiol</i> (Femhrt)	T1	HD
<i>norethin-eth estrad 1 mg-5 mcg</i>	T1	HD
PREFEST	T3	HD
PREMARIN	T2	HD
PREMPHASE	T2	HD
PREMPRO	T2	HD
VIVELLE-DOT ( <i>lyllana</i> )	T3	QL (16 patches/28 days) HD
<b>COMB. DE ESTRÓGENOS-PROGESTINAS CON ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES PARA MINERALOCORTICOIDES</b>		
ANGELIQ	T3	HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>COMB. DE ESTRÓGENOS Y MOD. SELECTIVOS DE RECEPTORES ESTROGÉN. (SERM)</b>		
DUAVEE	T2	
<b>GLUCOCORTICOIDES</b>		
ALKINDI SPRINKLE	T3	PA
BETA 1	T3	
<i>betamethasone acetate, sod phos</i> (Celestone)	T1	
BSP 0820	T3	
<i>budesonide</i> (Entocort Ec)	T1	
<i>budesonide</i> (Uceris)	T1	PA QL (56 tabs/180 days)
CELESTONE ( <i>betamethasone sod phos-acetate</i> )	T2	
CORTEF ( <i>hydrocortisone</i> )	T3	
<i>cortisone acetate</i>	T1	
DEPO-MEDROL	T3	
<i>dexamethasone</i>	T1	
<i>dexamethasone</i> (Dxevo)	T1	
<i>dexamethasone</i> (Taperdex)	T1	PA
<i>dexamethasone 0.5 mg tablet</i>	T1	
<i>dexamethasone 0.5 mg/5 ml elx</i>	T1	
<i>dexamethasone 0.5 mg/5 ml liq</i>	T1	
<i>dexamethasone 0.75 mg tablet</i>	T1	
<i>dexamethasone 1 mg tablet</i>	T1	
<i>dexamethasone 1.5 mg tablet</i>	T1	
<i>dexamethasone 10 day 1.5 mg tb</i>	T1	PA
DEXAMETHASONE 10 MG/ML SYRING	T3	
<i>dexamethasone 10 mg/ml vial</i>	T1	
<i>dexamethasone 100 mg/10 ml vl</i>	T1	
<i>dexamethasone 120 mg/30 ml vl</i>	T1	
<i>dexamethasone 13 day 1.5 mg tb</i>	T1	PA
<i>dexamethasone 2 mg tablet</i>	T1	
<i>dexamethasone 20 mg/5 ml vial</i>	T1	
<i>dexamethasone 4 mg tablet</i>	T1	
<i>dexamethasone 4 mg/ml syringe</i>	T1	
<i>dexamethasone 4 mg/ml vial</i>	T1	
<i>dexamethasone 6 day 1.5 mg tab</i> (Taperdex)	T1	PA
<i>dexamethasone 6 mg tablet</i>	T1	
<i>dexamethasone in 0.9 % sod chl</i>	T1	
DXEVO	T3	
EMFLAZA	T3	PA SP HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>GLUCOCORTICOIDES</b>		
ENTOCORT EC ( <i>budesonide ec</i> )	T3	
HEMADY	T3	
<i>hydrocortisone</i> (Cortef)	T1	
<i>hydrocortisone sod succinate</i> (Solu-cortef)	T1	
KENALOG-10	T3	
KENALOG-40 ( <i>triamcinolone acetonide</i> )	T3	
KENALOG-80	T3	
LOCORT	T1	
MEDROL 16 MG TABLET ( <i>methylprednisolone</i> )	T3	
MEDROL 2 MG TABLET	T2	
MEDROL 32 MG TABLET ( <i>methylprednisolone</i> )	T3	
MEDROL 4 MG DOSEPAK ( <i>methylprednisolone</i> )	T3	
MEDROL 4 MG TABLET ( <i>methylprednisolone</i> )	T3	
MEDROL 8 MG TABLET ( <i>methylprednisolone</i> )	T3	
MEDROLOAN II SUIK	T3	
<i>methylprednisolone</i> (Medrol)	T1	
<i>methylprednisolone acetate</i> (Depo-medrol)	T1	
<i>methylprednisolone sod succ</i>	T1	
<i>methylprednisolone sod succ</i> (Solu-medrol)	T1	
MILLIPRED 10 MG/5 ML SOLUTION ( <i>prednisolone sodium phosphate</i> )	T3	
<i>millipred 5 mg tablet</i>	T1	
ORAPRED ODT ( <i>prednisolone sodium phos odt</i> )	T3	
ORTIKOS	T3	PA QL (1 TAB/DAY)
P-CARE D80G	T1	
P-CARE K80	T1	
POD-CARE 100C	T1	
<i>prednisolone</i>	T1	
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	T1	
<i>prednisolone sodium phosphate</i> (Millipred)	T1	
<i>prednisolone sodium phosphate</i> (Orapred Odt)	T1	
<i>prednisone</i>	T1	
PRO-C-DURE 5	T3	
PRO-C-DURE 6	T3	
RAYOS	T3	PA
READYSHARP BETAMETHASONE	T1	
SOLU-CORTEF	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

<b>HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>GLUCOCORTICOIDES</b>		
SOLU-MEDROL	T3	
TAPERDEX	T1	PA
<i>triamcinolone acetonide</i> (Kenalog-40)	T1	
UCERIS 9 MG ER TABLET ( <i>budesonide er</i> )	T3	PA QL (1 tab/day)
ZCORT	T3	PA
ZILRETTA	T3	PA
ZONACORT	T3	
<b>HORMONA LIBERADORA DE HORMONA DEL CRECIMIENTO (GHRH) Y ANÁLOGOS</b>		
EGRIFTA	T3	PA SP HD
EGRIFTA SV	T3	PA SP HD
<b>HORMONAS DEL CRECIMIENTO</b>		
GENOTROPIN	T2	PA SP HD
HUMATROPE	T3	PA SP HD
NGENLA	T3	PA SP HD
NORDITROPIN FLEXPRO	T2	PA SP HD
NUTROPIN AQ NUSPIN	T3	PA SP HD
OMNITROPE	T3	PA SP HD
SAIZEN	T3	PA SAIZEN-SAIZENPREP HD
SAIZEN-SAIZENPREP	T3	PA HD
SEROSTIM	T2	PA SP
SKYTROFA	T2	PA SP
SOGROYA	T3	PA SP HD
<b>HORMONAS DEL CRECIMIENTO (cont.)</b>		
ZOMACTON	T3	PA SP HD
ZORBTIVE	T2	PA SP HD
<b>HORMONAS DE FACTOR DE CRECIMIENTO INSULÍNICO TIPO I (IGF-I)</b>		
INCRELEX	T2	PA SP HD
<b>COMB. DE PROGESTINA Y ANÁLOGOS AGONISTAS DE LA LHRH (GNRH)</b>		
LUPANETA PACK	T3	PA SP HD
<b>ANÁLOGOS AGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), SUPRESORES HIPOFISARIOS</b>		
LUPRON DEPOT	T2	PA SP HD
SYNAREL	T3	PA SP HD
<b>COMB. DE PROGESTINA Y ESTRÓGENOS ANTAGONISTAS DE LA LHRH (GNRH)</b>		
MYFEMBREE	T2	PA QL (24 MONTH THERAPY)
ORIAHNN	T2	PA QL (2 CAPSULES/DAY)
<b>ANTAGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), AGENTES SUPRESORES HIPOFISARIOS</b>		
CETROTIDE	T2	PA SP

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

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

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

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



## Lista de medicamentos con receta

<b>HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTAGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), AGENTES SUPRESORES HIPOFISARIOS</b>		
<i>ganirelix acet 250 mcg/0.5 ml</i> (Ganirelix Acetate)	T1	PA SP
GANIRELIX ACET 250 MCG/0.5 ML ( <i>ganirelix acetate</i> )	T2	PA SP
ORLISSA 150 MG TABLET	T2	PA QL (24 months of treatment/lifetime)
ORLISSA 200 MG TABLET	T2	PA QL (2 tabs/day)
<b>SUP. HIPOF. AGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), PUBERTAD PRECOZ CENTRAL</b>		
FENSOLVI	T2	PA SP
LUPRON DEPOT-PED	T2	PA SP HD
SUPPRELIN LA	T3	PA SP HD
TRIPTODUR	T2	PA SP
<b>MINERALOCORTICOIDES</b>		
<i>fludrocortisone acetate</i>	T1	HD
<b>OXITÓCICOS</b>		
CARBOPROST TROMETHAMINE	T1	
CERVIDIL	T3	
HEMABATE	T3	
<i>methylergonovine maleate</i>	T1	
<i>oxytocin</i> (Pitocin)	T1	
OXYTOCIN-D5-LACTATED RINGERS	T1	
OXYTOCIN-D5W	T1	
OXYTOCIN-LACTATED RINGERS	T1	
PITOCIN ( <i>oxytocin</i> )	T3	
PREPIDIL	T3	
PROSTIN E2 VAGINAL SUPPOSITORY	T3	
<b>AGENTES SUPRESORES HIPOFISARIOS</b>		
<i>cabergoline</i>	T1	QL (16 tabs/28 days) HD
<i>danazol</i>	T1	HD
<b>AGENTES PROGESTACIONALES</b>		
AYGESTIN ( <i>norethindrone acetate</i> )	T3	HD
CRINONE 4% GEL	T3	PA HD
DEPO-PROVERA 400 MG/ML VIAL	T2	HD
<i>hydroxyprogesterone 1.25 g/5ml</i>	T1	HD
<i>medroxyprogesterone 10 mg tab</i> (Provera)	T1	HD
<i>medroxyprogesterone 2.5 mg tab</i> (Provera)	T1	HD
<i>medroxyprogesterone 5 mg tab</i> (Provera)	T1	HD
<i>norethindrone acetate</i> (Aygestin)	T1	HD
<i>progesterone 100 mg capsule</i> (Prometrium)	T1	HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

### HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)

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

#### AGENTES PROGESTACIONALES (cont.)

<i>progesterone 200 mg capsule</i> (Prometrium)	T1	HD
<i>progesterone 500 mg/10 ml vial</i>	T1	SP HD
PROMETRIUM ( <i>progesterone</i> )	T3	HD
PROVERA ( <i>medroxyprogesterone acetate</i> )	T3	HD

#### HORMONAS DEL SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA-ALDOSTERONA (RAAS)

GIAPREZA	T3	SP
----------	----	----

#### AGENTES SOMATOSTÁTICOS

BYNFEZIA	T3	PA SP
MYCAPSSA	T3	PA QL (4 CAPS/DAY) SP
<i>octreotide acetate</i>	T1	PA SP HD
<i>octreotide acetate</i> (Sandostatin)	T1	PA SP HD
SANDOSTATIN 0.05 MG/ML AMPUL ( <i>octreotide acetate</i> )	T2	PA SP HD
SANDOSTATIN 0.1 MG/ML AMPUL ( <i>octreotide acetate</i> )	T3	PA SP HD
SANDOSTATIN 0.5 MG/ML AMPUL ( <i>octreotide acetate</i> )	T3	PA SP HD
SANDOSTATIN LAR DEPOT	T2	PA SP
SIGNIFOR	T3	PA SP
SIGNIFOR LAR	T3	PA SP
SOMATULINE DEPOT	T2	PA SP HD

#### ESTRÓGENOS VAGINALES PARA DISFUNCIÓN SEXUAL

IMVEXXY 10 MCG MAINTENANCE PAK	T3	QL (16/28 days) HD
IMVEXXY 10 MCG STARTER PACK	T3	QL (36/28 days) HD
IMVEXXY 4 MCG MAINTENANCE PACK	T3	QL (16/28 days) HD
IMVEXXY 4 MCG STARTER PACK	T3	QL (36/28 days) HD

#### PREPARACIONES DE ESTRÓGENOS VAGINALES

ESTRACE ( <i>estradiol</i> )	T3	HD
<i>estradiol</i> (Vagifem)	T1	QL (36 tabs/28 days) HD
<i>estradiol 0.01% cream</i> (Estrace)	T1	HD
<i>estradiol 10 mcg vaginal insrt</i> (Vagifem)	T1	QL (36 tabs/28 days) HD
ESTRING	T2	QL (2 rings/90 days) HD
FEMRING	T3	HD
PREMARIN	T2	HD
VAGIFEM ( <i>yuvafem</i> )	T3	QL (36 tabs/28 days) HD

### HORMONAS (Infertilidad)

#### PREPARACIONES PARA ESTIMULAR LA FERTILIDAD, SIN FSH

<i>clomiphene citrate</i>	T1	
---------------------------	----	--

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

<b>HORMONAS (Infertilidad) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>HORMONAS FOLICULOESTIMULANTES Y LUTEINIZANTES</b>		
MENOPUR	T3	PA SP
<b>HORMONA FOLICULOESTIMULANTE (FSH)</b>		
FOLLISTIM AQ	T3	PA SP
GONAL-F	T2	PA SP
GONAL-F RFF	T2	PA SP
GONAL-F RFF REDI-JECT	T2	PA SP
<b>GONADOTROPINA CORIÓNICA HUMANA (HCG)</b>		
CHORIONIC GONAD 10,000 UNIT VL	T1	PA SP
CHORIONIC GONAD 12,000 UNIT VL	T1	SP
CHORIONIC GONAD 6,000 UNIT VL	T1	SP
NOVAREL 10,000 UNITS VIAL	T2	PA SP
NOVAREL 5,000 UNIT VIAL	T2	PA SP
OVIDREL	T2	PA SP
PREGNYL	T2	PA SP
<b>AGENTES PARA FACILITAR/MANTENER, HORMONALES</b>		
CRINONE 8% GEL	T3	PA
ENDOMETRIN	T2	
<b>AGENTES PARA FACILITAR/MANTENER EL EMBARAZO, HORMONALES</b>		
<i>hydroxyprogesterone 1, 250 mg/5 ml</i>	T1	PA
<i>hydroxyprogesterone 250 mg/ml vial</i>	T1	PA
MAKENA	T3	PA
MAKENA ( <i>hydroxyprogesterone caproate</i> )	T3	PA SP
<b>HORMONAS (Varias)</b>		
<b>ANÁLOGOS DE LA HORMONA LEPTINA</b>		
MYALEPT	T3	PA SP HD
<b>HORMONAS (Productos para la osteoporosis)</b>		
<b>AGENTES QUE ESTIMULAN LA FORMACIÓN DE HUESO - PÉPTIDOS LIB. DE PTH</b>		
TYMLOS	T2	PA QL (1 pen/30 days) SP HD
<b>INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA</b>		
<i>calcitonin, salmon, synthetic</i>	T1	HD
MIACALCIN	T3	HD
<b>INMUNOSUPRESORES (Varios)</b>		
<b>INMUNOSUPRESOR-INHIBIDOR DE INTERFERÓN GAMMA, ANTICUERPOS MONOCLONALES</b>		
GAMIFANT	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

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

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

#### ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-CD19 (LINFOCITOS B)

UPLIZNA	T3	PA SP
---------	----	-------

#### ANTAGONISTAS ALFA DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-4 (IL-4), ANTICUERPOS MONOCLONALES

DUPIXENT PEN	T3	PA SP HD
DUPIXENT SYRINGE	T3	PA SP HD

#### INHIBIDORES DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-6 (IL-6)

ACTEMRA 162 MG/0.9 ML SYRINGE	T2	PA QL (4 syringes/28 days) SP HD
ACTEMRA 200 MG/10 ML VIAL	T2	PA SP HD
ACTEMRA 400 MG/20 ML VIAL	T2	PA SP HD

#### INHIBIDORES DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-6 (IL-6) (cont.)

ACTEMRA 80 MG/4 ML VIAL	T2	PA SP HD
ACTEMRA ACTPEN	T2	PA QL (4 pens/28 days) SP HD
ENSPRYNG	T3	PA SP HD
KEVZARA 150 MG/1.14 ML PEN INJ	T3	PA QL (2 pens/28 days) SP HD
KEVZARA 150 MG/1.14 ML SYRINGE	T3	PA QL (2 syringes/28 days) SP HD
KEVZARA 200 MG/1.14 ML PEN INJ	T3	PA QL (2 pens/28 days) SP HD
KEVZARA 200 MG/1.14 ML SYRINGE	T3	PA QL (2 syringes/28 days) SP HD

#### ANTICUERPOS MONOCLONALES-INHIB. DE LA INTERLEUCINA HUMANA 12/23

STELARA 130 MG/26 ML VIAL	T2	PA SP HD
STELARA 45 MG/0.5 ML SYRINGE	T2	PA QL (1 syringe/84 days) SP HD
STELARA 45 MG/0.5 ML VIAL	T2	PA QL (1 vial/84 days) SP HD
STELARA 90 MG/ML SYRINGE	T2	PA QL (1 syringe/84 days) SP HD

#### AGENTES INMUNOSUPRESORES TÓPICOS

ELIDEL ( <i>pimecrolimus</i> )	T3	
<i>pimecrolimus</i> (Elidel)	T1	
PROTOPIC ( <i>tacrolimus</i> )	T3	
<i>tacrolimus</i> 0.03% ointment (Protopic)	T1	
<i>tacrolimus</i> 0.1% ointment (Protopic)	T1	

### INMUNOSUPRESORES (Medicamentos para trasplante)

#### INMUNOSUPRESORES - ANTICUERPOS MONOCLONALES QUE INHIBEN LA FUNCIÓN DEL LINFOCITO T

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

#### INMUNOSUPRESORES

ASTAGRAF XL	T3	SP HD
AZASAN	T2	SP HD
<i>azathioprine</i> (Imuran)	T1	PA SP HD
<i>azathioprine sodium</i>	T1	PA
CELLCEPT 200 MG/ML ORAL SUSP ( <i>mycophenolate mofetil</i> )	T3	SP HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

INMUNOSUPRESORES (Medicamentos para trasplante) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>INMUNOSUPRESORES (cont.)</b>		
CELLCEPT 250 MG CAPSULE ( <i>mycophenolate mofetil</i> )	T3	SP HD
CELLCEPT 500 MG TABLET ( <i>mycophenolate mofetil</i> )	T3	SP HD
CELLCEPT 500 MG VIAL ( <i>mycophenolate mofetil</i> )	T2	SP
<i>cyclosporine 100 mg capsule</i> (Sandimmune)	T1	SP HD
<i>cyclosporine 25 mg capsule</i> (Sandimmune)	T1	SP HD
<i>cyclosporine 250 mg/5 ml ampul</i> (Sandimmune)	T1	SP
<i>cyclosporine, modified</i>	T1	SP HD
<i>cyclosporine, modified</i> (Neoral)	T1	SP HD
ENVARUS XR	T3	SP HD
<i>everolimus 0.25 mg tablet</i> (Zortress)	T1	SP HD
<i>everolimus 0.5 mg tablet</i> (Zortress)	T1	SP HD
<i>everolimus 0.75 mg tablet</i> (Zortress)	T1	SP HD
IMURAN ( <i>azathioprine</i> )	T3	SP HD
LUPKYNIS	T3	PA SP QL (6 caps/day)
<i>mycophenolate 200 mg/ml susp</i> (Cellcept)	T1	SP HD
<i>mycophenolate 250 mg capsule</i> (Cellcept)	T1	SP HD
<i>mycophenolate 500 mg tablet</i> (Cellcept)	T1	SP HD
<i>mycophenolate 500 mg vial</i> (Cellcept)	T1	SP
<i>mycophenolate sodium</i> (Myfortic)	T1	SP HD
MYFORTIC ( <i>mycophenolic acid</i> )	T3	SP HD
NEORAL ( <i>gengraf</i> )	T3	PA SP HD
NULOJIX	T3	SP
PROGRAF 0.2 MG GRANULE PACKET	T3	SP HD
PROGRAF 0.5 MG CAPSULE ( <i>tacrolimus</i> )	T3	SP HD
PROGRAF 1 MG CAPSULE ( <i>tacrolimus</i> )	T3	SP HD
PROGRAF 1 MG GRANULE PACKET	T3	SP HD
PROGRAF 5 MG CAPSULE ( <i>tacrolimus</i> )	T3	SP HD
PROGRAF 5 MG/ML AMPULE	T2	SP
RAPAMUNE ( <i>sirolimus</i> )	T3	SP HD
SANDIMMUNE 100 MG CAPSULE ( <i>cyclosporine</i> )	T3	SP HD
SANDIMMUNE 100 MG/ML SOLN	T2	SP HD
SANDIMMUNE 25 MG CAPSULE ( <i>cyclosporine</i> )	T3	PA SP HD
SANDIMMUNE 50 MG/ML AMPUL ( <i>cyclosporine</i> )	T3	PA SP
<i>sirolimus</i> (Rapamune)	T1	SP HD
<i>tacrolimus 0.5 mg capsule (ir)</i> (Prograf)	T1	SP HD
<i>tacrolimus 1 mg capsule (ir)</i> (Prograf)	T1	SP HD
<i>tacrolimus 5 mg capsule (ir)</i> (Prograf)	T1	SP HD
ZORTRESS	T3	SP HD
ZORTRESS ( <i>everolimus</i> )	T3	SP HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS</b>		
CEQR SIMPLICITY	T3	
CEQR SIMPLICITY INSERTER	T3	
DEXCOM	T3	
DEXCOM G4	T3	
DEXCOM G5	T3	
DEXCOM G5-G4 SENSOR	T3	
DEXCOM G6 RECEIVER	T2	PA QL (1 syringe/365 days)
DEXCOM G6 SENSOR	T2	PA QL (3/30 days)
DEXCOM G6 TRANSMITTER	T2	PA QL (1 syringe/67 days)
DEXCOM G7 SENSOR	T2	PA QL (3 SENSORS/30 DAYS)
DEXCOM G7 RECEIVER	T2	PA QL (1 UNIT/365 DAYS)
ENLITE	T3	
ENLITE GLUCOSE SENSOR	T3	
ENLITE SERTER	T3	
EVERSENSE SENSOR-HOLDER	T3	
EVERSENSE SMART TRANSMITTER	T3	
FREESTYLE LIBRE 10 DAY READER	T2	PA QL (1 READER/DAY)
FREESTYLE LIBRE 10 DAY SENSOR	T2	PA QL (3/30 days)
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER	T2	PA QL (1 READER/DAY)
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR	T2	PA QL (2/28 days)
FREESTYLE LIBRE 2 READER	T2	PA QL (1 READER/DAY)
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR	T2	PA QL (2 SENSORS/21 DAYS)
FREESTYLE NAVIGATOR	T3	
GE333 BLOOD GLUCOSE TEST STRIP	T3	
GE333 BLOOD GLUCOSE SYSTEM	T3	
GLUCOCOM AUTOLINK	T3	
GUARDIAN CONNECT TRANSMITTER	T3	
GUARDIAN LINK 3	T3	
GUARDIAN REAL-TIME	T3	
GUARDIAN RT CHARGER	T3	
GUARDIAN RT STARTER KIT	T3	
GUARDIAN RT SYSTEM	T3	
GUARDIAN SENSOR 3	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

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)</b>		
GUARDIAN TEST PLUG	T3	
HUMAPEN LUXURA HD	T3	
INPEN (FOR HUMALOG)	T3	
INPEN (FOR NOVLOG OR FIASP)	T3	
MOBILE LANCETS	T2	
MINILINK REAL-TIME TRANSMITTER	T2	
MINIMED 630G GUARDIAN START KT	T3	
NOVOPEN ECHO	T3	
OMNIPOD DASH 5 PACK POD	T2	PA QL (6 boxes/30 days)
ONETOUCH ULTRASOFT 2 LANCET	T2	
PRO COMFORT SAFETY LANCET	T2	
PARADIGM REAL-TIME	T2	
REPLACEMENT PEDIATRIC MONITOR	T3	
SEN-SERTER	T2	
SOF-SENSOR	T2	
V-GO 20	T2	
V-GO 30	T2	
V-GO 40	T2	
<b>JERINGAS Y ACCESORIOS</b>		
ASSURE ID INSULIN SAFETY	T2	
INSULIN SYRINGE	T2	
INSULIN SYRINGE U-500	T2	
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG	T2	
MAGELLAN INSULIN SYRINGE	T2	
MINIMED RESERVOIR	T3	
MONOJECT	T2	
MONOJECT INSULIN SYRINGE	T2	
PARADIGM	T3	
SECURESAFE INSULIN SYRINGE	T2	

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

#### RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS

AMRIX ER 15 MG CAPSULE (cyclobenzaprine hcl er)	T3	PA QL (1 cap/day)
AMRIX ER 30 MG CAPSULE (cyclobenzaprine hcl er)	T3	PA
<i>baclofen</i>	T1	
BACLOFEN 25 MG/5 ML SUSPENSION	T3	PA

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

RELAJANTES MUSCULARES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS (cont.)</b>		
<i>baclofen</i> (Gablofen)	T1	
<i>carisoprodol</i> (Soma)	T1	
<i>carisoprodol/aspirin</i>	T1	
<i>chlorzoxazone 250 mg tablet</i>	T1	PA
<i>chlorzoxazone 375 mg tablet</i> (Lorzone)	T1	PA
<i>chlorzoxazone 500 mg tablet</i>	T1	
<i>chlorzoxazone 750 mg tablet</i> (Lorzone)	T1	PA
<i>cyclobenzaprine er 15 mg cap</i> (Amrix)	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>cyclobenzaprine er 30 mg cap</i> (Amrix)	T1	PA
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	T1	
<i>cyclobenzaprine hcl</i> (Fexmid)	T1	
DANTRIUM	T3	
DANTRIUM ( <i>dantrolene sodium</i> )	T3	
<i>dantrolene sodium</i>	T1	
<i>dantrolene sodium</i> (Dantrium)	T1	
FEXMID ( <i>cyclobenzaprine hcl</i> )	T3	
GABLOFEN	T3	
GABLOFEN ( <i>baclofen</i> )	T3	
LIORESAL INTRATHECAL	T3	
LORZONE ( <i>chlorzoxazone</i> )	T3	PA
LYVISPAH	T3	PA
<i>metaxalone</i>	T1	
<i>metaxalone</i> (Skelaxin)	T1	
<i>methocarbamol</i>	T1	
<i>methocarbamol</i> (Robaxin)	T1	
<i>methocarbamol</i> (Robaxin-750)	T1	
NORGESIC FORTE	T3	
<i>orphenadrine citrate</i>	T1	
<i>orphenadrine/aspirin/caffeine</i> (Norgesic Forte)	T1	
OZOBAX	T3	
ROBAXIN	T3	
ROBAXIN-750 ( <i>methocarbamol</i> )	T3	
RYANODEX	T3	
SKELAXIN ( <i>metaxalone</i> )	T3	
SOMA ( <i>carisoprodol</i> )	T3	
SOMA ( <i>vanadom</i> )	T3	

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

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

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

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



## Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS (cont.)</b>		
<i>tizanidine hcl</i>	T1	PA
<i>tizanidine hcl</i> (Zanaflex)	T1	PA
ZANAFLEX ( <i>tizanidine hcl</i> )	T3	

### VITAMINAS PRENATALES (Nutritivas/alimenticias)

#### PREPARACIONES DE VITAMINAS PRENATALES

ATABEX EC	T3	
CITRANATAL 90 DHA	T2	
CITRANATAL ASSURE	T2	
CITRANATAL DHA	T2	
CITRANATAL HARMONY	T2	
CITRANATAL RX	T2	
OBSTETRIX EC	T2	
OBTREG DHA	T3	
<i>pnv 22/iron, gluc/folic/dss/dha</i>	T1	
<i>pnv 66/iron/folic/docusate/dha</i>	T1	
<i>pnv 69/iron/folic/docusate/dha</i>	T1	
<i>pnv 80/iron fum/folic/dss/dha</i>	T1	
<i>pnv/ferrous fum/docusate/folic</i>	T1	
<i>pnv/iron, carb/docusat/folic ac</i>	T1	
<i>prenatal 12/iron/folic/dss/om3</i> (Obtreg Dha)	T1	
PRENATAL 19	T1	
<i>prenatal 34/iron/folic/dss/dha</i>	T1	
<i>prenatal vits15/iron/folic/dss</i>	T1	
VITAFOL FE+	T2	

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

#### ANTIDEPRESIVOS ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES ALFA 2

<i>mirtazapine</i>	T1	HD
<i>mirtazapine</i> (Remeron)	T1	HD
QELBREE	T3	PA QL
REMERON ( <i>mirtazapine</i> )	T3	PA HD

#### MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS - BENZODIAZEPINAS

ATIVAN ( <i>lorazepam</i> )	T3	PA
<i>chlordiazepoxide hcl</i>	T1	
<i>clorazepate dipotassium</i>	T1	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS - BENZODIAZEPINAS (cont.)</b>		
<i>clorazepate dipotassium</i> (Tranxene T-tab)	T1	
<i>diazepam 10 mg tablet</i> (Valium)	T1	
<i>diazepam 10 mg/2 ml carpject</i>	T1	
<i>diazepam 10 mg/2 ml syringe</i>	T1	
<i>diazepam 2 mg tablet</i> (Valium)	T1	
<i>diazepam 5 mg tablet</i> (Valium)	T1	
<i>diazepam 5 mg/5 ml solution</i>	T1	
<i>diazepam 5 mg/ml oral conc</i>	T1	
<i>diazepam 50 mg/10 ml vial</i>	T1	
<i>lorazepam</i>	T1	
<i>lorazepam</i> (Ativan)	T1	
LOREEV XR	T3	PA QL (30 tabs/30 days) SP
<i>oxazepam</i>	T1	
TRANXENE T-TAB ( <i>clorazepate dipotassium</i> )	T3	PA
VALIUM ( <i>diazepam</i> )	T3	
XANAX ( <i>alprazolam</i> )	T3	
XANAX XR ( <i>alprazolam xr</i> )	T3	
<b>MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS</b>		
<i>bupirone hcl</i>	T1	
<i>meprobamate</i>	T1	
<b>ANTIDEPRESIVOS - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES NMDA</b>		
SPRAVATO	T3	PA SP
<b>MEDICAMENTOS PARA TRASTORNO BIPOLAR</b>		
EQUETRO	T3	HD
<i>lithium carbonate</i>	T1	HD
<i>lithium carbonate</i> (Lithobid)	T1	HD
<i>lithium citrate</i>	T1	HD
LITHOBID ( <i>lithium carbonate er</i> )	T3	PA HD
<b>MAOI - ANTIDEPRESIVOS NO SELECTIVOS E IRREVERSIBLES</b>		
MARPLAN	T3	QL (12 tabs/day)
NARDIL ( <i>phenelzine sulfate</i> )	T3	PA
PARNATE ( <i>tranylcypromine sulfate</i> )	T3	PA
<i>phenelzine sulfate</i> (Nardil)	T1	
<i>tranylcypromine sulfate</i> (Parnate)	T1	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIDEPRESIVOS INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA (MAO)</b>		
EMSAM 12 MG/24 HOURS PATCH	T3	QL (1 patch/day)
EMSAM 6 MG/24 HOURS PATCH	T3	QL (2 patches/day)
EMSAM 9 MG/24 HOURS PATCH	T3	QL (1 patch/day)
<b>COMB. DE ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES NMDA Y NDRI</b>		
AUVELITY	T3	PA QL (60 tabs/30days)
<b>INHIB. DE LA RECAPT. DE NOREPINEFRINA Y DOPAMINA (NDRI)</b>		
APLENZIN ER 174 MG TABLET	T3	PA QL (3 tabs/day) HD
APLENZIN ER 348 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day) HD
APLENZIN ER 522 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day) HD
<i>bupropion hcl 100 mg tablet</i>	T1	QL (4 tabs/day) HD
<i>bupropion hcl 75 mg tablet</i>	T1	QL (6 tabs/day) HD
<i>bupropion hcl sr 100 mg tablet (Wellbutrin Sr)</i>	T1	QL (4 tabs/day) HD
<i>bupropion hcl sr 150 mg tablet (Wellbutrin Sr)</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>bupropion hcl sr 200 mg tablet (Wellbutrin Sr)</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>bupropion hcl xl 150 mg tablet (Wellbutrin XI)</i>	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>bupropion hcl xl 300 mg tablet (Wellbutrin XI)</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
BUPROPION HCL XL 450 MG TABLET	T1	QL (1 tab/day) HD
FORFIVO XL	T3	QL (1 tab/day) ST HD
WELLBUTRIN SR 100 MG TABLET ( <i>bupropion hcl sr</i> )	T3	PA QL (4 tabs/day) HD
WELLBUTRIN SR 150 MG TABLET ( <i>bupropion hcl sr</i> )	T3	PA QL (2 tabs/day) HD
WELLBUTRIN SR 200 MG TABLET ( <i>bupropion hcl sr</i> )	T3	PA QL (2 tabs/day) HD
WELLBUTRIN XL 150 MG TABLET ( <i>bupropion xl</i> )	T3	PA QL (3 tabs/day) HD
WELLBUTRIN XL 300 MG TABLET ( <i>bupropion xl</i> )	T3	PA QL (1 tab/day) HD
<b>AGONISTAS INVERSOS SELECTIVOS DE SEROTONINA 5-HT<sub>2A</sub> (SSIA)</b>		
NUPLAZID	T3	PA SP HD
<b>INHIBIDOR SELECTIVO DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (SSRI)</b>		
CELEXA 10 MG TABLET ( <i>citalopram hbr</i> )	T3	PA QL (6 tabs/day) HD
CELEXA 20 MG TABLET ( <i>citalopram hbr</i> )	T3	PA QL (3 tabs/day) HD
CELEXA 40 MG TABLET ( <i>citalopram hbr</i> )	T3	PA QL (1 tab/day) HD
<i>citalopram hbr 10 mg tablet (Celexa)</i>	T1	QL (6 tabs/day) HD
<i>citalopram hbr 10 mg/5 ml soln</i>	T1	QL (30ml/day) HD
<i>citalopram hbr 20 mg tablet (Celexa)</i>	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>citalopram hbr 20 mg/10 ml sol</i>	T1	QL (30ml/day) HD
<i>citalopram hbr 40 mg tablet (Celexa)</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>escitalopram 10 mg tablet (Lexapro)</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>escitalopram 20 mg tablet (Lexapro)</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>escitalopram 5 mg tablet (Lexapro)</i>	T1	QL (4 tabs/day) HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>INHIBIDOR SELECTIVO DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (SSRI) (cont.)</b>		
<i>escitalopram oxalate 5 mg/5 ml</i>	T1	QL (20ml/day) HD
<i>fluoxetine 20 mg/5 ml solution</i>	T1	QL (20ml/day) HD
<i>fluoxetine hcl</i>	T1	QL (4 caps/28 days) HD
<i>fluoxetine hcl 10 mg capsule (Prozac)</i>	T1	QL (8 caps/day) HD
<i>fluoxetine hcl 10 mg tablet (Sarafem)</i>	T1	HD
<i>fluoxetine hcl 20 mg capsule (Prozac)</i>	T1	QL (4 caps/day) HD
<i>fluoxetine hcl 20 mg tablet</i>	T1	HD
<i>fluoxetine hcl 40 mg capsule (Prozac)</i>	T1	QL (2 caps/day) HD
<i>fluoxetine hcl 60 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>fluvoxamine er 100 mg capsule</i>	T1	QL (3 caps/day) HD
<i>fluvoxamine er 150 mg capsule</i>	T1	QL (2 caps/day) HD
<i>fluvoxamine maleate 100 mg tab</i>	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>fluvoxamine maleate 25 mg tab</i>	T1	QL (12 tabs/day) HD
<i>fluvoxamine maleate 50 mg tab</i>	T1	QL (6 tabs/day) HD
LEXAPRO 10 MG TABLET ( <i>escitalopram oxalate</i> )	T3	PA QL (2 tabs/day) HD
LEXAPRO 20 MG TABLET ( <i>escitalopram oxalate</i> )	T3	PA QL (1 tab/day) HD
LEXAPRO 5 MG TABLET ( <i>escitalopram oxalate</i> )	T3	PA QL (4 tabs/day) HD
<i>paroxetine cr 12.5 mg tablet (Paxil Cr)</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>paroxetine cr 25 mg tablet (Paxil Cr)</i>	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>paroxetine cr 37.5 mg tablet (Paxil Cr)</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>paroxetine er 12.5 mg tablet (Paxil Cr)</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>paroxetine er 25 mg tablet (Paxil Cr)</i>	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>paroxetine er 37.5 mg tablet (Paxil Cr)</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>paroxetine hcl 10 mg tablet (Paxil)</i>	T1	QL (6 tabs/day) HD
<i>paroxetine hcl 20 mg tablet (Paxil)</i>	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>paroxetine hcl 30 mg tablet (Paxil)</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>paroxetine hcl 40 mg tablet (Paxil)</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
PAXIL 10 MG TABLET ( <i>paroxetine hcl</i> )	T3	PA QL (6 tabs/day) HD
PAXIL 10 MG/5 ML SUSPENSION	T3	PA QL (30ml/day) HD
PAXIL 20 MG TABLET ( <i>paroxetine hcl</i> )	T3	PA QL (3 tabs/day) HD
PAXIL 30 MG TABLET ( <i>paroxetine hcl</i> )	T3	PA QL (2 tabs/day) HD
PAXIL 40 MG TABLET ( <i>paroxetine hcl</i> )	T3	PA QL (1 tab/day) HD
PAXIL CR 12.5 MG TABLET ( <i>paroxetine er</i> )	T3	PA QL (1 tab/day) HD
PAXIL CR 25 MG TABLET ( <i>paroxetine er</i> )	T3	QL (3 tabs/day) ST HD
PAXIL CR 37.5 MG TABLET ( <i>paroxetine er</i> )	T3	QL (2 tabs/day) ST HD
PEXEVA 10 MG TABLET	T3	PA QL (6 tabs/day) HD
PEXEVA 20 MG TABLET	T3	PA QL (3 tabs/day) HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>INHIBIDOR SELECTIVO DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (SSRI) (cont.)</b>		
PEXEVA 30 MG TABLET	T3	PA QL (2 tabs/day) HD
PEXEVA 40 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day) HD
PROZAC 10 MG PULVULE ( <i>fluoxetine hcl</i> )	T3	PA QL (8 caps/day) HD
PROZAC 20 MG PULVULE ( <i>fluoxetine hcl</i> )	T3	PA QL (4 caps/day) HD
PROZAC 40 MG PULVULE ( <i>fluoxetine hcl</i> )	T3	PA QL (2 caps/day) HD
SARAFEM ( <i>fluoxetine hcl</i> )	T3	ST HD
<i>sertraline 20 mg/ml oral conc</i> (Zoloft)	T1	QL (10ml/day) HD
<i>sertraline hcl 100 mg tablet</i> (Zoloft)	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>sertraline hcl 25 mg tablet</i> (Zoloft)	T1	QL (8 tabs/day) HD
<i>sertraline hcl 50 mg tablet</i> (Zoloft)	T1	QL (4 tabs/day) HD
ZOLOFT 100 MG TABLET ( <i>sertraline hcl</i> )	T3	PA QL (2 tabs/day) HD
ZOLOFT 20 MG/ML ORAL CONC ( <i>sertraline hcl</i> )	T3	PA QL (10ml/day) HD
ZOLOFT 25 MG TABLET ( <i>sertraline hcl</i> )	T3	PA QL (8 tabs/day) HD
ZOLOFT 50 MG TABLET ( <i>sertraline hcl</i> )	T3	PA QL (4 tabs/day) HD
<b>INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN/ANTAGONISTAS DE LA SEROTONINA-2 (SARI)</b>		
<i>nefazodone hcl</i>	T1	HD
<i>trazodone hcl</i>	T1	HD
<b>INHIB. DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA-NOREPINEFRINA (SNRI)</b>		
CYMBALTA 20 MG CAPSULE ( <i>duloxetine hcl</i> )	T3	PA QL (6 caps/day) HD
CYMBALTA 30 MG CAPSULE ( <i>duloxetine hcl</i> )	T3	PA QL (4 caps/day) HD
CYMBALTA 60 MG CAPSULE ( <i>duloxetine hcl</i> )	T3	PA QL (2 caps/day) HD
DESVENLAFAXINE ER 100 MG TAB	T3	PA QL (4 tabs/day) HD
DESVENLAFAXINE ER 50 MG TAB	T3	PA QL (8 tabs/day) HD
<i>desvenlafaxine succnt er 100mg</i> (Pristiq)	T1	QL (4 tabs/day) HD
<i>desvenlafaxine succnt er 25 mg</i> (Pristiq)	T1	QL (16 tabs/day) HD
<i>desvenlafaxine succnt er 50 mg</i> (Pristiq)	T1	QL (1 tab/day) HD
DRIZALMA SPRINKLE DR 20 MG CAP	T3	QL (1 cap/day) ST HD
DRIZALMA SPRINKLE DR 30 MG CAP	T3	QL (1 cap/day) ST HD
DRIZALMA SPRINKLE DR 40 MG CAP	T3	QL (1 cap/day) ST HD
DRIZALMA SPRINKLE DR 60 MG CAP	T3	QL (2 caps/day) ST HD
<i>duloxetine hcl dr 20 mg cap</i> (Cymbalta)	T1	QL (6 caps/day) HD
<i>duloxetine hcl dr 30 mg cap</i> (Cymbalta)	T1	QL (4 caps/day) HD
<i>duloxetine hcl dr 40 mg cap</i>	T1	QL (3 caps/day) HD
<i>duloxetine hcl dr 60 mg cap</i> (Cymbalta)	T1	QL (2 caps/day) HD
EFFEXOR XR 150 MG CAPSULE ( <i>venlafaxine hcl er</i> )	T3	PA QL (2 caps/day) HD
EFFEXOR XR 37.5 MG CAPSULE ( <i>venlafaxine hcl er</i> )	T3	PA QL (8 caps/day) HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar) <sup>8</sup> (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>INHIB. DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA-NOREPINEFRINA (SNRI) (cont.)</b>		
EFFEXOR XR 75 MG CAPSULE ( <i>venlafaxine hcl er</i> )	T3	PA QL (4 caps/day) HD
FETZIMA 20-40 MG TITRATION PAK	T3	QL (28 caps/180 days) ST HD
FETZIMA ER 120 MG CAPSULE	T3	QL (1 cap/day) ST HD
FETZIMA ER 20 MG CAPSULE	T3	QL (6 caps/day) ST HD
FETZIMA ER 40 MG CAPSULE	T3	QL (3 caps/day) ST HD
FETZIMA ER 80 MG CAPSULE	T3	QL (1 cap/day) ST HD
PRISTIQ ER 100 MG TABLET ( <i>desvenlafaxine succinate er</i> )	T3	PA QL (2 tabs/day) HD
PRISTIQ ER 25 MG TABLET ( <i>desvenlafaxine succinate er</i> )	T3	PA QL (16 tabs/day) HD
PRISTIQ ER 50 MG TABLET ( <i>desvenlafaxine succinate er</i> )	T3	PA QL (1 tab/day) HD
<i>venlafaxine hcl 100 mg tablet</i>	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>venlafaxine hcl 25 mg tablet</i>	T1	QL (15 tabs/day) HD
<i>venlafaxine hcl 37.5 mg tablet</i>	T1	QL (10 tabs/day) HD
<i>venlafaxine hcl 50 mg tablet</i>	T1	QL (7 tabs/day) HD
<i>venlafaxine hcl 75 mg tablet</i>	T1	QL (5 tabs/day) HD
<i>venlafaxine hcl er 150 mg cap (Effexor Xr)</i>	T1	QL (2 caps/day) HD
<i>venlafaxine hcl er 150 mg tab</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>venlafaxine hcl er 225 mg tab</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>venlafaxine hcl er 37.5 mg cap (Effexor Xr)</i>	T1	QL (8 caps/day) HD
<i>venlafaxine hcl er 37.5 mg tab</i>	T1	QL (8 tabs/day) HD
<i>venlafaxine hcl er 75 mg cap (Effexor Xr)</i>	T1	QL (4 caps/day) HD
<i>venlafaxine hcl er 75 mg tab</i>	T1	QL (4 tabs/day) HD
<b>SSRI Y ANTIDEPRESIVOS AGONISTAS PARCIALES DE 5HT1A</b>		
VIIBRYD 10 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day) HD
VIIBRYD 10-20 MG STARTER PACK	T3	PA HD
VIIBRYD 20 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day) HD
VIIBRYD 40 MG TABLET	T3	PA HD
<b>SSRI, ANTIDEPRESIVOS MODULADORES DE RECEPTORES DE SEROTONINA</b>		
TRINTELLIX 10 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST HD
TRINTELLIX 20 MG TABLET	T3	ST HD
TRINTELLIX 5 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST HD
<b>COMBINACIONES DE ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS-BENZODIAZEPINAS</b>		
<i>amitriptyline/chlordiazepoxide</i>	T1	HD
<b>COMBINACIONES DE ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS-FENOTIAZINAS</b>		
<i>perphenazine/amitriptyline hcl</i>	T1	HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS, INHIB. NO SELECT. DE LA RECAPTACIÓN REL.</b>		
<i>amitriptyline hcl</i>	T1	HD
<i>amoxapine</i>	T1	HD
ANAFRANIL ( <i>clomipramine hcl</i> )	T3	PA HD
<i>clomipramine hcl</i> (Anafranil)	T1	HD
<i>desipramine hcl</i>	T1	HD
<i>desipramine hcl</i> (Norpramin)	T1	HD
<i>doxepin 10 mg capsule</i>	T1	HD
<i>doxepin 10 mg/ml oral conc</i>	T1	HD
<i>doxepin 100 mg capsule</i>	T1	HD
<i>doxepin 150 mg capsule</i>	T1	HD
<i>doxepin 25 mg capsule</i>	T1	HD
<i>doxepin 50 mg capsule</i>	T1	HD
<i>doxepin 75 mg capsule</i>	T1	HD
<i>imipramine hcl</i>	T1	HD
<i>imipramine pamoate</i>	T1	HD
<i>maprotiline hcl</i>	T1	HD
NORPRAMIN ( <i>desipramine hcl</i> )	T3	PA HD
<i>nortriptyline hcl</i>	T1	HD
<i>nortriptyline hcl</i> (Pamelor)	T1	HD
PAMELOR ( <i>nortriptyline hcl</i> )	T3	PA HD
<i>protriptyline hcl</i>	T1	HD
<i>trimipramine maleate</i>	T1	HD

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

#### ADRENÉRGICOS, AROMÁTICOS, SIN CATECOLAMINAS

VYVANSE 10 MG CAPSULE	T3	PA QL (1 cap/day)
VYVANSE 10 MG CHEWABLE TABLET	T3	PA QL (1 tab/day)
VYVANSE 20 MG CAPSULE	T3	PA QL (1 per day)
VYVANSE 20 MG CHEWABLE TABLET	T3	PA QL (1 tab/day)
VYVANSE 30 MG CAPSULE	T3	PA QL (1 per day)
VYVANSE 30 MG CHEWABLE TABLET	T3	PA QL (1 tab/day)
VYVANSE 40 MG CAPSULE	T3	PA QL (1 cap/day)
VYVANSE 40 MG CHEWABLE TABLET	T3	PA QL (1 tab/day)
VYVANSE 50 MG CAPSULE	T3	PA QL (1 cap/day)
VYVANSE 50 MG CHEWABLE TABLET	T3	PA QL (1 tab/day)
VYVANSE 60 MG CAPSULE	T3	PA QL (1 cap/day)

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ADRENÉRGICOS, AROMÁTICOS, SIN CATECOLAMINAS (cont.)</b>		
VYVANSE 60 MG CHEWABLE TABLET	T3	PA QL (1 tab/day)
VYVANSE 70 MG CAPSULE	T3	PA QL (1 cap/day)
<b>TRAT. PARA EL ADHD - AGONISTAS SELECTIVOS DE LOS RECEPTORES ALFA 2</b>		
<i>clonidine hcl</i> (Kapvay)	T1	
<i>guanfacine hcl</i> (Intuniv)	T1	
INTUNIV ( <i>guanfacine hcl er</i> )	T3	PA QL
KAPVAY ( <i>clonidine hcl er</i> )	T3	PA
<b>TRAT. PARA EL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (ADHD)/NARCOLEPSIA</b>		
ADHANSIA XR	T3	PA QL (1 cap/day) ST
APTENSIO XR ( <i>methylphenidate er</i> )	T3	PA QL (1 cap/day) ST
CONCERTA ( <i>methylphenidate er</i> )	T3	PA QL (1 tab/day) ST
COTEMPLA XR-ODT 17.3 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day)
COTEMPLA XR-ODT 25.9 MG TABLET	T3	PA QL (2 tabs/day)
COTEMPLA XR-ODT 8.6 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day)
DAYTRANA 10 MG/9 HR PATCH	T3	PA QL (1 patch/day)
DAYTRANA 15 MG/9 HR PATCH	T3	PA QL (1 per day)
DAYTRANA 20 MG/9 HOUR PATCH	T3	PA QL (1 patch/day)
DAYTRANA 30 MG/9 HOUR PATCH	T3	PA QL (1 patch/day)
<i>dexmethylphenidate er 10 mg cp</i> (Focalin Xr)	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dexmethylphenidate er 15 mg cp</i> (Focalin Xr)	T1	PA QL (1 per day)
<i>dexmethylphenidate er 20 mg cp</i> (Focalin Xr)	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dexmethylphenidate er 25 mg cp</i> (Focalin Xr)	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dexmethylphenidate er 30 mg cp</i> (Focalin Xr)	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dexmethylphenidate er 35 mg cp</i> (Focalin Xr)	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dexmethylphenidate er 40 mg cp</i> (Focalin Xr)	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dexmethylphenidate er 5 mg cap</i> (Focalin Xr)	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dexmethylphenidate hcl</i> (Focalin)	T1	PA
FOCALIN ( <i>dexmethylphenidate hcl</i> )	T3	PA ST
FOCALIN XR ( <i>dexmethylphenidate hcl er</i> )	T3	PA QL (1 cap/day) ST
JORNAY PM	T3	PA QL (1 cap/day) ST
METHYLIN ( <i>methylphenidate hcl</i> )	T3	PA
<i>methylphenidate er 10 mg cap</i> (Aptensio Xr)	T1	PA QL (1 per day)
<i>methylphenidate er 10 mg tab</i>	T1	PA QL (2/day)

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

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

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

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



## Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>TRAT. PARA EL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (ADHD)/NARCOLEPSIA (cont.)</b>		
<i>methylphenidate er 15 mg cap</i> (Aptensio Xr)	T1	PA QL (1 per day)
<i>methylphenidate er 18 mg tab</i> (Concerta)	T1	PA QL (1 per day)
<i>methylphenidate er 20 mg cap</i> (Aptensio Xr)	T1	PA QL (1 per day)
<i>methylphenidate er 20 mg tab</i>	T1	PA QL (3/day)
<i>methylphenidate er 27 mg tab</i> (Concerta)	T1	PA QL (1 tab/day)
<i>methylphenidate er 30 mg cap</i> (Aptensio Xr)	T1	PA QL (1 per day)
<i>methylphenidate er 36 mg tab</i> (Concerta)	T1	PA QL (1 per day)
<i>methylphenidate er 40 mg cap</i> (Aptensio Xr)	T1	PA QL (1 per day)
<i>methylphenidate er 50 mg cap</i> (Aptensio Xr)	T1	PA QL (1 per day)
<i>methylphenidate er 54 mg tab</i> (Concerta)	T1	PA QL (1 tab/day)
<i>methylphenidate er 60 mg cap</i> (Aptensio Xr)	T1	PA QL (1 per day)
METHYLPHENIDATE ER 72 MG TAB	T1	PA QL (1 tab/day)
<i>methylphenidate hcl</i>	T1	PA
<i>methylphenidate hcl</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>methylphenidate hcl</i> (Methylin)	T1	PA
<i>methylphenidate hcl</i> (Ritalin La)	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>methylphenidate hcl</i> (Ritalin)	T1	PA
<i>methylphenidate la 10 mg cap</i> (Ritalin La)	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>methylphenidate la 20 mg cap</i> (Ritalin La)	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>methylphenidate la 30 mg cap</i> (Ritalin La)	T1	PA QL (1 per day)
<i>methylphenidate la 40 mg cap</i> (Ritalin La)	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>methylphenidate la 60 mg cap</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
QUILLICHEW ER	T3	PA QL (1 tab/day)
QUILLIVANT XR	T3	PA QL (12ml/day)
RELEXXII	T1	PA QL (1 tab/day)
RITALIN ( <i>methylphenidate hcl</i> )	T3	PA ST
RITALIN LA ( <i>methylphenidate la</i> )	T3	PA QL (1 cap/day) ST
<b>TRAT. PARA EL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (ADHD), TIPO NRI</b>		
<i>atomoxetine hcl 10 mg capsule</i> (Strattera)	T1	HD
<i>atomoxetine hcl 100 mg capsule</i> (Strattera)	T1	HD
<i>atomoxetine hcl 18 mg capsule</i> (Strattera)	T1	HD
<i>atomoxetine hcl 25 mg capsule</i> (Strattera)	T1	HD
<i>atomoxetine hcl 40 mg capsule</i> (Strattera)	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>atomoxetine hcl 60 mg capsule</i> (Strattera)	T1	HD
<i>atomoxetine hcl 80 mg capsule</i> (Strattera)	T1	HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>TRAT. PARA EL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (ADHD), TIPO NRI (cont.)</b>		
STRATTERA 10 MG CAPSULE ( <i>atomoxetine hcl</i> )	T3	PA HD
STRATTERA 100 MG CAPSULE ( <i>atomoxetine hcl</i> )	T3	PA HD
STRATTERA 18 MG CAPSULE ( <i>atomoxetine hcl</i> )	T3	PA HD
STRATTERA 25 MG CAPSULE ( <i>atomoxetine hcl</i> )	T3	PA HD
STRATTERA 40 MG CAPSULE ( <i>atomoxetine hcl</i> )	T3	PA QL (1 cap/day) HD
STRATTERA 60 MG CAPSULE ( <i>atomoxetine hcl</i> )	T3	PA HD
STRATTERA 80 MG CAPSULE ( <i>atomoxetine hcl</i> )	T3	PA HD

### MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Varios)

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

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

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

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

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

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

<i>asenapine maleate</i> (Saphris)	T1	
CAPLYTA	T3	QL (1 CAPS/DAY) ST
<i>clozapine</i>	T1	
<i>clozapine</i> (Clozapine Odt)	T1	
<i>clozapine</i> (Clozaril)	T1	
<i>clozapine</i> (Fazacló)	T1	
CLOZAPINE ODT	T1	
CLOZARIL ( <i>clozapine</i> )	T3	PA
FANAPT 1 MG TABLET	T3	QL (4 tabs/day) ST
FANAPT 10 MG TABLET	T3	QL (4 tabs/day) ST
FANAPT 12 MG TABLET	T3	ST
FANAPT 2 MG TABLET	T3	QL (4 tabs/day) ST
FANAPT 4 MG TABLET	T3	QL (4 tabs/day) ST
FANAPT 6 MG TABLET	T3	QL (4 tabs/day) ST
FANAPT 8 MG TABLET	T3	QL (4 tabs/day) ST
FANAPT TITRATION PACK	T3	QL (4 packs/year) ST
FAZACLO ( <i>clozapine odt</i> )	T3	PA
GEODON 20 MG CAPSULE ( <i>ziprasidone hcl</i> )	T3	PA
GEODON 20 MG/ML VIAL	T3	
GEODON 40 MG CAPSULE ( <i>ziprasidone hcl</i> )	T3	PA

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Esquizofrenia/antipsicóticos) <sup>8</sup> (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIPSICÓTICOS, ATÍPICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA (cont.)</b>		
GEODON 60 MG CAPSULE ( <i>ziprasidone hcl</i> )	T3	PA
GEODON 80 MG CAPSULE ( <i>ziprasidone hcl</i> )	T3	PA
INVEGA ER 1.5 MG TABLET ( <i>paliperidone er</i> )	T3	ST
INVEGA ER 3 MG TABLET ( <i>paliperidone er</i> )	T3	QL (1 tab/day) ST
INVEGA ER 6 MG TABLET ( <i>paliperidone er</i> )	T3	ST
INVEGA ER 9 MG TABLET ( <i>paliperidone er</i> )	T3	ST
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75 ML	T3	QL (2 syringes/28 days)
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SYRG	T3	QL (1 syringe/28 days)
INVEGA SUSTENNA 234 MG/1.5 ML	T3	QL (1 syringe/28 days)
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25 ML	T3	QL (2 syringes/28 days)
INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5 ML	T3	QL (2 syringes/28 days)
INVEGA TRINZA	T3	QL (2 injectors/90 days)
LATUDA 120 MG TABLET ( <i>lurasidone hcl</i> )	T3	PA
LATUDA 20 MG TABLET ( <i>lurasidone hcl</i> )	T3	PA
LATUDA 40 MG TABLET ( <i>lurasidone hcl</i> )	T3	PA QL (1 tab/day)
LATUDA 40 MG TABLET ( <i>lurasidone hcl</i> )	T3	PA QL (1 tab/day)
LATUDA 60 MG TABLET ( <i>lurasidone hcl</i> )	T3	PA QL (1 tab/day)
LATUDA 80 MG TABLET ( <i>lurasidone hcl</i> )	T3	
<i>lurasidone hcl 80 mg tablet</i> (Latuda)	T1	
<i>lurasidone hcl 60 mg tablet</i> (Latuda)	T1	QL(1 TAB/DAY)
<i>lurasidone hcl 40 mg tablet</i> (Latuda)	T1	QL(1 TAB/DAY)
<i>lurasidone hcl 20 mg tablet</i> (Latuda)	T1	
<i>lurasidone hcl 120 mg tablet</i> (Latuda)	T1	
<i>olanzapine</i> (Zyprexa Zydis)	T1	
<i>olanzapine</i> (Zyprexa)	T1	
<i>paliperidone er 1.5 mg tablet</i> (Invega)	T1	
<i>paliperidone er 3 mg tablet</i> (Invega)	T1	QL (1 tab/day)
<i>paliperidone er 6 mg tablet</i> (Invega)	T1	
<i>paliperidone er 9 mg tablet</i> (Invega)	T1	
PERSERIS	T3	QL (1 kit/28 days)
<i>quetiapine fumarate</i> (Seroquel Xr)	T1	
<i>quetiapine fumarate</i> (Seroquel)	T1	
RISPERDAL ( <i>risperidone</i> )	T3	ST
RISPERDAL CONSTA	T3	QL (4 syringes/28 days)
<i>risperidone</i>	T1	
<i>risperidone</i> (Risperdal)	T1	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Esquizofrenia/antipsicóticos) <sup>8</sup> (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIPSICÓTICOS, ATÍPICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA (cont.)</b>		
SAPHRIS ( <i>asenapine maleate</i> )	T3	ST
SECUADO	T3	ST
SEROQUEL ( <i>quetiapine fumarate</i> )	T3	ST
SEROQUEL XR ( <i>quetiapine fumarate er</i> )	T3	ST
VERSACLOZ	T3	PA
<i>ziprasidone hcl</i> (Geodon)	T1	
<i>ziprasidone mesylate</i> (Geodon)	T1	
ZYPREXA 10 MG TABLET ( <i>olanzapine</i> )	T3	PA
ZYPREXA 10 MG VIAL ( <i>olanzapine</i> )	T3	
ZYPREXA 15 MG TABLET ( <i>olanzapine</i> )	T3	PA
ZYPREXA 2.5 MG TABLET ( <i>olanzapine</i> )	T3	PA
ZYPREXA 20 MG TABLET ( <i>olanzapine</i> )	T3	PA
ZYPREXA 5 MG TABLET ( <i>olanzapine</i> )	T3	PA
ZYPREXA 7.5 MG TABLET ( <i>olanzapine</i> )	T3	PA
ZYPREXA RELPREVV 210 MG VIAL	T3	QL (4 vials/28 days)
ZYPREXA RELPREVV 210 MG VL KIT	T3	QL (4 vials/28 days)
ZYPREXA RELPREVV 300 MG VIAL	T3	QL (4 vials/28 days)
ZYPREXA RELPREVV 300 MG VL KIT	T3	QL (4 vials/28 days)
ZYPREXA RELPREVV 405 MG VIAL	T3	QL (2 vials/28 days)
ZYPREXA RELPREVV 405 MG VL KIT	T3	QL (2 vials/28 days)
ZYPREXA ZYDIS ( <i>olanzapine odt</i> )	T3	PA
<b>ANTIPSICÓTICOS-ATÍPICOS, AG. PARCIAL DE D3/D2-5HT MIXTOS</b>		
VRAYLAR 1.5 MG CAPSULE	T3	QL (1 cap/day) ST
VRAYLAR 1.5 MG-3 MG PACK	T3	ST
VRAYLAR 3 MG CAPSULE	T3	QL (1 cap/day) ST
VRAYLAR 4.5 MG CAPSULE	T3	ST
VRAYLAR 6 MG CAPSULE	T3	ST
<b>ANTIPSICÓTICOS-ATÍPICOS, AG. PARCIAL DE D2/5HT MIXTOS</b>		
ABILIFY 10 MG TABLET ( <i>aripiprazole</i> )	T3	ST
ABILIFY 15 MG TABLET ( <i>aripiprazole</i> )	T3	ST
ABILIFY 2 MG TABLET ( <i>aripiprazole</i> )	T3	ST
ABILIFY 20 MG TABLET ( <i>aripiprazole</i> )	T3	ST
ABILIFY 30 MG TABLET ( <i>aripiprazole</i> )	T3	ST
ABILIFY 5 MG TABLET ( <i>aripiprazole</i> )	T3	QL (1 tab/day) ST
ABILIFY ASIMTUFII	T3	
ABILIFY MAINTENA ER 300 MG SYR	T2	QL (2 injectors/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 PSICOTERAPÉUTICOS (Esquizofrenia/antipsicóticos) <sup>8</sup> (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIPSICÓTICOS-ATÍPICOS, AG. PARCIAL DE D2/5HT MIXTOS (cont.)</b>		
ABILIFY MAINTENA ER 300 MG VL	T2	QL (2 injectors/30 days)
ABILIFY MAINTENA ER 400 MG SYR	T2	QL (2 injectors/30 days)
ABILIFY MAINTENA ER 400 MG VL	T2	
ABILIFY MYCITE	T3	PA
<i>aripiprazole</i>	T1	
<i>aripiprazole 1 mg/ml solution</i>	T1	
<i>aripiprazole 10 mg tablet (Abilify)</i>	T1	
<i>aripiprazole 15 mg tablet (Abilify)</i>	T1	
<i>aripiprazole 2 mg tablet (Abilify)</i>	T1	
<i>aripiprazole 20 mg tablet (Abilify)</i>	T1	
<i>aripiprazole 30 mg tablet (Abilify)</i>	T1	
<i>aripiprazole 5 mg tablet (Abilify)</i>	T1	QL (1 tab/day)
ARISTADA ER 1064 MG/3.9 ML SYR	T3	
ARISTADA ER 441 MG/1.6 ML SYRN	T3	QL (2 syring/30 days)
ARISTADA ER 662 MG/2.4 ML SYRN	T3	QL (2 syring/30 days)
ARISTADA ER 882 MG/3.2 ML SYRN	T3	QL (2 syring/30 days)
ARISTADA INITIO	T3	
REXULTI 0.25 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST
REXULTI 0.5 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST
REXULTI 1 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST
REXULTI 2 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST
REXULTI 3 MG TABLET	T3	ST
REXULTI 4 MG TABLET	T3	ST
<b>ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA</b>		
<i>loxapine succinate</i>	T1	
<b>ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, TIOXANTENOS</b>		
<i>thiothixene</i>	T1	
<i>droperidol</i>	T1	
HALDOL ( <i>haloperidol lactate</i> )	T3	
HALDOL DECANOATE 100 ( <i>haloperidol decanoate 100</i> )	T3	
HALDOL DECANOATE 50 ( <i>haloperidol decanoate</i> )	T3	
<i>haloperidol</i>	T1	
<i>haloperidol decanoate</i>	T1	
<i>haloperidol decanoate (Haldol Decanoate 100)</i>	T1	
<i>haloperidol decanoate (Haldol Decanoate 50)</i>	T1	
<i>haloperidol lactate</i>	T1	
<i>haloperidol lactate (Haldol)</i>	T1	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

<b>MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Esquizofrenia/antipsicóticos)<sup>8</sup> (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, DIHIDROINDOLONAS</b>		
<i>molindone hcl</i>	T1	
<b>ANTIPSICÓTICOS, FENOTIAZINAS</b>		
<i>chlorpromazine hcl</i>	T1	
<i>fluphenazine decanoate</i>	T1	
<i>fluphenazine hcl</i>	T1	
<i>perphenazine</i>	T1	
<i>thioridazine hcl</i>	T1	
<i>trifluoperazine hcl</i>	T1	
<b>SSRI-ANTIPSIC., ATÍPICOS, ANTAG. DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA</b>		
<i>olanzapine/fluoxetine hcl</i>	T1	
<i>olanzapine/fluoxetine hcl (Symbyax)</i>	T1	
SYMBYAX ( <i>olanzapine-fluoxetine hcl</i> )	T3	PA
<b>MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Trastornos del sueño/sedantes)</b>		
<b>AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA NARCOLEPSIA Y LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO</b>		
<i>armodafinil (Nuvigil)</i>	T1	PA
<i>modafinil (Provigil)</i>	T1	PA
NUVIGIL ( <i>armodafinil</i> )	T3	PA
PROVIGIL ( <i>modafinil</i> )	T3	PA
SUNOSI	T2	PA QL (1 tab/day)
<b>AGENTE TIPO SEDANTE ANTINARCOLEPSIA Y ANTICATAPLEXIA</b>		
SODIUM OXYBATE	T3	PA QL(18 MLS/DAY) SP HD
LUMRYZ	T3	PA QL (30 pkts/30 days) SP
XYREM	T3	PA SP HD
XYWAV	T3	PA SP HD
<b>BARBITÚRICOS</b>		
AMYTAL SODIUM	T3	
NEMBUTAL SODIUM ( <i>pentobarbital sodium</i> )	T3	PA
<i>pentobarbital sodium</i> (Nembutal Sodium)	T1	PA
<i>phenobarbital sodium</i>	T1	
<i>secobarbital sodium</i>	T3	PA
<b>HIPNÓTICOS, AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA MELATONINA MT1/MT2</b>		
HETLIOZ	T3	PA SP HD
HETLIOZ LQ	T3	PA SP HD
<i>ramelteon</i> (Rozerem)	T1	QL (1 tab/day)
ROZEREM ( <i>ramelteon</i> )	T3	PA QL (1 tab/day)
<i>tasimelteon</i>	T1	PA SP

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Trastornos del sueño/sedantes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>HIPNÓTICOS SEDANTES - BENZODIAZEPINAS</b>		
ATIVAN ( <i>lorazepam</i> )	T3	PA
DORAL	T3	
<i>estazolam</i>	T1	
HALCION ( <i>triazolam</i> )	T3	
<i>lorazepam</i>	T1	
<i>lorazepam</i> (Ativan)	T1	
LORAZEPAM-0.9% NACL	T1	
LORAZEPAM-D5W	T1	
QUAZEPAM	T1	
<i>quazepam</i> (Quazepam)	T1	
RESTORIL ( <i>temazepam</i> )	T3	PA
<i>temazepam</i> (Restoril)	T1	
<i>triazolam</i>	T1	
<i>triazolam</i> (Halcion)	T1	
<b>HIPNÓTICOS SEDANTES, NO BARBITÚRICOS</b>		
AMBIEN ( <i>zolpidem tartrate</i> )	T3	PA
AMBIEN CR 12.5 MG TABLET ( <i>zolpidem tartrate er</i> )	T3	PA
AMBIEN CR 6.25 MG TABLET ( <i>zolpidem tartrate er</i> )	T3	PA QL (1 tab/day)
BELSOMRA	T3	PA
DAYVIGO	T2	QL (1 tab/day) ST
DEXMEDETOMIDINE HCL	T1	
<i>dexmedetomidine hcl</i> (Precedex)	T1	
<i>dexmedetomidine in 0.9% nacl</i> (Precedex)	T1	
<i>doxepin hcl 3 mg tablet</i> (Silenor)	T1	QL (1 tab/day)
<i>doxepin hcl 6 mg tablet</i> (Silenor)	T1	
EDLUAR 10 MG SL TABLET	T3	PA
EDLUAR 5 MG SL TABLET	T3	PA QL (1 tab/day)
<i>eszopiclone</i> (Lunesta)	T1	
LUNESTA ( <i>eszopiclone</i> )	T3	PA
PRECEDEX	T3	
QUVIVIQ	T3	PA QL (1 day)
SILENOR 3 MG TABLET ( <i>doxepin hcl</i> )	T3	PA QL (1 tab/day)
SILENOR 6 MG TABLET ( <i>doxepin hcl</i> )	T3	PA
<i>zaleplon</i>	T1	
<i>zolpidem tart er 12.5 mg tab</i> (Ambien Cr)	T1	
<i>zolpidem tart er 6.25 mg tab</i> (Ambien Cr)	T1	QL (1 tab/day)
<i>zolpidem tartrate</i>	T1	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>HIPNÓTICOS SEDANTES, NO BARBITÚRICOS (cont.)</b>		
<i>zolpidem tartrate</i> (Ambien)	T1	
ZOLPIMIST	T3	PA

### PREPARACIONES CUTÁNEAS (Varias)

#### IRRIGANTES

<i>acetic acid</i>	T1	
<i>neomycin sulf/polymyxin b sulf</i>	T1	
PHYSIOLYTE	T3	
PHYSIOSOL	T3	
<i>ringer's solution</i>	T1	
<i>ringer's solution, lactated</i>	T1	
<i>sod, pot chlor/mag/sod, pot phos</i>	T3	
<i>sodium chloride irrig solution</i>	T1	
SORBITOL	T1	
SORBITOL-MANNITOL	T1	
<i>water for irrigation, sterile</i>	T1	

#### AGENTES OXIDANTES

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

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

#### AGENTES ANTIPSORIÁSICOS, SISTÉMICOS

<i>acitretin</i>	T1	
<i>acitretin</i> (Soriatane)	T1	
COSENTYX (2 SYRINGES)	T3	PA QL (2 syringes/28 days) SP HD
COSENTYX PEN	T3	PA QL (1 pen/28 days) SP HD
COSENTYX PEN (2 PENS)	T3	PA QL (2 pens/28 days) SP HD
COSENTYX SYRINGE	T3	PA QL (1 syringe/28 days) SP HD
ILUMYA	T3	PA QL (1 syringe/84 days) SP HD
<i>methoxsalen</i> (Oxsoralen-ultra)	T1	
OXSORALEN-ULTRA ( <i>methoxsalen</i> )	T3	
SKYRIZI (2 SYRINGES) KIT	T2	PA QL (1 kit/84 days) SP HD
SORIATANE ( <i>acitretin</i> )	T3	PA
SOTYKTU	T3	PA QL (1 TAB/DAY) SP HD
TALTZ AUTOINJECTOR	T2	PA QL (1 injector/28 days) SP HD
TALTZ AUTOINJECTOR (2 PACK)	T2	PA QL (1 injector/28 days) SP HD
TALTZ AUTOINJECTOR (3 PACK)	T2	PA QL (1 injector/28 days) SP HD
TALTZ SYRINGE	T2	PA QL (1 syringe/28 days) SP HD

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

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

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

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



## Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES ANTIPSORIÁSICOS, SISTÉMICOS (cont.)</b>		
TREMFYA 100 MG/ML INJECTOR	T2	PA QL (1 inductor/56 days) SP HD
TREMFYA 100 MG/ML SYRINGE	T2	PA QL (1 syringe/56 days) SP HD
<b>ANTIINFLAMATORIOS TÓPICOS, ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS</b>		
<i>diclofenac 1.5% topical soln</i>	T1	PA HD
DICLOFENAC EPOLAMINE	T3	PA QL (2 patches/day) HD
<i>diclofenac sodium 1% gel (Voltaren)</i>	T1	QL (1000gm/30 days) HD
FLECTOR	T2	PA QL (2 patches/day) HD
LICART	T2	PA QL (1 patch/day) HD
PENNSAID	T3	PA HD
VOLTAREN ( <i>diclofenac sodium</i> )	T3	PA QL (1000gm/30 days) HD
PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas)		
<b>AGENTES ANTIACNÉ, SISTÉMICOS</b>		
ABSORICA	T3	QL (150 days therapy/210 days) ST
ABSORICA LD	T3	ST
ACUTANE	T1	
AMNESTEEM	T1	
CLARAVIS	T1	
isotretinoin	T1	
MYORISAN	T1	
ZENATANE	T1	
<b>AGENTES ANTIACNÉ, TÓPICOS</b>		
ACANYA ( <i>clindamycin phos-benzoyl perox</i> )	T3	
ACZONE 5% GEL ( <i>dapsone</i> )	T3	
ACZONE 7.5% GEL PUMP	T2	
<i>adapalene/benzoyl peroxide</i>	T1	
AZELEX	T2	
BENZACLIN ( <i>clindamycin-benzoyl peroxide</i> )	T3	PA
<i>clindamycin phos/benzoyl perox</i>	T1	
<i>clindamycin phos/benzoyl perox (Acanya)</i>	T1	
<i>clindamycin phos/benzoyl perox (Benzaclin)</i>	T1	
<i>clindamycin/tretinoin (Ziana)</i>	T1	
<i>dapsone 5% gel (Aczone)</i>	T1	
DAPSONE 7.5% GEL PUMP	T3	PA
<i>dapsone 7.5% gel pump (Dapsone)</i>	T1	
KLARON ( <i>sulfacetamide sodium</i> )	T3	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES ANTIACNÉ, TÓPICOS (cont.)</b>		
NEUAC 1.2-5% KIT	T3	
<i>neuc gel</i>	T1	
ONEXTON	T3	
<i>sulfacetamide sodium</i> (Klaron)	T1	
VELTIN	T3	PA
ZIANA ( <i>clindamycin phos-tretinoin</i> )	T3	PA
<b>ANTITRANSPIRANTES</b>		
DRYSOL	T3	
<b>ANTIPRURIGINOSOS, TÓPICOS</b>		
<i>doxepin 5% cream</i> (Zonalon)	T1	PA QL (90gm/30 days)
<i>doxepin hcl</i> (Zonalon)	T3	PA QL (90gm/30 days)
ZONALON	T3	PA QL (90gm/30 days)
ZONALON ( <i>pradoxin</i> )	T3	PA QL (90gm/30 days)
<b>AGENTES ANTIPSORIÁSICOS</b>		
<i>anthralin</i>	T1	
<i>calcipotriene 0.005% cream</i> (Dovonex)	T1	
CALCIPOTRIENE 0.005% FOAM	T3	PA
<i>calcipotriene 0.005% ointment</i>	T1	
<i>calcipotriene 0.005% solution</i>	T1	
<i>calcitriol 3 mcg/g ointment</i> (Vectical)	T1	QL (800gm/30 days)
DOVONEX ( <i>calcipotriene</i> )	T3	
DUOBRII	T3	
SORILUX	T3	PA
<i>tazarotene 0.1% cream</i> (Tazorac)	T1	
TAZORAC 0.05% CREAM	T2	
TAZORAC 0.05% GEL	T2	
ZORYVE	T3	PA QL (1 gm/30 days)
TAZORAC 0.1% CREAM ( <i>tazarotene</i> )	T3	
TAZORAC 0.1% GEL	T2	
VECTICAL ( <i>calcitriol</i> )	T3	QL (800gm/30 days)
<b>AGENTES ANTISEBORREICOS</b>		
OVACE PLUS	T3	
PROMISEB	T2	
<i>selenium sulfide</i>	T1	
<i>sulfacetamide sodium</i>	T1	
TERSI FOAM	T3	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTISÉPTICOS, VARIOS</b>		
GUAIACOL	T3	
<b>PREPARACIONES PARA ÚLCERAS POR DIABETES, TÓPICAS</b>		
REGRANEX	T3	PA QL (2 tubs/30 days)
<b>EMOLIENTES</b>		
<i>ammonium lactate</i>	T1	
ATOPICLAIR	T3	
BIAFINE ( <i>sonafine</i> )	T3	
<i>emollient combination no.10</i> (Biafine)	T1	
<i>emollient combination no.35</i> (Mimyx)	T1	
<i>emollient combination no.44</i>	T1	
<i>emollient combination no.60</i> (Restizan)	T1	
<i>emollient combination no.60</i> (Restizan)	T3	
HALUCORT	T3	
MIMYX ( <i>prumyx</i> )	T3	
RESTIZAN	T1	
<i>vite ac/grape/hyaluronic acid</i> (Atopiclair)	T1	
XCLAIR	T3	
<b>INMUNOMODULADORES</b>		
ALDARA ( <i>imiquimod</i> )	T3	PA
<i>imiquimod 3.75% cream</i> (Zyclara)	T1	PA QL (112 PACKETS/67 DAYS)
IMIQUIMOD 3.75% CREAM PUMP	T1	PA
<i>imiquimod 5% cream packet</i> (Aldara)	T1	
ZYCLARA 2.5% CREAM PUMP	T3	PA QL (4 bots/30 days)
ZYCLARA 3.75% CREAM ( <i>imiquimod</i> )	T3	PA QL (112 packs/30 days)
ZYCLARA 3.75% CREAM PUMP	T3	PA
<b>RUBEFACIENTES/CONTRAIRRITANTES</b>		
<i>methyl salicylate</i>	T1	
QUTENZA	T3	
<b>QUERATOLÍTICOS</b>		
BENSAL HP	T1	PA
BENZEFOAM	T3	
BENZEPRO	T1	
<i>benzoyl peroxide</i>	T1	
<i>benzoyl peroxide</i> (Enzoclear)	T1	
<i>benzoyl peroxide</i> (Pacnex)	T1	
CONDYLOX	T3	PA

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>QUERATOLÍTICOS (cont.)</b>		
ENZOCLEAR	T3	
HYDRO 35	T3	
HYDRO 40 ( <i>umecta</i> )	T3	
INOVA	T3	
KERAFOAM	T3	
KERALYT 6% GEL ( <i>salicylic acid</i> )	T3	
<i>keralyt 6% shampoo</i>	T1	
KERALYT SCALP	T3	
KERALYT SCALP ( <i>salicylic acid</i> )	T3	
PACNEX ( <i>benzoyl peroxide</i> )	T3	
PODOCON-25	T1	
<i>podofilox</i>	T1	
PR BENZOYL PEROXIDE	T1	
<i>salicylic acid</i>	T1	
<i>salicylic acid</i>	T3	
<i>salicylic acid</i> (Keralyt Scalp)	T1	
<i>salicylic acid/ceramide comb 1</i>	T1	
SALIMEZ FORTE	T1	
SALKERA	T3	
SALVAX DUO PLUS	T3	
<i>silver nitrate</i>	T1	
<i>silver nitrate applicator</i>	T1	
URAMAXIN	T3	
URAMAXIN ( <i>urea</i> )	T3	
<i>urea</i>	T1	
<i>urea</i> (Hydro 35)	T1	
<i>urea</i> (Hydro 40)	T3	
<i>urea</i> (Uramaxin)	T1	
<i>urea</i> (Xurea)	T1	
XUREA	T3	
<b>PROTECTORES</b>		
BIONECT	T3	
PHARMABASE BARRIER	T1	
<i>polydimethylsiloxanes/silicon</i>	T1	
<i>protectives2/ceramide 1, 3, 6-ii</i>	T1	
RADIAPLEXRX	T3	
<i>zinc oxide</i>	T1	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES PARA LA ROSÁCEA, TÓPICOS</b>		
<i>azelaic acid</i> (Finacea)	T1	
FINACEA	T3	PA
FINACEA ( <i>azelaic acid</i> )	T3	PA
<i>ivermectin</i> (Soolantra)	T1	
METROCREAM ( <i>rosadan</i> )	T3	PA
METROGEL ( <i>metronidazole</i> )	T3	PA
<i>metronidazole</i>	T1	
<i>metronidazole</i> (Metrocream)	T1	
<i>metronidazole</i> (Metrogel)	T1	
NORITATE	T3	PA
SOOLANTRA ( <i>ivermectin</i> )	T3	PA
<b>ADHESIVOS PARA TEJIDOS/HERIDAS</b>		
ARTISS	T3	
SURGISEAL STYLUS	T3	
SURGISEAL TEARDROP	T3	
SURGISEAL TWIST	T3	
TISSEEL VHSD	T3	
<b>TÓP. ANTIINFLAM., INHIB. DE LA FOSFODIESTERASA-4 (PDE4)</b>		
EUCRISA	T2	
<b>AGENTES TÓPICOS, VARIOS</b>		
GORDON'S UREA	T3	
HYFTOR	T3	PA SP
MEDIHONEY	T3	
SAF-CLENS AF	T3	
<i>trichloroacetic acid</i>	T3	
TRICHLOROACETIC ACID	T1	
<b>AGENTES ANTIANDROGÉNICOS TÓPICOS</b>		
WINLEVI	T3	PA
<b>DERIVADOS DE LA PLEUROMUTILINA, ANTIBIÓTICOS TÓPICOS</b>		
ALTABAX	T3	
<b>AGENTES ANTICOLINÉRGICOS TÓPICOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPERHIDROSIS</b>		
QBREXZA	T3	
<b>ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS</b>		
ALA-SCALP ( <i>scalacort</i> )	T3	ST
<i>alclometasone dipropionate</i>	T1	
<i>amcinonide</i>	T1	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS (cont.)</b>		
ANUSOL-HC 2.5% CREAM ( <i>proctozone-hc</i> )	T1	PA
AQUA GLYCOLIC HC	T3	
<i>betamethasone dipropionate</i>	T1	
<i>betamethasone valerate</i>	T1	
<i>betamethasone valerate</i> (Luxiq)	T1	
<i>betamethasone/propylene glycol</i>	T1	
<i>betamethasone/propylene glycol</i> (Diprolene)	T1	
BRYHALI	T3	ST
CAPEX SHAMPOO	T3	ST
<i>clobetasol propionate</i>	T1	
<i>clobetasol propionate</i> (Clobex)	T1	
<i>clobetasol propionate</i> (Olux)	T1	
<i>clobetasol propionate</i> (Temovate)	T1	
<i>clobetasol propionate/emoll</i>	T1	
<i>clobetasol propionate/emoll</i> (Olux-e)	T1	
CLOBEX ( <i>clobetasol propionate</i> )	T3	PA
CLOBEX ( <i>clodan</i> )	T3	PA
CLOCORTOLONE PIVALATE	T1	
CLODAN 0.05% KIT	T3	ST
<i>clodan 0.05% shampoo</i> (Clobex)	T1	
CLODERM	T3	ST
CORDRAN	T3	PA
CORDRAN ( <i>flurandrenolide</i> )	T3	PA
CORDRAN ( <i>nolix</i> )	T3	PA
CUTIVATE 0.05% CREAM ( <i>fluticasone propionate</i> )	T3	ST
CUTIVATE 0.05% LOTION ( <i>fluticasone propionate</i> )	T3	PA
DERMA-SMOOTHIE-FS ( <i>fluocinolone acetonide</i> )	T3	ST
DERMATOP ( <i>prednicarbate</i> )	T3	ST
<i>desonide</i>	T1	
<i>desonide</i> (Desowen)	T1	
<i>desonide</i> (Tridesilon)	T1	
DESOWEN ( <i>desonide</i> )	T3	ST
<i>desoximetasone</i> (Topicort)	T1	
<i>diflorasone diacetate</i>	T1	PA
<i>diflorasone diacetate</i> (Psorcon)	T1	PA
<i>diflorasone diacetate/emoll</i>	T1	PA

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS (cont.)</b>		
DIPROLENE ( <i>betamethasone diprop augmented</i> )	T3	ST
<i>fluocinolone acetonide</i>	T1	
<i>fluocinolone acetonide</i> (Derma-smoothe-fs)	T1	
<i>fluocinolone acetonide</i> (Synalar)	T1	
<i>fluocinolone/shower cap</i> (Derma-smoothe-fs)	T1	
<i>fluocinonide</i>	T1	
<i>fluocinonide</i> (Vanos)	T1	
<i>fluocinonide/emollient base</i>	T1	
<i>flurandrenolide</i> (Cordran)	T1	PA
<i>fluticasone prop 0.005% oint</i>	T1	
<i>fluticasone prop 0.05% cream</i> (Cutivate)	T1	
<i>fluticasone prop 0.05% lotion</i> (Cutivate)	T1	
<i>fluticasone propionate</i> (Cutivate)	T1	
<i>halcinonide</i> (Halog)	T1	PA
HALOBETASOL PROPIONATE	T1	
<i>halobetasol propionate</i> (Ultravate)	T1	
HALOG 0.1% CREAM ( <i>halcinonide</i> )	T3	PA
HALOG 0.1% OINTMENT	T3	PA
HALOG 0.1% SOLUTION	T3	ST
<i>hydrocort buty 0.1% lipid crm</i> (Locoid Lipocream)	T1	PA
<i>hydrocort buty 0.1% lipo cream</i> (Locoid Lipocream)	T1	PA
<i>hydrocortisone</i>	T1	
<i>hydrocortisone</i> (Ala-scalp)	T1	
<i>hydrocortisone</i> (Anusol-hc)	T1	
<i>hydrocortisone buty 0.1% cream</i>	T1	
<i>hydrocortisone butyr 0.1% lotn</i> (Locoid)	T1	PA
<i>hydrocortisone butyr 0.1% oint</i> (Locoid)	T1	
<i>hydrocortisone butyr 0.1% soln</i>	T1	
<i>hydrocortisone valerate</i>	T1	
IMPEKLO	T3	PA
IMPOYZ	T3	PA
KENALOG ( <i>triamcinolone acetonide</i> )	T3	PA
LEXETTE	T3	ST
LOCOID 0.1% LOTION ( <i>hydrocortisone butyrate</i> )	T3	PA
LOCOID 0.1% OINTMENT ( <i>hydrocortisone butyrate</i> )	T3	
LOCOID LIPOCREAM	T3	PA
LOCOID LIPOCREAM ( <i>hydrocortisone butyrate</i> )	T3	PA

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS (cont.)</b>		
LUXIQ ( <i>betamethasone valerate</i> )	T3	ST
<i>mometasone furoate 0.1% cream</i>	T1	
<i>mometasone furoate 0.1% oint</i>	T1	
<i>mometasone furoate 0.1% soln</i>	T1	
NUCORT	T3	ST
OLUX ( <i>clobetasol propionate</i> )	T3	PA
OLUX-E ( <i>tovet emollient</i> )	T3	PA
PANDEL	T3	PA
<i>prednicarbate</i> (Dermatop)	T1	
PSORCON ( <i>diflorasone diacetate</i> )	T3	PA
SCALACORT DK	T3	ST
SERNIVO	T3	PA
SYNALAR	T3	ST
SYNALAR ( <i>fluocinolone acetonide</i> )	T3	ST
SYNALARTS	T3	ST
TEMOVATE ( <i>clobetasol propionate</i> )	T3	ST
TEXACORT	T3	ST
TOPICORT ( <i>desoximetasone</i> )	T3	ST
<i>triamcinolone acetonide</i>	T1	
<i>triamcinolone acetonide</i>	T1	PA
<i>triamcinolone acetonide</i> (Kenalog)	T1	
TRIDESILON ( <i>desonide</i> )	T3	PA
ULTRAVATE	T3	ST
VANOS ( <i>fluocinonide</i> )	T3	PA
VERDESO	T3	PA
<b>ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS-ANESTÉSICOS LOCALES</b>		
ANALPRAM HC	T3	
EPIFOAM	T3	
<i>hydrocortisone/pramoxine</i> (Pramosone)	T1	
<i>lidocaine/hydrocortisone ac</i>	T1	
MEZPAROX-HC	T1	
PRAMOSONE 1% LOTION	T2	
PRAMOSONE 1%-1% CREAM	T2	
PRAMOSONE 1%-1% OINTMENT	T2	
PRAMOSONE 2.5%-1% CREAM	T3	
PRAMOSONE 2.5%-1% LOTION	T3	
PRAMOSONE 2.5%-1% OINTMENT	T2	

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

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

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

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



## Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIPARASITARIOS TÓPICOS</b>		
<i>lindane</i>	T1	
<i>malathion</i> (Ovide)	T1	
OVIDE ( <i>malathion</i> )	T3	
<b>PREPARACIONES ANTIBACTERIANAS TÓPICAS</b>		
<i>dermazene cream</i>	T1	
DERMAZENE CREAM PACKET	T3	
<i>hydrocortisone/iodoquinol</i>	T1	
<i>hydrocortisone/iodoquinol/aloe</i>	T1	
<i>iodine/potassium iodide</i>	T1	
<i>iodine/sodium iodide</i>	T1	
IODOFLEX	T3	
IODOSORB	T3	
<i>silver nitrate</i>	T1	
<b>ANÁLOGOS DE VIT. D/ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS</b>		
<i>calcipotriene/betamethasone</i> (Taclonex)	T1	
ENSTILAR	T3	PA
TACLONEX ( <i>calcipotriene-betamethasone dp</i> )	T3	PA
TACLONEX ( <i>calcipotriene-betamethasone</i> )	T3	PA
WYNZORA	T3	PA
<b>ENZIMAS TÓPICAS/DE LAS MEMBR. MUCOSAS/ SUBCUT.</b>		
AMPHADASE	T3	
SANTYL	T2	QL (60gm/30 days)
VITRASE	T3	
<b>DERIVADOS DE LA VITAMINA A</b>		
<i>adapalene</i>	T1	PA
<i>adapalene</i> (Differin)	T1	PA
<i>adapalene</i> (Plixda)	T1	PA
AKLIEF	T3	
ALTRENO	T3	PA
ATRALIN ( <i>tretinoin</i> )	T3	PA
<i>avita 0.025% cream</i> (Retin-a)	T3	PA
AVITA 0.025% GEL	T3	
DIFFERIN	T3	PA
DIFFERIN ( <i>adapalene</i> )	T3	PA
PLIXDA	T1	PA
RETIN-A 0.01% GEL ( <i>tretinoin</i> )	T3	
RETIN-A 0.025% CREAM ( <i>tretinoin</i> )	T3	PA

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>DERIVADOS DE LA VITAMINA A (cont.)</b>		
RETIN-A 0.025% GEL ( <i>tretinoin</i> )	T3	
RETIN-A 0.05% CREAM ( <i>tretinoin</i> )	T3	PA
RETIN-A 0.1% CREAM ( <i>tretinoin</i> )	T3	PA
RETIN-A MICRO ( <i>tretinoin microsphere</i> )	T3	PA
RETIN-A MICRO PUMP	T3	PA
RETIN-A MICRO PUMP ( <i>tretinoin microsphere</i> )	T3	PA
<i>tretinoin 0.01% gel</i> (Retin-a)	T1	
<i>tretinoin 0.025% cream</i> (Retin-a)	T1	PA
<i>tretinoin 0.025% gel</i> (Retin-a)	T1	
<i>tretinoin 0.05% cream</i> (Retin-a)	T1	PA
<i>tretinoin 0.05% gel</i> (Atralin)	T1	PA
<i>tretinoin 0.1% cream</i> (Retin-a)	T1	PA
<i>tretinoin microspheres</i> (Retin-a Micro Pump)	T1	PA
<i>tretinoin microspheres</i> (Retin-a Micro)	T1	PA
TRETIN-X	T3	PA
<b>AGENTES ANTIACNÉ TÓPICOS, DERIVADOS DE LA VITAMINA A</b>		
ARAZLO	T2	
FABIOR	T3	
TAZAROTENE 0.1% FOAM	T3	
<b>AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR (Productos para dejar de fumar)<sup>8</sup></b>		
<b>AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR (ESTIM. GANGLIONARES, OTROS)</b>		
NICOTROL	T2	PPACA
NICOTROL NS	T2	PPACA
<b>AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR-AGONISTA PARCIAL DE LOS RECEPT. DE NICOTINA</b>		
CHANTIX	T2	
<b>AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR, OTROS</b>		
<i>bupropion hcl sr 150 mg tablet</i>	T1	PPACA
<b>PREPARACIONES PARA LA TIROIDES (Agentes hormonales)</b>		
<b>PREPARACIONES ANTITIROIDEAS</b>		
<i>methimazole</i> (Tapazole)	T1	HD
<i>propylthiouracil</i>	T1	HD
TAPAZOLE ( <i>methimazole</i> )	T3	HD
<b>AGENTES DE DIAGNÓSTICO DE FUNCIÓN TIROIDEA</b>		
THYROGEN	T3	SP
<b>HORMONAS TIROIDEAS</b>		
ADTHYZA	T3	PA HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LA TIROIDES (Agentes hormonales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>HORMONAS TIROIDEAS (cont.)</b>		
ARMOUR THYROID	T3	HD
CYTOMEL ( <i>liothyronine sodium</i> )	T3	HD
ERMEZA	T3	PA HD
LEVOTHYROXINE 100 MCG CAPSULE	T3	HD
LEVOTHYROXINE 112 MCG CAPSULE	T3	HD
LEVOTHYROXINE 125 MCG CAPSULE	T3	HD
LEVOTHYROXINE 13 MCG CAPSULE	T3	HD
LEVOTHYROXINE 137 MCG CAPSULE	T3	HD
LEVOTHYROXINE 150 MCG CAPSULE	T3	HD
LEVOTHYROXINE 175 MCG CAPSULE	T3	HD
LEVOTHYROXINE 200 MCG CAPSULE	T3	HD
LEVOTHYROXINE 25 MCG CAPSULE	T3	HD
LEVOTHYROXINE 50 MCG CAPSULE	T3	HD
LEVOTHYROXINE 75 MCG CAPSULE	T3	HD
LEVOTHYROXINE 88 MCG CAPSULE	T3	HD
<i>levothyroxine sodium</i>	T1	HD
<i>levothyroxine sodium</i> (Synthroid)	T1	HD
<i>levothyroxine sodium</i> (Synthroid)	T3	HD
<i>liothyronine sodium</i> (Cytomel)	T1	HD
<i>liothyronine sodium</i> (Triostat)	T1	HD
SYNTHROID ( <i>unithroid</i> )	T3	HD
THYQUIDITY	T3	PA HD
<i>thyroid, pork</i>	T1	HD
<i>thyroid, pork</i> (Armour Thyroid)	T1	HD
<i>thyroid, pork</i> (Wp Thyroid)	T1	HD
THYROLAR-1	T2	HD
THYROLAR-1/2	T2	HD
THYROLAR-1/4	T2	HD
THYROLAR-2	T2	HD
THYROLAR-3	T2	HD
TIROSINT	T3	HD
TIROSINT-SOL	T3	HD
TRIOSTAT ( <i>liothyronine sodium</i> )	T3	HD
WP THYROID	T1	HD
WP THYROID ( <i>nature-throid</i> )	T1	HD
WP THYROID ( <i>westhroid</i> )	T1	HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LA TIROIDES (Agentes hormonales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>INHIBIDORES DEL CITOCROMO P450</b>		
TYBOST	T3	SP
<b>PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias)</b>		
<b>FIBROSIS QUÍSTICA-COMB. DE POTENCIADOR DE CFTR Y CORRECTOR</b>		
BRONCHITOL	T3	PA SP
ORKAMBI 100 MG-125 MG TABLET	T3	PA QL (4 tabs/day) SP HD
ORKAMBI 100-125 MG GRANULE PKT	T3	PA QL (2 packs/day) SP HD
ORKAMBI 150-188 MG GRANULE PKT	T3	PA QL (2 packs/day) SP HD
ORKAMBI 200 MG-125 MG TABLET	T3	PA QL (4 tabs/day) SP HD
SYMDEKO	T3	PA QL (2 tabs/day) SP HD
TRIKAFTA 100-50-75 MG/150 MG	T3	PA QL(3 TABS/DAY) SP HD
TRIKAFTA 100-50-75 MG/75MG PKT	T3	PA QL(3 TABS/DAY) HD
TRIKAFTA 50-25-37.5 MG/75 MG	T3	PA QL(3 TABS/DAY) SP HD
TRIKAFTA 80-40-60MG/59.5MG PKT	T3	PA QL(3 TABS/DAY) HD
<b>FIB. QUÍSTICA-POTENCIADOR DE LA REG. DE LA CONduc. TRANSMEMB. (CFTR)</b>		
KALYDECO 150 MG TABLET	T3	PA QL (2 tabs/day) SP HD
KALYDECO 25 MG GRANULES PACKET	T3	PA QL (2 packs/day) SP HD
KALYDECO 50 MG GRANULES PACKET	T3	PA QL (2 packs/day) SP HD
KALYDECO 75 MG GRANULES PACKET	T3	PA QL (2 packs/day) SP HD
<b>SURFACTANTES PULMONARES</b>		
CUROSURF	T3	
INFASURF	T3	
SURVANTA	T3	
<b>MUCOLÍTICOS</b>		
PULMOZYME	T2	PA SP HD
<b>FIBROSIS PULMONAR - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS</b>		
OFEV	T2	PA SP HD
<b>INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS</b>		
ARALAST NP	T3	PA SP
GLASSIA	T3	PA SP
PROLASTIN C	T3	PA SP
JOENJA	T3	PA QL SP
VIJOICE 125mg, 50mg	T3	PA QL (30 tabs/30 days) SP
VIJOICE 250mg dose pack	T3	PA QL (2 tabs/30 days) SP
ZEMAIRA	T3	PA SP
ZOKINVY	T3	PA QL (4 CAPS/DAY) SP

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>FACTORES ANTIPORFIRIA</b>		
PANHEMATIN	T3	SP
<b>AGENTES DE MADURACIÓN ERITROIDE</b>		
REBLOZYL	T3	PA SP
<b>INHIBIDORES DE LA TIROSINA QUINASA DEL BAZO</b>		
TAVALISSE	T3	PA SP
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)		
<b>ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA BRADIQUININA B2</b>		
FIRAZYR ( <i>icatibant</i> )	T3	PA SP HD
<i>icatibant acetate</i> (Firazyr)	T1	PA SP HD
<b>INHIBIDORES DE LA ESTERASA CI</b>		
BERINERT	T3	PA SP HD
CINRYZE	T3	PA SP HD
HAEGARDA	T3	PA SP HD
RUCONEST	T3	PA SP HD
<b>INHIBIDORES DE CALICREÍNA PLASMÁTICA</b>		
KALBITOR	T3	PA SP HD
ORLADEYO	T3	PA QL (1 CAPS/DAY) SP
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Cáncer)		
<b>AGENTES DE RESCATE/ANTÍDOTOS PARA QUIMIOTERAPIA</b>		
<i>amifostine crystalline</i> (Ethyol)	T1	SP
<i>dexrazoxane hcl</i> (Zinecard)	T1	SP
ETHYOL ( <i>amifostine</i> )	T3	SP
KHAPZORY	T3	PA
<i>leucovorin calcium</i>	T1	
<i>levoleucovorin calcium</i>	T1	PA
<i>mesna</i> (Mesnex)	T1	SP
MESNEX	T3	SP
MESNEX ( <i>mesna</i> )	T3	SP
VISTOGARD	T3	SP
VORAXAZE	T3	PA SP
ZINECARD ( <i>dexrazoxane</i> )	T3	SP
<b>AGENTES ESCLEROSANTES DE ADMINISTRACIÓN INTRAPLEURAL, COADYUVANTES ANTINEOPLÁSICOS</b>		
SCLEROSOL	T3	
STERILE TALC	T1	
STERITALC	T3	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Cáncer)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>RADIOFÁRMACOS DE USO TERAPÉUTICO</b>		
LUTATHERA	T3	PA SP
METASTRON	T3	PA
QUADRAMET	T3	PA
<i>strontium-89 chloride</i> (Metastron)	T1	PA
XOFIGO	T3	PA
<b>TRAT. PROTECTOR DEL TEJIDO DE LA EXTRAVASACIÓN DE QUIMIOTERAPIA</b>		
TOTECT	T3	
<b>PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Productos dentales)</b>		
<b>PREPARACIONES Y AYUDAS DENTALES</b>		
<i>chlorhexidine gluconate</i> (Peridex)	T1	
PERIDEX ( <i>perio gard</i> )	T1	
<i>triamcinolone acetonide</i>	T1	
<b>INHIBIDORES DE LA COLAGENASA PERIODONTAL</b>		
<i>doxycycline hyclate 20 mg tab</i>	T1	
<b>PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Disfunción eréctil)</b>		
<b>MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL (ED)</b>		
CAVERJECT	T3	QL (6 injectors/30 days)
CIALIS 10 MG TABLET ( <i>tadalafil</i> )	T3	QL (6 tabs/30 days) ST
CIALIS 2.5 MG TABLET ( <i>tadalafil</i> )	T3	QL (8 tabs/30 days) ST
CIALIS 20 MG TABLET ( <i>tadalafil</i> )	T3	QL (6 tabs/30 days) ST
CIALIS 5 MG TABLET ( <i>tadalafil</i> )	T3	QL (8 tabs/30 days) ST
EDEX	T3	QL (6 injectors/30 days)
LEVITRA ( <i>var denafil hcl</i> )	T3	QL (10 tabs/30 days) ST
MUSE	T2	QL (6/30 days)
<i>sildenafil 100 mg tablet</i> (Viagra)	T1	QL (6 tabs/30 days)
<i>sildenafil 25 mg tablet</i> (Viagra)	T1	QL (10 tabs/30 days)
<i>sildenafil 50 mg tablet</i> (Viagra)	T1	QL (6 tabs/30 days)
STENDRA	T3	QL (8 tabs/30 days) ST
<i>tadalafil 10 mg tablet</i> (Cialis)	T1	QL (10 tabs/30 days)
<i>tadalafil 2.5 mg tablet</i> (Cialis)	T1	QL (8 tabs/30 days)
<i>tadalafil 20 mg tablet</i> (Cialis)	T1	PA QL (10 tabs/30 days)
<i>tadalafil 5 mg tablet</i> (Cialis)	T1	QL (1 tab/day)
<i>var denafil hcl</i>	T1	QL (10 tabs/30 days)
<i>var denafil hcl</i> (Levitra)	T1	QL (10 tabs/30 days)
VIAGRA ( <i>sildenafil citrate</i> )	T3	QL (6 tabs/30 days) ST

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones oculares)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>INHIB. DEL RECEPTOR DEL FACTOR DE CRECIMIENTO INSULÍNICO (IGF-R)</b>		
TEPEZZA	T3	PA SP HD
<b>AGENTES VASOCLUSIVOS OCULARES FOTOACTIVADOS</b>		
VISUDYNE	T3	SP
<b>PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones gastrointestinales/pirosis)</b>		
<b>CALCIMIMÉTICO, POTENCIADOR DEL CALCIO PARATIROIDEO</b>		
<i>cinacalcet hcl</i> (Sensipar)	T1	SP
PARSABIV	T3	PA SP
SENSIPAR ( <i>cinacalcet hcl</i> )	T3	PA SP
<b>AGENTES ORALES PARA LA MUCOSITIS/ESTOMATITIS</b>		
ORAMAGICRX	T3	
<b>AGENTES ESTIMULANTES DE LA SALIVA</b>		
NUMOISYN	T2	
<b>PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Agentes hormonales)</b>		
<b>AGENTES QUE ESTIM. LA FORMACIÓN DE HUESO - HORMONA PARATIROIDEA</b>		
FORTEO	T3	PA QL (3ML/21 DAYS) SP HD
TERIPARATIDE	T3	PA QL (1 pen/28 days) SP HD
<b>ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE LA HORMONA DE CRECIMIENTO</b>		
SOMAVERT	T2	PA SP HD
<b>AGENTES PARA EL TRAT. DEL HIPERPARATIROID. - TIPO ANÁLOGO DE VITAMINA D</b>		
<i>doxercalciferol</i>	T1	
<i>doxercalciferol</i> (Hectorol)	T1	
HECTOROL	T3	
HECTOROL ( <i>doxercalciferol</i> )	T3	
<i>paricalcitol 1 mcg capsule</i> (Zemplar)	T2	SP HD
PARICALCITOL 10 MCG/2 ML VIAL	T3	SP
<i>paricalcitol 10 mcg/2 ml vial</i> (Zemplar)	T3	SP
<i>paricalcitol 2 mcg capsule</i> (Zemplar)	T1	SP HD
PARICALCITOL 2 MCG/ML VIAL	T3	SP
<i>paricalcitol 2 mcg/ml vial</i> (Zemplar)	T1	SP
<i>paricalcitol 4 mcg capsule</i>	T1	SP HD
PARICALCITOL 5 MCG/ML VIAL	T1	SP
<i>paricalcitol 5 mcg/ml vial</i> (Zemplar)	T1	SP
RAYALDEE	T3	
ZEMPLAR 1 MCG CAPSULE ( <i>paricalcitol</i> )	T3	SP HD
ZEMPLAR 10 MCG/2 ML VIAL ( <i>paricalcitol</i> )	T2	SP

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Agentes hormonales)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES PARA EL TRAT. DEL HIPERPARATIROID. - TIPO ANÁLOGO DE VITAMINA D</b>		
ZEMPLAR 2 MCG CAPSULE ( <i>paricalcitol</i> )	T3	SP HD
ZEMPLAR 2 MCG/ML VIAL ( <i>paricalcitol</i> )	T2	SP
ZEMPLAR 5 MCG/ML VIAL ( <i>paricalcitol</i> )	T2	SP
<b>SUP. DE SÍNT. MENOPÁUSICOS-MODULADOR DE RECEPT. ESTROG. SELECT.</b>		
OSPHENA	T3	HD
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios)		
<b>ABORTIVOS-ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA PROGESTERONA</b>		
MIFEPREX	T3	
<i>mifepristone</i> (Mifeprex)	T1	
<b>ANTÍDOTOS PARA INTOXICACIÓN CON ÁCIDOS Y ÁLCALIS</b>		
<i>methylene blue</i> ( <i>antidotes</i> )	T1	
PROVAYBLUE	T3	
<b>AGENTES PARA TRATAR LA PARÁLISIS PERIÓDICA - INHIB. DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA</b>		
<i>dichlorphenamide</i> (Keveyis)	T1	PA SP
KEVEYIS ( <i>dichlorphenamide</i> )	T3	PA SP
<b>INHIBIDORES DE AMONIACO</b>		
CARBAGLU	T3	SP HD
PHEBURANE	T3	PA QL (8 bottles/30days) SP
<b>AGENTES PARA LA AMILOIDOSIS-SUPRESIÓN DE LA TRANSTIRETINA (TTR)</b>		
ONPATTRO	T3	PA SP
TEGSEDI	T3	PA SP HD
<b>PREPARACIONES ANTIALCOHÓLICAS</b>		
<i>acamprosate calcium</i>	T1	
ANTABUSE ( <i>disulfiram</i> )	T3	
<i>disulfiram</i> (Antabuse)	T1	
VIVITROL	T2	SP HD
<b>ANTÍDOTOS, VARIOS</b>		
ACETADOTE ( <i>acetylcysteine</i> )	T3	
<i>acetylcysteine</i> (Acetadote)	T1	
CETYLEV	T3	
CYANOKIT	T3	
DIGIFAB	T3	
<i>fomepizole</i>	T1	
SODIUM NITRITE	T1	
<b>TRATAMIENTO ANTIFIBRÓTICO - ANÁLOGOS DE LA PIRIDONA</b>		
<i>pirfenidone 267 mg capsule</i> (Esbriet)	T1	PA SP HD

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

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

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

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



## Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTAGONISTAS DE BENZODIAZEPINAS</b>		
<i>flumazenil</i>	T1	
<b>REACTIVACIÓN DE LA COLINESTERASA-ANTÍDOTO ANTAGONISTA MUSCARÍNICO</b>		
DUODOTE	T3	
<b>REACTIVACIÓN DE LA COLINESTERASA, ANTÍDOTOS PARA ORGANOFOSFORADOS</b>		
PRALIDOXIME CHLORIDE	T1	
PROTOPAM CHLORIDE	T3	
<b>AGENTES CRIOPRESERVANTES</b>		
<i>dimethyl sulfoxide</i>	T3	
<b>SOLUCIONES DILUYENTES</b>		
<i>diluent for epoprostenol (glyc)</i>	T1	
DILUENT FOR REMODULIN	T3	
<i>diluent for treprostinil (gly)</i> (Diluent For Remodulin)	T1	
ELLIOTTS B	T3	
PH 12 DILUENT FOR FLOLAN	T3	
<b>MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA PORFIRIA HEPÁTICA AGUDA (AHP)</b>		
GIVLAARI	T3	PA SP HD
<b>MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA TIROSINEMIA HEREDITARIA</b>		
<i>nitisinone</i> (Orfadin)	T1	PA SP HD
NITYR	T2	PA SP
ORFADIN	T3	PA SP
ORFADIN ( <i>nitisinone</i> )	T3	PA SP
<b>MEDICAMENTOS PARA TRATAR DIAG. DE GAUCHER TIPO I, REDUCTORES DE SUSTRATOS</b>		
CERDELGA	T2	PA SP HD
<i>miglustat</i> (Zavesca)	T1	PA SP HD
ZAVESCA ( <i>miglustat</i> )	T3	PA SP HD
<b>AGENTES PARA INHALACIÓN GENERALES</b>		
HYPER-SAL	T3	
<i>nebusal 3% vial</i>	T1	
NEBUSAL 6% VIAL	T3	
<i>sodium chloride for inhalation</i>	T1	
<i>sodium chloride for inhalation</i> (Hyper-sal)	T1	
<b>TRATAMIENTO DE TRASTORNO GENÉTICO - TRATAMIENTO POR DEFICIENCIA DE PROTEÍNA SMN</b>		
EVRYSDI	T3	PA SP HD
SPINRAZA	T3	PA SP HD
AMONDYS-45	T3	PA SP
EXONDYS-51	T3	PA SP
VILTEPSO	T3	PA SP
VYONDYS-53	T3	PA SP

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>INTOXICACIÓN POR PLOMO, AGENTES PARA TRATAR (TIPO QUELANTES)</b>		
CALCIUM DISODIUM VERSENATE	T1	PA
<b>SUPRESORES DE LOS SÍNTOMAS MENOPÁUSICOS - SSRI</b>		
<i>paroxetine mesylate</i>	T1	QL (1 cap/day) HD
<b>REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, HIPOFOSFATASIA</b>		
STRENSIQ	T2	PA SP
<b>REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, ENFERMEDAD DE BATTEN</b>		
BRINEURA	T3	PA SP
<b>REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, ENFERMEDAD DE FABRY</b>		
FABRAZYME	T3	PA SP HD
<b>REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, ENFERMEDAD DE GAUCHER</b>		
CEREZYME	T3	PA SP HD
ELELYSO	T3	PA SP
VPRIV	T3	PA SP HD
<b>REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, DEFICIENCIA DEL COFACTOR DE MOLIBDENO</b>		
NULIBRY	T3	PA SP
<b>REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, ENFERMEDAD DE POMPE</b>		
LUMIZYME	T3	PA SP
<b>REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, ALFA-MANOSIDOSIS</b>		
LAMZEDE	T3	PA SP
<b>REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, MUCOPOLISACARIDOSIS</b>		
ALDURAZYME	T3	PA SP HD
ELAPRASE	T2	PA SP
MEPSEVII	T3	PA SP
NAGLAZYME	T3	PA SP
VIMIZIM	T3	PA SP
<b>REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, DEFICIENCIA DE ENZIMA LIPASA ÁCIDA LISOSÓMICA</b>		
KANUMA	T3	PA SP
<b>REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, INMUNODEFICIENCIA COMBINADA SEVERA</b>		
ADAGEN	T3	PA SP
REVCIVI	T3	PA SP
<b>AGENTES PARA TRATAR LA INTOXIC. POR METALES</b>		
BAL IN OIL	T3	PA
CHEMET	T3	
CUVRIOR	T3	PA SP
<i>deferasirox (Exjade)</i>	T1	SP HD
<i>deferasirox (Jadenu Sprinkle)</i>	T1	SP HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES PARA TRATAR LA INTOXIC. POR METALES (cont.)</b>		
<i>deferasirox</i> (Jadenu)	T1	SP HD
<i>deferiprone</i> (Ferriprox)	T1	PA SP
<i>deferoxamine mesylate</i>	T1	
<i>deferoxamine mesylate</i> (Desferal Mesylate)	T1	
DESFERAL MESYLATE ( <i>deferoxamine mesylate</i> )	T3	
EXJADE ( <i>deferasirox</i> )	T3	PA SP HD
FERRIPROX	T3	PA SP
FERRIPROX (2 TIMES A DAY)	T3	PA SP
GALZIN	T3	
JADENU ( <i>deferasirox</i> )	T3	PA SP HD
JADENU SPRINKLE ( <i>deferasirox</i> )	T3	PA SP HD
NITHIODOLE	T3	
PENTETATE CALCIUM TRISODIUM	T1	
ZINC TRISODIUM	T1	
RADIOGARDASE	T3	
<i>sodium thiosulf</i> ( <i>poison treat</i> )	T1	
SYPRINE ( <i>trientine hcl</i> )	T3	PA SP HD
<i>trientine hcl</i> (Syprine)	T1	PA SP HD
<b>AGENTES VARIOS</b>		
NEXAVIR	T3	SP
<b>PEPTIDOS NATRIURÉTICOS</b>		
VOXZOGO	T3	PA SP HD
<b>AGONISTA PARCIAL DE RECEPTORES NICOTÍNICOS, ALFA4-BETA2</b>		
TYRVAYA	T3	PA QL (2/month) HD
<b>ACTIVADOR DEL FACTOR 2 RELACIONADO CON EL FACTOR NUCLEAR ERITROIDE 2</b>		
SKYCLARYS	T1	
<b>BASES PARA POMADAS/CREMAS</b>		
RADIAGEL	T3	
<b>CHAPERÓN FARMACOLÓGICO-ESTAB. DE LA ALFA-GALACTOSIDASA A</b>		
GALAFOLD	T3	PA SP HD
<b>AGENTE PARA TRATAR LA FENILCETONURIA-COFACTOR DE LA FENILALANINA HIDROXILASA</b>		
<i>javygtor 100 mg powder packet</i> (Kuvan)	T1	
<i>javygtor 100 mg tablet</i> (Kuvan)	T1	
<i>javygtor 500 mg powder packet</i> (Kuvan)	T1	
KUVAN ( <i>sapropterin dihydrochloride</i> )	T3	PA SP HD
<i>sapropterin dihydrochloride</i> (Kuvan)	T1	PA SP HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ESTABILIZADORES DE PROTEÍNAS</b>		
VYNDAMAX	T3	PA QL (1 cap/day) SP HD
VYNDAQEL	T3	PA QL (4 caps/day) SP HD
<b>ELEMENTOS RADIOFARMACÉUTICOS</b>		
TECHNELITE TC-99M GENERATOR	T3	
<b>PREPARACIONES CON SODIO/SOLUCIÓN SALINA</b>		
<i>bacteriostatic sodium chloride</i>	T1	
<b>SOLVENTES</b>		
<i>isopropyl alcohol</i>	T3	
MURI-LUBE MINERAL OIL	T3	
<b>ENZIMAS TÓPICAS/DE LAS MEMBR. MUCOSAS/ SUBCUT.</b>		
HYLENEX	T3	SP HD
<b>AGUA</b>		
<i>water for inj., bacteriostatic</i>	T1	
<i>water for injection, sterile</i>	T1	
<i>water/me-paraben/propylparaben</i>	T1	
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Esclerosis múltiple)		
<b>INHIB. DE ADHESIÓN LEUCOCITARIA, ANTICUERPO MONOCLONAL IGG4K MEDIADO POR ALPHA4</b>		
TYSABRI	T3	PA SP HD
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Nutritivos/alimenticios)		
<b>AGENTES PARA DEFICIENCIAS METABÓLICAS</b>		
CARNITOR 1 GM/5 ML VIAL	T3	PA
CARNITOR 100 MG/ML ORAL SOLN ( <i>levocarnitine</i> )	T3	PA
CARNITOR 330 MG TABLET ( <i>levocarnitine</i> )	T3	PA
CARNITOR SF ( <i>levocarnitine sf</i> )	T3	PA
CYSTADANE	T2	SP
<i>levocarnitine</i> (Carnitor Sf)	T1	
<i>levocarnitine</i> (Carnitor)	T1	
<i>levocarnitine (with sugar)</i> (Carnitor)	T1	
<i>raloxifene hcl</i> (Evista)	T1	HD PPACA
RECLAST ( <i>zoledronic acid</i> )	T3	SP HD
<i>risedronate sodium</i>	T1	HD
<i>risedronate sodium</i> (Actonel)	T1	HD
<i>risedronate sodium</i> (Atelvia)	T1	HD
XGEVA	T3	PA SP HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Productos para la osteoporosis)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES PARA DEFICIENCIAS METABÓLICAS (cont.)</b>		
<i>zoledronic acid</i>	T3	SP HD
<i>zoledronic acid/mannitol-water</i>	T1	SP HD
<i>zoledronic acid/mannitol-water</i> (Reclast)	T1	SP HD
<b>INHIBIDORES DE LA LINFOPOYETINA ESTROMAL TÍMICA (TSLP)</b>		
TEZSPIRE 210 MG/1.91 ML PEN	T2	PA QL (1 PEN/28 DAYS) SP HD
TEZSPIRE 210 MG/1.91 ML SYRING	T2	PA SP HD
<b>AGENTES DE FORMACIÓN ÓSEA - INHIBIDOR DE ESCLEROSTINA, ANTICUERPO MONOCLONAL</b>		
EVENITY	T3	PA QL (2 syring/month) SP
EVENITY (2 SYRINGES)	T3	PA QL (2 syring/month) SP
<b>COMBINACIONES DE INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA Y VITAMINA D</b>		
FOSAMAX PLUS D	T3	ST HD
<b>INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA</b>		
ACTONEL ( <i>risedronate sodium</i> )	T3	ST HD
<i>alendronate sodium</i>	T1	HD
<i>alendronate sodium</i> (Fosamax)	T1	HD
ATELVIA ( <i>risedronate sodium dr</i> )	T3	ST HD
BINOSTO	T3	ST HD
BONIVA 150 MG TABLET ( <i>ibandronate sodium</i> )	T3	ST HD
BONIVA 3 MG/3 ML SYRINGE ( <i>ibandronate sodium</i> )	T2	SP HD
EVISTA ( <i>raloxifene hcl</i> )	T3	HD
FOSAMAX ( <i>alendronate sodium</i> )	T3	ST HD
<i>ibandronate 3 mg/3 ml syringe</i> (Boniva)	T1	SP HD
<i>ibandronate 3 mg/3 ml vial</i>	T1	SP HD
<i>ibandronate sodium 150 mg tab</i> (Boniva)	T1	HD
<i>pamidronate disodium</i>	T1	SP HD
PROLIA	T3	PA SP HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIINFLAM. ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-1</b>		
ARCALYST	T3	PA SP HD
<b>ANTIINFLAMATORIOS, BETABLOQUEANTES DE INTERLEUCINA-1</b>		
ILARIS	T3	PA SP HD
<b>AGENTES PARA LA FIBROMIALGIA, INHIB. DE LA RECAPT. DE SEROTONINA-NOREPINEFRINA</b>		
SAVELLA	T2	HD
<b>INMUNOMODULADORES, INHIB. ESPECÍF. DE ESTIM. DE LINFOCITOS B (BLYS)</b>		
BENLYSTA 120 MG VIAL	T3	PA SP
BENLYSTA 200 MG/ML AUTOINJECT	T3	PA SP HD
BENLYSTA 200 MG/ML SYRINGE	T3	PA SP HD
BENLYSTA 400 MG VIAL	T3	PA SP
<b>TRATAMIENTO DE CONTRACTURA ARTICULAR, ENZIMA COLAGENASA</b>		
XIAFLEX	T3	PA SP
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Trastornos convulsivos)		
<b>AGENTES NEUROPÁTICOS</b>		
LYRICA CR	T3	HD
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones cutáneas)		
<b>INHIBIDORES DE LA INTERLEUCINA-13 (IL-13), ANTICUERPOS MONOCLONALES</b>		
ADBRY	T2	PA SP HD
<b>AGENTES CICATRIZANTES LOCALES</b>		
<i>balsam peru/castor oil</i> (Venelex)	T1	
BALSAM PERU-CASTOR OIL	T1	
DERMULCERA	T1	
VELEX	T3	
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Abuso de sustancias)		
<b>TRATAMIENTO PARA LA ABSTINENCIA DE OPIOIDES, AGONISTAS ADRENÉRGICOS ALFA 2</b>		
LUCEMYRA	T2	QL (168 tabs/14 days)
<b>AGENTES PARA EL TRATAMIENTO PARA LA ABSTINENCIA DE OPIOIDES, TIPO OPIOIDES</b>		
BUNAVAIL	T3	
<i>buprenorphine hcl</i>	T1	
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i>	T1	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

### PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Abuso de sustancias) (cont.)

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

### AGENTES PARA EL TRATAMIENTO PARA LA ABSTINENCIA DE OPIOIDES, TIPO OPIOIDES (cont.)

<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i> (Suboxone)	T1	
PROBUPHINE	T3	
SUBLOCADE	T3	SP
SUBOXONE ( <i>buprenorphine-naloxone</i> )	T3	
ZUBSOLV	T2	

### PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Medicamentos para trasplante)

#### INHIBIDORES DE LA QUINASA RHO

REZUROCK	T3	PA SP HD
----------	----	----------

### PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones urinarias)

#### AGENTES PARA LA HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA/MICCIÓN

<i>alfuzosin hcl</i> (Uroxatral)	T1	HD
AVODART ( <i>dutasteride</i> )	T3	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	HD
RAPAFLO 4 MG CAPSULE ( <i>silodosin</i> )	T3	QL (1 cap/day) HD
RAPAFLO 8 MG CAPSULE ( <i>silodosin</i> )	T3	HD
<i>silodosin 4 mg capsule</i> (Rapaflo)	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>silodosin 8 mg capsule</i> (Rapaflo)	T1	HD
<i>tamsulosin hcl</i> (Flomax)	T1	HD
UROXATRAL ( <i>alfuzosin hcl er</i> )	T3	HD

#### AGENTE PARA LA HPB-COMB. DE INHIB. DE LA 5-ALFA-REDUCTASA E INHIB. DE LA PDE5

ENTADFI	T3	PA QL(1 CAP/DAY)
---------	----	------------------

#### INHIB. DE LA 5-ALFA REDUCTASA-ANTAG. ADRENÉRGICO ALFAI PARA TRATAR LA HPB

<i>dutasteride/tamsulosin hcl</i> (Jalyn)	T1	HD
JALYN ( <i>dutasteride-tamsulosin</i> )	T3	HD

#### AGENTES QUE REDUCEN LA CISTINA, CISTINOSIS NEFROPÁTICA

CYSTAGON	T2	SP
PROCYSBI	T3	PA SP HD

#### AGENTES PARA LA VEJIGA HIPERACTIVA, RECEP. ADRENÉRGICOS BETA 3

GEMTESA	T3	QL (1 tab/day) ST HD
MYRBETRIQ ER 25 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST HD
MYRBETRIQ ER 50 MG TABLET	T3	ST HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones urinarias)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIESPASMÓDICOS DE LAS VÍAS URINARIAS, ANTAG. SELECTIVO DE M(3)</b>		
<i>darifenacin er 15 mg tablet</i>	T1	HD
<i>darifenacin er 7.5 mg tablet</i> (Enablex)	T1	QL (1 tab/day) HD
ENABLEX ( <i>darifenacin er</i> )	T3	QL (1 tab/day) ST HD
<i>solifenacin 10 mg tablet</i> (Vesicare)	T1	HD
<i>solifenacin 5 mg tablet</i> (Vesicare)	T1	QL (1 tab/day) HD
VESICARE 10 MG TABLET ( <i>solifenacin succinate</i> )	T3	ST HD
VESICARE 5 MG TABLET ( <i>solifenacin succinate</i> )	T3	QL (1 tab/day) ST HD
VESICARE LS	T3	ST HD
<b>AGENTE ANTIESPASMÓDICO/ANTIINCONTINENCIA DE LAS VÍAS URINARIAS</b>		
DETROL ( <i>tolterodine tartrate</i> )	T3	ST HD
DETROL LA 2 MG CAPSULE ( <i>tolterodine tartrate er</i> )	T3	QL (1 cap/day) ST HD
DETROL LA 4 MG CAPSULE ( <i>tolterodine tartrate er</i> )	T3	ST HD
DITROPAN XL ( <i>oxybutynin chloride er</i> )	T3	ST HD
<i>flavoxate hcl</i>	T1	HD
GELNIQUE	T3	ST HD
OXYBUTYNIN 2.5 MG TABLET	T3	PA HD
<i>oxybutynin 5 mg tablet</i>	T1	HD
<i>oxybutynin 5 mg/5 ml solution</i>	T1	HD
<i>oxybutynin 5 mg/5 ml syrup</i>	T1	HD
<i>oxybutynin chloride</i>	T1	HD
<i>oxybutynin chloride</i> (Ditropan XI)	T1	HD
OXYTROL	T3	ST HD
<i>tolterodine tart er 2 mg cap</i> (Detrol La)	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>tolterodine tart er 4 mg cap</i> (Detrol La)	T1	HD
<i>tolterodine tartrate</i> (Detrol)	T1	HD
TOVIAZ ER 4 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day) HD
TOVIAZ ER 8 MG TABLET	T2	HD
<i>tropium chloride</i>	T1	HD
<b>PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Control del peso)</b>		
<b>ESTIM. DEL APETITO PARA LA ANOREXIA, CAQUEXIA, SÍND. DE DESGASTE</b>		
<i>megestrol acetate</i>	T1	
<b>VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias)</b>		
<b>PREPARACIONES CON ÁCIDO FÓLICO</b>		
<i>folic acid</i>	T1	

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

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

AGE – Requisito de edad  
SP – Medicamentos de especialidad  
HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos  
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos



## Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS</b>		
CITRANATAL MEDLEY	T3	
FOLET ONE	T2	
INFUVITE ADULT	T3	
<i>multivit infusn, adult 1, vit k</i>	T3	
<i>mvn no.53/iron/folic/dss/dha</i>	T1	
OBSTETRIX ONE	T1	
<b>PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS</b>		
INFUVITE PEDIATRIC	T3	
M.V.I. PEDIATRIC	T3	
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA A</b>		
AQUASOL A	T3	
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA B</b>		
<i>vitamins b1, b2, b3, b5, and b6</i>	T1	HD
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA B1</b>		
<i>thiamine hcl</i>	T1	
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA B12</b>		
B-12 COMPLIANCE	T1	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12)</i>	T1	
<i>hydroxocobalamin</i>	T1	
NASCOBAL	T3	PA
PHYSICIANS EZ USE B-12	T3	
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA C</b>		
ASCOR	T3	
<i>ascorbic acid</i>	T1	
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA D</b>		
<i>calcitriol 0.25 mcg capsule (Rocaltrol)</i>	T1	HD
<i>calcitriol 0.5 mcg capsule (Rocaltrol)</i>	T1	HD
<i>calcitriol 1 mcg/ml ampul</i>	T1	HD
<i>calcitriol 1 mcg/ml solution (Rocaltrol)</i>	T1	HD
DRISDOL ( <i>vitamin d2</i> )	T3	HD
<i>ergocalciferol (vitamin d2) (Drisdol)</i>	T1	HD
ROCALTROL ( <i>calcitriol</i> )	T3	HD
MEPHYTON ( <i>phytonadione</i> )	T3	
PHYTONADIONE	T1	
<i>phytonadione (vit k1)</i>	T1	
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA K</b>		
<i>phytonadione (vit k1) (Mephyton)</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos  
T2 – Habitualmente marcas preferidas  
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad  
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad  
SP – Medicamentos de especialidad  
HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos  
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Exclusiones y limitaciones de la cobertura

Los planes de beneficios de salud varían, pero en general, para que un medicamento esté cubierto, debe tener la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y debe ser recetado por un profesional de cuidado de la salud, comprado en una farmacia con licencia y médicamente necesario. Si su plan brinda cobertura para determinados medicamentos con receta preventivos sin que tenga que pagar ninguna parte del costo, es posible que deba usar una farmacia de la red para que le despachen la receta. Si usa una farmacia que no participa en la red de su plan, es posible que no se le cubra la receta. Es posible que para algunos medicamentos se necesite autorización previa o que estén sujetos a requisitos de tratamiento escalonado, límites a la cantidad u otros requisitos de administración de la utilización.

Por lo general, los planes no otorgan cobertura para los siguientes casos en virtud del beneficio de farmacia, a excepción de lo exigido por la ley estatal o federal, o por los términos de su plan específico:<sup>9</sup>

- medicamentos de venta libre (OTC), que pueden adquirirse sin receta, a excepción de la insulina, a menos que la ley estatal o federal exija que dichos medicamentos estén cubiertos;
- medicamentos o suministros con receta para los que hay un equivalente terapéutico o una alternativa terapéutica disponible con receta o de venta libre;
- medicamentos inyectables administrados por el médico que están cubiertos por el beneficio médico del Plan, a menos que estén cubiertos por la Lista de medicamentos con receta del Plan o que Cigna Healthcare lo apruebe;
- dispositivos anticonceptivos implantables cubiertos por el beneficio médico del Plan;
- medicamentos que no son médicamente necesarios;
- medicamentos experimentales o en investigación, incluidos los medicamentos aprobados por la FDA utilizados con fines diferentes de los aprobados por la FDA, a menos que el medicamento esté reconocido para el tratamiento de la indicación particular;
- medicamentos que no están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA);
- dispositivos, suministros y aparatos con y sin receta, a excepción de los suministros para los que se indica específicamente que están cubiertos;
- medicamentos usados para la fertilidad,<sup>10</sup> la disfunción sexual, con fines estéticos, para bajar de peso, para dejar de fumar<sup>10</sup> o para mejorar el desempeño atlético;
- cualquier vitamina con receta (a excepción de las vitaminas prenatales) o suplementos alimenticios, a menos que la ley estatal o federal exija que dichos productos estén cubiertos;
- agentes inmunizantes, productos biológicos para inmunización para la alergia, sueros biológicos, sangre, plasma sanguíneo y otros derivados hematológicos o fracciones sanguíneas y medicamentos usados para profilaxis en caso de viaje;
- reemplazo de medicamentos con receta y suministros relacionados debido a pérdida o robo;
- medicamentos que deba tomar o que se le deban administrar a una persona cubierta mientras sea paciente en un hospital con licencia, un centro de cuidados especiales, un hogar de ancianos u otra institución similar, que opere o permita que operen en su establecimiento instalaciones para despachar productos farmacéuticos;
- recetas cuya fecha de emisión tenga más de un año de antigüedad;
- la cobertura de productos farmacológicos con receta por una cantidad despachada (días de suministro) que supera el límite de suministro aplicable o es inferior a cualquier suministro mínimo aplicable indicado en el Programa, o que supera uno o más límites de cantidad o límites de dosis establecidos por el Comité de P&T;
- más de una receta médica o renovación para un determinado período de suministro de recetas para el mismo producto farmacológico con receta indicado por uno o más médicos y despachado por una o más farmacias;
- productos farmacológicos con receta despachados fuera de la jurisdicción de los Estados Unidos, salvo que se requieran para un tratamiento de emergencia o de cuidado de urgencia.

Además de las exclusiones de farmacia estándares del plan, es posible que algunos productos farmacológicos nuevos aprobados por la FDA (inclusive, a modo de ejemplo, medicamentos, suministros médicos o dispositivos que están cubiertos por planes de beneficios de farmacia estándares) no estén cubiertos durante los primeros seis meses de disponibilidad en el mercado, a menos que Cigna Healthcare los apruebe por ser médicamente necesarios.

# Índice de medicamentos

## Símbolo

0.9 % sodium chloride ..... 144

## A

abacavir.....	82, 83
abacavir/lamivudine/zidovudine.....	82
abacavir sulfate/lamivudine.....	82
ABELCET.....	55
ABILIFY.....	180, 181
abiraterone.....	68, 69
ABRAXANE.....	76
ABSORICA.....	185
acamprosate.....	200
ACANYA.....	185
acarbose.....	58
ACCOLATE.....	36
ACCUPRIL.....	106
ACCURETIC.....	104
ACUTANE.....	185
ACD.....	51
acebutolol.....	109
ACETADOTE.....	200
ACETAMIN-CAFF-DIHYDROCODEINE.....	23
acetamin-codein 300-30 mg/12.5.....	21
acetaminop-codeine 120-12 mg/5.....	21
ACETAMINOPHEN.....	18
acetaminophen 1000mg/100ml vl.....	18
acetaminophen/caff/dihydrocod.....	23
acetaminophen-cod.....	21, 22
acetazolamide.....	131
acetic.....	63, 133, 184
acetic acid/oxyquinoline.....	63
acetylcysteine.....	36, 200
ACIPHEX.....	152
acitretin.....	184
ACTEMRA.....	164
ACTHAR.....	155
ACTHIB.....	94, 95
ACTHREL.....	155
ACTICLATE.....	47
ACTIGALL.....	149
ACTIMMUNE.....	77
ACTIQ.....	23
ACTIVASE.....	97
ACTIVELLA.....	157
ACTONEL.....	205
ACTOPLUS.....	59
ACTOS.....	60
ACULAR.....	133
ACUVAIL.....	133

acyclovir.....	85, 86
ACZONE.....	185
ADACEL.....	94
ADAGEN.....	202
ADAKVEO.....	96
ADALAT.....	99
ADALIMUMAB.....	64
adapalene.....	185, 193
adapalene/benzoyl peroxide.....	185
ADBRY.....	206
ADCETRIS.....	76
ADCIRCA.....	103
ADDAMEL.....	142
ADDERALL.....	89
ADDYI.....	178
adefovir dipivoxil.....	87
ADEMPAS.....	103
adenosine.....	97, 98, 127
ADHANSIA.....	176
ADLYXIN.....	58
ADMELOG.....	61
ADRENALIN.....	133
ADREVIEW.....	126
adriamycin.....	66
ADTHYZA.....	194
ADVAIR HFA.....	35
ADVANCED DNA MEDICATED COLLECT.....	128
ADYPHREN.....	88
ADZENYS.....	89
AEMCOLO.....	46
AFINITOR.....	71
AFREZZA.....	61
AGGRASTAT.....	81
AGRYLIN.....	81
AIMOVIG.....	14, 19
AIRDUO DIGIHALER.....	35
AJOVY.....	14, 19
AK-FLUOR.....	129
AKLIEF.....	193
AKOVAZ.....	102
AKTEN.....	134
AKYNZEO.....	146
ALA-SCALP.....	189
albendazole.....	63
ALBENZA.....	63
albuterol.....	34, 35
ALBUTEROL.....	35
ALCAINE.....	134
alclometasone.....	189

## Índice de medicamentos

ALCOHOL.....	115	amiloride.....	131, 132
ALDACTAZIDE.....	132	aminocaproic.....	95
ALDACTONE.....	131	AMINOSYN.....	140
ALDARA.....	187	amiodarone.....	98
ALDURAZYME.....	202	AMIODARONE.....	98
ALECENSA.....	73	AMITIZA.....	151
alendronate.....	205	amitriptyline.....	174, 175
alfentanil.....	22	amitriptyline/chlordiazepoxide.....	174
ALFENTANIL.....	22	AMJEVITA.....	64
ALFERON.....	77	amlodipine.....	99, 100, 105, 106, 111
alfuzosin.....	207	AMMONIA.....	127
ALIMTA.....	69	ammonium.....	187
ALINIA.....	78	AMMONUL.....	145
ALIQOPA.....	73	AMNESTEEM.....	185
aliskiren.....	110	AMONDYS-45.....	201
ALKERAN.....	67	amoxapine.....	175
ALKINDI.....	158	amoxicillin.....	45, 62
allopurinol.....	32	amoxicillin/potassium clav.....	45
ALLZITAL.....	18	AMPHADASE.....	193
almotriptan.....	19	amphetamine.....	89, 90
almotriptan malate.....	14	AMPHETAMINE.....	89
ALOCRIIL.....	135	amphotericin.....	55
ALOGLIPTIN.....	57, 59, 60	ampicillin sodium.....	45, 62
ALOGLIPTIN-PIOGLITAZONE.....	57	ampicillin trihydrate.....	45
ALOMIDE.....	135	AMPYRA.....	117
ALORA.....	157	AMRIX.....	167
alosetron.....	151	AMVISC.....	138
ALOXI.....	146	AMYTAL.....	182
ALPHAGAN.....	135	AMYVID.....	128
alprazolam.....	170	AMZEEQ.....	50
ALREX.....	133	ANADROL-50.....	155
ALTABAX.....	189	ANAFRANIL.....	175
ALTACE.....	106	anagrelide.....	81
ALTAFLUOR.....	134	ANA-LEX.....	154
ALTOPREV.....	112	ANALPRAM.....	154, 192
ALTRENO.....	193	ANAPROX DS.....	33
ALTUVIIO.....	96	anastrozole.....	70
ALUNBRIG.....	73	ANCOBON.....	54
amantadine.....	79	ANDEXXA.....	97
AMARYL.....	59	ANDRODERM.....	155
AMBIEN.....	183	ANDROGEL.....	155
AMBISOME.....	55	ANDROID.....	155
ambrisentan.....	103	ANGELIQ.....	157
amcinonide.....	189	ANGIOMAX.....	53
AMICAR.....	95	ANNOVERA.....	123
AMIDATE.....	26	ANORO ELLIPTA.....	35
amifostine.....	197	ANTABUSE.....	200
amikacin sulfate.....	38	ANTARA.....	113

## Índice de medicamentos

anthralin.....	186	ASPARLAS.....	76
ANTICOAG.....	51	aspirin/dipyridamole.....	81
ANUSOL-HC.....	154, 190	ASPIRIN-OMEPRAZOLE.....	81
ANZEMET.....	146	ASSURE.....	167, 169
APADAZ.....	22	ASTAGRAF.....	164
APIDRA.....	61	ASTRINGYN.....	96
APLENZIN.....	171	ATABEX.....	169
APOKYN.....	79	ATACAND.....	106, 107
apraclonidine.....	135	atazanavir.....	84
aprepitant.....	146, 147	ATELVIA.....	205
APRETUDE.....	84	atenolol.....	109, 110
APRISO.....	150	ATIVAN.....	169, 183
APTENSIO.....	176	atomoxetine.....	177, 178
APTIOM.....	118	ATOPICLAIR.....	187
APTIVUS.....	82	atorvastatin.....	111, 112
AQUA GLYCOLIC HC.....	190	atovaquone.....	63, 64
AQUASOL.....	209	atovaquone/proguanil hcl.....	63
ARAKODA.....	63	atracurium.....	91
ARALAST.....	196	ATRALIN.....	193
ARANESP.....	122	ATRIPLA.....	84
ARAVA.....	31	ATROPEN.....	110
ARAZLO.....	194	atropine.....	136, 137, 146, 148, 149
ARCALYST.....	206	ATROPINE.....	136, 137, 148
ARCAPTA NEOHALER.....	35	ATROVENT HFA.....	34
ARGATROBAN.....	53	AUGMENTIN.....	45
ARICEPT.....	88	AUGMENTIN ES-600.....	62
ARIDOL.....	128	AURYXIA.....	141
ARIKAYCE.....	38	AUVELITY.....	171
ARIMIDEX.....	70	AUVI-Q.....	88
aripiprazole.....	180, 181	AVALIDE.....	106
ARISTADA.....	181	AVANDIA.....	60
ARIXTRA.....	51	avar.....	50
armodafinil.....	182	AVAR.....	50
ARMOUR THYROID.....	195	AVASTIN.....	67
AROMASIN.....	70	AVC.....	62
ARRANON.....	69	AVEED.....	155
arsenic trioxide.....	76, 77	AVELOX.....	46
ARSENIC TRIOXIDE.....	76	avita.....	193
ARTHROTEC.....	33	AVITA.....	193
ARTICADENT.....	26	AVITENE.....	96, 97
ARTISS.....	189	AVODART.....	207
ARYMO ER.....	23	AVONEX.....	116
ARZERRA.....	66	AVSOLA.....	64
ASACOL.....	150	AVYCAZ.....	41
ASCLERA.....	114	AXUMIN.....	130
ASCOR.....	209	AYGESTIN.....	161
ascorbic.....	209	AYVAKIT.....	73
asenapine.....	178, 180	azacitidine.....	69, 70
		AZACTAM.....	40

## Índice de medicamentos

AZASAN.....	164	benoxinate hcl/fluorescein sod.....	134
azathioprine.....	164, 165	BENSAL.....	187
AZEDRA.....	77	BENTYL.....	146
azelaic.....	189	BENZACLIN.....	185
azelastine.....	57, 132	BENZAMYCIN.....	50
AZELEX.....	185	BENZEFOAM.....	187
AZILECT.....	79	BENZEPRO.....	187
azithromycin.....	43, 44	BENZHYDROCODONE-ACETAMINOPHEN.....	22
AZOPT.....	135	BENZNIDAZOLE.....	64
AZOR.....	106	benzonatate.....	125
aztreonam.....	40	benzoyl.....	50, 185, 187, 188
AZULFIDINE.....	150	benztropine mesylate.....	79
<b>B</b>		BEOVU.....	137
B-12 COMPLIANCE.....	209	BEPREVE.....	57
BACIGUENT.....	37	BERINERT.....	197
bacitracin.....	37, 38, 39	BESIVANCE.....	37
bacitracin/polymyxin b sulfate.....	37	BESPONSA.....	72
baclofen.....	167, 168	BESREMI.....	77
bacteriostatic.....	204	BETA.....	158, 207
BACTRIM.....	38	BETADINE.....	133
BACTRIM DS.....	38	betamethasone.....	55, 158, 190, 191, 192, 193
BAFIERTAM.....	116	BETAPACE.....	109
balanced salt irrig soln no.2.....	134	BETASERON.....	116
BALCOLTRA.....	123	betaxolol.....	109, 135
BAL IN OIL.....	202	bethanechol.....	92
balsalazide.....	150	BETHKIS.....	38
BALSAM.....	206	BETIMOL.....	135
balsam peru/castor oil.....	206	BETOPTIC.....	135
BALVERSA.....	73	BEVESPI AEROSPHERE.....	35
BANZEL.....	118	BEVYXXA.....	51
BAQSIMI.....	139	bexarotene.....	66
BARACLUDE.....	87	BEXSERO.....	93
BARHEMSYS.....	146	BEYAZ.....	123
BASAGLAR.....	61	BIAFINE.....	187
BAVENCIO.....	77	bicalutamide.....	68
BAXDELA.....	46	BICILLIN.....	45
BCG.....	76	BICNU.....	67
BECONASE.....	132	BIDIL.....	110
BELBUCA.....	23	BIJUVA.....	156
BELEODAQ.....	67	BIKTARVY.....	85
BELRAPZO.....	67	BILTRICIDE.....	63
BELSOMRA.....	183	bimatoprost.....	135
benazepril.....	104, 107	BINOSTO.....	205
benazepril/hydrochlorothiazide.....	104	BIONECT.....	188
bendamustine.....	67	BIORPHEN.....	102
BENDAMUSTINE.....	67	bisac/nacl/nahco3/kcl/peg 3350.....	151
BENDEKA.....	67	bisoprolol.....	109, 110
BENICAR.....	106, 107	bivalirudin.....	53
BENLYSTA.....	206	BIVALIRUDIN.....	53

## Índice de medicamentos

BLENREP.....	76	busulfan.....	67
bleomycin.....	66	BUSULFEX.....	67
BLEPH-10.....	37	butalb-acetamin-caff 50-300-40.....	14, 18
BLEPHAMIDE.....	37	butalb-acetamin-caff 50-325-40.....	14, 18
BLINCYTO.....	76	butalb/acetaminophen/caffeine.....	14, 18
BLOXIVERZ.....	88	butalb-aspirin-caffe 50-325-40.....	14, 18
BONIVA.....	205	butalbit/acetamin/caff/codeine.....	25
BONJESTA.....	146	butalbital/acetaminophen.....	14, 18
BOOSTRIX.....	94	butalbital-acetaminophn.....	18
BORTEZOMIB.....	73	butalbital-asa-caffeine cap (Fiorinal).....	14, 18
bosentan.....	103	butorphanol tartrate.....	23
BOSULIF.....	73	BUTRANS.....	23
BOTOX.....	91	BYDUREON.....	58
BRAFTOVI.....	70	BYETTA.....	58
BREO ELLIPTA.....	35	BYLVAY.....	151
bretylum.....	98	BYNFEZIA.....	162
BREVIBLOC.....	109	BYSTOLIC.....	109
BREVITAL SODIUM.....	26	<b>C</b>	
BREXAFEMME.....	55	CABENUVA.....	82
BREZTRI AEROSPHERE.....	35	cabergoline.....	161
BRILINTA.....	81	CABLIVI.....	95
brimonidine.....	135	CABOMETYX.....	73
BRINEURA.....	202	CADUET.....	111
brinzolamide.....	135	CAFCIT.....	115
BRIUMVI.....	116	CAFERGOT.....	14, 19
BRIVIACT.....	118	CAFFEINE AND SODIUM BENZOATE.....	116
BROMFED.....	125	caffeine citrate.....	115, 116
bromfenac sodium.....	133	caffeine/sodium benzoate.....	116
bromocriptine.....	79, 80	CALAN.....	99
brompheniramine/pseudoephed/dm.....	126	calcipotriene.....	186, 193
BROMSITE.....	133	calcitonin.....	163
BRONCHITOL.....	196	calcitriol.....	186, 209
BRUKINSA.....	73	calcium.....	50, 84, 112, 141, 197, 200
BRYHALI.....	190	CALCIUM.....	18, 19, 99, 141, 202, 203
BSP.....	158	CALQUENCE.....	73
BSS.....	134	CAMBIA.....	19
budesonide.....	35, 36, 154, 158, 159, 160	CAMPTOSAR.....	71
BUFFERED LIDOCAINE.....	26	CAMZYOS.....	99
bumetanide.....	131	CANASA.....	149
BUNAVAIL.....	206	CANCIDAS.....	55
BUPAP.....	18	candesartan.....	106, 107
BUPHENYL.....	145	candesartan/hydrochlorothiazid.....	106
bupivacaine.....	26, 27, 28, 29, 30	CAPASTAT SULFATE.....	40
BUPIVACAINE.....	26, 27	capecitabine.....	69, 70
BUPRENEX.....	23	CAPEX.....	190
buprenorphine.....	23, 206, 207	CAPITAL W-CODEINE.....	22
bupropion.....	171, 194	CAPLYTA.....	178
BUPROPION.....	171	CAPRELSA.....	73
bupirone.....	170	captopril.....	104, 107

## Índice de medicamentos

captopril-hctz .....	104	cefprozil .....	41
CARAC .....	78	ceftazidime .....	42
CARAFATE .....	148	ceftriaxone .....	42
carbachol .....	135	CEFTRIAXONE .....	42
CARBAGLU .....	200	cefuroxime .....	41
carbamazepine .....	118, 121	CELEBREX .....	34
CARBATROL .....	118	celecoxib .....	34
carbidopa .....	79, 80, 81	CELESTONE .....	158
carbidopa/levodopa .....	79	CELEXA .....	171
carbinoxamine .....	56	CELLCEPT .....	164, 165
CARBOCAINE .....	27	CELLUGEL .....	138
carboplatin .....	67	CELONTIN .....	118
CARBOPROST .....	161	CENTANY .....	50
CARDENE .....	99	cephalexin .....	41
CARDIOPLEGIA .....	101	CEPROTIN .....	96
cardioplegic .....	101	CEQUA .....	137
CARDIZEM .....	99	CEQR .....	166
CARDURA .....	105	CERDELGA .....	201
carisoprodol .....	25, 168	CEREBYX .....	118
carisoprodol/aspirin .....	25	CERETEC .....	127
carisoprodol/aspirin/codeine .....	25	CEREZYME .....	202
carmustine .....	67	CERVIDIL .....	161
CARNITOR .....	204	cetirizine .....	57
CAROSPIR .....	131	CETROTIDE .....	160
carteolol .....	135	CETYLEV .....	200
carvedilol .....	105	cevimeline .....	92
CASODEX .....	68	CHANTIX .....	194
caspofungin .....	55	CHEMET .....	202
CATAPRES .....	108	CHENODAL .....	149
CATHFLO ACTIVASE .....	97	CHIRHOSTIM .....	130
CAVERJECT .....	198	chloramphenicol sod succinate .....	42
CAYA CONTOURED .....	125	chlordiazepoxide .....	145, 169, 174
CAYSTON .....	40	chlordiazepoxide/clidinium .....	145
cefaclor .....	41	chlorhexidine .....	198
cefadroxil .....	41	chlorprocaine .....	27, 29
CEFAZOLIN .....	41	chloroquine .....	63
cefazolin sodium .....	41	chlorothiazide .....	132
cefdinir .....	41	chlorpromazine .....	182
cefditoren .....	41	chlorpropamide .....	59
cefepime .....	42	chlorthalidone .....	110, 132
CEFEPIME .....	42	chlorzoxazone .....	168
cefixime .....	41, 42	CHOLBAM .....	149
CEFOTAN .....	41	cholestyramine .....	113
cefotaxime .....	41	CHOLETEC .....	126
cefotetan .....	41	choline salicyl/mag salicylate .....	14, 18
CEFOTETAN DEXTROSE .....	41	CHORIONIC .....	163
cefoxitin .....	41	chromic chloride .....	142
cefpodoxime .....	42	CIALIS .....	198
		CIBINQO .....	32



## Índice de medicamentos

ciclodan.....	55	CLOBEX.....	190
CICLODAN.....	55, 64	CLOCORTOLONE.....	190
ciclopirox.....	55, 56, 64	clodan.....	190
cidofovir.....	85	CLODAN.....	190
cilostazol.....	81	CLODERM.....	190
CLOXAN.....	37	clofarabine.....	69
CIMDUO.....	82	CLOLAR.....	69
cimetidine.....	150	clomiphene citrate.....	162
CIMZIA.....	64, 65	clomipramine.....	175
cinacalcet.....	199	clonazepam.....	117, 118
CINRYZE.....	197	clonidine.....	19, 108, 176
CINVANTI.....	146	clopidogrel bisulfate.....	81
CIPRO.....	46	clorazepate.....	169, 170
CIPRODEX.....	37	CLOROTEKAL.....	27
ciprofloxacín.....	36, 37, 46	clotrimazole.....	54, 55
ciprofloxacín hcl.....	36, 37	clozapine.....	178
CIPROFLOXACIN HCL-FLUOCINOLONE.....	37	CLOZAPINE.....	178
cisatracurium.....	91	CLOZARIL.....	178
cisplatin.....	67	COAGADEX.....	96
citalopram.....	171	COARTEM.....	63
CITANEST.....	27	codeine/butalbital/asa/cafein.....	25
CITRANATAL.....	169	codeine sulfate.....	23
CITRANATAL MEDLEY.....	209	COLAZAL.....	150
CITRATE PHOSPHATE DEXTROSE.....	51	colchicine.....	32, 34
cladribine.....	69	COLCRYS.....	32
CLAFORAN.....	42	colesevelam.....	113
CLARAVIS.....	185	COLESTID.....	113
CLARINEX.....	56, 57	colestipol.....	113
CLARINEX-D.....	56	colistin.....	46
clarithromycin.....	44	COLY-MYCIN M PARENTERAL.....	46
clemastine fumarate.....	56	COLYTE.....	151
CLENPIQ.....	151	COMBIGAN.....	135
cleocin.....	43	COMBIPATCH.....	157
CLEOCIN.....	42, 43, 48, 50	COMBIVENT RESPIMAT.....	35
CLEVIPREX.....	99	COMBIVIR.....	82
CLIMARA.....	157	COMETRIQ.....	73
CLIN.....	43	COMPAZINE.....	146
clindacin.....	50	COMPLERA.....	84
CLINDACIN.....	50	COMTAN.....	79
CLINDAGEL.....	50	CONCERTA.....	176
clindamycin.....	42, 43, 48, 50, 185, 186	CONDYLOX.....	187
CLINDAMYCIN.....	43	CONJUPRI.....	99
CLINDESSE.....	48	CONRAY.....	130
CLINIMIX.....	140	CONSENSI.....	99
CLINISOL.....	140	COPAXONE.....	116
CLINOLIPID.....	151	COPIKTRA.....	73
CLINPRO.....	138	CORDRAN.....	190
clobazam.....	117, 118	COREG.....	105
clobetasol propionate.....	190, 192	coremino.....	47

## Índice de medicamentos

CORGARD .....	109	CYSTADROPS .....	137
CORIFACT .....	96	CYSTAGON .....	207
CORLANOR .....	101	CYSTARAN .....	137
CORLOPAM .....	108	CYSTO-CONRAY II .....	130
CORTEF .....	158, 159	CYSTOGRAFIN .....	130
CORTENEMA .....	154	CYSVIEW .....	129
CORTIFOAM .....	154	cytarabine .....	69
cortisone acetate .....	158	CYTOMEL .....	195
CORTISPORIN .....	50	CYTOTEC .....	148
CORTROSYN .....	155	CYTOVENE .....	85
CORVERT .....	98	<b>D</b>	
COSENTYX .....	184	dacarbazine .....	76
COSMEGEN .....	66	DACOGEN .....	69
COSOPT .....	135	dactinomycin .....	66
cosyntropin .....	155	dalfampridine .....	117
COTELLIC .....	71	DALIRESP .....	36
COTEMPLA .....	176	DALVANCE .....	43
COZAAR .....	107	danazol .....	161
CREON .....	152	DANTRIUM .....	168
CRESEMBA .....	54	dantrolene .....	168
CRESTOR .....	112	dapsone .....	39, 40, 185
CRINONE .....	161, 163	DAPSONE .....	185
CRIXIVAN .....	84	DAPTACEL .....	94
cromolyn .....	30, 31, 36, 135	daptomycin .....	49
crotamiton .....	78	DAPTOMYCIN .....	49
CUBICIN .....	49	DARAPRIM .....	63
cupric chloride .....	142	darifenacin .....	208
CUPRIMINE .....	31	DARTISLA .....	145
CUROSURF .....	196	DARZALEX .....	69
CUTIVATE .....	190	DATSCAN .....	128
CUVPOSA .....	145	daunorubicin .....	66
CUVRIOR .....	202	DAURISMO .....	70
cyanocobalamin .....	209	DAXBIA .....	41
CYANOKIT .....	200	DAYPRO .....	33
cyclobenzaprine .....	167, 168	DAYTRANA .....	176
CYCLOGYL .....	137	DAYVIGO .....	183
CYCLOMYDRIL .....	137	DDAVP .....	156
cyclopentolate .....	137	decitabine .....	69
cyclophosphamide .....	67	deferasirox .....	202, 203
CYCLOPHOSPHAMIDE .....	67	deferiprone .....	203
CYCLOSERINE .....	40	deferoxamine .....	203
CYCLOSET .....	58	DEFINITY .....	127
cyclosporine .....	165	DEFITELIO .....	97
CYKLOKAPRON .....	95	DELESTROGEN .....	157
CYLTEZO .....	65	DELFLEX .....	144
CYMBALTA .....	173	DELSTRIGO .....	84
cyproheptadine .....	56	DELZICOL .....	150
CYRAMZA .....	72	demeclocycline .....	47
CYSTADANE .....	204	DEMSEER .....	108

## Índice de medicamentos

DEPAKOTE.....	118	diazoxide.....	139
DEPEN.....	31	DIBENZYLIN.....	90
DEPO-ESTRADIOL.....	157	DICLEGIS.....	146
DEPO-MEDROL.....	158	diclofenac.....	78, 133, 185
DEPO-PROVERA.....	123, 161	DICLOFENAC.....	185
DEPO-SUBQ PROVERA 104.....	123	diclofenac potassium.....	21
DEPO-TESTOSTERONE.....	155	diclofenac sod dr.....	33
DERMA-SMOOTHIE-FS.....	190	diclofenac sod ec.....	33
DERMATOP.....	190	diclofenac sodium.....	33
dermazene.....	193	diclofenac sodium/misoprostol.....	33
DERMAZENE.....	193	dicloxacillin sodium.....	45
DERMOTIC.....	133	dicyclomine.....	146
DERMULCERA.....	206	didanosine.....	83
DESCOVY.....	82	DIFFERIN.....	193
DESFERAL.....	203	DIFICID.....	44
desflurane.....	25	diflorasone.....	190, 192
desipramine.....	175	DIFLUCAN.....	54
desloratadine.....	57	diflunisal.....	14, 18
desmopressin.....	156	DIGIFAB.....	200
desog-e.estradiol/e.estradiol.....	123	digoxin.....	101
desogestrel-ethinyl estradiol.....	123	dihydroergotamine.....	14, 19, 20
desonide.....	190, 192	DILANTIN.....	119
DESOWEN.....	190	DILATRATE-SR.....	101
desoximetasone.....	190, 192	DILAUDID.....	23, 24
DESOXYN.....	89	diltiazem.....	99
desvenlafaxine.....	173, 174	DILTIAZEM.....	99
DESVENLAFAXINE.....	173	diluent.....	201
DETROL.....	208	DILUENT.....	55, 201
dexamethasone.....	37, 158	dimenhydrinate.....	147
DEXAMETHASONE.....	158	dimethyl.....	116, 201
dexchlorpheniramine.....	56, 57	dimethyl fumarate.....	116
DEXCOM.....	166	DIOVAN.....	106, 107
DEXEDRINE.....	89	DIPENTUM.....	150
DEXILANT.....	152	diphenhydramine.....	57
dexlansoprazole.....	152	diphenoxylate.....	146
dexmedetomidine.....	183	DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS-PED.....	94
DEXMEDETOMIDINE.....	183	DIPRIVAN.....	26
dexmethylphenidate.....	176	dipyridamole.....	81, 127
dexrazoxane.....	197	DISALCID.....	31
dextroamp-amphet.....	89, 90	DISCOVISC.....	138
dextroamphetamine.....	89, 90	disopyramide.....	98
D.H.E.45.....	19	disulfiram.....	200
DHIVY.....	79	DITROPAN.....	208
DIACOMIT.....	119	DIURIL.....	132
DIANEAL.....	144	divalproex.....	118, 119
DIAPHRAGMS/CERVICAL CAP.....	125	DIVIGEL.....	157
DIASTAT.....	117	DMSA.....	128
diatrizoate.....	130	dobutamine.....	101
diazepam.....	117, 118, 170	DOCEFREZ.....	76

## Índice de medicamentos

docetaxel.....	76, 77	DUTOPROL.....	110
dofetilide.....	98, 99	DXEVO.....	158
DOJOLVI.....	138	DYANAVAL.....	90
donepezil.....	88	DYAZIDE.....	132
DONNATAL.....	148	DYMISTA.....	132
dopamine.....	90	DYRENIUM.....	131
DOPRAM.....	115	DYSPORT.....	91
DOPTELET.....	123	<b>E</b>	
DORAL.....	183	EC-NAPROSYN.....	33
DORYX.....	47	econazole.....	55
dorzolamide.....	135, 136	ECOZA.....	55
DOTAREM.....	128	EDARBI.....	107
DOVATO.....	82	EDARBYCLOR.....	106
DOVONEX.....	186	EDECRIIN.....	131
doxapram.....	115	EDEX.....	198
doxazosin.....	105	EDLUAR.....	183
doxepin.....	175, 183, 186	EDURANT.....	83
doxercalciferol.....	199	E.E.S. 200.....	44
DOXIL.....	66	efavirenz.....	83, 84, 85
doxorubicin.....	66	effer.....	143
doxycycline.....	47, 198	EFFER.....	143
DOXYCYCLINE.....	47	EFFEXOR.....	173, 174
doxylamine.....	146, 147	EFFIENT.....	81
DRAXIMAGE.....	128	EFUDEX.....	78
DRISDOL.....	209	EGRIFTA.....	160
DRIZALMA.....	173	ELAPRASE.....	202
dronabinol.....	146	electrolyte.....	141, 151
droperidol.....	181	ELELYSO.....	202
drosipir/eth estra/levomefol ca.....	124	ELEPSIA.....	119
DROXIA.....	96	ELESTRIN.....	157
droxidopa.....	90	eletriptan.....	19, 20
DRYSOL.....	186	eletriptan hydrobromide.....	14
DUAVEE.....	158	ELIDEL.....	164
DUETACT.....	60	ELIGARD.....	73
DUEXIS.....	33	ELIMITE.....	78
DULERA.....	35	ELIQUIS.....	51
duloxetine.....	173	ELITEK.....	32
DUOBRII.....	186	ELLA.....	124
DUODOTE.....	201	ELLENCE.....	66
DUOPA.....	79	ELLIOTTS.....	201
DUOVISC.....	138	ELMIRON.....	25
DUPIXENT.....	164	ELYXYB.....	19
DURACLON.....	19	EMCYT.....	78
DURAGESIC.....	24	EMEND.....	147
DUREZOL.....	133	EMFLAZA.....	158
DUROLANE.....	31	EMGALITY.....	14, 19, 117
DURYSTA.....	136	emollient.....	187, 191, 192
dutasteride.....	207	Empaveli.....	96
dutasteride/tamsulosin hcl.....	207	EMPLICITI.....	70

## Índice de medicamentos

EMSAM .....	171	EPZICOM.....	82
emtricitabine.....	82, 83	EQUETRO .....	170
emtricitabine-tenofv .....	82	ERAXIS.....	55
EMTRIVA.....	83	ERBITUX.....	72
EMVERM .....	63	ergocalciferol.....	209
ENABLEX .....	208	ergoloid .....	110
enalapril.....	104, 107	ERGOMAR.....	19
enalaprilat.....	107	ergotamine .....	19
enalapril/hydrochlorothiazide.....	104	ergotamine tartrate/caffeine.....	14
ENBREL.....	65	ERIVEDGE .....	71
ENDO-AVITENE.....	96	erlotinib.....	73, 75
ENDOMETRIN .....	163	ERMEZA.....	195
ENGERIX-B .....	95	ERTACZO .....	55
ENHERTU.....	76	ertapenem sodium.....	40
ENLITE .....	166	ERWINAZE.....	76
enoxaparin .....	51, 52, 53	ERYPED.....	44
ENSAPRYNG.....	164	ERY-TAB.....	44
ENSTILAR.....	193	ERYTHROCIN .....	44
entacapone .....	79, 80	erythromycin.....	37, 44, 50
ENTADFI.....	207	escitalopram .....	171, 172
entecavir.....	87	ESGIC.....	14, 18
ENTERO.....	129	esmolol .....	109
ENTOCORT .....	159	ESMOLOL.....	109
ENTRESTO .....	105	esomeprazole.....	152, 153
ENTYVIO.....	151	ESOMEPRAZOLE.....	153
ENVARUS.....	165	estazolam.....	183
ENZOCLEAR .....	188	ESTRACE .....	157, 162
EOVIST.....	129	estradiol .....	123, 124, 125, 157, 162
EPANED .....	107	ESTRING.....	162
EPCLUSA.....	86	ESTROGEL.....	157
ephedrine.....	102	estrogen, ester/me-testosterone .....	156
EPHEDRINE.....	102	ESTROSTEP .....	124
EPIDIOLEX .....	118	eszopiclone .....	183
EPIFOAM .....	192	ethacrynate .....	131
epinastine .....	57	ethacrynic .....	131
epinephrine.....	26, 27, 28, 30, 88, 90, 91, 133	ethambutol .....	40
EPINEPHRINE.....	27, 28, 30, 88, 91	ETHAMOLIN .....	114
EPINEPHRINESNAP-EMS.....	88	ethinyl estradiol/drospirenone.....	124
EPINEPHRINESNAP-V.....	88	ethosuximide .....	119, 122
EPIPEN.....	88	ethynodiol d-ethinyl estradiol .....	124
epirubicin .....	66	ETHYOL.....	197
EPIVIR.....	83, 87	etodolac .....	33
eplerenone.....	131, 132	etomidate.....	26
EPOGEN .....	122	etonogestrel/ethinyl estradiol.....	123
epoprostenol.....	103, 201	ETOPOPPOS.....	76
EPRONTIA.....	119	etoposide .....	76
eprosartan.....	107	EUCRISA .....	189
eptifibatide.....	81	EUFLEXXA .....	31
EPTIFIBATIDE.....	81	EURAX.....	78

## Índice de medicamentos

EVAMIST.....	157	FELBATOL.....	119
EVEKEO.....	90	FELDENE.....	33
EVENITY.....	205	felodipine.....	100
everolimus.....	71, 165	FEMARA.....	70, 72, 74
EVERSENSE.....	166	FEMCAP.....	125
EVICEL.....	96	FEMHRT.....	157
EVISTA.....	205	FEMRING.....	162
EVKEEZA.....	111	fenofibrate.....	113, 114
EVOCLIN.....	50	FENOFIBRATE.....	113
EVOMELA.....	67	fenofibric.....	114
EVOTAZ.....	84	FENOGLIDE.....	114
EVOXAC.....	92	fenoprofen calcium.....	33
EVRYSDI.....	201	FENSOLVI.....	161
EVZIO.....	53	fentanyl.....	22, 23, 24
EXELDERM.....	55	FENTANYL.....	23
EXELON.....	88	FENTORA.....	24
exemestane.....	70	FERRIPROX.....	203
EXFORGE.....	105, 106	FETROJA.....	42
EXJADE.....	203	FETZIMA.....	174
EXKIVITY.....	73	FEXMID.....	168
EXODERM.....	55	FIASP.....	61, 167
EXONDYS-51.....	201	FIBRICOR.....	114
EXPAREL.....	27	FIBRYGA.....	95
EXSERVAN.....	115	FINACEA.....	189
EXTAVIA.....	116	finasteride.....	207
EXTINA.....	55	FINTEPLA.....	119
EXTRANEAL.....	144	FIORICET.....	14, 18, 25
EYLEA.....	137	FIORINAL.....	14, 18
EYSUVIS.....	134	Fiorinal With Codeine #3.....	25
E-Z.....	129	FIORINAL WITH CODEINE #3.....	25
EZALLOR.....	112	FIRAZYR.....	197
ezetimibe.....	111, 113, 114	FIRDAPSE.....	117
ezetimibe/simvastatin.....	111	FIRMAGON.....	73
<b>F</b>		FIRVANQ.....	48
FABIOR.....	194	FLAGYL.....	39
FABRAZYME.....	202	FLAREX.....	134
FACTIVE.....	46	flavoxate.....	208
famciclovir.....	85	flecainide.....	98
famotidine.....	150	FLECTOR.....	185
FAMOTIDINE.....	150	FLOLAN.....	103, 201
FANAPT.....	178	FLOLIPID.....	112
FARESTON.....	77	FLOMAX.....	207
FARXIGA.....	58	FLOVENT.....	36
FARYDAK.....	67	floxuridine.....	69
FASLODEX.....	77	fluconazole.....	54
fat emulsions.....	151	flucytosine.....	54
FAZACLO.....	178	fludarabine.....	69
febuxostat.....	32	FLUDEOXYGLUCOSE.....	130
felbamate.....	119	fludrocortisone.....	161

## Índice de medicamentos

FLUMADINE.....	85	ful-glo.....	129
flumazenil.....	201	FUL-GLO.....	129
flunisolide.....	132	FULPHILA.....	122
fluocinolone.....	133, 190, 191, 192	fulvestrant.....	77
fluocinonide.....	191, 192	FURADANTIN.....	44
fluorescein.....	129, 134, 135	FUROSCIX.....	131
fluoride.....	138, 139	furosemide.....	131
FLUORIDEX.....	138	FUROSEMIDE.....	131
fluorometholone.....	134	FUZEON.....	82
FLUOROPLEX.....	78	FYCOMPA.....	119
fluorouracil.....	69, 78	<b>G</b>	
FLUOROURACIL.....	78	GA 68 DOTATOC.....	130
fluoxetine.....	172, 173, 182	gabapentin.....	119, 120
fluphenazine.....	182	GABITRIL.....	119
flurandrenolide.....	190, 191	GABLOFEN.....	168
flurbiprofen.....	33, 134	GADAVIST.....	128
flutamide.....	68	gadoterate meglumine.....	128
fluticasone.....	35, 132, 133, 190, 191	GALAFOLD.....	203
fluticasone propion/salmeterol.....	35	galantamine.....	88, 89
FLUTICASONE-SALMETEROL.....	35	GALZIN.....	203
fluvastatin.....	112	GAMIFANT.....	163
fluvoxamine.....	172	ganciclovir.....	85
FML.....	134	GANCICLOVIR.....	85
FOCALIN.....	176	ganirelix.....	161
FOLET.....	209	GANIRELIX.....	161
folic acid.....	208	GARDASIL.....	95
FOLLISTIM.....	163	GASTROCROM.....	31
FOLOTYN.....	69	GASTROGRAFIN.....	130
fomepizole.....	200	GASTROMARK.....	129
fondaparinux.....	51	gatifloxacin.....	37, 38
FORFIVO.....	171	GATTEX.....	154
FORTAMET.....	59	GAVRETO.....	73
FORTAZ.....	42	GAZYVA.....	66
FORTEO.....	199	gelatin sponge, absorb/porcine.....	96
FORTESTA.....	155	GELFILM.....	135
FOSAMAX.....	205	GELFOAM.....	96, 97
fosamprenavir.....	84	GELNIQUE.....	208
fosaprepitant.....	147	GEL-ONE.....	31
foscarnet.....	85	GELSYN-3.....	31
FOSCAVIR.....	85	gemcitabine.....	70
fosfomicin tromethamine.....	39	gemfibrozil.....	114
fosinopril.....	104, 107	GEMTESA.....	207
fosinopril/hydrochlorothiazide.....	104	GENERESS.....	124
fosphenytoin.....	118, 119	GENOTROPIN.....	160
FOSRENOL.....	141	gentamicin.....	38, 50
Fotivda.....	73	GENTAMICIN.....	38
FRAGMIN.....	52	gentamicin sulfate.....	37
FREESTYLE.....	166	GENVISC 850.....	31
frovatriptan.....	19	GENVOYA.....	85

## Índice de medicamentos

GEODON .....	178, 179	GVOKE .....	139
GIAPREZA .....	162	GYNAZOLE .....	54
GILENYA .....	116	<b>H</b>	
GILOTRIF .....	73	HADLIMA .....	65
GIMOTI .....	151	HAEGARDA .....	197
GIVLAARI .....	201	HALAVEN .....	71
GLASSIA .....	196	halcinonide .....	191
glatiramer .....	116	HALCION .....	183
glatiramer acetate .....	116	HALDOL .....	181
glatopa .....	116	halobetasol .....	191
GLEEVEC .....	73	HALOBETASOL .....	191
GLEOSTINE .....	68	HALOG .....	191
GLIADEL .....	68	haloperidol .....	181
glimepiride .....	59, 60	HALUCORT .....	187
glipizide .....	59, 60	HARVONI .....	86
GLOPERBA .....	32	HEALON .....	138
GLUCAGEN .....	128, 139	HEALON5 .....	138
glucagon .....	139	HECTOROL .....	199
GLUCAGON .....	128, 139	HELIDAC .....	148
GLUCOCOM .....	166	HEMABATE .....	161
GLUCOPHAGE .....	59	HEMADY .....	159
GLUCOSE .....	140, 166	HEMANGEOL .....	109
GLUCOTROL .....	59	HEMLIBRA .....	96
GLUMETZA .....	59	heparin .....	52
glyburide .....	59, 60	HEPARIN .....	52
GLYCATÉ .....	145	HEPATAMINE .....	140
glycine urologic solution .....	64	HEPLISAV .....	95
GLYCOFOS .....	143	HERCEPTIN .....	72
glycopyrrolate .....	145	HERZUMA .....	72
GLYCOPYRROLATE .....	145	HETLIOZ .....	182
GLYNASE .....	59	HIBERIX .....	94
GLYSET .....	58	HIPREX .....	39
GLYXAMBI .....	59	HISTATROL .....	129
GOCOVRI .....	79	homatropine .....	126, 137
GOLYTELY .....	151	HORIZANT .....	115
GONAL-F .....	163	HUMALOG .....	61, 167
GONITRO .....	101	HUMAPEN .....	167
GORDON'S UREA .....	189	HUMATROPE .....	160
GRALISE .....	117	HUMIRA .....	65
granisetron .....	147	HUMULIN .....	61
GRANIX .....	122	HYALGAN .....	31
GRASTEK .....	92	hyaluronate .....	138
griseofulvin .....	55	HYCANTIN .....	71
griseofulvin ultramicrosized .....	55	HYCODAN .....	126
GRIS-PEG .....	55	hydralazine .....	108
GUAIACOL .....	187	HYDREA .....	68
guanfacine .....	108, 176	HYDRO .....	188
guanidine .....	92	hydrochlorothiazide .....	104, 106, 108, 110, 132
GUARDIAN .....	166, 167	hydrocodone/acetaminophen .....	22



## Índice de medicamentos

HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN.....	22	ILEVRO.....	134
hydrocodone bitartrate.....	24, 25	ILUMYA.....	184
hydrocodone bit/homatrop me-br.....	126	ILUVIEN.....	134
hydrocodone/chlorphen p-stirex.....	126	imatinib.....	73, 74
hydrocodone/cpm/pseudoephed.....	126	IMBRUVICA.....	74
HYDROCODONE-GUAIFENESIN.....	126	IMFINZI.....	77
hydrocodone-homatropine.....	126	imipenem/cilastatin sodium.....	40
HYDROCODONE-HOMATROPINE.....	126	imipramine.....	175
hydrocodone/ibuprofen.....	22	imiqimod.....	187
hydrocort.....	191	IMIQUIMOD.....	187
hydrocortisone.....	133, 154, 158, 159, 191, 192, 193	IMITREX.....	19
hydrocortisone/acetic acid.....	133	IMJUDO.....	77
hydrogen peroxide.....	184	IMPAVIDO.....	64
hydromorphone.....	23, 24	IMPEKLO.....	191
hydromorphone hcl.....	24	IMPOYZ.....	191
hydroxocobalamin.....	209	IMURAN.....	165
hydroxychloroquine.....	63	IMVEXXY.....	162
hydroxyprogesterone.....	163	INBRIJA.....	79
hydroxyprogesterone.....	161, 163	INCRELEX.....	160
hydroxyurea.....	68	INCRUSE ELLIPTA.....	34
hydroxyzine.....	57	indapamide.....	132
HYFTOR.....	189	INDERAL.....	109
HYLENEX.....	204	INDICLOR.....	130
HYMOVIS.....	31	indigotindisulfonate.....	130
hyoscyamine.....	148, 149	INDIUM.....	127, 130
HYOSCYAMINE.....	149	indocyanine green.....	126
HYPERRHO.....	92	indomethacin.....	33, 110
HYPER-SAL.....	201	INFANRIX.....	94
hypromellose.....	138	INFASURF.....	196
HYRIMOZ.....	65	INFLECTRA.....	65
HYSINGLA ER.....	24	INFUGEM.....	70
HYZAAR.....	106	INFUVITE.....	209
<b>I</b>		INFUVITE PEDIATRIC.....	209
ibandronate.....	205	INGREZZA.....	115
IBRANCE.....	73	INLYTA.....	74
IBUDONE.....	22	INNOPRAN.....	109
ibuprofen.....	22, 33, 110	INOVA.....	188
ibuprofen/oxycodone hcl.....	22	INPEN.....	167
ibutilide.....	98	INQOVI.....	70
icatibant.....	197	INREBIC.....	74
ICLUSIG.....	74	INSPRA.....	132
icosapent.....	145	INSULIN ASPART.....	61, 62
IDACIO.....	65	INSULIN LISPRO.....	62
IDAMYCIN.....	66	INSULIN SYRINGE.....	167
idarubicin.....	66	INTEGRILIN.....	81
IDHIFA.....	75	INTELENCE.....	83
IFEX.....	68	INTRALIPID.....	151
ifosfamide.....	68	INTRAROSA.....	155
ILARIS.....	206	INTUNIV.....	176

## Índice de medicamentos

INVANZ.....	40	JANUMET.....	60
INVEGA.....	179	JANUVIA.....	59
INVELTYS.....	134	JARDIANCE.....	58
INVIRASE.....	84	JATENZO.....	155
INVOKAMET.....	60	javygtor.....	203
INVOKANA.....	58	JENTADUETO.....	60
iodine/potassium iodide.....	193	J EVTANA.....	76
iodine/sodium iodide.....	193	JOENJA.....	196
IODOFLEX.....	193	JORNAY.....	176
IODOPEN.....	142	JUBLIA.....	55
IODOSORB.....	193	JULUCA.....	82
IONOSOL.....	141	JUXTAPID.....	111
IOPIDINE.....	136	JYNARQUE.....	131
IPOL.....	93	<b>K</b>	
ipratropium.....	133	KABIVEN.....	140
ipratropium/albuterol sulfate.....	35	KADCYLA.....	76
ipratropium bromide.....	34	KADIAN.....	24
irbesartan.....	106, 107	KALBITOR.....	197
irbesartan/hydrochlorothiazide.....	106	KALETRA.....	84
IRESSA.....	74	KALYDECO.....	196
irinotecan.....	71, 72	KANJINTI.....	72
ISENTRESS.....	84	KANUMA.....	202
isoflurane.....	25, 26	KAPSPARGO.....	109
ISOLYTE.....	141, 142	KAPVAY.....	176
isomethept/dichlphn/acetaminop.....	20	KARBINAL.....	57
isomethepten/caf/acetaminophen.....	20	KATERZIA.....	100
isoniazid.....	40	KAZANO.....	60
isopropyl.....	204	KCENTRA.....	96
isoproterenol.....	91	KEFLEX.....	41
ISOPTO.....	136, 137	KENALOG.....	159, 191
ISORDIL.....	101	KENDALL.....	144
isosorbide.....	101, 102	KEPIVANCE.....	154
isosulfan.....	128	KEPPRA.....	119, 120
isotretinoin.....	185	KERAFOAM.....	188
ISOVUE.....	127	keralyt.....	188
isoxsuprine.....	110	KERALYT.....	188
isradipine.....	100	KERYDIN.....	56
ISTALOL.....	136	KESIMPTA.....	116
ISTODAX.....	67	KETALAR.....	26
ISTURISA.....	154	ketamine.....	26
ISUPREL.....	91	KETAMINE.....	26
itraconazole.....	54	ketoconazole.....	54, 56
ivermectin.....	63, 78, 79, 189	ketoprofen.....	33
IXEMPRA.....	70	ketorolac.....	21, 133, 134
<b>J</b>		KETOROLAC.....	21
JADENU.....	203	KEVEYIS.....	200
JAKAFI.....	71	KEVZARA.....	164
JALYN.....	207	KEYTRUDA.....	75
JANSSEN.....	93	KHAPZORY.....	197

## Índice de medicamentos

KINERET .....	31	leflunomide .....	31
KINEVAC .....	149	LEMTRADA .....	116
KINRIX .....	94	lenalidomide .....	73
KISQALI .....	72, 74	LENVIMA .....	74
KISQALI FEMARA .....	74	LESCOL .....	112
KISQALI FEMARA CO-PACK .....	72	L.E.T. ....	30
KITABIS .....	38	LETAIRIS .....	103
KLARON .....	185	letrozole .....	70
KLISYRI .....	78	leucovorin .....	197
KLONOPIN .....	118	LEUKERAN .....	68
klor-con .....	143	LEUKINE .....	122
Kloxxado .....	53	leuprolide .....	73
KOMBIGLYZE .....	60	LEUPROLIDE DEPOT .....	73
KONVOMEPI .....	153	levabuterol hcl .....	35
KORLYM .....	60	LEVBIID .....	149
KOSELUGO .....	71	LEVEMIR .....	62
K-PHOS .....	144	levetiracetam .....	119, 120
KRAZATI .....	71	LEVITRA .....	198
KRINTAFEL .....	63	levobunolol .....	136
KRISTALOSE .....	151	levocarnitine .....	204
KRYSTEXXA .....	32	levofloxacin .....	37, 46
K-TAB .....	143	levoleucovorin .....	197
KUVAN .....	203	levonorgestrel/ethin.estradiol .....	124
KYLEENA .....	125	LEVOPHED .....	91
KYNAMRO .....	111	levothyroxine .....	195
KYNMOBI .....	79	LEVSIN .....	149
KYPROLIS .....	74	LEVULAN .....	78
KYZATREX .....	155	LEXAPRO .....	172
<b>L</b>		LEXETTE .....	191
LACRISERT .....	133	LEXISCAN .....	127
lactulose .....	145, 151, 152	LEXIVA .....	84
LAMICTAL .....	120	LIALDA .....	150
lamivudine .....	82, 83, 87	LIBRAX .....	145
lamivudine/zidovudine .....	82	LIBTAYO .....	75
lamotrigine .....	120	LICART .....	185
LAMPIT .....	64	lidocaine .....	27, 28, 30, 98, 128, 143, 154, 192
LAMZEDE .....	202	LIDOCAINE .....	26, 27, 28, 143, 154
LANOXIN .....	101	lidocaine 5% ointment .....	30
lansoprazole .....	148, 153	lidocaine hcl .....	30
lansoprazole/amoxiciln/clarith .....	148	LILETTA .....	125
lanthanum .....	141	LINCOCIN .....	43
LANTUS .....	62	lincomycin .....	43
lapatinib .....	74, 75	lindane .....	193
LASIX .....	131	linezolid .....	44, 45
LASTACAFT .....	57	LINZESS .....	151
latanoprost .....	136	LIORESAL .....	168
LATUDA .....	179	liothyronine .....	195
LAZANDA .....	24	LIPIODOL .....	128
LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR .....	86	LIPITOR .....	112

## Índice de medicamentos

LIPOFEN.....	114	LUCENTIS.....	137
LIQREV.....	103	LULICONAZOLE.....	56
LIQUID E-Z PAQUE.....	129	LUMASON.....	128
LIQUID POLIBAR PLUS.....	129	LUMIGAN.....	136
lisinopril.....	104, 107	LUMIZYME.....	202
lisinopril/hydrochlorothiazide.....	104	LUMOXITI.....	75
lissamine.....	129	LUMRYZ.....	182
lithium.....	170	LUNESTA.....	183
LITHOBID.....	170	LUNSUMIO.....	76
LITHOSTAT.....	145	LUPANETA.....	160
LIVALO.....	112	LUPKYNIS.....	165
Livmarli.....	151	LUPRON.....	73, 160, 161
LIVTENCITY.....	85	lurasidone.....	179
l-norgest/e.estradiol-e.estrad.....	124	LUTATHERA.....	198
LOCOID.....	191	LUXIQ.....	192
LOCORT.....	159	LUZU.....	56
LODINE.....	33	LYMPHAZURIN.....	128
LODOSYN.....	81	LYNPARZA.....	74
LOESTRIN.....	124	LYRICA.....	120, 206
LOKELMA.....	141	LYSODREN.....	76
LO LOESTRIN FE.....	124	LYSTEDA.....	95
LOMOTIL.....	146	LYTGObI.....	74
LONHALA MAGNAIR.....	34	LYUMJEV.....	62
LONSURF.....	70	LYVISPAH.....	168
loperamide.....	146	<b>M</b>	
LOPID.....	114	MACROBID.....	44
lopinavir/ritonavir.....	84	MACRODANTIN.....	44
LOPRESSOR.....	109	mafenide.....	50, 51
LOPROX.....	56	MAGELLAN.....	167
lorazepam.....	169, 170, 183	magnesium.....	142, 153
LORAZEPAM.....	183	MAGNESIUM.....	142
LORBRENA.....	74	MAGNEVIST.....	128
LOREEV.....	170	MAKENA.....	163
LORTAB.....	22	MALARONE.....	63
LORZONE.....	168	malathion.....	193
losartan.....	106, 107	manganese chloride.....	142
losartan/hydrochlorothiazide.....	106	manganese sulfate.....	142
LOSEASONIQUE.....	124	mannitol.....	131, 205
LOTEMAX.....	134	maprotiline.....	175
LOTENSIN.....	104, 107	MARCAINE.....	28
loteprednol.....	134	MARGENZA.....	72
LOTRONEX.....	151	MARINOL.....	146
lovastatin.....	112	MARPLAN.....	170
LOVAZA.....	145	MARQIBO.....	72
LOVENOX.....	52, 53	MATULANE.....	77
loxapine.....	181	MAVENCLAD.....	116
lubiprostone.....	152	MAVYRET.....	87
LUBIPROSTONE.....	152	MAXALT.....	20
LUCEMYRA.....	206	MAXIDEX.....	134

## Índice de medicamentos

MAXIPIME .....	42	METHITEST .....	155
MAXZIDE .....	132	meth/meblue/sod phos/psal/hyos .....	39
MAYZENT .....	116	methocarbamol .....	168
meclofenamate sodium .....	33	METHOHEXITAL-STERILE WATER .....	26
MEDIHONEY .....	189	methotrexate .....	70
MEDROL .....	158, 159, 160	methoxsalen .....	184
MEDROLOAN .....	159	methscopolamine .....	149
medroxyprogesterone .....	123, 161, 162	methyl.....	187
mefenamic acid .....	21	methyldopa.....	108
mefloquine.....	63	methyldopate .....	108
megestrol acetate .....	78, 208	methylene.....	200
MEKINIST.....	71	methylergonovine .....	161
MEKTOVI.....	71	METHYLIN .....	176
meloxicam .....	33	methylphenidate .....	176, 177
melphalan.....	67, 68	METHYLPHENIDATE .....	177
memantine .....	114	methylprednisolone .....	159
MEMBRANEBLUE .....	138	methyltestosterone.....	155, 156
MENACTRA.....	93	metoclopramide .....	151
MENEST .....	157	metolazone .....	132
MENOPUR .....	163	METOPIRONE.....	130
MENOSTAR.....	157	metoprolol .....	109, 110
MENQUADFI.....	93	METROCREAM.....	189
MENVEO.....	93	METROGEL .....	48, 189
meperidine hcl.....	24	metronidazole.....	39, 48, 189
MEPHYTON .....	209	metronidazole/sodium chloride.....	39
mepivacaine.....	28, 29	metyrosine .....	108
meprobamate .....	170	mexiletine .....	98
MEPRON.....	64	MEZPAROX-HC.....	192
MEPSEVII.....	202	MIACALCIN .....	163
mercaptopurine .....	70	micafungin.....	55
meropenem .....	40	MICARDIS.....	106, 107, 108
MEROPENEM.....	40	miconazole.....	54
MERREM.....	40	MICONAZOLE-ZINC OXIDE-PETROLTM .....	56
mesalamine .....	149, 150	MICRHOGAM.....	92
mesna.....	197	MICROGESTIN.....	124
MESNEX .....	197	midazolam.....	26
MESTINON.....	88	midodrine .....	90
METASTRON .....	198	MIFEPREX.....	200
metaxalone .....	168	mifepristone.....	200
metformin.....	59, 60	miglitol.....	58
methadone hcl.....	24	miglustat.....	201
methamphetamine .....	90	MIGRANAL .....	20
methazolamide.....	131	millipred.....	159
methenamine hippurate .....	39	MILLIPRED.....	159
methenamine mandelate.....	39	milrinone.....	101
methenam/m.blue/salicyl/hyoscy .....	39	MIMYX .....	187
methenam/sod phos/mblue/hyoscy.....	39	MINASTRIN .....	124
methen/mblue/sal/sod phos/hyos .....	39	MINILINK.....	167
methimazole.....	194	MINIMED.....	167

## Índice de medicamentos

MINIPRESS.....	105	MUPLETA.....	123
MINITRAN.....	102	MULTAQ.....	98
MINIVELLE.....	157	MULTIHANCE.....	128
MINOCIN.....	47	multitrace.....	142
minocycline.....	47, 48	MULTITRACE.....	142
MINOCYCLINE.....	47	multivit infusn, adult 1, vit k.....	209
MINOLIRA.....	48	mupirocin.....	50
minoxidil.....	108	MURI-LUBE MINERAL OIL.....	204
MIOCHOL-E.....	136	MUSE.....	198
MIRAPEX.....	79, 80	MUTAMYCIN.....	66
MIRCERA.....	122	MVASI.....	67
MIRCETTE.....	124	M.V.I. PEDIATRIC.....	209
MIRENA.....	125	mvn no.53/iron/folic/dss/dha.....	209
mirtazapine.....	169	MYALEPT.....	163
misoprostol.....	33, 148	MYAMBUTOL.....	40
MITIGARE.....	32	MYCAMINE.....	55
MITIGO.....	24	MYCAPSSA.....	162
mitomycin.....	66	mycophenolate.....	164, 165
MITOSOL.....	137	MYDAYIS.....	90
mitoxantrone.....	77	MYDRIACYL.....	137
MIVACRON.....	91	Myfembree.....	160
M-M-R II VACCINE.....	95	MYFORTIC.....	165
MOBIC.....	33	MYLERAN.....	68
modafinil.....	182	MYLOTARG.....	72
MODERNA.....	93	MYOBLOC.....	91
moexipril.....	107	MYORISAN.....	185
molindone.....	182	MYOVIEW.....	127
MOLNUPIRAVIR.....	87	MYRBETRIQ.....	207
mometasone.....	133, 192	MYSOLINE.....	120
MONJUVI.....	70	MYTESI.....	146
MONODOX.....	48	<b>N</b>	
MONOJECT.....	167	nabumetone.....	33
MONOVISC.....	31	nadolol.....	109, 110
MONSEL'S.....	97	nafcillin.....	45, 62
montelukast sodium.....	36	naftifine.....	56
MONUROL.....	39	NAFTIN.....	56
MORPHABOND ER.....	24	NAGLAZYME.....	202
morphine sulfate.....	24	nalbuphine.....	24
MOTEGRITY.....	151	NALFON.....	33
MOTOFEN.....	146	NALOCET.....	22
MOVANTIK.....	53	naloxone.....	24, 53, 206, 207
MOVIPREP.....	152	NALOXONE.....	53
MOXATAG.....	45	naltrexone.....	53
MOXEZA.....	37	NAMENDA.....	114, 115
moxifloxacin.....	46	NAMZARIC.....	115
MOXIFLOXACIN.....	46	NAPROSYN.....	33
moxifloxacin hcl.....	38	naproxen.....	20, 33, 34
MOZOBIL.....	123	naratriptan.....	20
MS CONTIN.....	24	NARCAN.....	54

## Índice de medicamentos

NARDIL.....	170	NGENLA.....	160
NAROPIN.....	29	niacin.....	114
NASCOBAL.....	209	NIACOR.....	114
NASONEX.....	133	NIASPAN.....	114
NATACYN.....	54	NICARDIPIN.....	100
NATAZIA.....	124	nicardipine.....	99, 100
nateglinide.....	59	NICARDIPINE.....	100
NATESTO.....	155	NICOTROL.....	194
NATROBA.....	78	nifedipine.....	99, 100
NAVELBINE.....	72	NILANDRON.....	68
NAYZILAM.....	118	nilutamide.....	68
NEBUPENT.....	64	NIMBEX.....	91
nebusal.....	201	nimodipine.....	100
NEBUSAL.....	201	NINLARO.....	74
nefazodone.....	173	NIPENT.....	70
NEMBUTAL.....	182	nisoldipine.....	100
neomycin.....	37, 38, 184	nitazoxanide.....	78
neomycin/bacit/p-myx/hydrocort.....	37	NITHIODOLE.....	203
neomycin/polymyxin b/dexametha.....	37	nitisinone.....	201
neomycin/polymyxin b/hydrocort.....	37	NITRO-DUR.....	102
neomycin/polymyxin b/gramicidin.....	38	nitrofurantoin.....	44
neomycin sulf/bacitracin/poly.....	38	nitroglycerin.....	102
NEOPROFEN.....	110	NITROLINGUAL.....	102
NEORAL.....	165	NITROMIST.....	102
neostigmine.....	88, 89	NITROPRESS.....	108
NEOSTIGMINE.....	88, 89	nitroprusside.....	108
NEO-SYNALAR.....	50	NITROSTAT.....	102
NERLYNX.....	74	NITYR.....	201
NESACAINE.....	29	NIVESTYM.....	123
NESINA.....	59	nizatidine.....	150
NETSPOT.....	128	NOCDURNA.....	156
neuac.....	186	NOCTIVA.....	156
NEUAC.....	186	NORCO.....	22
NEULASTA.....	122	NORDITROPIN.....	160
NEULUMEX.....	129	norelgestromin/ethin.estradiol.....	125
NEUPOGEN.....	123	norepinephrine.....	91
NEUPRO.....	80	NOREPINEPHRINE.....	91
NEUROLITE.....	127	noreth-ethinyl.....	124
NEURONTIN.....	120	norethind-eth.....	124, 157
NEVANAC.....	134	norethindrone.....	124, 157, 161
nevirapine.....	83	norethin-ee.....	124
NEXAVAR.....	74	norethin-eth estrad 1 mg-5 mcg.....	157
NEXAVIR.....	203	NORGESIC.....	168
NEXIUM.....	153	norgestimate-ethinyl estradiol.....	125
NEXLETOL.....	111	norgestrel-ethinyl estradiol.....	125
NEXLIZET.....	112	NORITATE.....	189
NEXPLANON.....	123	NORLIQVA.....	100
NEXTERONE.....	98	NORMOSOL.....	142
Nextstellis.....	124	NORPACE.....	98

## Índice de medicamentos

NORPRAMIN.....	175	olanzapine.....	179, 180, 182
NORTHERA.....	90	olmesartan.....	105, 106, 107, 108
nortriptyline.....	175	olmesartan/amlodipin/hcthiazid.....	105
NORVASC.....	100	olmesartan-hctz.....	106
NORVIR.....	84	olopatadine.....	57, 132
NOURIANZ.....	80	OLUMIANT.....	32
NOVAREL.....	163	OLUX.....	192
NOVOLOG.....	62, 167	OMECLAMOX-PAK.....	148
NOVOPEN.....	167	omega-3 acid ethyl esters.....	145
NOXAFIL.....	54	OMEGAVEN.....	151
NPLATE.....	123	omeppi.....	153
NUBEQA.....	69	omeprazole.....	153, 154
NUCALA.....	36	OMIDRIA.....	135
NUCORT.....	192	OMISIRGE.....	97
NUCYNTA.....	24	OMNARIS.....	133
NUCYNTA ER.....	24	OMNIPAQUE.....	127
NUDEXTA.....	115	OMNIPOD.....	167
NULEV.....	149	OMNIPRED.....	134
NULIBRY.....	202	OMNISCAN.....	128
NULOJIX.....	165	OMNITROPE.....	160
NULYTELY.....	152	ONCASPAR.....	77
NUMOISYN.....	199	ondansetron.....	147
NUPLAZID.....	171	ONDANSETRON.....	147
NURTEC.....	20	ONEXTON.....	186
NUTRILIPID.....	151	ONFI.....	118
NUTROPIN.....	160	ONGENTYS.....	80
NUVARING.....	123	ONGLYZA.....	59
NUVESSA.....	48	ONIVYDE.....	72
NUVIGIL.....	182	ONPATTRO.....	200
NUZYRA.....	48	ONTRUZANT.....	72
NYMALIZE.....	100	ONUREG.....	70
nystatin.....	55, 56	ONZETRA.....	20
NYVEPRIA.....	123	OPDIVO.....	75
<b>O</b>		opium.....	24, 146
OBREDON.....	126	opium/belladonna alkaloids.....	24
OBSTETRIX.....	169, 209	OPSUMIT.....	103
OBTREX.....	169	OPTIMARK.....	128
OALIVA.....	150	OPTIRAY.....	127
OCREVUS.....	116	OPTISON.....	127
OCTREOSCAN.....	130	ORABLOC.....	29
octreotide.....	162	ORACEA.....	48
OCUFLOX.....	38	ORACIT.....	144
ODACTRA.....	92	ORALAIR.....	92
ODEFSEY.....	84	ORAMAGICRX.....	199
ODOMZO.....	71	ORAPRED.....	159
OFEV.....	196	ORAVIG.....	54
OFIRMEV.....	18	ORBACTIV.....	43
ofloxacin.....	38, 46	ORENCIA.....	32
OGIVRI.....	72	ORENITRAM.....	103



## Índice de medicamentos

ORFADIN.....	201
ORGOVYX.....	73
ORIAHNN.....	160
ORILISSA.....	161
ORKAMBI.....	196
ORLADEYO.....	197
orphenadrine.....	168
ORTHO MICRONOR.....	125
ORTHOVISC.....	31
ORTIKOS.....	159
oseltamivir.....	85, 86
OSENI.....	57
osmitrol.....	131
OSMITROL.....	131
OSMOLEX.....	80
OSMOPREP.....	152
OSPHENA.....	200
OTEZLA.....	31
OTOVEL.....	37
OTREXUP.....	31
OVACE.....	186
OVIDE.....	193
OVIDREL.....	163
oxacillin.....	45
oxaliplatin.....	68
oxandrolone.....	155
oxaprozin.....	33, 34
OXAYDO.....	24
oxazepam.....	170
OXBRYTA.....	96
oxcarbazepine.....	120, 121
OXERVATE.....	137
oxiconazole.....	56
OXISTAT.....	56
OXSORALEN-ULTRA.....	184
OXTELLAR.....	120
oxybutynin.....	208
oxycodone.....	24
oxycodone hcl.....	22, 24
oxycodone hcl/acetaminophen.....	22
oxycodone hcl/aspirin.....	22
OXYCODONE HCL ER.....	24
oxymorphone hcl.....	24
oxytocin.....	161
OXYTOCIN.....	161
OXYTROL.....	208
OZEMPIC.....	58
OZOBAX.....	168
OZURDEX.....	134

## P

pacerone.....	98
paclitaxel.....	77
PACNEX.....	188
PADCEV.....	76
PAIN EASE MEDIUM STREAM SPRAY.....	30
PALFORZIA.....	92
paliperidone.....	179
palonosetron.....	146, 147
PALYNZIQ.....	92
PAMELOR.....	175
pamidronate disodium.....	205
PANCREAZE.....	152
pancuronium.....	91
PANDEL.....	192
PANHEMATIN.....	197
PANRETIN.....	78
pantoprazole.....	153
papaverine.....	110
PARADIGM.....	167
PARAGARD.....	125
paregoric.....	146
PAREMYD.....	137
parenteral.....	140
paricalcitol.....	199, 200
PARICALCITOL.....	199
PARLODEL.....	80
PARNATE.....	170
paromomycin.....	63
paroxetine.....	172, 202
PARSABIV.....	199
PASER.....	40
PATADAY.....	57
PATANASE.....	132
PATANOL.....	57
PAXIL.....	172
PAXLOVID.....	87
PAZEO.....	57
P-CARE.....	159
PCE.....	44
PEDIARIX.....	95
PEDITRACE.....	142
PEDVAXHIB.....	95
peg3350/sod sulf, bicarb, cl/kcl.....	152
peg3350/sod sul/nacl/kcl/asb/c.....	152
PEGANONE.....	120
PEGASYS.....	87
PEGINTRON.....	87
PEMAZYRE.....	74

## Índice de medicamentos

penicillamine .....	31	PHOTOFRIN .....	77
penicillin.....	45	PHOXILLUM.....	144
PENICILLIN .....	45	PHYSICIANS EZ USE B-12 .....	209
PENNSAID .....	185	PHYSIOLYTE.....	184
PENTACEL .....	95	PHYSIOSOL.....	184
PENTAM .....	64	physostigmine .....	89
pentamidine isethionate .....	64	phytonadione.....	209, 210
PENTASA .....	150	PHYTONADIONE .....	209
pentazocine hcl/naloxone hcl .....	24	PICATO .....	78
PENTETATE .....	203	PIFELTRO.....	83
pentobarbital .....	182	pilocarpine .....	92, 136
pentoxifylline .....	97	pimecrolimus .....	164
PEPAXTO.....	68	pimozide .....	178
PEPCID.....	150	pindolol .....	109
PERCOCET .....	22	pioglitazone .....	59, 60
PERIDEX.....	198	pioglitazone hcl/glimepiride .....	60
PERIKABIVEN.....	140	pioglitazone hcl/metformin hcl .....	59
perindopril .....	107	piperacillin sodium/tazobactam .....	45
perit.....	144	PIPERACILLIN-TAZOBACTAM .....	46
periton.dialysis.....	144	PIQRAY .....	74
PERJETA .....	72	pirfenidone .....	200
permethrin .....	78	piroxicam.....	33, 34
perphenazine .....	174, 182	PITOCIN.....	161
perphenazine/amitriptyline hcl .....	174	PLAQUENIL .....	63
PERSERIS .....	179	PLASMA .....	142
PERTZYE .....	152	PLAVIX.....	81
PEXEVA.....	172, 173	PLEGISOL.....	101
PFIZER .....	93	PLEGRIDY .....	116
PH 12 DILUENT FOR FLOLAN.....	201	PLENAMINE.....	140
PHARMABASE.....	188	PLENVU .....	152
PHEBURANE .....	145, 200	PLIXDA .....	193
phenazopyridine hcl .....	30	PNEUMOVAX.....	93
phenelzine .....	170	pnv .....	169
PHENERGAN.....	57	POD-CARE .....	159
phenobarb/hyoscy/atropine/scop .....	149	PODOCON .....	188
phenobarbital .....	149, 182	podofilox.....	188
phenobarbital-belladonna elixr .....	149	POLIBAR.....	129
PHENOBARBITAL-BELLADONNA ELIXR .....	149	POLIVY .....	76
phenoxybenzamine .....	90	POLOCAINE.....	29
phentolamine .....	90	polydimethylsiloxanes/silicon.....	188
phenylephrine.....	56, 102, 135	polymyxin .....	46, 184
PHENYLEPHRINE.....	102	POMALYST.....	73
phenylephrine hcl/prometh hcl .....	56	Ponvory .....	116
PHENYTEK.....	120	PORTRAZZA .....	72
phenytoin .....	119, 120, 121	posaconazole .....	54
PHESGO .....	72	potassium .....	21, 45, 107, 139, 142, 143, 144, 145, 193
PHEXXI.....	123	POTASSIUM .....	101, 143
PHOSLYRA .....	141	POTELIGEO.....	76
PHOSPHOLINE.....	136	PRADAXA .....	53

## Índice de medicamentos

PRALIDOXIME .....	201	probenecid/colchicine .....	34
PRALUENT .....	111	PROBUPHINE .....	207
pramipexole .....	79, 80	procainamide .....	98
PRAMOSONE .....	192	PROCALAMINE .....	140
prasugrel .....	81	PROCARDIA .....	100
PRAVACHOL .....	112	PRO-C-DURE 5 .....	159
pravastatin .....	112	PRO-C-DURE 6 .....	159
PRAXBIND .....	97	prochlorperazine .....	146, 147
praziquantel .....	63	PROCORT .....	154
prazosin .....	105	PROCRIT .....	122
PR BENZOYL PEROXIDE .....	188	PROCTOFOAM-HC .....	154
PRECEDEX .....	183	PROCYSBI .....	207
PRECOSE .....	58	progesterone .....	161, 162
PRED .....	134	PROGLYCEM .....	139
PRED FORTE .....	134	PROGRAF .....	165
PRED MILD .....	134	PROHANCE .....	128
prednicarbate .....	190, 192	PROLASTIN .....	196
prednisolone .....	37, 134, 159	PROLENSA .....	134
prednisone .....	159	PROLEUKIN .....	77
PREFEST .....	157	PROLIA .....	205
pregabalin .....	120, 121	PROMACTA .....	123
PREGNYL .....	163	promethazine .....	57, 126, 147
PREMARIN .....	157, 162	PROMETRIUM .....	162
PREMPHASE .....	157	PROMISEB .....	186
PREMPRO .....	157	propafenone .....	98
prenatal .....	169	propantheline bromide .....	145
PRENATAL .....	169	proparacaine/fluorescein sod .....	135
prenatal 12/iron/folic/dss/om3 (Obtrex Dha) .....	169	proparacaine hcl .....	134, 135
PREPIDIL .....	161	propofol .....	26
PREPOPIK .....	152	PROPOFOL .....	26
PRESTALIA .....	104	propranolol .....	109, 110
PRETOMANID .....	40	propylthiouracil .....	194
PREVACID .....	153	PROQUAD .....	95
PREVIDENT .....	138, 139	PROSCAR .....	207
PREVNAR .....	93	PROSOL .....	140
PREVYMIS .....	85, 86	PROSTASCINT .....	130
PREZCOBIX .....	82	PROSTIN .....	161
PREZISTA .....	82	protamine .....	96
PRIALT .....	18	protectives2/ceramide 1, 3, 6-ii .....	188
PRIFTIN .....	40	PROTONIX .....	153
PRILOSEC .....	153	PROTOPAM .....	201
PRIMAXIN .....	41	PROTOPIC .....	164
primidone .....	120	protriptyline .....	175
PRIMLEV .....	22	PROVAYBLUE .....	200
PRIMSOL .....	39	PROVERA .....	123, 161, 162
PRINIVIL .....	107	PROVIGIL .....	182
PRISMASOL .....	144	PROVISC .....	138
PRISTIQ .....	174	PROVOCHOLINE .....	128
probenecid .....	34	PROZAC .....	173

## Índice de medicamentos

PSORCON.....	192	RAGWITEK.....	92
PULMICORT.....	36	raloxifene.....	205
PULMOZYME.....	196	ramelteon.....	182
PURIXAN.....	70	ramipril.....	106, 107
pyrazinamide.....	40	RANEXA.....	97
PYRIDIUM.....	30	ranitidine.....	150
pyridostigmine.....	88, 89	ranolazine.....	97
PYRIDOSTIGMINE.....	89	RAPAFLO.....	207
pyridoxine.....	146	RAPAMUNE.....	165
pyrimethamine.....	63, 64	RAPIVAB.....	86
P		RAPLIXA.....	97
QALSODY.....	115	rasagiline.....	79, 80
QBRELIS.....	107	RASUVO.....	31
QBREXZA.....	189	RAVICTI.....	145
QDOLO.....	24	RAYALDEE.....	199
QELBREE.....	169	RAYOS.....	159
QINLOCK.....	74	RAZADYNE.....	89
QMIIZ ODT.....	34	READI-CAT 2.....	129
QNASL.....	133	READYSHARP BETAMETHASONE.....	159
QTERN.....	59	REBIF.....	116
QUADRACEL.....	95	REBLOZYL.....	197
QUADRAMET.....	198	RECARBRIO.....	41
QUALAQUIN.....	64	RECLAST.....	205
QUARTETTE.....	125	RECOMBIVAX.....	95
quazepam.....	183	RECORLEV.....	154
QUAZEPAM.....	183	RECOTHROM.....	97
QUDEXY.....	121	RECTIV.....	152
QUELICIN.....	92	REDITREX.....	31
QUESTRAN.....	113	REGLAN.....	151
quetiapine.....	179, 180	REGRANEX.....	187
QUILLICHEW.....	177	RELAGARD.....	63
QUILLIVANT.....	177	RELENZA.....	86
quinapril.....	104, 106, 107	RELEXII.....	177
quinapril/hydrochlorothiazide.....	104	RELISTOR.....	53
quinidine.....	98	RELPAK.....	20
quinine sulfate.....	64	RELTONE.....	149
QULIPTA.....	20	RELYVRIO.....	115
QUTENZA.....	187	REMERON.....	169
QUVIVIQ.....	183	REMICADE.....	65
QUZYTIR.....	57	remifentanil.....	23
QVAR.....	36	REMODULIN.....	103, 201
R		RENACIDIN.....	144
rabeprazole.....	152, 154	RENAGEL.....	141
RABEPRAZOLE.....	154	RENFLEXIS.....	65
RADIAGEL.....	203	REVELA.....	141
RADIAPLEXRX.....	188	repaglinide.....	59, 60
RADICAVA.....	115	REPATHA.....	111
RADICAVA ORS.....	115	REPLACEMENT PEDIATRIC MONITOR.....	167
RADIOGARDASE.....	203	RESPA.....	125

## Índice de medicamentos

RESTASIS .....	137	ROCKLATAN .....	136
RESTIZAN .....	187	rocuronium.....	92
RESTORIL .....	183	ROMIDEPSIN .....	67
RETACRIT .....	122	ropinirole .....	80
RETAVASE .....	97	ropivacaine.....	29
RETEVMO .....	74	ROPIVACAINE .....	29
RETIN-A .....	193, 194	ROSANIL .....	50
RETROVIR .....	83	rosuvastatin.....	112
REVATIO .....	103	Roszet.....	111
REVCIVI .....	202	ROTARIX.....	93
REVLIMID .....	73	ROTATEQ.....	93
REXULTI .....	181	ROWASA.....	149
REYATAZ .....	84	ROXICODONE .....	24
REYVOW .....	20	ROXYBOND .....	24
REZLIDHIA .....	75	ROZEREM .....	182
REZUROCK.....	207	ROZLYTREK .....	74
REZVOGLAR.....	58	RUBRACA .....	74
R-GENE 10.....	130	RUCONEST .....	197
RHOGAM .....	92	rufinamide .....	118, 121
RHOPHYLAC .....	92	RUKOBIA.....	82
RHOPRESSA.....	136	RUXIENCE .....	66
RIABNI .....	66	RUZURGI.....	117
RIASTAP .....	95	RYALTRIS.....	132
ribasphere .....	87	RYANODEX.....	168
ribavirin .....	87	RYBELSUS.....	58
RIDAURA .....	32	RYCLORA.....	57
rifabutin.....	40	RYDAPT .....	74
RIFADIN .....	40	RYTARY.....	80
RIFAMATE .....	40	RYTHMOL.....	98
rifampin.....	40	RYVENT .....	57
RIFATER.....	40	S	
RILUTEK .....	115	SABRIL.....	121
riluzole.....	115	SAF-CLENS AF.....	189
rimantadine .....	85, 86	SAFYRAL .....	125
RIMSO-50.....	25	SAIZEN.....	160
ringer's solution .....	142, 184	SALAGEN.....	92
RINVOQ.....	32	salicylic acid .....	188
RIOMET.....	59	SALIMEZ.....	188
risedronate sodium.....	205	SALKERA .....	188
RISPERDAL .....	179	salsalate .....	31
risperidone.....	179	SALVAX.....	188
RITALIN.....	177	SAMSCA .....	130
ritonavir .....	84	SANCUSO .....	147
RITUXAN.....	66	SANDIMMUNE .....	165
rivastigmine .....	88, 89	SANDOSTATIN .....	162
rizatriptan benzoate.....	20	SANTYL .....	193
ROBAXIN .....	168	SAPHRIS .....	180
ROBINUL.....	145	sapropterin.....	203
ROCALTROL .....	209	SARAFEM .....	173

## Índice de medicamentos

SARCLISA .....	69	SINUVA .....	133
SAVAYSA .....	51	sirolimus .....	165
SAVELLA .....	206	SIRTURO .....	40
SCALACORT .....	192	SITAVIG .....	86
SCSEMBLIX .....	74	SITZMARKS .....	129
SCLEROSOL .....	197	SIVEXTRO .....	45
scopolamine .....	147	SKELAXIN .....	168
SEASONIQUE .....	125	SKLICE .....	79
secobarbital .....	182	SKYCLARYS .....	203
SECUADO .....	180	SKYLA .....	125
SEGLENTIS .....	22	SKYRIZI .....	184
SEGLUROMET .....	60	SKYTROFA .....	160
selegiline .....	80	SLYND .....	125
SELENIOS .....	142	SMOFLIPID .....	151
selenium .....	186	sodium .....	39, 40,
SELZENTRY .....	82	41, 42, 45, 50, 51, 52, 53, 55, 62, 70, 78, 85, 103, 107, 108, 109, 112, 114, 116, 118,	
SEMGLEE .....	62	119, 120, 121, 122, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 138, 139, 141, 144, 145, 152,	
SEN-SERTER .....	167	153, 154, 159, 164, 165, 168, 182, 184, 185, 186, 193, 195, 201, 203, 204, 205	
SENSIPAR .....	199	SODIUM .....	26, 31, 41, 51, 52, 53, 116, 131, 132, 143, 144, 182, 200, 204
SENSORC .....	29, 30	SODIUM CITRATE .....	51
sensorcaine .....	28, 29	SODIUM DIURIL .....	132
SENSORCAINE .....	29, 30	SODIUM EDECRIN .....	131
SENSORCN-MPF .....	30	sodium fluoride/potassium nit .....	139
SEREVENT DISKUS .....	35	SODIUM HYALURONATE .....	31
SERNIVO .....	192	SODIUM OXYBATE .....	182
SEROQUEL .....	180	sodium tetradecyl sulfate .....	114
SEROSTIM .....	160	sodium thiosulf .....	203
sertraline .....	173	sod phosphate, monobasic-dibas .....	143
sevelamer .....	141	sod, pot chlor/mag/sod, pot phos .....	184
sevoflurane .....	26	SOFOSBUVIR-VELPATASVIR .....	87
SEYSARA .....	48	SOF-SENSOR .....	167
SFROWASA .....	149	SOGROYA .....	160
SHINGRIX .....	95	solifenacin .....	208
SIGNIFOR .....	162	SOLIQUA .....	58
SIKLOS .....	96	SOLIRIS .....	96
sildenafil .....	103, 198	SOLODYN .....	48
SILENOR .....	183	SOLOSEC .....	38
silodosin .....	207	SOLOXIDE .....	48
SILVADENE .....	50	SOLTAMOX .....	77
silver nitrate .....	188, 193	SOLU-CORTEF .....	159
silver sulfadiazine .....	50	SOLU-MEDROL .....	160
SIMBRINZA .....	136	SOMA .....	168
SIMPONI .....	65	SOMATULINE .....	162
SIMULECT .....	164	SOMAVERT .....	199
simvastatin .....	111, 113	SOOLANTRA .....	189
SIMVASTATIN .....	113	SORBITOL .....	184
SINEMET .....	80	SORIATANE .....	184
SINGULAIR .....	36	SORILUX .....	186
SINOGRAFIN .....	126	sotalol .....	109

## Índice de medicamentos

SOTALOL .....	109	sulfadiazine .....	38, 50
SOTRADECOL .....	114	sulfamethoxazole/trimethoprim .....	38
SOTYKU .....	184	SULFAMYLON .....	51
SOTYLIZE .....	109	sulfasalazine .....	150
SOVALDI .....	86	sulindac .....	34
spinosad .....	78, 79	sumatriptan .....	19, 20
SPINRAZA .....	201	SUMAVEL .....	20
SPIRIVA RESPIMAT .....	34	SUNLENCA .....	81
spironolact/hydrochlorothiazid .....	132	SUNOSI .....	182
spironolactone .....	131, 132	SUPARTZ FX .....	32
SPORANOX .....	54	SUPPRELIN .....	161
SPRAVATO .....	170	SUPRANE .....	26
SPRITAM .....	121	SUPRAX .....	42
SPRIX .....	21	SUPREP .....	152
SPRYCEL .....	74	SURGIFOAM .....	97
sps .....	141	SURGISEAL .....	189
SSKI .....	142	SURVANTA .....	196
STALEVO .....	80	SUSTIVA .....	83
STARLIX .....	59	SUSTOL .....	147
stavudine .....	83	SUTAB .....	152
STEGLATRO .....	58	SUTENT .....	74
STEGLUJAN .....	59	SWABFLUSH .....	144
STELARA .....	164	SYFOVRE .....	137
STENDRA .....	198	SYLVANT .....	75
STERILE .....	23, 26, 41, 89, 197	SYMAX .....	149
STERITALC .....	197	SYMBICORT .....	35
STIMATE .....	156	SYMBYAX .....	182
STIMUFEND .....	123	SYMDEKO .....	196
STIOLTO RESPIMAT .....	35	SYMFI .....	84, 85
STIVARGA .....	74	SYMJEPI .....	88
STRATTERA .....	178	SYMLINPEN .....	58
STRENSIQ .....	202	SYMPAZAN .....	118
STREPTOMYCIN SULFATE .....	38	SYMPROIC .....	53
STRIBILD .....	85	SYMTUZA .....	82
STROMEKTOL .....	63	SYNAGIS .....	85
strontium-89 chloride .....	198	SYNALAR .....	50, 192
SUBLOCADE .....	207	SYNAREL .....	160
SUBOXONE .....	207	SYNDROS .....	146
SUBSYS .....	24	SYNERA .....	30
succinylcholine .....	92	SYNERCID .....	47
SUCCINYLCHOLINE .....	92	SYNJARDY .....	60
SUCRAID .....	150	SYNOJOYNT .....	32
sucrafate .....	148	SYNRIBO .....	77
sufentanil .....	23	SYNTHROID .....	195
SULAR .....	100	SYNVISC .....	32
SULCONAZOLE .....	56	SYPRINE .....	203
sulfacetamide .....	37, 50, 51, 185, 186	SYRINGE AVITENE .....	97
sulfact sod/sulur/avob/otn/oct .....	51		

T

## Índice de medicamentos

TABLOID.....	70	telmisartan-hctz.....	106
TABRECTA.....	74	temazepam.....	183
TACHOSIL.....	97	TEMIXYS.....	82
TACLONEX.....	193	TEMODAR.....	68
tacrolimus.....	164, 165	TEMOVATE.....	192
tadalafil.....	103, 198	temozolomide.....	68
TADLIQ.....	103	temsirolimus.....	71
TAFINLAR.....	70	TENIPOSIDE.....	77
TAGITOL.....	129	TENIVAC.....	95
TAGRISSO.....	74	tenofovir.....	82, 83
TAKHZYRO.....	92	TENORETIC.....	110
TALICIA.....	148	TENORMIN.....	109
TALTZ.....	184	TEPADINA.....	68
TALZENNA.....	74	TEPEZZA.....	199
TAMIFLU.....	86	TEPMETKO.....	75
tamoxifen.....	77	terazosin.....	105
tamsulosin.....	207	terbinafine.....	54
TAPAZOLE.....	194	terconazole.....	54
TAPERDEX.....	160	TERIPARATIDE.....	199
TARCEVA.....	75	TERSI.....	186
TARGADOX.....	48	TESSALON.....	125
TARGRETIN.....	66, 78	TESTIM.....	155
TARKA.....	104	TESTOPEL.....	155
TARPEYO.....	154	testosterone.....	155, 156
TASIGNA.....	75	TESTOSTERONE.....	155, 156
tasimelteon.....	182	TESTRED.....	156
TASMAR.....	80	tetrabenazine.....	115
tavaborole.....	56	tetracaine.....	30, 135
TAVALISSE.....	197	tetracycline.....	48
TAVNEOS.....	96	TETRAVISC.....	135
TAXOTERE.....	77	TEXACORT.....	192
TAYTULLA.....	125	THALITONE.....	132
tazarotene.....	186	THALLOUS.....	127
TAZAROTENE.....	194	THALOMID.....	40
TAZORAC.....	186	THAM.....	139
TAZVERIK.....	71	THEO-24.....	36
TC99M.....	126, 127, 128	theophylline.....	36
TC99M MEBROFENIN PREP.....	126	thiamine.....	209
TDVAX.....	95	thioridazine.....	182
TECENTRIQ.....	77	thiotepa.....	68
TECFIDERA.....	116	thiothixene.....	181
TECHNELITE.....	204	THROMBI-GEL.....	97
TEFLARO.....	42	THROMBIN-JMI.....	97
TEGRETOL.....	121	THROMBI-PAD.....	97
TEGSEDI.....	200	THYQUIDITY.....	195
TEKTURN.....	110	THYROGEN.....	194
telmisartan.....	106, 107, 108	thyroid.....	195
telmisartan-amlodipine.....	106	THYROLAR.....	195



## Índice de medicamentos

tiagabine.....	119, 121	TRALEMENT.....	142
TIAZAC.....	100	tramadol er.....	25
TIBSOVO.....	75	tramadol hcl.....	22, 25
ticlopidine.....	81	TRAMADOL HCL.....	25
TIGAN.....	147	tramadol hcl/acetaminophen.....	22
tigecycline.....	42	trandolapril.....	104, 107
TIGLUTIK.....	115	trandolapril/verapamil hcl.....	104
TIKOSYN.....	98, 99	tranexamic.....	95
timolol.....	110, 135, 136	TRANEXAMIC.....	96
TIMOPTIC.....	136	TRANSDERM-SCOP.....	147
TINDAMAX.....	63	TRANXENE.....	170
tinidazole.....	63	tranylcypromine.....	170
TIROSINT.....	195	TRAVATAN.....	136
TISSEEL.....	189	travoprost.....	136
TIVICAY.....	84	TRAZIMERA.....	72
tizanidine.....	169	trazodone.....	173
TLANDO.....	155	TREANDA.....	68
TNKASE.....	97	TRECTOR.....	40
TOBI.....	39	TRELEGY ELLIPTA.....	35
TOBRADEX.....	37	TRELSTAR.....	73
TOBRADEX EYE DROPS.....	37	TREMFYA.....	185
tobramycin.....	37, 38, 39	treprostinil.....	103, 201
TOBRAMYCIN.....	39	TRESIBA.....	62
tobramycin/dexamethasone.....	37	tretinoin.....	77, 185, 186, 193, 194
TOBREX.....	38	TRETIN-X.....	194
TOLAK.....	78	TRETTEN.....	96
tolbutamide.....	59	TREXALL.....	70
tolcapone.....	80	TREXIMET.....	20
tolmetin sodium.....	34	TREZIX.....	23
TOLSURA.....	54	triamcinolone.....	159, 160, 191, 192, 198
tolterodine.....	208	triamterene.....	131, 132
tolvaptan.....	130	triazolam.....	183
TOLVAPTAN.....	130	TRIBENZOR.....	105
TOPAMAX.....	121	trichloroacetic.....	189
TOPICORT.....	192	TRICHLOROACETIC.....	189
topiramate.....	121	TRICITRASOL.....	51
topotecan.....	71, 72	TRICOR.....	114
TOPROL.....	110	TRIDESILON.....	192
toremifene.....	77	trientine.....	203
TORISEL.....	71	TRIESENCE.....	134
toremide.....	131	trifluoperazine.....	182
TOSYMRA.....	20	trifluridine.....	85
TOTECT.....	198	TRIGLIDE.....	114
TOUJEO.....	62	trihexyphenidyl.....	79
TOVIAZ.....	208	TRIJARDY.....	61
TPN.....	142	TRIKAFTA.....	196
TRACLEER.....	103	TRILEPTAL.....	121
TRADJENTA.....	59	TRILIPIX.....	114
		TRILURON.....	32

## Índice de medicamentos

trimethobenzamide.....	147	ULTRAFOAM.....	97
trimethoprim.....	38, 39	ULTRAM.....	25
TRIMO-SAN.....	63	ULTRAVATE.....	192
TRINTELLIX.....	174	ULTRAVIST.....	127
TRIOSTAT.....	195	UNASYN.....	46
TRIPTODUR.....	161	UNITUXIN.....	76
TRISENOX.....	77	UPLIZNA.....	164
TRIUMEQ.....	82	UPNEEQ.....	135
TRIVISC.....	32	UPTRAVI.....	104
TRIZIVIR.....	82	URAMAXIN.....	188
TRODELVY.....	76	urea.....	50, 64, 188
TROGARZO.....	81	URIBEL.....	39
TROPHAMINE.....	140	UROCIT-K.....	145
tropicamide.....	137	UROQID.....	145
TROPICAMIDE.....	137	UROXATRAL.....	207
tropium.....	208	URSO.....	149
TRUDHESA.....	20	ursodiol.....	149
TRULANCE.....	151	UTA.....	39
TRULICITY.....	58	UVADEX.....	77
TRUMENBA.....	93	V	
TRUSOPT.....	136	VABOMERE.....	41
TRUVADA.....	82	VAGIFEM.....	162
TRUXIMA.....	66	valacyclovir.....	86
TUKYSA.....	75	VALCHLOR.....	78
TURALIO.....	75	VALCYTE.....	86
TUSSICAPS.....	126	valganciclovir.....	86
TUXARIN.....	126	VALIUM.....	170
TUZISTRA.....	126	valproic.....	121, 122
TWINRIX.....	95	valrubicin.....	66
TWIRLA.....	125	valsartan.....	105, 106, 107, 108
TYBLUME.....	125	valsartan/hydrochlorothiazide.....	106
TYBOST.....	196	VALSTAR.....	66
TYGACIL.....	42	VALTOCO.....	118
TYKERB.....	75	VALTrex.....	86
TYMLOS.....	163	VANATOL.....	18
TYRVAYA.....	203	VANCOCIN.....	48
TYSABRI.....	204	vancomycin.....	48, 49
TYVASO.....	104	VANCOMICINAS.....	49
U		VANOS.....	192
UBRELVY.....	20	VAPRISOL.....	130
UCERIS.....	154, 160	vardenafil.....	198
UDENYCA.....	123	VARIBAR.....	129
UKONIQ.....	75	VARIVAX.....	95
ULESFIA.....	79	VARUBI.....	147
ULORIC.....	32	VASCEPA.....	145
ULTANE.....	26	VASERETIC.....	104
ULTIVA.....	23	vasopressin.....	156
ULTOMIRIS.....	96	VASOPRESSIN.....	156
ULTRACET.....	22		

## Índice de medicamentos

VASOSTRICT .....	156	VIRAMUNE .....	83
VASOTEC .....	107	VIREAD .....	83
VAXELIS .....	95	VISCO-3 .....	32
VAZCULEP .....	102	VISCOAT .....	138
VECAMYL .....	108	VISIONBLUE .....	138
VECTIBIX .....	72	VISIPAQUE .....	127
VECTICAL .....	186	VISTARIL .....	57
VEGZELMA .....	67	VISTOGARD .....	197
VELCADE .....	75	VISUDYNE .....	199
VELETRI .....	104	VITAFOL .....	169
VELPHORO .....	141	vitamins b1, b2, b3, b5, and b6 .....	209
VELTASSA .....	141	vite ac/grape/hyaluronic acid .....	187
VELTIN .....	186	VITRAKVI .....	75
VEMLIDY .....	87	VITRASE .....	193
VENCLEXTA .....	75	VIVELLE-DOT .....	157
VENELEX .....	206	VIVITROL .....	200
venlafaxine .....	173, 174	VIVJOA .....	54
VENTAVIS .....	104	VIZAMYL .....	128
verapamil .....	99, 100, 104	VIZIMPRO .....	75
VERDESO .....	192	VOGELXO .....	156
VEREGEN .....	88	VOLTAREN .....	185
VERELAN .....	100	VOQUEZNA DUAL PAK .....	148
VERKAZIA .....	137	VOQUEZNA TRIPLE PAK .....	148
VERQUVO .....	103	VORAXAZE .....	197
VERSACLOZ .....	180	voriconazole .....	54, 55
VERZENIO .....	75	VOSEVI .....	86
VESICARE .....	208	VOTRIENT .....	75
VFEND .....	54	VOXZOGO .....	203
V-GO .....	167	VPRIV .....	202
VIAGRA .....	198	VRAYLAR .....	180
VIBATIV .....	43	VTOL .....	18
VIBERZI .....	150	VUITY .....	136
VIBRAMYCIN .....	48	VUMERITY .....	116
VICTOZA .....	58	VUSION .....	56
VIDAZA .....	70	VYEPTI .....	20
VIDEX .....	83	VYLEESI .....	178
VIEKIRA .....	86	VYNDAMAX .....	204
vigabatrin .....	121, 122	VYNDAQEL .....	204
VIGAMOX .....	38	VYONDYS .....	201
VIIBRYD .....	174	VYTORIN .....	111
VIJOICE .....	196	VYVANSE .....	175, 176
VILTEPSO .....	201	VYXEOS .....	69
VIMIZIM .....	202	VYZULTA .....	136
VIMPAT .....	122	W	
vinblastina .....	72	warfarin .....	51
vincristine .....	72	water .....	140, 142, 143, 184, 204, 205
vinorelbine .....	72	WELCHOL .....	113
VIOKACE .....	152	WELLBUTRIN .....	171
VIRACEPT .....	84	WIDE SEAL DIAPHRAGM .....	125

## Índice de medicamentos

WINLEVI.....	189	YAZ.....	125
WINRHO.....	92	YERVOY.....	77
WP THYROID.....	195	YONDELIS.....	68
WYNZORA.....	193	YONSA.....	69
X		YOSPRALA.....	81
XACIATO.....	48	YUFLYMA.....	65
XADAGO.....	80	YUSIMRY.....	65
XALATAN.....	136	Z	
XALKORI.....	75	zafirlukast.....	36
XANAX.....	170	zaleplon.....	183
XARELTO.....	51	ZALTRAP.....	72
XATMEP.....	70	ZANAFLEX.....	169
XCLAIR.....	187	ZANOSAR.....	66
XCOPRI.....	122	ZANTAC.....	150
XELJANZ.....	32	ZARONTIN.....	122
XELODA.....	70	ZARXIO.....	123
XELPROS.....	136	ZAVESCA.....	201
XELSTRYM.....	90	ZCORT.....	160
XENAZINE.....	115	Zegalogue.....	139
XENLETA.....	46	ZEGERID.....	154
XEPI.....	50	ZEJULA.....	75
XERAVA.....	48	ZELAPAR.....	80
XERMELO.....	146	ZELBORAF.....	70
XGEVA.....	205	ZELNORM.....	151
XHANCE.....	133	ZEMAIRA.....	196
XIAFLEX.....	206	ZEMBRACE.....	20
XIFAXAN.....	47	ZEMDRI.....	39
XIGDUO.....	61	ZEMPLAR.....	199, 200
XIIDRA.....	137	ZENATANE.....	185
XIMINO.....	48	ZENPEP.....	152
XOFIGO.....	198	ZENZEDI.....	90
XOFLUZA.....	86	ZEPATIER.....	87
XOLAIR.....	36	ZEPOSIA.....	117
XOLEGEL.....	56	ZEPZELCA.....	68
XOPENEX.....	35	ZERBAXA.....	42
XOSPATA.....	75	ZERVIATE.....	57
XPOVIO.....	77	ZESTORETIC.....	104
XTAMPZA ER.....	25	ZESTRIL.....	107
XTANDI.....	69	ZETIA.....	114
XULTOPHY.....	58	ZETONNA.....	133
XUREA.....	188	ZEVALIN.....	76
XURIDEN.....	140	ZIAC.....	110
XYLOCAINE.....	30, 99	ZIAGEN.....	83
XYOSTED.....	156	ZIANA.....	186
XYREM.....	182	zidovudine.....	82, 83
XYWAV.....	182	ZIEXTENZO.....	123
S		zileuton.....	34
YASMIN.....	125	ZILRETTA.....	160

## Índice de medicamentos

ZILXI .....	50	ZYNYZ .....	70
ZIMHI .....	54	ZYPITAMAG .....	113
ZINACEF .....	41	ZYPREXA .....	180
zinc .....	144, 188	ZYTIGA .....	69
ZINC .....	56, 144, 203	ZYVOX .....	45
ZINECARD .....	197		
ZINGO .....	30		
ZIOPTAN .....	136		
ziprasidone .....	178, 179, 180		
ZIPSOR .....	21		
ZIRABEV .....	67		
ZIRGAN .....	85		
ZITHROMAX .....	44		
ZOCOR .....	113		
ZOFRAN .....	147		
ZOHYDRO ER .....	25		
ZOKINVY .....	196		
ZOLADEX .....	73		
zoledronic acid .....	205		
zoledronic acid/mannitol-water .....	205		
ZOLINZA .....	67		
zolmitriptan .....	20, 21		
ZOLMITRIPTAN .....	20, 21		
ZOLOFT .....	173		
zolpidem .....	183, 184		
ZOLPIMIST .....	184		
ZOMACTON .....	160		
ZOMIG .....	21		
ZONACORT .....	160		
ZONALON .....	186		
ZONEGRAN .....	122		
ZONISADE .....	122		
zonisamide .....	122		
ZONTIVITY .....	81		
ZORBTIVE .....	160		
ZORTRESS .....	165		
ZORYVE .....	186		
ZOSTAVAX .....	95		
ZOSYN .....	46		
ZOVIRAX .....	86		
ZTLIDO .....	30		
ZUBSOLV .....	207		
ZUPLENZ .....	147		
ZYCLARA .....	187		
ZYDELIG .....	75		
ZYKADIA .....	75		
ZYLET .....	37		
ZYLOPRIM .....	32		

## Índice de medicamentos

## Índice de medicamentos

## Índice de medicamentos



Cigna Healthcare se reserva el derecho de hacer cambios en la Lista de medicamentos sin notificación. Es posible que su plan cubra medicamentos adicionales; consulte sus materiales de inscripción para conocer más detalles. Cigna Healthcare no se responsabiliza por ninguna decisión relacionada con los medicamentos tomada por el médico o el farmacéutico. Es posible que Cigna Healthcare reciba pagos de fabricantes de determinados medicamentos de marca preferida y, en algunas ocasiones, de determinados medicamentos de marca no preferida, los cuales podrán o no compartirse con su plan, según los convenios existentes con Cigna Healthcare. Según el diseño del plan, las condiciones del mercado, la medida en la cual los pagos del fabricante sean compartidos con su plan y otros factores existentes a la fecha del servicio, el medicamento de marca preferida podrá o no representar el medicamento de marca de más bajo costo dentro de su clase de medicamento para usted y/o su plan.

Los planes de beneficios de salud varían, pero en general, para que un medicamento esté cubierto, debe tener la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los EE. UU. y debe ser recetado por un profesional de cuidado de la salud, comprado en una farmacia con licencia y medicamento necesario. Si su plan brinda cobertura para determinados medicamentos con receta sin que tenga que pagar ninguna parte del costo, es posible que deba usar una farmacia de la red para que le despache la receta. Si usa una farmacia que no participa en la red de su plan, es posible que no se le cubra la receta o que el reembolso quede sujeto a las disposiciones sobre copago, coseguro o deducible de su plan. Es posible que algunas características descritas en este documento no se apliquen a su plan de salud específico, y las características del plan pueden variar según el lugar y el tipo de plan. Consulte los documentos de su plan para conocer los costos y detalles completos de la cobertura de medicamentos con receta de su plan.



1. Se aplican los términos de la aplicación/tienda en línea y los cargos de las compañías de telefonía celular/uso de datos. Los clientes menores de 13 años no podrán registrarse en **myCigna.com** (así como tampoco sus padres o tutores).
2. Los precios que se muestran en **myCigna** no están garantizados, y la cobertura está sujeta a los términos y las condiciones de su plan. Visite **myCigna** para obtener más información.
3. Sitio web de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos, "Generic Drugs: Questions and Answers". Última actualización de la página: 16 de marzo de 2021. <https://www.fda.gov/drugs/questions-answers/generic-drugs-questions-answers>.
4. No todos los planes ofrecen Express Scripts® Pharmacy y Accredo como opciones de farmacia cubiertas. Inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan, para obtener más información sobre las farmacias que pertenecen a la red de su plan. *Cigna Healthcare tiene una participación en la titularidad de los servicios de entrega a domicilio de Express Scripts® Pharmacy y los servicios de farmacia de especialidad de Accredo. Sin embargo, usted tiene derecho a despachar sus recetas en cualquier farmacia de la red de su plan. No se le aplicará ninguna penalidad, sin importar dónde despache sus recetas.*
5. Los costos de envío estándar están incluidos como parte de su plan de medicamentos con receta.
6. Algunos medicamentos no están disponibles en un suministro para 90 días y solo pueden envasarse en cantidades más reducidas. Por ejemplo, tres paquetes de anticonceptivos orales equivalen a un suministro para 84 días. Si bien no es un "suministro para 90 días", de todas maneras se considera una receta para 90 días.
7. Según lo permitido por ley. Para los medicamentos administrados por un proveedor de cuidado de la salud, Accredo enviará el medicamento directamente al consultorio de su médico.
8. **Para los planes asegurados que deben cumplir con las leyes de seguro del estado de Delaware:** los medicamentos antidepresivos, para dejar de fumar, para el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y antipsicóticos de marca que no tengan un equivalente genérico disponible estarán cubiertos como medicamentos del Nivel 2 (de marca preferida). Esto es así aunque el medicamento esté incluido en el Nivel 3 (marca no preferida) en la Lista de medicamentos de su plan. Para averiguar cómo su plan específico cubre estos medicamentos, inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com**, o llame a Servicio al Cliente al número que aparece en su tarjeta de ID.
9. Los costos y detalles completos de la cobertura de medicamentos con receta del plan se encuentran en los documentos del plan. En caso de discrepancia entre la información proporcionada aquí y los documentos del plan, prevalecerá sin excepciones la información incluida en los documentos del plan.
10. **Para los planes que deben cumplir con leyes de seguro estatales, como Delaware:** Es posible que su plan cubra medicamentos para la infertilidad y para dejar de fumar aunque en esta Lista de medicamentos se indique que su plan tal vez no los cubra. Para averiguar si su plan específico cubre estos medicamentos, inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan.

**Para obtener ayuda en español, llame al número que aparece en su tarjeta de Cigna Healthcare.**

La disponibilidad del producto puede variar según la ubicación y el tipo de plan, y está sujeta a cambios. Todas las pólizas de seguro de salud colectivo y los planes de beneficios de salud tienen exclusiones y limitaciones. Para conocer los costos y los detalles de la cobertura, revise los documentos de su plan o comuníquese con un representante de Cigna Healthcare.

Los productos y servicios de Cigna Healthcare se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de The Cigna Group, que incluyen a Cigna Health and Life Insurance Company (CHLIC), Connecticut General Life Insurance Company, Express Scripts, Inc. o sus afiliadas, y HMO subsidiarias o compañías de servicios subsidiarias de Cigna Health Corporation, incluidas Cigna Healthcare of Arizona, Inc., Cigna Healthcare of California, Inc., Cigna Healthcare of Colorado, Inc., Cigna Healthcare of Connecticut, Inc., Cigna Healthcare of Florida, Inc., Cigna Healthcare of Georgia, Inc., Cigna Healthcare of Illinois, Inc., Cigna Healthcare of Indiana, Inc., Cigna Healthcare of St. Louis, Inc., Cigna Healthcare of North Carolina, Inc., Cigna Healthcare of New Jersey, Inc., Cigna Healthcare of South Carolina, Inc., Cigna Healthcare of Tennessee, Inc. (CHC-TN) y Cigna Healthcare of Texas, Inc. Formularios de pólizas: OK: HP-APP-1 y otros; OR: HP-POL38 02-13; TN: HP-POL43/HC-CER1V1 y otros (CHLIC); GSA-COVER y otros (CHC-TN).

# LA DISCRIMINACIÓN ES ILEGAL

## Cobertura médica

Cigna cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color de piel, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo. Cigna no excluye a las personas ni las trata de un modo diferente por su raza, color de piel, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo.

Cigna:

- Brinda asistencia y servicios gratuitos para que las personas con discapacidades puedan comunicarse de manera eficaz con nosotros; por ejemplo:
  - intérpretes de lenguaje de señas calificados;
  - información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios de asistencia lingüística gratuita a personas cuyo idioma primario no es el inglés, como por ejemplo:
  - intérpretes calificados
  - información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con servicio al cliente al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación y pídale a un asociado de Servicio al cliente que le ayude.

Si considera que Cigna no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otro modo por motivos de raza, color de piel, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo, puede presentar una queja escribiendo un mensaje de correo electrónico a [ACAGrievance@Cigna.com](mailto:ACAGrievance@Cigna.com) o enviando una carta a la siguiente dirección:

Cigna  
Nondiscrimination Complaint Coordinator  
PO Box 188016  
Chattanooga, TN 37422

Si necesita asistencia para presentar una queja escrita, llame al número que figura en la parte de atrás de su tarjeta de identificación o envíe un mensaje de correo electrónico a [ACAGrievance@Cigna.com](mailto:ACAGrievance@Cigna.com). También puede presentar una queja en materia de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, DC 20201  
1.800.368.1019, 800.537.7697 (TDD)

Los formularios para presentar una queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



Todos los productos y servicios de Cigna son brindados exclusivamente por subsidiarias operativas de Cigna Corporation, o a través de ellas, que incluyen a Cigna Health and Life Insurance Company, Connecticut General Life Insurance Company, Evernorth Care Solutions, Inc., Evernorth Behavioral Health, Inc., Cigna Health Management, Inc. y HMO subsidiarias o compañías de servicios subsidiarias de Cigna Health Corporation y Cigna Dental Health, Inc. El nombre y los logos de Cigna, así como las demás marcas de Cigna, son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc. ATTENTION: If you speak languages other than English, language assistance services, free of charge are available to you. For current Cigna customers, call the number on the back of your ID card. Otherwise, call 1.800.244.6224 (TTY: Dial 711). ATENCIÓN: Si usted habla un idioma que no sea inglés, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Si es un cliente actual de Cigna, llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Si no lo es, llame al 1.800.244.6224 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

## Proficiency of Language Assistance Services

**English** – ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. For current Cigna customers, call the number on the back of your ID card. Otherwise, call 1.800.244.6224 (TTY: Dial 711).

**Spanish** – ATENCIÓN: Hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Si es un cliente actual de Cigna, llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Si no lo es, llame al 1.800.244.6224 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

**Chinese** – 注意：我們可為您免費提供語言協助服務。對於 Cigna 的現有客戶，請致電您的 ID 卡背面的號碼。其他客戶請致電 1.800.244.6224（聽障專線：請撥 711）。

**Vietnamese** – XIN LỜI Ý: Quý vị được cấp dịch vụ trợ giúp về ngôn ngữ miễn phí. Dành cho khách hàng hiện tại của Cigna, vui lòng gọi số ở mặt sau thẻ Hội viên. Các trường hợp khác xin gọi số 1.800.244.6224 (TTY: Quay số 711).

**Korean** – 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 현재 Cigna 가입자님들께서는 ID 카드 뒷면에 있는 전화번호로 연락해주시십시오. 기타 다른 경우에는 1.800.244.6224 (TTY: 다이얼 711)번으로 전화해주시십시오.

**Tagalog** – PAUNAWA: Makakakuha ka ng mga serbisyo sa tulong sa wika nang libre. Para sa mga kasalukuyang customer ng Cigna, tawagan ang numero sa likuran ng iyong ID card. O kaya, tumawag sa 1.800.244.6224 (TTY: I-dial ang 711).

**Russian** – ВНИМАНИЕ: вам могут предоставить бесплатные услуги перевода. Если вы уже участвуете в плане Cigna, позвоните по номеру, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карточки участника плана. Если вы не являетесь участником одного из наших планов, позвоните по номеру 1.800.244.6224 (TTY: 711).

**Arabic** – برجاء الانتباه خدمات الترجمة المجانية متاحة لكم. لعملاء Cigna الحاليين برجاء الاتصال بالرقم المدون علي ظهر بطاقتكم الشخصية. او اتصل ب 1.800.244.6224 (TTY: اتصل ب 711).

**French Creole** – ATANSYON: Gen sèvis èd nan lang ki disponib gratis pou ou. Pou kliyan Cigna yo, rele nimewo ki dèyè kat ID ou. Sinon, rele nimewo 1.800.244.6224 (TTY: Rele 711).

**French** – ATTENTION: Des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Si vous êtes un client actuel de Cigna, veuillez appeler le numéro indiqué au verso de votre carte d'identité. Sinon, veuillez appeler le numéro 1.800.244.6224 (ATS : composez le numéro 711).

**Portuguese** – ATENÇÃO: Tem ao seu dispor serviços de assistência linguística, totalmente gratuitos. Para clientes Cigna atuais, ligue para o número que se encontra no verso do seu cartão de identificação. Caso contrário, ligue para 1.800.244.6224 (Dispositivos TTY: marque 711).

**Polish** – UWAGA: w celu skorzystania z dostępnej, bezpłatnej pomocy językowej, obecni klienci firmy Cigna mogą dzwonić pod numer podany na odwrocie karty identyfikacyjnej. Wszystkie inne osoby prosimy o skorzystanie z numeru 1 800 244 6224 (TTY: wybierz 711).

**Japanese** – 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。現在のCignaのお客様は、IDカード裏面の電話番号まで、お電話にてご連絡ください。その他の方は、1.800.244.6224 (TTY: 711)まで、お電話にてご連絡ください。

**Italian** – ATTENZIONE: Sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Per i clienti Cigna attuali, chiamare il numero sul retro della tessera di identificazione. In caso contrario, chiamare il numero 1.800.244.6224 (utenti TTY: chiamare il numero 711).

**German** – ACHTUNG: Die Leistungen der Sprachunterstützung stehen Ihnen kostenlos zur Verfügung. Wenn Sie gegenwärtiger Cigna-Kunde sind, rufen Sie bitte die Nummer auf der Rückseite Ihrer Krankenversicherungskarte an. Andernfalls rufen Sie 1.800.244.6224 an (TTY: Wählen Sie 711).

**Persian (Farsi)** – توجه: خدمات کمک زبانی، به صورت رایگان به شما ارائه می‌شود. برای مشتریان فعلی Cigna، لطفاً با شماره‌ای که در پشت کارت شناسایی شماست تماس بگیرید. در غیر اینصورت با شماره 1.800.244.6224 (شماره تلفن ویژه ناشنوايان: شماره 711 را شماره‌گیری کنید).