



Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 4 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/PDL

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

Consulte la información sobre su cobertura en línea: **Aplicación myCigna®** o en [myCigna.com®](https://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.
927837SP h CA Legacy (Standard) 4-Tier Specialty 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 | 163 |
| Índice de medicamentos | 164 |

Cómo ver la Lista de medicamentos en línea

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



Aplicación myCigna¹ o myCigna.com. Haga clic en la pestaña *Find Care & Costs* (Dónde atenderse y cuánto cuesta). Luego, seleccione *Price a Medication* (Conozca los precios de los medicamentos) y escriba el nombre de su medicamento.



Cigna.com/PDL. Desplácese hacia abajo hasta que vea la sección correspondiente a la Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de Cigna. Haga clic en el archivo pdf de la Lista **California Legacy (Standard) 4 Tier (all specialty medications covered on tier 4) (CDI)** (Legacy [Standard] de 4 niveles de California [todos los medicamentos de especialidad están cubiertos en el Nivel 4] [CDI]).

¿Tiene preguntas?

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

* Creación de la Lista de medicamentos:
creada originalmente el 1 de enero de 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 comunique con Cigna Healthcare para comenzar el proceso de revisión de la cobertura. Ellos saben cómo funciona el proceso de revisión y se ocuparán de todo por usted. Por si el personal del consultorio pregunta, pueden descargar un formulario de solicitud desde el portal para proveedores de Cigna Healthcare en cignaforhcp.com.

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

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

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

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

P. Mi plan no cubre mi medicamento. Necesito tomarlo porque es medicamento necesario para mi tratamiento. ¿Cómo obtengo la aprobación (autorización previa) para mi medicamento?

R. Si su médico considera que su medicamento es necesario para su tratamiento y que una alternativa no es adecuada para usted, su médico podrá pedirle a Cigna Healthcare que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura de su medicamento. Pídale al personal del consultorio de su médico que se comunique con Cigna Healthcare para comenzar el proceso de revisión de la cobertura. Ellos saben cómo funciona el proceso de revisión y se ocuparán de todo por usted. Por si el personal del consultorio pregunta, pueden descargar un formulario de solicitud desde el portal para proveedores de Cigna Healthcare en cignaforhcp.com.

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

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

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

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

Si su medicamento no se aprueba, su médico puede enviarnos más información para que la revisemos, usando el mismo proceso que antes. Con gusto revisaremos la solicitud nuevamente. Según lo que su médico envíe esta vez, es posible que podamos aprobar la cobertura. De lo contrario, usted y su médico pueden apelar la decisión enviando una solicitud por escrito a Cigna Healthcare en la que se expliquen los motivos por los que debería cubrirse el medicamento.

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

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 comuniquen con Cigna Healthcare para comenzar el proceso de revisión de la cobertura. También puede optar por pagarle directamente a la farmacia de su bolsillo el costo total del medicamento (que no podrá aplicarse a su deducible anual ni al desembolso máximo).

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

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

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

R. Sí.

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

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

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

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

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

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

P. ¿Qué es el costo compartido?

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

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

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

P. ¿Qué es un medicamento genérico?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

R. Para aprovechar al máximo la cobertura de su plan, debería usar una farmacia de la red. Si su plan

ofrece cobertura fuera de la red, usted pagará su costo compartido fuera de la red para que le despachen un medicamento allí.

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

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

P. ¿Me pueden despachar mis recetas por correo?

R. Sí, siempre que su plan ofrezca el servicio de entrega a domicilio.⁴

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 adicional⁵
- Renovaciones automáticas o recordatorios de renovaciones
- Obtenga un suministro máximo para 90 días de una vez⁶
- Amables farmacéuticos las 24 horas, los 7 días de la semana
- Opciones de pago flexibles

Estas son tres maneras sencillas de comenzar.

1. **Inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com para pasar su receta electrónicamente.** Haga clic en la pestaña *Prescriptions* (Recetas) y seleccione *My Medications* (Mis medicamentos) del menú desplegable. Luego simplemente haga clic en el botón que está al lado del nombre de su medicamento para pasar su(s) receta(s). O
2. **Llame al consultorio de su médico.** Pida que envíen una receta para 90 días (con renovaciones)⁶ electrónicamente al servicio de entrega a domicilio de Express Scripts. O

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

- 3. Llame a Express Scripts® Pharmacy al 800.835.3784.** Ellos se comunicarán con el consultorio de su médico para ayudarles a transferir su receta. Tenga preparada su tarjeta de ID de Cigna Healthcare, la información de contacto de su médico y los nombres de sus medicamentos cuando llame.

Accredo® para medicamentos de especialidad

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

- Es muy fácil administrar y hacer el seguimiento de sus medicamentos en su teléfono o en Internet
- Envío rápido, sin costo adicional⁵
- Renovaciones sencillas y recordatorios gratuitos
- Acceso las 24 horas, los 7 días de la semana a enfermeras y farmacéuticos capacitados en medicamentos de especialidad
- Servicios de atención personalizada, lo que incluye capacitación sobre cómo administrar sus medicamentos
- Ayuda para aplicar a programas externos de asistencia para copagos y otras opciones

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

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.

- 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

- 2. Llame al consultorio de su médico.** Pida que envíen una receta para 90 días (con renovaciones)⁶ electrónicamente al servicio de entrega a domicilio de Express Scripts. O

- 3. Llame a Express Scripts® Pharmacy al 800.835.3784.** Ellos se comunicarán con el consultorio de su médico para ayudarles a transferir su receta. Tenga preparada su tarjeta de ID de Cigna Healthcare, la información de contacto de su médico y los nombres de sus medicamentos cuando llame.

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

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

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

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

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

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

P. ¿Cómo despacho mi receta?

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

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.⁴
2. Darle una receta en papel. Usted puede llevarla a la farmacia de la red que elija o enviarla por correo a Express Scripts® Pharmacy.⁴

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

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

Visite [Cigna.com/specialty](https://www.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, del Nivel 3 y del Nivel 4.

2. Inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com** para ver información sobre su cobertura de farmacia. También puede usar la herramienta *Price a Medication* (Conozca los precios de los medicamentos) para ver cuánto puede costarle su medicamento en las diferentes farmacias de la red de su plan.²
3. Consulte el documento de cobertura denominado Resumen de beneficios.

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

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

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

R. El 1 de enero de 2015, California aprobó un proyecto de ley para limitar el costo compartido de los medicamentos de quimioterapia oral. Esto significa que si usted recibe beneficios médicos 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**

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

combinado): Usted pagará primero el deducible de su plan. Después de ello, estos medicamentos tendrán cobertura del 100% o sin costos compartidos (\$0).

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

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

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

P. ¿Qué son los medicamentos preventivos?

R. Los medicamentos preventivos se usan para prevenir el desarrollo de determinadas condiciones o para evitar que vuelvan. Estas condiciones incluyen, entre otras, asma, depresión, diabetes, ataque al corazón, presión arterial alta, colesterol alto, osteoporosis, carencia nutritiva 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*.
- **Médicamente necesarios:** Los beneficios de cuidado de la salud necesarios para diagnosticar, tratar o prevenir una condición médica o sus síntomas, y que cumplen con los estándares aceptados de la medicina. Por lo general, los seguros de salud no cubren los beneficios de cuidado de la salud que no son médicamente necesarios.
- **Medicamento no incluido en el Formulario:** Un medicamento con receta que no aparece en este Formulario.
- **Costos de desembolso:** Sus gastos por beneficios de cuidado de la salud que su seguro de salud no reembolsa. Los costos de desembolso incluyen los deducibles, los copagos y el coseguro por los beneficios de cuidado de la salud cubiertos, además de todos los costos correspondientes a beneficios de cuidado de la salud que no están cubiertos.
- **Proveedor que emite recetas:** Un proveedor de cuidado de la salud que puede emitir una receta para un medicamento con el fin de diagnosticar, tratar o prevenir una condición médica.
- **Receta:** Una orden oral, escrita o electrónica de un proveedor que emite recetas en la que autoriza el suministro de un medicamento con receta a una persona específica.
- **Medicamento con receta:** Un medicamento que, según lo establecido por la ley, requiere una receta.
- **Autorización previa:** La decisión de su aseguradora de salud de que un beneficio de cuidado de la salud es médicamente necesario para usted. Si un medicamento con receta está sujeto al requisito de autorización previa en este Formulario, el proveedor que le emite recetas deberá solicitar la aprobación de su aseguradora de salud para cubrir el medicamento antes de que usted despache su medicamento con receta. Su aseguradora de salud debe otorgar una solicitud de autorización previa cuando sea médicamente necesario que usted tome el medicamento.
- **Tratamiento escalonado:** Una secuencia específica en la que deben probarse los medicamentos con receta para una condición médica en particular. Si un medicamento está

Información sobre esta Lista de medicamentos

Palabras que quizás necesite conocer (cont.)

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

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

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

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

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 (Standard) de 4 niveles de Cigna Healthcare, que entrará en vigor el 1 de enero de 2024. Los medicamentos están ordenados alfabéticamente (según el inglés) por sus nombres genéricos y de marca dentro de su categoría terapéutica y clase.

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

Cómo leer esta Lista de medicamentos

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

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

Niveles

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

| | | |
|---|--------------------------------------|-----------------|
| • Nivel 1 – Habitualmente genéricos | (Medicamentos con el costo más bajo) | \$ |
| • Nivel 2 – Habitualmente marcas preferidas | (Medicamentos de costo medio) | \$\$ |
| • Nivel 3 – Habitualmente marcas no preferidas | (Medicamentos de mayor costo) | \$\$\$ |
| • Nivel 4 – Medicamentos de especialidad | (Medicamentos con el costo más alto) | \$\$\$\$ |

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

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

Las abreviaturas al lado del nombre de los medicamentos

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

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

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

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Cómo leer esta Lista de medicamentos (cont.)

Use la tabla incluida abajo para leer esta Lista de medicamentos

Este cuadro es solo un ejemplo. Es posible que no muestre la forma en que la Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 4 niveles de Cigna Healthcare realmente cubre estos medicamentos.

| ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) | | |
|--|------------------------------|--|
| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS Y BARBITÚRICOS | | |
| <i>butalbital/acetaminophen</i> | T1 | |
| ANALGÉSICOS, COMB. DE SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS | | |
| <i>butalb-aspirin-caffe 50-325-40</i> | T1 | QL (6 tabs/day) |
| <i>butalbital-asa-caffeine cap</i> (Fiorinal) | T1 | QL (6 caps/day) |
| FIORINAL (<i>butalbital-aspirin-caffeine</i>) | T3 | QL (6 caps/day) |
| ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS | | |
| <i>butalb/acetaminophen/caffeine</i> | T3 | |
| <i>butalb/acetaminophen/caffeine</i> (Esgic) | T3 | QL (6 caps/day) |
| <i>butalb-acetamin-caff 50-300-40</i> (Fioricet) | T1 | QL (6 caps/day) |
| <i>butalb-acetamin-caff 50-325-40</i> (Esgic) | T1 | QL (6 tabs/day) |
| ESGIC 50-325-40 MG TABLET (<i>butalbital-acetaminophen-caffe</i>) | T3 | QL (6 tabs/day) |
| ESGIC CAPSULE (<i>zebital</i>) | T3 | QL (6 caps/day) |
| FIORICET (<i>phrenilin forte</i>) | T1 | QL (6 caps/day) |
| ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS, SALICILATOS | | |
| <i>choline salicyl/mag salicylate</i> | T1 | HD |
| <i>diflunisal</i> | T1 | HD |
| PREPARACIONES ANTIMIGRAÑOSAS | | |
| AIMOVIG AUTOINJECTOR | T2 | PA |
| AJOVY AUTOINJECTOR | T2 | PA |
| AJOVY SYRINGE | T2 | PA |
| <i>almotriptan malate</i> | T1 | QL (12 tabs/30 days) |
| CAFERGOT (<i>ergotamine-caffeine</i>) | T3 | QL (40 tabs/28 days) |
| <i>dihydroergotamine 1 mg/ml amp</i> | T1 | QL (10 amps/30 days) |
| <i>eletriptan hydrobromide</i> | T1 | QL (6 tabs/30 days) |
| EMGALITY PEN | T2 | PA |
| EMGALITY SYRINGE | T2 | PA |
| <i>ergotamine tartrate/caffeine</i> | T1 | |
| <i>ergotamine tartrate/caffeine</i> (Cafergot) | T1 | QL (40 tabs/28 days) |

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 (Standard) de 4 niveles de Cigna Healthcare realmente cubre estos medicamentos.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Cómo encontrar su medicamento

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

| Condición | Página | Condición | Página |
|---|--------|---|--------|
| Analgésicos (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) | 18-22 | Antiinfecciosos (infecciones) | 48 |
| Analgésicos (condiciones urinarias) | 22 | Antiinfecciosos/Varios (productos femeninos) | 48 |
| Anestésicos (varios) | 22-23 | Antiinfecciosos/Varios (infecciones) | 48, 49 |
| Anestésicos (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) | 23 | Antiinfecciosos/Varios (varios) | 49 |
| Anestésicos (condiciones urinarias) | 23 | Antiinfecciosos/Varios (condiciones cutáneas) | 49 |
| Antialérgicos (alergia y rociadores nasales) | 23 | Agentes inhibidores del factor de necrosis tumoral antiinflamatorios (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) | 50 |
| Antiartríticos (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) | 23-26 | Antineoplásicos (cáncer) | 51-56 |
| Antiasmáticos (asma/EPOC/condiciones respiratorias) | 26-28 | Antineoplásicos (condiciones cutáneas) | 56, 57 |
| Antibióticos (alergia/rociadores nasales) | 28 | Medicamentos contra la obesidad (control del peso) | 57 |
| Antibióticos (medicamentos para los oídos) | 28-29 | Antiparasitarios (infecciones) | 57, 58 |
| Antibióticos (condiciones oculares) | 29-30 | Medicamentos antiparkinsonianos (enfermedad de Parkinson) | 58-60 |
| Antibióticos (infecciones) | 30-36 | Medicamentos antiplaquetarios (diluyentes de la sangre/anticoagulantes) | 60 |
| Antibióticos (condiciones cutáneas) | 37, 38 | Antivíricos (SIDA/VIH) | 60-63 |
| Anticoagulantes (diluyentes de la sangre/ anticoagulantes) | 38, 39 | Antivíricos (condiciones oculares) | 64 |
| Antídotos (condiciones gastrointestinales/ pirosis) | 39 | Antivíricos (infecciones) | 64-66 |
| Antídotos (abuso de sustancias) | 39 | Antivíricos (condiciones cutáneas) | 66 |
| Antimicóticos (condiciones oculares) | 40 | Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (alergia/rociadores nasales) | 66 |
| Antimicóticos (productos femeninos) | 40 | Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (enfermedad de Alzheimer) | 67 |
| Antimicóticos (infecciones) | 40 | Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (trastorno de déficit de atención e hiperactividad) | 67, 68 |
| Antimicóticos (condiciones cutáneas) | 40-42 | Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (medicamentos para la presión arterial/para el corazón) | 68 |
| Antihistamínicos y descongestivos combinados (alergia/rociadores nasales) | 42 | Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (condiciones urinarias) | 68 |
| Antihistamínicos (alergia/rociadores nasales) | 42 | Productos biológicos (alergia/rociadores nasales) | 68, 69 |
| Antihistamínicos (condiciones oculares) | 43 | Productos biológicos (medicamentos para la presión arterial/para el corazón) | 69 |
| Antihiper glucémicos (diabetes) | 43-48 | | |
| Antiinfecciosos (productos femeninos) | 48 | | |

Información sobre esta Lista de medicamentos

Cómo encontrar su medicamento *(cont.)*

| Condición | Página | Condición | Página |
|--|--------|--|----------|
| Productos biológicos (varios) | 69 | Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (medicamentos para los oídos) | 100 |
| Productos biológicos (vacunas) | 69-71 | Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (condiciones oculares) | 100-104 |
| Sangre (modificadores de la sangre/ trastornos hemorrágicos) | 71, 72 | Elect./calóricos/H2O (medicamentos para el colesterol) | 104 |
| Sangre (diluyentes de la sangre/ anticoagulantes) | 72 | Elect./calóricos/H2O (productos dentales) | 104 |
| Medicamentos para enfermedades cardíacas (medicamentos para la presión arterial/para el corazón) | 72-75 | Elect./calóricos/H2O (diabetes) | 104, 105 |
| Cardiovasculares (asma/EPOC/condiciones respiratorias) | 75, 76 | Elect./calóricos/H2O (varios) | 105 |
| Cardiovasculares (medicamentos para la presión arterial/para el corazón) | 76-82 | Elect./calóricos/H2O (nutritivos/ alimenticios) | 105, 106 |
| Cardiovasculares (medicamentos para el colesterol) | 82-85 | Elect./calóricos/H2O (condiciones urinarias) | 106 |
| Medicamentos para el sistema nervioso central (enfermedad de Alzheimer) | 85, 86 | Gastrointestinales (medicamentos para el colesterol) | 106 |
| Medicamentos para el sistema nervioso central (varios) | 86, 87 | Gastrointestinales (condiciones gastrointestinales/pirosis) | 106-114 |
| Medicamentos para el sistema nervioso central (esclerosis múltiple) | 87, 88 | Gastrointestinales (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) | 114 |
| Medicamentos para el sistema nervioso central (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) | 88 | Hormonas (agentes hormonales) | 115-121 |
| Medicamentos para el sistema nervioso central (trastornos convulsivos) | 88-92 | Hormonas (infertilidad) | 121 |
| Medicamentos para el sistema nervioso central (trastornos del sueño/sedantes) | 92 | Hormonas (varias) | 121 |
| Factores estimulantes de colonias (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos) | 92, 93 | Hormonas (productos para la osteoporosis) | 122 |
| Anticonceptivos (productos anticonceptivos) | 93-95 | Inmunosupresores (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) | 122 |
| Preparaciones para la tos/el resfrío (alergia/ rociadores nasales) | 95 | Inmunosupresores (condiciones cutáneas) | 122 |
| Preparaciones para la tos/el resfrío (medicamentos para la tos/el resfrío) | 95, 96 | Inmunosupresores (medicamentos para trasplante) | 123 |
| Diagnóstico (diabetes) | 96 | Dispositivos y suministros médicos varios, no farmacológicos (diabetes) | 123-125 |
| Diagnóstico (varios) | 96, 97 | Dispositivos y suministros médicos varios, no farmacológicos (varios) | 125, 126 |
| Diuréticos (diuréticos) | 97-99 | Relajantes musculares (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) | 126, 127 |
| Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (alergia/rociadores nasales) | 99 | Vitaminas prenatales (nutritivas/ alimenticias) | 127, 128 |
| | | Medicamentos psicoterapéuticos (ansiedad/depresión/trastorno bipolar) | 128-134 |
| | | Medicamentos psicoterapéuticos (trastorno de déficit de atención e hiperactividad) | 134-137 |
| | | Medicamentos psicoterapéuticos (varios) | 137 |

Información sobre esta Lista de medicamentos

Cómo encontrar su medicamento *(cont.)*

| Condición | Página | Condición | Página |
|--|----------|---|----------|
| Medicamentos psicoterapéuticos (esquizofrenia/antipsicóticos) | 137-140 | Productos farmacológicos no clasificados (disfunción eréctil) | 155 |
| Medicamentos psicoterapéuticos (trastornos del sueño/sedantes) | 140, 141 | Productos farmacológicos no clasificados (condiciones gastrointestinales/pirosis) | 155 |
| Preparaciones cutáneas (varias) | 141, 142 | Productos farmacológicos no clasificados (agentes hormonales) | 155, 156 |
| Preparaciones cutáneas (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) | 142 | Productos farmacológicos no clasificados (varios) | 156-158 |
| Preparaciones cutáneas (condiciones cutáneas) | 142-152 | Productos farmacológicos no clasificados (nutritivos/alimenticios) | 158 |
| Agentes para dejar de fumar (productos para dejar de fumar) | 152 | Productos farmacológicos no clasificados (productos para la osteoporosis) | 159 |
| Preparaciones para la tiroides (agentes hormonales) | 152, 153 | Productos farmacológicos no clasificados (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) | 159 |
| Productos farmacológicos no clasificados (SIDA/VIH) | 153 | Productos farmacológicos no clasificados (trastornos convulsivos) | 159 |
| Productos farmacológicos no clasificados (asma/EPOC/condiciones respiratorias) | 153, 154 | Productos farmacológicos no clasificados (condiciones cutáneas) | 159 |
| Productos farmacológicos no clasificados (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos) | 154 | Productos farmacológicos no clasificados (abuso de sustancias) | 160 |
| Productos farmacológicos no clasificados (medicamentos para la presión arterial/para el corazón) | 154 | Productos farmacológicos no clasificados (medicamentos para trasplante) | 160 |
| Productos farmacológicos no clasificados (cáncer) | 154 | Productos farmacológicos no clasificados (condiciones urinarias) | 160, 161 |
| Productos farmacológicos no clasificados (productos dentales) | 154 | Productos farmacológicos no clasificados (control del peso) | 161 |
| | | Vitaminas (nutritivas/alimenticias) | 161, 162 |

Lista de medicamentos con receta

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

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

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

| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
|---|-----------------------|-----------------------------------|
| PREPARACIONES ANTIMIGRAÑOSAS (cont.) | | |
| <i>sumatriptan</i> | T1 | QL (2 boxes/30 days) |
| <i>sumatriptan 4 mg/0.5 ml cart</i> | T1 | QL (4ml/30 days) |
| <i>sumatriptan 4 mg/0.5 ml inject</i> | T1 | QL (4ml/30 days) |
| <i>sumatriptan 6 mg/0.5 ml cart</i> | T1 | QL (4ml/30 days) |
| <i>sumatriptan 6 mg/0.5 ml inject</i> | T1 | QL (4ml/30 days) |
| <i>sumatriptan 6 mg/0.5 ml syrmg</i> | T1 | QL (4ml/30 days) |
| <i>sumatriptan 6 mg/0.5 ml vial</i> | T1 | QL (5ml/30 days) |
| <i>sumatriptan succ 100 mg tablet</i> | T1 | QL (18 tabs/28 days) |
| <i>sumatriptan succ 25 mg tablet</i> | T1 | QL (18 tabs/28 days) |
| <i>sumatriptan succ 50 mg tablet</i> | T1 | QL (9 tabs/30 days) |
| <i>sumatriptan succ/naproxen sod</i> | T1 | QL (18 tabs/30 days) |
| TRUDHESA | T2 | PA QL (2 pkgs/30 days) |
| UBRELVY | T2 | PA QL (0.67 TABS/DAY) |
| <i>zolmitriptan</i> | T1 | QL (12 tabs/30 days) |
| ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA | | |
| <i>diclofenac potassium</i> | T1 | HD |
| <i>ketorolac 10 mg tablet</i> | T1 | QL (20 tabs/25 days) HD |
| <i>ketorolac 15 mg/ml carpuject</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 carpuject</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 carpuject</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 |
| ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANALGÉSICOS NO SALICILATOS | | |
| <i>acetamin-codein 300-30 mg/12.5</i> | T1 | |
| <i>acetaminop-codeine 120-12 mg/5</i> | T1 | |
| <i>acetaminophen-cod #2 tablet</i> | T1 | PA |
| <i>acetaminophen-cod #3 tablet</i> | T1 | PA |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

| ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.) | | |
|---|------------------------------|--|
| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANALGÉSICOS NO SALICILATOS (cont.) | | |
| <i>acetaminophen-cod #4 tablet</i> | T1 | PA |
| APADAZ | T3 | |
| BENZHYDROCODONE-ACETAMINOPHEN | T1 | |
| <i>hydrocodone/acetaminophen</i> | T1 | PA |
| <i>hydrocodone/acetaminophen</i> (Hydrocodone-acetaminophen) | T1 | PA |
| <i>hydrocodone/acetaminophen</i> (Norco) | T1 | PA |
| HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN | T1 | PA |
| LORTAB | T1 | PA |
| NALOCET | T1 | PA |
| NORCO (<i>lorcet hd</i>) | T3 | PA |
| NORCO (<i>lorcet plus</i>) | T3 | PA |
| NORCO (<i>lorcet</i>) | T3 | PA |
| <i>oxycodone hcl/acetaminophen</i> (Nalocet) | T1 | PA |
| <i>oxycodone hcl/acetaminophen</i> (Percocet) | T1 | PA |
| <i>oxycodone hcl/acetaminophen</i> (Primlev) | T1 | PA |
| PERCOCET (<i>oxycodone-acetaminophen</i>) | T3 | PA |
| PRIMLEV | T1 | PA |
| <i>tramadol hcl/acetaminophen</i> (Ultracet) | T1 | |
| ULTRACET (<i>tramadol hcl-acetaminophen</i>) | T3 | |
| COMBINACIÓN DE ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS | | |
| <i>hydrocodone/ibuprofen</i> | T1 | PA |
| <i>hydrocodone/ibuprofen</i> (Ibudone) | T1 | PA |
| IBUDONE | T1 | PA |
| <i>ibuprofen/oxycodone hcl</i> | T1 | PA |
| COMB. DE ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANALGÉSICOS SALICILATOS | | |
| <i>oxycodone hcl/aspirin</i> | T1 | PA |
| COMB. DE ANALGÉSICOS OPIOIDES, NO SALICILATOS Y XANTINAS | | |
| ACETAMIN-CAFF-DIHYDROCODEINE | T1 | PA |
| <i>acetaminophen/caff/dihydrocod</i> (Acetamin-caff-dihydrocodeine) | T1 | PA |
| <i>acetaminophen/caff/dihydrocod</i> (Trezix) | T1 | PA |
| TREZIX | T3 | PA |
| ANALGÉSICOS OPIOIDES | | |
| ACTIQ (<i>fentanyl citrate</i>) | T3 | PA |
| ARYMO ER | T3 | PA |
| BELBUCA | T2 | QL (2 films/day) |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

| ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.) | | |
|--|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| ANALGÉSICOS OPIOIDES (cont.) | | |
| <i>buprenorphine</i> (Butrans) | T1 | QL (4 patches/28 days) |
| <i>butorphanol tartrate</i> | T1 | PA QL (6 bots/30 days) |
| BUTRANS (buprenorphine) | T3 | QL (4 patches/28 days) |
| <i>codeine sulfate</i> | T1 | PA |
| DILAUDID 2 MG TABLET (<i>hydromorphone hcl</i>) | T3 | PA |
| DILAUDID 4 MG TABLET (<i>hydromorphone hcl</i>) | T3 | PA |
| DILAUDID 5 MG/5 ML ORAL LIQUID (<i>hydromorphone hcl</i>) | T3 | PA |
| DILAUDID 8 MG TABLET (<i>hydromorphone hcl</i>) | T3 | PA |
| DURAGESIC (<i>fentanyl</i>) | T3 | PA |
| <i>fentanyl</i> | T1 | PA |
| <i>fentanyl</i> (Duragesic) | T1 | PA |
| FENTANYL CITRATE | T1 | PA |
| <i>fentanyl citrate</i> (Actiq) | T1 | PA |
| FENTORA | T3 | PA |
| <i>hydrocodone bitartrate</i> (Hysingla Er) | T1 | PA |
| <i>hydrocodone bitartrate</i> (Zohydro Er) | T1 | PA |
| <i>hydromorphone hcl</i> | T1 | PA |
| <i>hydromorphone hcl</i> (Dilaudid) | T1 | PA |
| HYSINGLA ER (<i>hydrocodone bitartrate er</i>) | T2 | PA |
| KADIAN (<i>morphine sulfate er</i>) | T3 | PA |
| LAZANDA | T3 | PA |
| <i>meperidine hcl</i> | T1 | PA |
| <i>methadone hcl</i> | T1 | PA |
| MORPHABOND ER | T2 | PA |
| <i>morphine sulfate</i> | T1 | PA |
| <i>morphine sulfate</i> (Kadian) | T1 | PA |
| <i>morphine sulfate</i> (Ms Contin) | T1 | PA |
| MS CONTIN (<i>morphine sulfate er</i>) | T3 | PA |
| NUCYNTA | T2 | PA |
| NUCYNTA ER | T3 | PA |
| <i>opium/belladonna alkaloids</i> | T1 | PA |
| OXAYDO | T3 | PA |
| <i>oxycodone hcl</i> | T1 | PA |
| OXYCODONE HCL ER | T1 | PA |
| <i>oxymorphone hcl</i> | T1 | PA |

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

| ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.) | | |
|---|------------------------------|--|
| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| ANALGÉSICOS OPIOIDES (cont.) | | |
| <i>pentazocine hcl/naloxone hcl</i> | T1 | PA |
| ROXYBOND | T3 | PA |
| <i>tramadol er 100 mg tablet</i> | T1 | QL (1 tab/day) |
| <i>tramadol er 200 mg tablet</i> | T1 | QL (1 tab/day) |
| <i>tramadol er 300 mg tablet</i> | T1 | QL (1 tab/day) |
| tramadol hcl (Ultram) | T1 | QL (8 tabs/day) |
| TRAMADOL HCL 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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

| ANESTÉSICOS (Varios) (cont.) | | |
|--|------------------------------|--|
| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| ANESTÉSICOS GENERALES, PARA INHALACIÓN (cont.) | | |
| <i>isoflurane</i> | T3 | |
| <i>sevoflurane</i> (Ultane) | T1 | |
| SUPRANE | T3 | |
| ULTANE (<i>sevoflurane</i>) | T3 | |
| <i>lidocaine hcl</i> | T1 | |
| ANESTÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) | | |
| ANESTÉSICOS LOCALES TÓPICOS | | |
| L.E.T. (LIDO-EPINEPH-TETRA) | T3 | |
| <i>lidocaine 5% ointment</i> | T1 | QL (145gm/30 days) |
| <i>lidocaine 5% patch</i> (Lidoderm) | 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</i> (Pyridium) | T1 | |
| PYRIDIUM (<i>phenazopyridine hcl</i>) | T3 | |
| ANTIALÉRGICOS (Alergia/rociadores nasales) | | |
| ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS | | |
| <i>cromolyn 100 mg/5 ml oral conc</i> (Gastrocrom) | T1 | |
| GASTROCROM (<i>cromolyn sodium</i>) | T3 | |
| ANTIARTRÍTICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) | | |
| ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS, SALICILATOS | | |
| DISALCID (<i>salsalate</i>) | T3 | HD |
| <i>salsalate</i> (Disalcid) | T1 | HD |
| AGENTES ANTIARTRÍTICOS Y QUELANTES | | |
| DEPEN (<i>penicillamine</i>) | T4 | PA SP |
| <i>penicillamine</i> | T4 | PA SP |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| AGENTES ANTIARTRÍTICOS Y QUELANTES (cont.) | | |
| penicillamine (Depen) | T4 | PA SP |
| AGENTES ANTIARTRÍTICOS, ANTAGONISTAS DE LOS FOLATOS | | |
| OTREXUP | T2 | PA |
| REDITREX | T2 | PA |
| ANTIINFLAM. ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-1 | | |
| KINERET | T4 | PA QL (28 syringes/28 days) SP |
| ANTIINFLAMATORIOS, INHIBIDORES DE LA SÍNTESIS DE PIRIMIDINAS | | |
| ARAVA (<i>leflunomide</i>) | T3 | HD |
| <i>leflunomide</i> (Arava) | T1 | HD |
| ANTIINFLAMATORIOS, INHIB. DE LA FOSFODIESTERASA-4 (PDE4) | | |
| OTEZLA 28 DAY STARTER PACK | T4 | PA QL (1 pack/180 days) SP HD |
| OTEZLA 30 MG TABLET | T2 | PA QL (2 tabs/day) SP HD |
| ANTIINFLAMATORIOS, MOD. SELECT. COESTIM., INHIBIDORES DE CÉLULAS T | | |
| ORENCIA | T4 | PA QL (4 syringes/28 days) SP HD |
| ORENCIA CLICKJECT | T4 | PA QL (4 injectors/28 days) SP HD |
| COLCHICINA | | |
| <i>colchicine</i> (Colcrys) | T1 | HD |
| COLCRYS (<i>colchicine</i>) | T3 | HD |
| MITIGARE | T3 | HD |
| SALES DE ORO | | |
| RIDAURA | T2 | |
| TRAT. DE LA HIPERURICEMIA - INHIBIDORES DE LA XANTINA OXIDASA | | |
| <i>allopurinol</i> (Zyloprim) | T1 | HD |
| <i>febuxostat 40 mg tablet</i> (Uloric) | T1 | QL (1 tab/day) HD |
| <i>febuxostat 80 mg tablet</i> (Uloric) | T1 | HD |
| ULORIC 40 MG TABLET (<i>febuxostat</i>) | T3 | QL (1 tab/day) HD |
| ULORIC 80 MG TABLET (<i>febuxostat</i>) | T3 | HD |
| ZYLOPRIM (<i>allopurinol</i>) | T3 | HD |
| INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK) | | |
| CIBINQO | T4 | PA QL (30 tabs/30 days) SP |
| OLUMIANT | T4 | PA QL (1 tab/day) SP HD |
| RINVOQ | T4 | PA QL (1 tab/day) SP HD |
| XELJANZ 1 MG/ML SOLUTION | T4 | PA QL (480ML/22 Days) SP HD |
| XELJANZ 10 MG TABLET | T4 | PA QL (2 tabs/day) SP HD |
| XELJANZ 5 MG TABLET | T4 | PA QL (2 tabs/day) SP HD |
| XELJANZ XR | T4 | PA QL (1 tab/day) SP HD |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

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

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

ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (INHIB. NO ESPECÍFICOS DE LA COX) Y ANÁLOGOS DE LA PROSTAGLANDINA

| | | |
|---|----|-------|
| ARTHROTEC 50 (<i>diclofenac sodium-misoprostol</i>) | T3 | ST HD |
| ARTHROTEC 75 (<i>diclofenac sodium-misoprostol</i>) | T3 | ST HD |
| <i>diclofenac sodium-misoprostol</i> (Arthrotec 50) | T1 | HD |
| <i>diclofenac sodium-misoprostol</i> (Arthrotec 75) | T1 | HD |

ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA

| | | |
|--|----|-------|
| ANAPROX DS (<i>naproxen sodium ds</i>) | T3 | ST HD |
| DAYPRO (<i>oxaprozin</i>) | T3 | ST HD |
| <i>diclofenac sod dr 25 mg tab</i> | T1 | HD |
| <i>diclofenac sod dr 50 mg tab</i> | T1 | HD |
| <i>diclofenac sod dr 75 mg tab</i> | T1 | HD |
| <i>diclofenac sod ec 25 mg tab</i> | T1 | HD |
| <i>diclofenac sod ec 50 mg tab</i> | T1 | HD |
| <i>diclofenac sod ec 75 mg tab</i> | T1 | HD |
| <i>diclofenac sodium</i> | T1 | HD |
| EC-NAPROSYN (<i>naproxen</i>) | T3 | ST HD |
| <i>etodolac</i> | T1 | HD |
| <i>etodolac</i> (Lodine) | T1 | HD |
| FELDENE (<i>piroxicam</i>) | T3 | ST HD |
| <i>fenoprofen calcium</i> (Nalfon) | T1 | HD |
| <i>flurbiprofen</i> | T1 | HD |
| <i>ibuprofen</i> | T1 | HD |
| <i>indomethacin</i> | T1 | HD |
| <i>ketoprofen 25 mg. 75 mg capsule</i> | T1 | HD |
| LODINE (<i>etodolac</i>) | T3 | ST HD |
| <i>meclofenamate sodium</i> | T1 | HD |
| <i>meloxicam</i> (Mobic) | T1 | HD |
| MOBIC (<i>meloxicam</i>) | T3 | ST HD |
| <i>nabumetone</i> | T1 | HD |
| NALFON 600 MG TABLET (<i>profeno</i>) | T1 | ST HD |
| NAPROSYN TABLET (<i>naproxen</i>) | T3 | ST HD |
| <i>naproxen tablet</i> | T1 | HD |
| <i>naproxen</i> (Ec-naprosyn) | T1 | HD |
| <i>naproxen</i> (Naprosyn) | T1 | HD |
| <i>naproxen sodium</i> (Anaprox Ds) | T1 | HD |
| <i>oxaprozin</i> (Daypro) | T1 | HD |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

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

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

| ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.) | | |
|---|------------------------------|--|
| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS, ACCIÓN RÁPIDA (cont.) | | |
| <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 | |
| AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS, ACCIÓN ULTRA PROLONGADA | | |
| ARCAPTA NEOHALER | T3 | HD |
| AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS POR VÍA ORAL, ACCIÓN PROLONGADA | | |
| SEREVENT DISKUS | T2 | HD |
| COMBO DE ADRENÉRGICOS BETA Y ANTICOLINÉRGICOS, INHALADOS | | |
| 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 |
| COMBO DE AGENTES ADRENÉRGICOS BETA Y GLUCOCORTICOIDES, INHALADOS | | |
| ADVAIR HFA | T2 | HD |
| AIRDUO DIGIHALER | T3 | ST HD |
| BREO ELLIPTA | T2 | HD |
| DULERA | T2 | HD |
| <i>fluticasone propion/salmeterol</i> | T1 | HD |
| FLUTICASON-SALMETEROL | T1 | HD |
| SYMBICORT | T2 | HD |
| ADRENÉRGICOS BETA-ANTICOLINÉRGICOS-GLUCOCORT., INHALADOS | | |
| BREZTRI AEROSPHERE | T2 | |
| TRELEGY ELLIPTA | T2 | |
| GLUCOCORTICOIDES, PARA INHALACIÓN ORAL | | |
| <i>budesonide (Pulmicort)</i> | T1 | HD |

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

| ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.) | | |
|---|------------------------------|--|
| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| GLUCOCORTICOIDES, PARA INHALACIÓN ORAL (cont.) | | |
| FLOVENT DISKUS | T2 | HD |
| FLOVENT HFA | T2 | HD |
| PULMICORT (<i>budesonide</i>) | T3 | HD |
| PULMICORT FLEXHALER | T2 | HD |
| QVAR REDHALER | T2 | HD |
| ANTAGONISTAS ALFA DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-5 (IL-5), ANTICUERPOS MONOCLONALES | | |
| FASENRA PEN | T4 | PA SP HD |
| ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LEUCOTRIENOS | | |
| 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 |
| ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS, INHALADOS ORALMENTE | | |
| <i>cromolyn 20 mg/2 ml neb soln</i> | T1 | QL (480ml/30 days) HD |
| ANTICUERPOS MONOCLONALES A LA INMUNOGLOBULINA E (IGE) | | |
| XOLAIR | T4 | PA SP HD |
| ANTICUERPOS MONOCLONALES - ANTAGONISTAS DE LA INTERLEUCINA-5 | | |
| NUCALA | T4 | PA SP HD |
| MUCOLÍTICOS | | |
| <i>acetylcysteine</i> | T1 | |
| INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA-4 (PDE4) | | |
| DALIRESP 250 MCG TABLET | T3 | QL (28 tabs/180 days) HD |
| DALIRESP 500 MCG TABLET | T3 | QL (2 tabs/day) HD |
| XANTINAS | | |
| THEO-24 | T2 | HD |
| <i>theophylline anhydrous</i> | T1 | HD |
| ANTIBIÓTICOS (Alergia/rociadores nasales) | | |
| PREPARACIONES NASALES ANTIBIÓTICAS | | |
| BACTROBAN NASAL | T2 | |
| ANTIBIÓTICOS (Medicamentos para los oídos) | | |
| PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIBIÓTICAS | | |
| <i>ciprofloxacin hcl</i> | T1 | |
| CORTISPORIN-TC | T3 | |
| <i>neomycin/polymyxin b/hydrocort</i> | T1 | |
| <i>ofloxacin</i> | T1 | |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIBIÓTICOS ANTIINFLAMATORIOS | | |
| 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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| ANTIBIÓTICOS OFTÁLMICOS (cont.) | | |
| <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> (Ocuflor) | 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 | |
| ANTIBIÓTICOS (Infecciones) | | |
| ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS DE 2.ª GENERACIÓN- ANTIBACTERIANOS | | |
| SOLOSEC | T2 | |
| AGENTES ANTIBACTERIANOS TIPO SULFONAMIDAS ABSORBIBLES | | |
| BACTRIM (<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>) | T3 | |
| BACTRIM DS (<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>) | T3 | |
| <i>sulfadiazine</i> | T1 | |
| <i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i> | T1 | |
| <i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i> | T3 | |
| <i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i> (Bactrim Ds) | T1 | |
| <i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i> (Bactrim) | T1 | |
| ANTIBIÓTICOS AMINOGLUCÓSIDOS | | |
| ARIKAYCE | T4 | PA SP |
| BETHKIS (<i>tobramycin</i>) | T4 | PA QL (8ml/day) SP HD |
| <i>gentamicin sulfate</i> | T1 | |
| <i>gentamicin sulfate/pf</i> | T1 | |
| KITABIS PAK | T4 | PA QL (10ml/day) SP HD |
| <i>neomycin sulfate</i> | T1 | |
| TOBI (<i>tobramycin</i>) | T4 | PA QL (10ml/day) SP HD |
| TOBI PODHALER | T4 | PA QL (8 caps/day) SP HD |
| <i>tobramycin 1, 200 mg/30 ml vial</i> | T1 | |
| <i>tobramycin 1.2 gm vial</i> | T1 | PA |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

| ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.) | | |
|---|------------------------------|--|
| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| ANTIBIÓTICOS AMINOGLUCÓSIDOS (cont.) | | |
| <i>tobramycin 1.2 gram/30 ml vial</i> | T1 | |
| <i>tobramycin 10 mg/ml vial</i> | T1 | |
| <i>tobramycin 300 mg/4 ml ampule (Bethkis)</i> | T4 | PA QL (28 Therapy/56 days) SP HD |
| <i>tobramycin 300 mg/5 ml ampule (Tobi)</i> | T4 | PA QL (10ml/day) SP HD |
| <i>tobramycin 40 mg/ml vial</i> | T1 | |
| <i>tobramycin 80 mg/2 ml vial</i> | T1 | |
| TOBRAMYCIN PAK 300 MG/5 ML | T4 | PA QL (10ml/day) SP HD |
| AGENTES ANTIBACTERIANOS-ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS | | |
| FLAGYL (<i>metronidazole</i>) | T3 | |
| <i>metronidazole</i> (Flagyl) | T1 | |
| ANTIBIÓTICOS, ANTIBACTERIANOS, VARIOS | | |
| <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> | T2 | |
| <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 | T2 | |
| <i>trimethoprim</i> | T1 | |
| URIBEL | T3 | |
| UTA | T3 | |
| ANTILEPROSOS | | |
| <i>dapsone 100 mg tablet</i> | T1 | |
| <i>dapsone 25 mg tablet</i> | T1 | |
| THALOMID | T4 | PA SP HD |
| AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS | | |
| <i>ethambutol hcl</i> | T1 | HD |
| <i>ethambutol hcl</i> (Myambutol) | T1 | HD |
| <i>isoniazid</i> | T1 | HD |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS (cont.) | | |
| MYAMBUTOL (<i>ethambutol hcl</i>) | T3 | HD |
| MYCOBUTIN (<i>rifabutin</i>) | T3 | PA HD |
| PASER | T2 | HD |
| <i>pyrazinamide</i> | T1 | HD |
| <i>rifabutin</i> (Mycobutin) | T1 | HD |
| TRECTOR | T2 | HD |
| ANTIBIÓTICOS ANTITUBERCULOSOS | | |
| CYCLOSERINE | T1 | |
| PRETOMANID | T3 | PA QL (1 tab/day) |
| PRIFTIN | T3 | |
| RIFAMATE | T2 | |
| <i>rifampin</i> | T1 | |
| RIFATER | T2 | |
| SIRTURO | T4 | SP |
| BETALACTAMASAS | | |
| CAYSTON | T4 | PA QL (3ml/day) SP HD |
| ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 1.ª GENERACIÓN | | |
| <i>cefadroxil</i> | T1 | |
| <i>cephalexin</i> | T1 | |
| <i>cephalexin</i> (Keflex) | T1 | |
| DAXBIA | T3 | |
| KEFLEX (<i>cephalexin</i>) | T3 | |
| ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 2.ª GENERACIÓN | | |
| <i>cefaclor</i> | T1 | |
| <i>cefprozil</i> | T1 | |
| <i>cefuroxime axetil</i> | T1 | |
| ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 3.ª GENERACIÓN | | |
| <i>cefdinir</i> | T1 | |
| <i>cefditoren pivoxil</i> | T1 | |
| <i>cefditoren pivoxil</i> (Spectracef) | T1 | |
| <i>cefixime</i> (Suprax) | T1 | |
| <i>cefpodoxime proxetil</i> | T1 | |
| <i>ceftriaxone sodium</i> | T1 | |
| SPECTRACEF (<i>cefditoren pivoxil</i>) | T3 | |
| SUPRAX | T3 | |
| SUPRAX (<i>cefixime</i>) | T3 | |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

| ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.) | | |
|---|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| ANTIBIÓTICOS LINCOSAMIDAS (cont.) | | |
| CLEOCIN HCL 150 MG CAPSULE (<i>clindamycin hcl</i>) | T3 | |
| 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 | |
| <i>clindamycin hcl</i> (Cleocin Hcl) | T1 | |
| <i>clindamycin palmitate hcl</i> (Cleocin Pediatric) | T1 | |
| ANTIBIÓTICOS MACRÓLIDOS | | |
| <i>azithromycin 1 gm pwd packet</i> (Zithromax) | T1 | |
| <i>azithromycin 100 mg/5 ml susp</i> (Zithromax) | T1 | |
| <i>azithromycin 200 mg/5 ml susp</i> (Zithromax) | T1 | |
| <i>azithromycin 200 mg/5 ml susp</i> (Zithromax) | T1 | |
| <i>azithromycin 250 mg tablet</i> (Zithromax) | T1 | |
| <i>azithromycin 500 mg tablet</i> (Zithromax Tri-pak) | T1 | |
| <i>azithromycin 600 mg tablet</i> | T1 | |
| <i>clarithromycin</i> | T1 | |
| DIFICID 200 MG TABLET | T3 | QL (28 tabs/28 days) |
| DIFICID 40 MG/ML SUSPENSION | T3 | QL (5ML/Day) |
| 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 |
| <i>ery-tab dr 250 mg tablet</i> | T3 | |
| <i>ery-tab dr 333 mg tablet</i> | T2 | |
| ERY-TAB DR 500 MG TABLET (<i>erythromycin</i>) | T3 | |
| <i>erythromycin base</i> | T1 | |
| <i>erythromycin base</i> (Ery-tab) | T1 | |
| <i>erythromycin ethylsuccinate</i> | T1 | |
| <i>erythromycin ethylsuccinate</i> | T2 | |
| <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 | |

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

| ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.) | | |
|--|------------------------------|--|
| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| ANTIBIÓTICOS MACRÓLIDOS (cont.) | | |
| ZITHROMAX 250 MG Z-PAK TABLET (<i>azithromycin</i>) | T3 | |
| ZITHROMAX 500 MG TABLET (<i>azithromycin</i>) | T3 | |
| ZITHROMAX TRI-PAK (<i>azithromycin</i>) | T3 | |
| AGENTES ANTIBACTERIANOS DERIVADOS DE NITROFURANOS | | |
| FURADANTIN (<i>nitrofurantoin</i>) | T3 | |
| MACROBID (<i>nitrofurantoin mono-macro</i>) | T3 | |
| MACRODANTIN (<i>nitrofurantoin</i>) | T3 | |
| <i>nitrofurantoin 25 mg/5 ml susp</i> (Furadantin) | T1 | |
| <i>nitrofurantoin 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 | |
| ANTIBIÓTICOS OXAZOLIDINONAS | | |
| <i>linezolid</i> (Zyvox) | T1 | PA |
| SIVEXTRO | T3 | PA |
| ZYVOX (<i>linezolid</i>) | T3 | PA |
| ANTIBIÓTICOS DE PENICILINA | | |
| <i>amoxicillin</i> | T1 | |
| <i>amoxicillin/potassium clav</i> | T1 | |
| <i>amoxicillin/potassium clav</i> (Augmentin Xr) | T1 | |
| <i>amoxicillin/potassium clav</i> (Augmentin) | T1 | |
| <i>ampicillin trihydrate</i> | T1 | |
| AUGMENTIN 125-31.25 MG/5 ML | T2 | PA |
| AUGMENTIN 250-62.5 MG/5 ML (<i>amoxicillin-clavulanate potass</i>) | T3 | PA |
| AUGMENTIN XR (<i>amoxicillin-clavulanate pot er</i>) | T3 | PA |
| <i>dicloxacillin sodium</i> | T1 | |
| MOXATAG | T3 | |
| DERIVADOS DE LA PLEUROMUTILINA | | |
| XENLETA | T3 | PA QL (10 tabs/30 days) |
| ANTIBIÓTICOS DE QUINOLONAS | | |
| AVELOX (<i>moxifloxacin hcl</i>) | T3 | |
| BAXDELA | T3 | PA |
| CIPRO 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 | |
| <i>ciprofloxacin</i> (Cipro) | T1 | |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

| ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.) | | |
|--|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| ANTIBIÓTICOS DE QUINOLONAS (cont.) | | |
| <i>ciprofloxacin hcl</i> | T1 | |
| <i>ciprofloxacin hcl</i> (Cipro) | T1 | |
| <i>ciprofloxacin/ciprofloxa hcl</i> | T1 | |
| FACTIVE | T3 | |
| <i>levofloxacin</i> | T1 | |
| <i>moxifloxacin hcl</i> (Avelox) | T1 | |
| <i>ofloxacin</i> | T1 | |
| RIFAMICINAS Y ANTIBIÓTICOS DERIVADOS AFINES | | |
| AEMCOLO | T3 | QL (12 tabs/3 days) |
| XIFAXAN 200 MG TABLET | T2 | |
| XIFAXAN 550 MG TABLET | T2 | QL (126 tabs/year) |
| ANTIBIÓTICOS DE TETRACICLINA | | |
| ACTICLATE (<i>doxycycline hyclate</i>) | T3 | ST |
| <i>coremino er 135 mg tablet</i> | T1 | |
| <i>coremino er 45 mg tablet</i> | T1 | QL (1 tab/day) |
| <i>coremino er 90 mg tablet</i> | T1 | |
| <i>demeclocycline hcl</i> | T1 | |
| DORYX | T3 | PA |
| DORYX (<i>doxycycline hyclate</i>) | T3 | PA |
| DORYX MPC | T3 | PA |
| <i>doxycycline 50 mg tablet</i> (Targadox) | T1 | PA |
| <i>doxycycline hyc dr 100 mg tab</i> | T1 | PA |
| <i>doxycycline hyc dr 150 mg tab</i> | T1 | PA |
| <i>doxycycline hyc dr 200 mg tab</i> (Doryx) | T1 | PA |
| <i>doxycycline hyc dr 50 mg tab</i> (Doryx) | T1 | PA |
| <i>doxycycline hyc dr 75 mg tab</i> | T1 | PA |
| DOXYCYCLINE HYC DR 80 MG TAB | T3 | PA |
| <i>doxycycline hyclate</i> | T1 | |
| <i>doxycycline hyclate</i> (Vibramycin) | T1 | |
| <i>doxycycline hyclate 100 mg cap</i> (Vibramycin) | T1 | |
| <i>doxycycline hyclate 100 mg tab</i> | T1 | |
| <i>doxycycline hyclate 150 mg tab</i> (Acticlate) | T1 | |
| <i>doxycycline hyclate 50 mg cap</i> | T1 | |
| <i>doxycycline hyclate 75 mg tab</i> (Acticlate) | T1 | |
| DOXYCYCLINE IR-DR | T1 | PA |
| <i>doxycycline monohydrate</i> | T1 | |
| <i>doxycycline monohydrate</i> (Monodox) | T1 | |

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

| ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.) | | |
|---|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| ANTIBIÓTICOS DE TETRACICLINA (cont.) | | |
| <i>doxycycline monohydrate</i> (Vibramycin) | T1 | |
| MINOCIN (<i>minocycline hcl</i>) | T3 | PA |
| MINOCYCLINE ER | T3 | ST |
| <i>minocycline er 105 mg tablet</i> (Solodyn) | T1 | |
| <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>monodoxyne nl</i>) | T3 | |
| MONODOX (<i>okebo</i>) | T3 | |
| NUZYRA | T4 | 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 25 MG/5 ML SUSP (<i>doxycycline monohydrate</i>) | T3 | |
| VIBRAMYCIN 50 MG/5 ML SYRUP | T2 | |
| XIMINO | T3 | ST |
| ANTIBIÓTICOS DE VANCOMICINA Y DERIVADOS | | |
| 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 |
| ANTIBIÓTICOS DE VANCOMICINA Y DERIVADOS | | |
| FIRVANQ | T2 | |
| VANCOGIN HCL (<i>vancomycin hcl</i>) | T3 | PA |
| <i>vancomycin hcl</i> (Firvanq) | T1 | |
| <i>vancomycin hcl</i> (Vancocin Hcl) | T1 | |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| ANTIBIÓTICOS TÓPICOS Y ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS | | |
| CORTISPORIN | T3 | |
| NEO-SYNALAR | T3 | |
| ANTIBIÓTICOS TÓPICOS | | |
| AMZEEQ | T3 | PA |
| BENZAMYCIN (<i>erythromycin-benzoyl peroxide</i>) | T3 | |
| CENTANY | T3 | |
| CENTANY AT | T3 | |
| CLEOCINT (<i>clindamycin phosphate</i>) | T3 | |
| <i>clindacin etz 1% pledget</i> (Cleocin T) | T1 | PA |
| 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 | PA |
| XEPI | T3 | |
| ZILXI | T3 | PA |
| SULFONAMIDAS TÓPICAS | | |
| AVAR 9.5-5% CLEANSING PADS | T3 | |
| <i>avar cleanser</i> (Rosanil) | T1 | |
| AVAR LS | T3 | |
| AVAR-E | T1 | |
| AVAR-E GREEN | T2 | PA |
| <i>mafenide acetate</i> | T1 | |
| ROSANIL (<i>sodium sulfacetamide-sulfur</i>) | T1 | |
| SILVADENE (<i>ssd</i>) | T3 | |
| <i>silver sulfadiazine</i> (Silvadene) | T1 | |
| <i>sulfacetamide sod/sulfur/urea</i> | T1 | |
| <i>sulfacetamide sodium/sulfur</i> | T1 | |
| <i>sulfacetamide sodium/sulfur</i> (Avar-e Green) | T1 | |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Condiciones cutáneas) (cont.)

| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
|--|-----------------------|-----------------------------------|
| SULFONAMIDAS TÓPICAS | | |
| <i>sulfacetamide sodium/sulfur</i> (Rosamil) | T1 | |
| <i>sulfacetamide/sulfur/cleansr23</i> | T1 | |
| <i>sulfact sod/sulur/avob/otn/oct</i> | T1 | |
| SULFAMILYLON | T2 | |

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% SOL | T3 | |
| CITRATE PHOSPHATE DEXTROSE | T1 | |

INHIBIDORES DIRECTOS DEL FACTOR XA

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

HEPARINA Y PREPARACIONES RELACIONADAS

| | | |
|---|----|------------------------|
| <i>ARIXTRA (fondaparinux sodium)</i> | T4 | QL (1 syringe/day) SP |
| <i>enoxaparin 100 mg/ml syringe</i> (Lovenox) | T4 | QL (2 syringes/day) SP |
| <i>enoxaparin 120 mg/0.8 ml syr</i> (Lovenox) | T4 | QL (2 syringes/day) SP |
| <i>enoxaparin 150 mg/ml syringe</i> (Lovenox) | T4 | QL (2 syringes/day) SP |
| <i>enoxaparin 30 mg/0.3 ml syr</i> (Lovenox) | T4 | QL (2 syringes/day) SP |
| <i>enoxaparin 300 mg/3 ml vial</i> (Lovenox) | T4 | QL (1 vial/day) SP |
| <i>enoxaparin 40 mg/0.4 ml syr</i> (Lovenox) | T4 | QL (2 syringes/day) SP |
| <i>enoxaparin 60 mg/0.6 ml syr</i> (Lovenox) | T4 | QL (2 syringes/day) SP |
| <i>enoxaparin 80 mg/0.8 ml syr</i> (Lovenox) | T4 | QL (2 syringes/day) SP |
| <i>fondaparinux sodium</i> (Arixtra) | T4 | QL (1 syringe/day) SP |
| FRAGMIN | T4 | QL (2ML/DAY) SP |
| <i>heparin 10,000 unit/10 ml vial</i> | T1 | |
| <i>heparin 30,000 unit/30 ml vial</i> | T1 | |
| <i>heparin 40,000 unit/4 ml vial</i> | T1 | |
| <i>heparin 50,000 unit/10 ml vial</i> | T1 | |
| <i>heparin 50,000 unit/5 ml vial</i> | T1 | |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

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

| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
|--|-----------------------|-----------------------------------|
| HEPARINA Y PREPARACIONES RELACIONADAS (cont.) | | |
| 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 2,000 unit/ml vl | T1 | |
| heparin sod 5,000 unit/0.5 ml | T1 | |
| HEPARIN SOD 5,000 UNIT/0.5 ML | T1 | |
| heparin sod 5,000 unit/0.5 ml (Heparin Sodium) | T1 | |
| heparin sod 5,000 unit/ml syrg | T3 | |
| heparin sod 5,000 unit/ml vial | T1 | |
| LOVENOX 100 MG/ML SYRINGE (enoxaparin sodium) | T4 | QL (2 syringes/day) SP |
| LOVENOX 120 MG/0.8 ML SYRINGE (enoxaparin sodium) | T4 | QL (2 syringes/day) SP |
| LOVENOX 150 MG/ML SYRINGE (enoxaparin sodium) | T4 | QL (2 syringes/day) SP |
| LOVENOX 30 MG/0.3 ML SYRINGE (enoxaparin sodium) | T4 | QL (2 syringes/day) SP |
| LOVENOX 300 MG/3 ML VIAL (enoxaparin sodium) | T4 | QL (1 vial/day) SP |
| LOVENOX 40 MG/0.4 ML SYRINGE (enoxaparin sodium) | T4 | QL (2 syringes/day) SP |
| LOVENOX 60 MG/0.6 ML SYRINGE (enoxaparin sodium) | T4 | QL (2 syringes/day) SP |
| LOVENOX 80 MG/0.8 ML SYRINGE (enoxaparin sodium) | T4 | QL (2 syringes/day) SP |

INHIBIDORES DE LA TROMBINA, SELECTIVOS, DIRECTOS Y REVERSIBLES

| | | |
|---------|----|-------|
| PRADAXA | T3 | PA HD |
|---------|----|-------|

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

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 oculares) | | |
|---|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| AGENTES ANTIMICÓTICOS OFTÁLMICOS | | |
| NATACYN | T2 | |
| ANTIMICÓTICOS (Productos femeninos) | | |
| ANTIMICÓTICOS VAGINALES | | |
| GYNAZOLE 1 | T1 | |
| <i>miconazole nitrate</i> | T1 | |
| <i>terconazole</i> | T1 | |
| ANTIMICÓTICOS (Infecciones) | | |
| AGENTES ANTIMICÓTICOS | | |
| ANCOBON (<i>flucytosine</i>) | T3 | |
| <i>clotrimazole</i> | T1 | |
| CRESEMBA | T3 | PA |
| DIFLUCAN (<i>fluconazole</i>) | T3 | PA |
| <i>fluconazole</i> (Diflucan) | T1 | |
| <i>flucytosine</i> (Ancobon) | T1 | |
| <i>itraconazole</i> (Sporanox) | T1 | |
| <i>ketoconazole</i> | T1 | |
| NOXAFIL 40 MG/ML SUSPENSION | 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 |
| <i>voriconazole</i> (Vfend) | T1 | PA |
| ANTIBIÓTICOS ANTIMICÓTICOS | | |
| BREXAFEMME | T3 | PA |
| <i>griseofulvin ultramicrosize</i> (Gris-peg) | T1 | |
| <i>griseofulvin, microsize</i> | T1 | |
| GRIS-PEG (<i>griseofulvin ultramicrosize</i>) | T3 | |
| <i>nystatin</i> | T1 | |
| ANTIMICÓTICOS (Condiciones cutáneas) | | |
| ANTIMICÓTICO TÓPICO/ANTIINFLAMATORIO, AGENTE ESTEROIDE | | |
| <i>clotrimazole/betamethasone dip</i> | T1 | |

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

| ANTIMICÓTICOS (Condiciones cutáneas) (cont.) | | |
|---|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| ANTIMICÓTICOS TÓPICOS (cont.) | | |
| <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 | |
| DIFMETIOXRIME | T3 | |
| <i>econazole nitrate</i> | T1 | |
| ECOZA | T3 | |
| ERTACZO | T3 | PA |
| EXELDERM | T3 | PA |
| EXODERM | T1 | |
| EXTINA (<i>ketodan</i>) | T3 | PA |
| FLUCONAZ-IBU-ITRACONAZ-TERBINA | T3 | |
| HEXIOUNYL | T3 | |
| JUBLIA | T3 | PA |
| KERYDIN | T3 | PA |
| KERYDIN (<i>tavaborole</i>) | T3 | PA |
| <i>ketoconazole</i> | T1 | |
| <i>ketoconazole (Extina)</i> | T1 | |
| <i>ketoconazole/skin cleanser 28</i> | T1 | |
| LOPROX 0.77% CREAM (<i>ciclopirox</i>) | T3 | PA |
| LOPROX 0.77% SUSPENSION KIT | T3 | |
| 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 (Naftin)</i> | T1 | |
| NAFTIN | T2 | |
| NAFTIN (<i>naftifine hcl</i>) | T2 | |
| <i>nystatin</i> | T1 | |
| <i>nystatin/triamcinolone acet</i> | T1 | |
| <i>oxiconazole nitrate (Oxistat)</i> | T1 | PA |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
 PA – Autorización previa
 QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
 AGE – Requisito de edad
 SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio
 PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
 CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIMICÓTICOS (Condiciones cutáneas) (cont.)

| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
|---|-----------------------|-----------------------------------|
| ANTIMICÓTICOS TÓPICOS (cont.) | | |
| OXISTAT 1% CREAM (<i>oxiconazole nitrate</i>) | T3 | PA |
| OXISTAT 1% LOTION | T2 | PA |
| RIMI | T3 | |
| SULCONAZOLE NITRATE | T3 | PA |
| <i>tavaborole</i> (Kerydin) | T1 | PA |
| VUSION | T3 | PA |
| XOLEGEL | T3 | PA |

COMBINACIÓN DE ANTIHISTAMÍNICOS DE 1.ª GENERACIÓN Y DESCONGESTIVOS

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

COMBINACIÓN DE ANTIHISTAMÍNICOS DE 2.ª GENERACIÓN Y DESCONGESTIVOS

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

ANTIISTAMÍNICOS (Alergia/rociadores nasales)

ANTIISTAMÍNICOS - 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> (Ryvent) | T1 | PA |
| <i>clemastine fumarate</i> | T1 | |
| <i>cyproheptadine hcl</i> | T1 | |
| <i>cyproheptadine hcl</i> (Cyproheptadine Hcl) | T1 | |
| <i>dexchlorpheniramine maleate</i> (Ryclora) | T1 | PA |
| <i>hydroxyzine hcl</i> | T1 | |
| <i>hydroxyzine pamoate</i> | T1 | |
| <i>hydroxyzine pamoate</i> (Vistaril) | T1 | |
| KARBINAL ER | T3 | PA |
| <i>promethazine hcl</i> | T1 | |
| RYCLORA (<i>dexchlorpheniramine maleate</i>) | T3 | PA |
| RYVENT | T3 | PA |
| VISTARIL (<i>hydroxyzine pamoate</i>) | T3 | |

ANTIISTAMÍNICOS - 2.ª GENERACIÓN

| | | |
|---|----|-------------------|
| <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 |

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

| ANTIISTAMÍNICOS (Condiciones oculares) | | |
|--|------------------------------|--|
| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| ANTIISTAMÍNICOS PARA LOS OJOS | | |
| <i>azelastine hcl 0.05% drops</i> | T1 | |
| BEPREVE | T3 | PA |
| <i>epinastine hcl</i> | T1 | |
| LASTACRAFT | T3 | |
| <i>olopatadine hcl 0.1% eye drops</i> | T1 | |
| <i>olopatadine hcl 0.2% eye drop (Pataday)</i> | T1 | |
| PATADAY (<i>olopatadine hcl</i>) | T3 | |
| PATANOL 0.1% | | |
| PAZEO | T2 | |
| ZERVIATE | T2 | |
| ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) | | |
| ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE LA ENZIMA DPP-4-TIAZOLIDINEDIONA | | |
| ALOGLIPTIN-PIOGLITAZONE | T1 | PA QL (1 tab/day) HD |
| OSENI | T3 | PA QL (1 tab/day) HD |
| ANTIHIPERGLUCÉMICOS, MIMÉTICOS DE INCRETINA (AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-I) | | |
| ADLYXIN | T3 | PA QL (1 pen/28 days) 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 | | |
| 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 |
| ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INSULINA, ACCIÓN PROLONGADA-AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-I | | |
| SOLIQUA 100-33 | T2 | HD |
| XULTOPHY 100-3.6 | T2 | HD |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| ANTIHIPERGLUCÉM.-INHIB. DEL COTRANSPORT. DE SOD./GLUC. TIPO 2 (SGLT-2) | | |
| FARXIGA | T2 | QL (1 tab/day) ST HD |
| INVOKANA | T3 | PA QL (1 tab/day) ST HD |
| JARDIANCE | T2 | QL (1 tab/day) ST HD |
| STEGLATRO | T3 | PA QL (1 tab/day) ST HD |
| ANTIHIPERGLUCÉMICOS - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE DOPAMINA | | |
| CYCLOSET | T3 | HD |
| ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE LA ALFA-GLUCOSIDASA | | |
| <i>acarbose</i> (Precose) | T1 | HD |
| GLYSET (<i>miglitol</i>) | T3 | HD |
| <i>miglitol</i> (Glyset) | T1 | HD |
| PRECOSE (<i>acarbose</i>) | T3 | HD |
| ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO ANÁLOGOS DE AMILINA | | |
| SYMLINPEN 120 | T2 | HD |
| SYMLINPEN 60 | T2 | HD |
| ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO BIGUANIDAS | | |
| FORTAMET (<i>metformin er osmotica</i>) | T3 | PA HD |
| GLUCOPHAGE XR (<i>metformin hcl er</i>) | T3 | HD |
| GLUMETZA (<i>metformin er gastrica</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 |
| ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE DPP-4 | | |
| 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 |
| ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO ESTIMULANTES DE LIBERACIÓN DE INSULINA | | |
| AMARYL (<i>glimepiride</i>) | T3 | HD |
| <i>chlorpropamide</i> | T1 | HD |
| <i>glimepiride</i> (Amaryl) | T1 | HD |
| <i>glipizide</i> (Glucotrol XI) | T1 | HD |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

| ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.) | | |
|---|------------------------------|--|
| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO ESTIMULANTES DE LIBERACIÓN DE INSULINA | | |
| <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 |
| ANTIHIPERGLUCÉMICOS, COMB. DE INHIBIDORES DE SGLT-2 Y DPP-4 | | |
| GLYXAMBI | T2 | QL (1 tab/day) ST HD |
| QTERN | T2 | QL (1 tab/day) ST HD |
| STEGLUJAN | T3 | QL (1 tab/day) ST HD |
| ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS Y BIGUANIDAS | | |
| ACTOPLUS MET (<i>pioglitazone-metformin</i>) | T3 | HD |
| <i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i> (Actoplus Met) | T1 | HD |
| ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS Y SULFONILUREAS | | |
| DUETACT (<i>pioglitazone-glimepiride</i>) | T3 | HD |
| <i>pioglitazone hcl/glimepiride</i> (Duetact) | T1 | HD |
| ANTIHIPERGLUCÉMICOS, COMB. DE INHIBIDORES DE DPP-4 Y BIGUANIDAS | | |
| 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 |
| ANTIHIPERGLUCÉMICOS, ESTIM. DE LIBERACIÓN DE INSULINA-BIGUANIDAS | | |
| <i>glipizide/metformin hcl</i> | T1 | HD |
| <i>glyburide/metformin hcl</i> | T1 | HD |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

| ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.) | | |
|---|------------------------------|--|
| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| ANTIHIPERGLUCÉMICOS, ESTIM. DE LIBERACIÓN DE INSULINA-BIGUANIDAS | | |
| <i>repaglinide/metformin hcl</i> | T1 | HD |
| ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS (AGONISTAS DE PPARG) | | |
| ACTOS (<i>pioglitazone hcl</i>) | T3 | HD |
| AVANDIA | T3 | HD |
| <i>pioglitazone hcl</i> (Actos) | T1 | HD |
| ANTIHIPERGLUCÉMICOS-BLOQUEADORES DE LOS RECEPTORES DE GLUCOCORTICOIDES | | |
| KORLYM | T3 | PA SP |
| ANTIHIPLERGLUCÉMICOS-COMB. DE INHIBIDORES DE SGLT-2 Y BIGUANIDAS | | |
| INVOKAMET | T3 | PA QL (2 tabs/day) ST HD |
| INVOKAMET XR | T3 | PA QL (2 tabs/day) ST HD |
| SEGLUROMET | T3 | PA 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 |
| XIGDUO XR 10 MG-1,000 MG TAB | T2 | QL (1 tab/day) ST HD |
| XIGDUO XR 10 MG-500 MG TABLET | T2 | QL (1 tab/day) ST HD |
| XIGDUO XR 2.5 MG-1,000 MG TAB | T2 | QL (2 tabs/day) ST HD |
| XIGDUO XR 5 MG-1,000 MG TABLET | T2 | QL (2 tabs/day) ST HD |
| XIGDUO XR 5 MG-500 MG TABLET | T2 | QL (1 tab/day) ST HD |
| ANTIHIPERGLUCÉM.-COMB. DE INHIB. DE SGLT-2, INHIB. DE DPP-4 Y BIGUANIDAS | | |
| TRIJARDY XR | T2 | QL (1 tab/day) ST HD |
| INSULINAS | | |
| ADMELOG | T3 | PA 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 | PA QL (1.5ML/DAY) HD |
| APIDRA SOLOSTAR | T3 | PA QL (1.5ML/DAY) HD |
| BASAGLAR KWIKPEN U-100 | T2 | QL (1.5ml/day) HD |
| FIASP | T3 | PA QL (1.5ml/day) HD |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
|-----------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| INSULINAS (cont.) | | |
| FIASP FLEXTOUCH | T3 | PA QL (1.5ml/day) HD |
| FIASP PENFILL | T3 | PA QL (1.5ml/day) HD |
| HUMALOG | T3 | PA 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 (1ML/DAY) HD |
| HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN | T2 | QL (1ML/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 |
| INSULIN ASPART PROT-INSULN ASP | T2 | QL (2ML/DAY) HD |
| INSULIN LISPRO | T2 | PA 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 | T3 | PA 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 |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| INSULINAS (cont.) | | |
| TRESIBA | T2 | QL (1.5ml/day) HD |
| TRESIBA FLEXTOUCH U-100 | T2 | QL (1.5ml/day) HD |
| TRESIBA FLEXTOUCH U-200 | T2 | QL (0.9ml/day) HD |
| ANTIINFECCIOSOS (Productos femeninos) | | |
| SULFONAMIDAS VAGINALES | | |
| AVC | T3 | |
| ANTIINFECCIOSOS (Infecciones) | | |
| ANTIBIÓTICOS DE PENICILINA | | |
| <i>amoxicillin</i> | T1 | |
| ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Productos femeninos) | | |
| ANTISÉPTICOS VAGINALES | | |
| <i>acetic acid/oxyquinoline</i> (Relagard) | T1 | |
| RELAGARD (<i>fem ph</i>) | T3 | |
| TRIMO-SAN | T3 | |
| ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Infecciones) | | |
| ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS DE 2.ª GENERACIÓN- ANTIBACTERIANOS | | |
| TINDAMAX (<i>tinidazole</i>) | T3 | |
| <i>tinidazole</i> | T1 | |
| <i>tinidazole</i> (Tindamax) | T1 | |
| AMEBICIDAS | | |
| <i>paromomycin sulfate</i> | T1 | |
| ANTHELMÍNTICOS | | |
| <i>albendazole</i> (Albenza) | T1 | |
| ALBENZA (<i>albendazole</i>) | T3 | |
| BILTRICIDE (<i>praziquantel</i>) | T3 | |
| EMVERM | T1 | |
| <i>ivermectin</i> (Stromectol) | T1 | PA |
| <i>praziquantel</i> (Biltricide) | T1 | |
| STROMECTOL (<i>ivermectin</i>) | T3 | PA |
| MEDICAMENTOS CONTRA LA MALARIA | | |
| 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) |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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) | | |
|--|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| MEDICAMENTOS CONTRA LA MALARIA | | |
| DARAPRIM (<i>pyrimethamine</i>) | T4 | 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 QL (30 tabs/365 days) |
| PRIMAQUINE | T1 | |
| primaquine phosphate (Primaquine) | T1 | |
| <i>pyrimethamine 25 mg tablet</i> (Daraprim) | T1 | PA |
| <i>pyrimethamine 25 mg tablet</i> (Daraprim) | T4 | PA SP |
| QUALAQUIN (<i>quinine sulfate</i>) | T3 | PA |
| <i>quinine sulfate</i> (Qualaquin) | T1 | |
| MEDICAMENTOS ANTIPROTOZOARIOS, VARIOS | | |
| <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 | |
| <i>pentamidine isethionate</i> (Nebupent) | T1 | |
| ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Varios) | | |
| AGENTES ANTIBACTERIANOS, VARIOS | | |
| <i>glycine urologic solution</i> | T1 | |
| <i>glycine urologic solution</i> | T3 | |
| AGENTES SECADORES ANTISÉPTICOS TÓPICOS | | |
| <i>formaldehyde</i> | T1 | |
| ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Condiciones cutáneas) | | |
| AGENTES ANTIANDROGÉNICOS TÓPICOS | | |
| WINLEVI | T3 | PA |
| ANTIMICÓTICOS TÓPICOS | | |
| CICLODAN 8% KIT | T3 | |
| <i>ciclopirox/urea/camph/men/euc</i> (Ciclodan) | T1 | |

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
|---|-----------------------|------------------------------------|
| ANTIINFLAMATORIOS INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL | | |
| ADALIMUMAB-ADAZ | T4 | PA QL (2 doses/ 28 days) SP |
| ADALIMUMAB-FKJP (CF) | T4 | PA QL (2 doses/ 28 days) SP |
| AMJEVITA SLP | T4 | PA QL (2 SYRINGES/28 DAYS) SP HD |
| AVSOLA | T4 | PA SP |
| CIMZIA 200 MG VIAL KIT | T4 | PA QL (1 kit/28 days) SP HD |
| CIMZIA 2X200 MG/ML SYRINGE KIT | T4 | PA QL (1 kit/28 days) SP HD |
| CIMZIA 2X200 MG/ML (X3) START KT | T4 | PA QL (1 kit/year) SP HD |
| CYLTEZO | T4 | PA QL (2 doses/ 28 days) SP |
| ENBREL 25 MG KIT | T4 | PA QL (8 vials/28 days) SP HD |
| ENBREL 25 MG/0.5 ML SYRINGE | T4 | PA QL (8 syringes/28 days) SP HD |
| ENBREL 25 MG/0.5 ML VIAL | T4 | PA QL (4ml/28 days) SP HD |
| ENBREL 50 MG/ML SYRINGE | T4 | PA QL (4 syringes/28 days) SP HD |
| ENBREL MINI | T4 | PA QL (4 cartridges/28 days) SP HD |
| ENBREL SURECLICK | T4 | PA QL (4 syringes/28 days) SP HD |
| HADLIMA | T4 | PA QL (2 doses/ 28 days) SP HD |
| HADLIMA (CF-citrate free) | T4 | PA QL (2 doses/ 28 days) SP HD |
| HUMIRA | T4 | PA QL (2 syringes/28 days) SP HD |
| HUMIRA PEN | T4 | PA QL (2 pens/28 days) SP HD |
| HUMIRA PEN CROHN'S-UC-HS | T4 | PA QL (1 kit/year) SP HD |
| HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS | T4 | PA QL (1 kit/year) SP HD |
| HUMIRA (CF) | T4 | PA QL (2 syringes/28 days) SP HD |
| HUMIRA (CF) PEDIATRIC CROHN'S | T4 | PA QL (1 kit/year) SP HD |
| HUMIRA (CF) PEN 40 MG/0.4 ML | T4 | PA QL (2 pens/28 days) SP HD |
| HUMIRA (CF) PEN 80 MG/0.8 ML | T4 | PA QL (1 kit/year) SP HD |
| HUMIRA (CF) PEN CROHN'S-UC-HS | T4 | PA QL (1 kit/year) SP HD |
| HUMIRA (CF) PEN PEDIATRIC UC | T4 | PA QL (4 KITS/365 DAYS) SP HD |
| HUMIRA (CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS | T4 | PA QL (1 kit/year) SP HD |
| HYRIMOZ | T4 | PA QL (2 doses/ 28 days) SP |
| IDACIO (CF) | T4 | PA QL (2 doses/ 28 days) SP |
| INFLECTRA | T4 | PA SP HD |
| REMICADE | T4 | PA SP HD |
| SIMPONI 100 MG/ML PEN INJECTOR | T4 | PA QL (1 injector/28 days) SP HD |
| SIMPONI 100 MG/ML SYRINGE | T4 | PA QL (1 syringe/28 days) SP HD |
| SIMPONI 50 MG/0.5 ML PEN INJEC | T4 | PA QL (1 injector/28 days) SP HD |
| SIMPONI 50 MG/0.5 ML SYRINGE | T4 | PA QL (1 syringe/28 days) SP HD |
| SIMPONI ARIA | T4 | PA SP HD |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| ANTIINFLAMATORIOS INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL | | |
| YUFLYMA | T4 | PA QL (2 doses/ 28 days) SP |
| YUSIMRY (CF) | T4 | PA QL (2 doses/ 28 days) SP |
| ANP - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES X RETINOIDES (RXR) SELECTIVOS | | |
| <i>bexarotene</i> (Targretin) | T4 | PA SP HD |
| TARGRETIN 75 MG CAPSULE (<i>bexarotene</i>) | T4 | PA SP HD |
| ANTINEOPLÁSTICOS., INHIBIDORES DE LA HISTONA DEACETILASA (HDAC) | | |
| FARYDAK | T4 | PA SP HD |
| ZOLINZA | T4 | PA SP HD |
| AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS - ALQUILANTES | | |
| ALKERAN (<i>melfhalan</i>) | T3 | SP |
| <i>cyclophosphamide 25 mg capsule</i> | T1 | SP HD |
| CYCLOPHOSPHAMIDE 25 MG TABLET | T4 | PA SP HD |
| <i>cyclophosphamide 50 mg capsule</i> | T1 | SP HD |
| CYCLOPHOSPHAMIDE 50 MG TABLET | T4 | PA SP HD |
| GLEOSTINE | T2 | |
| HYDREA (<i>hydroxyurea</i>) | T3 | |
| <i>hydroxyurea</i> (Hydrea) | T1 | |
| LEUKERAN | T2 | |
| <i>melfhalan</i> (Alkeran) | T1 | SP |
| MYLERAN | T2 | |
| TEMODAR (<i>temozolomide</i>) | T4 | PA SP HD |
| <i>temozolomide</i> | T4 | PA SP HD |
| <i>temozolomide</i> (Temodar) | T4 | PA SP HD |
| AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS - ANTIANDROGÉNICOS | | |
| CASODEX (<i>bicalutamide</i>) | T3 | |
| ERLEADA | T4 | PA SP HD |
| <i>flutamide</i> | T1 | |
| NILANDRON (<i>nilutamide</i>) | T3 | PA QL (4 tabs/day) |
| <i>nilutamide</i> (Nilandron) | T1 | QL (4 tabs/day) |
| NUBEQA | T4 | PA SP HD |
| XTANDI | T4 | PA SP HD |
| YONSA | T4 | PA SP HD |
| ZYTIGA (<i>abiraterone acetate</i>) | T4 | PA SP HD |
| ANTINEOPLÁSTICOS - ANTIMETABOLITOS | | |
| <i>capecitabine</i> (Xeloda) | T4 | PA SP HD |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

| ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.) | | |
|--|------------------------------|--|
| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| ANTINEOPLÁSTICOS - ANTIMETABOLITOS (cont.) | | |
| INQOVI | T4 | PA SP HD |
| LONSURF | T4 | PA SP HD |
| <i>mercaptopurine</i> | T1 | |
| <i>methotrexate sodium</i> | T1 | |
| <i>methotrexate sodium/pf</i> | T1 | |
| ONUREG | T4 | PA QL (14 Tabs/28 Days) SP |
| PURIXAN | T4 | SP |
| TABLOID | T3 | |
| TREXALL | T2 | |
| XATMEP | T3 | |
| XELODA (<i>capecitabine</i>) | T4 | PA SP HD |
| ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA AROMATASA | | |
| <i>anastrozole</i> (Arimidex) | T1 | HD PPACA |
| ARIMIDEX (<i>anastrozole</i>) | T3 | HD |
| AROMASIN (<i>exemestane</i>) | T3 | HD |
| <i>exemestane</i> (Aromasin) | T1 | HD PPACA |
| FEMARA (<i>letrozole</i>) | T3 | HD |
| <i>letrozole</i> (Femara) | T1 | HD |
| ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA BRAF | | |
| BRAFTOVI | T4 | PA SP HD |
| TAFINLAR | T4 | PA SP HD |
| ZELBORAF | T4 | PA SP HD |
| ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA VÍA DE HEDGEHOG | | |
| DAURISMO | T4 | PA SP HD |
| ERIVEDGE | T4 | PA SP HD |
| ODOMZO | T4 | PA SP HD |
| ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK) | | |
| JAKAFI | T4 | PA SP HD |
| ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDOR DE LA PROTEÍNA KRAS | | |
| KRAZATI | T4 | PA QL (6 TABS/DAY) SP CSL |
| LUMAKRAS | T4 | PA SP QL (8 tabs per day) HD |
| ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA MEKI Y MEK2 | | |
| COTELLIC | T4 | PA SP HD |
| KOSELUGO 10 MG CAPSULE | T4 | PA QL (10 capsules/day) SP |
| KOSELUGO 25 MG CAPSULE | T4 | PA QL (4 caps/day) SP |
| MEKINIST | T4 | PA SP HD |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

| ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.) | | |
|---|------------------------------|--|
| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA MEKI Y MEK2 (cont.) | | |
| MEKTOVI | T4 | PA SP HD |
| ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA MTOR | | |
| AFINITOR | T4 | PA SP HD |
| AFINITOR (<i>everolimus</i>) | T4 | PA SP HD |
| AFINITOR DISPERZ | T4 | PA SP |
| <i>everolimus 2.5 mg tablet</i> (Afinitor) | T4 | PA SP HD |
| <i>everolimus 5 mg tablet</i> (Afinitor) | T4 | PA SP HD |
| <i>everolimus 7.5 mg tablet</i> (Afinitor) | T4 | PA SP HD |
| ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA PROTEÍNA METILTRANSFERASA | | |
| TAZVERIK | T4 | PA SP |
| ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA TOPOISOMERASA I | | |
| HYCANTIN | T4 | PA SP HD |
| ANTINEOPLÁSTICOS COMB. - INHIBIDORES DE LA QUINASA Y LA AROMATASA | | |
| KISQALI 200 MG | T4 | PA QL (21 per 28 days) SP HD |
| KISQALI 400 MG | T4 | PA QL (42 per 28 days) SP HD |
| KISQALI 800 MG | T4 | PA QL (63 per 28 days) SP HD |
| KISQALI FEMARA CO-PACK | T4 | PA QL (1 pack per 28 days) SP HD CSL |
| ANTINEOPLÁSTICOS - ANTICUERPOS MONOCLONALES BLOQUEADORES DE LOS RECEPTORES DEL EGF | | |
| PHESGO | T4 | PA SP HD |
| AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS INMUNOMODULADORES | | |
| lenalidomide | T4 | PA QL (1 TAB/DAY) SP HD CSL |
| POMALYST | T4 | PA SP HD |
| REVLIMID | T4 | PA QL (1 TAB/DAY) SP HD CSL |
| AGONISTAS DE LHRH (GNRH) ANTINEOPLÁSTICOS, SUPR. HIPOFISARIOS | | |
| <i>leuprolide acetate</i> | T4 | PA SP HD |
| LEUPROLIDE DEPOT | T4 | PA SP HD |
| LUPRON DEPOT | T4 | PA SP HD |
| ZOLADEX | T4 | PA SP HD |
| ANTAGONISTAS DE LHRH (GNRH) ANTINEOPLÁSTICOS, SUPR. HIPOFISARIOS | | |
| FIRMAGON | T4 | PA SP HD |
| ORGOVYX | T4 | PA SP |
| ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS | | |
| ALECENSA | T4 | PA QL (8 TABS/DAY) SP HD CSL |
| ALUNBRIG | T4 | PA SP HD |
| AYVAKIT | T4 | PA QL (1 tab/day) SP |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)

| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
|--|-----------------------|-----------------------------------|
| ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS (cont.) | | |
| BALVERSA | T4 | PA SP |
| CABOMETYX | T4 | PA SP HD |
| CALQUENCE | T4 | PA SP |
| CAPRELSA | T4 | PA SP |
| COMETRIQ | T4 | PA SP HD |
| COPIKTRA | T4 | PA SP |
| <i>erlotinib hcl (Tarceva)</i> | T4 | PA SP HD |
| EXKIVITY | T4 | PA SP HD |
| FOTIVDA | T4 | PA QL (30 caps/30 days) SP HD |
| GAVRETO | T4 | PA QL (4 Tabs/Day) SP |
| GILOTRIF | T4 | PA SP HD |
| GLEEVEC (<i>imatinib mesylate</i>) | T4 | PA SP HD |
| IBRANCE | T4 | PA QL SP HD |
| ICLUSIG | T4 | PA SP |
| <i>imatinib mesylate (Gleevec)</i> | T4 | PA SP HD |
| IMBRUVICA | T4 | PA SP |
| INLYTA | T4 | PA SP HD |
| INREBIC | T4 | PA SP HD |
| IRESSA | T4 | PA SP HD |
| KISQALI | T4 | PA SP HD CSL |
| <i>lapatinib ditosylate (Tykerb)</i> | T4 | PA SP HD |
| LENVIMA | T4 | PA SP HD |
| LORBRENA | T4 | PA SP HD |
| LYNPARZA | T4 | PA SP HD |
| LYTGOBI 12 MG DAILY DOSE PACK | T4 | PA QL (3 TABS/DAY) SP CSL |
| LYTGOBI 16 MG DAILY DOSE PACK | T4 | PA QL (4 TABS/DAY) SP CSL |
| LYTGOBI 20 MG DAILY DOSE PACK | T4 | PA QL (5 TABS/DAY) SP CSL |
| NERLYNX | T4 | PA SP HD |
| NEXAVAR | T4 | PA SP HD |
| NINLARO | T4 | PA SP HD |
| PEMAZYRE | T4 | PA QL (14 tabs/21 days) SP |
| PIQRAY | T4 | PA SP HD |
| QINLOCK | T4 | PA QL (3 tabs/day) SP |
| RETEVMO 40 MG CAPSULE | T4 | PA QL (6 caps/day) SP HD |
| RETEVMO 80 MG CAPSULE | T4 | PA QL (4 tabs/day) SP HD |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

| ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.) | | |
|---|------------------------------|--|
| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS (cont.) | | |
| ROZLYTREK | T4 | PA SP HD |
| RUBRACA | T4 | PA SP |
| RYDAPT | T4 | PA SP HD |
| SCEMBLIX | T4 | PA QL (2 tablets/day) SP HD |
| SPRYCEL | T4 | PA SP HD |
| STIVARGA | T4 | PA SP HD |
| SUTENT | T4 | PA SP HD |
| TABRECTA | T4 | PA QL (4 tabs/day) SP HD |
| TAGRISSO | T4 | PA SP HD |
| TALZENNA | T4 | PA SP HD |
| TARCEVA (<i>erlotinib hcl</i>) | T4 | PA SP HD |
| TASIGNA | T4 | PA SP HD |
| TEPMETKO | T4 | PA QL (2 tabs/day) SP |
| TUKYSA | T4 | PA SP |
| TURALIO 125 MG CAPSULE | T4 | PA QL (4 CAPS/DAY) SP CSL |
| TURALIO 200 MG CAPSULE | T4 | PA QL (4 CAPS/DAY) SP CSL |
| TYKERB (<i>lapatinib</i>) | T4 | PA SP HD |
| UKONIQ | T4 | PA QL (4 tabs/day) SP |
| VERZENIO | T4 | PA QL (120mg/day) SP HD |
| VITRAKVI | T4 | PA SP HD |
| VIZIMPRO | T4 | PA SP HD |
| VOTRIENT | T4 | PA SP HD |
| XALKORI | T4 | PA SP HD |
| XOSPATA | T4 | PA SP |
| ZEJULA | T4 | PA SP |
| ZYDELIG | T4 | PA SP HD |
| ZYKADIA | T4 | PA SP HD |
| ANTINEOPLÁSTICOS, ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-MUERTE PROGRAMADA-I (PD-I) | | |
| OPDIVO | T4 | PA SP HD |
| ANTINEOPLÁSTICOS-INHIBIDORES DE LINFOMA DE CÉLULAS B-2 (BCL-2) | | |
| VENCLEXTA | T4 | PA SP |
| VENCLEXTA STARTING PACK | T4 | PA SP |
| ANTINEOPLÁSTICOS-INHIBIDORES DE LA ISOCITRATO DESHIDROGENASA | | |
| IDHIFA | T4 | PA SP HD |
| REZLIDHIA | T4 | PA QL (2 CAPS/DAY) SP CSL |
| TIBSOVO | T4 | PA SP |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| FÁRMACOS INMUNOCONJUGADOS ANTINEOPLÁSTICOS | | |
| ENHERTU | T4 | PA SP HD |
| ANTINEOPLÁSTICOS, VARIOS | | |
| <i>etoposide</i> | T4 | SP HD |
| LYSODREN | T2 | |
| MATULANE | T4 | SP |
| <i>tretinoin 10 mg capsule</i> | T1 | PA |
| ANTINEOPLÁSTICOS-INHIB. SELECT. DE LA EXP. NUCLEAR (SINE) | | |
| XPOVIO | T4 | PA SP |
| ANTICUERPO MONOCLONAL AL RECEPTOR ANTÍGENO DEL LINFOCITO T CITOTÓXICO (CTLA-4) | | |
| YERVOY | T4 | PA SP HD |
| INMUNOMODULADORES | | |
| ACTIMMUNE | T4 | PA SP HD |
| BESREMI | T4 | PA QL (2 syringes/28 days) SP |
| MODULADORES SELECTIVOS DE RECEPTORES ESTROGÉNICOS (SERM) | | |
| FARESTON (<i>toremifene citrate</i>) | T3 | QL (2 tabs/day) HD |
| SOLTAMOX | T3 | HD |
| <i>tamoxifen citrate</i> | T1 | HD PPACA |
| <i>toremifene citrate</i> (Fareston) | T1 | QL (2 tabs/day) HD |
| ANTINEOPLÁSTICOS ESTEROIDES | | |
| EMCYT | T4 | SP HD |
| <i>megestrol acetate</i> | T1 | |
| ANTINEOPLÁSTICOS (Condiciones cutáneas) | | |
| ANTINEOPLÁSTICOS TÓPICOS FOTOACT., LESIONES PREMALIGNAS | | |
| LEVULAN | T4 | 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 | |
| <i>fluorouracil</i> | T1 | |
| <i>fluorouracil</i> (Efudex) | T1 | |
| KLISYRI | T3 | PA QL (5 packs/30 Days) |
| PANRETIN | T4 | SP HD |
| PICATO | T2 | |
| TARGRETIN 1% GEL | T4 | SP HD |
| TOLAK | T3 | |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Condiciones cutáneas) (cont.)

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

AGENTES ANTINEOPLÁSICOS TÓPICOS PARA LESIONES PREMALIGNAS (cont.)

| | | |
|----------|----|-------|
| VALCHLOR | T4 | SP HD |
|----------|----|-------|

MEDICAMENTOS CONTRA LA OBESIDAD (Control del peso)

ANOREXÍGENOS CONTRA LA OBESIDAD

| | | |
|--------------------------------------|----|----|
| ADIPEX-P (<i>phentermine hcl</i>) | T3 | PA |
| <i>benzphetamine hcl</i> | T1 | |
| <i>benzphetamine hcl</i> (Regimex) | T1 | |
| <i>diethylpropion hcl</i> | T1 | |
| LOMAIRA | T1 | |
| <i>phendimetrazine tartrate</i> | T1 | |
| <i>phentermine hcl</i> | T1 | |
| <i>phentermine hcl</i> (Adipex-p) | T1 | |
| QSYMIA | T3 | PA |
| REGIMEX (<i>benzphetamine hcl</i>) | T3 | |

AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA MELANOCORTINA 4 CONTRA LA OBESIDAD

| | | |
|----------|----|-------------------------|
| IMCIVREE | T4 | PA QL (9 ML/22 DAYS) SP |
|----------|----|-------------------------|

AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DEL PÉPTIDO SIMILAR AL GLUCAGÓN TIPO I CONTRA LA OBESIDAD

| | | |
|---------|----|---------------------|
| SAXENDA | T3 | PA |
| WEGOVY | T2 | PA QL (1 BOX/MONTH) |

AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA SEROTONINA 2C CONTRA LA OBESIDAD

| | | |
|-----------|----|----|
| BELVIQ | T3 | PA |
| BELVIQ XR | T3 | PA |

ANTAG. OPIOIDES-INHIB. DE LA RECAPT. DE NOREPINEFRINA Y DOPAMINA CONTRA LA OBESIDAD

| | | |
|----------|----|----|
| CONTRAVE | T3 | PA |
|----------|----|----|

AGENTES QUE REDUCEN LA ABSORCIÓN DE GRASAS

| | | |
|---------|----|----|
| XENICAL | T3 | PA |
|---------|----|----|

ANTIPARASITARIOS (Infecciones)

ANTIPARASITARIOS

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

ANTIPARASITARIOS TÓPICOS

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

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
|---|-----------------------|-----------------------------------|
| ANTIPARASITARIOS TÓPICOS (cont.) | | |
| NATROBA (<i>spinosad</i>) | T3 | |
| <i>permethrin</i> (Elimite) | T1 | |
| SKLICE (<i>ivermectin</i>) | T3 | |
| <i>spinosad</i> (Natroba) | T1 | |
| ULESFIA | T3 | |

MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS (Enfermedad de Parkinson)

MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, ANTICOLINÉRGICOS

| | | |
|-----------------------------|----|----|
| <i>benztropine mesylate</i> | T1 | HD |
| <i>trihexyphenidyl hcl</i> | T1 | HD |

MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, OTROS

| | | |
|--|----|-------------------|
| <i>amantadine hcl</i> | T1 | HD |
| APOKYN | T4 | 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 | T4 | SP HD |
| <i>entacapone</i> (Comtan) | T1 | HD |
| GOCOVRI | T3 | HD |
| INBRIJA | T4 | 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

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

| MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS (Enfermedad de Parkinson) (cont.) | | |
|---|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, OTROS (cont.) | | |
| 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 | T4 | PA QL (1 tab/day) SP HD |
| ONGENTYS | T3 | PA QL (1 CAPS/DAY) HD |
| OSMOLEX ER 129 MG TABLET | T3 | QL (1 tab/day) HD |
| OSMOLEX ER 193 MG TABLET | T3 | QL (1 tab/day) HD |
| OSMOLEX ER 258 MG TABLET | T3 | QL (1 tab/day) HD |
| OSMOLEX ER 322 MG DAILY DOSE | T3 | QL (2 tabs/day) HD |
| PARLODEL (<i>bromocriptine mesylate</i>) | T3 | HD |
| <i>pramipexole di-hcl</i> | T1 | HD |
| <i>pramipexole er 0.375 mg tablet</i> (Mirapex Er) | T1 | QL (1 tab/day) HD |
| <i>pramipexole er 0.75 mg tablet</i> (Mirapex Er) | T1 | HD |
| <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 |

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

| MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS (Enfermedad de Parkinson) (cont.) | | |
|--|------------------------------|--|
| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, OTROS (cont.) | | |
| <i>tolcapone</i> (Tasmar) | T1 | HD |
| XADAGO | T3 | ST HD |
| ZELAPAR | T3 | PA HD |
| INHIBIDORES DE LA DESCARBOXILASA | | |
| <i>carbidopa</i> (Lodosyn) | T1 | |
| LODOSYN (<i>carbidopa</i>) | T3 | PA |
| MEDICAMENTOS ANTIPLAQUETARIOS (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes) | | |
| INHIBIDORES DE LA AGRUPACIÓN PLAQUETARIA | | |
| <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</i> | T1 | HD |
| EFFIENT (<i>prasugrel hcl</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> (Agyrin) | T1 | |
| ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH) | | |
| ANTIRRETROVIRALES-INHIBIDORES DE LA CÁPSIDE | | |
| SUNLENCA 4- 300 MG TABLET | T4 | PA QL(5 TABS/180 DAYS) SP |
| SUNLENCA 463.5 MG/1.5 ML VIAL | T3 | PA SP |
| SUNLENCA 5- 300 MG TABLET | T4 | PA QL(5 TABS/180 DAYS) SP |
| ANTIRRETROVIRALES-COMB. DE INHIBIDORES DE LA INTEGRASA Y NNRTI | | |
| CABENUVA | T4 | PA SP |
| JULUCA | T4 | SP |
| ANTIRRETROVIRALES-COMB. DE INHIBIDORES DE LA INTEGRASA Y NRTI | | |
| DOVATO | T4 | SP |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| ANTIRRETROVIRALES-COMB. DE NRTI E INHIBIDORES DE LA INTEGRASA | | |
| TRIUMEQ | T4 | SP |
| ANTIRRETROVIRALES-NUCLEÓSIDOS, NUCLEÓTIDOS, INHIB. DE LA PROTEASA | | |
| SYMTUZA | T4 | SP |
| ANTIVÍRICOS - ESPEC. PARA VIH, INHIB. DE LA PROTEASA NO PEPTÍDICOS | | |
| APTIVUS | T4 | PA SP |
| ANTIVÍRICOS - ESPEC. PARA VIH, INHIB. DE LA PROTEASA NO PEPTÍDICOS (cont.) | | |
| PREZCOBIX | T4 | PA SP |
| PREZISTA | T4 | SP |
| ANTIVÍRICOS - ESPEC. PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS-NUCLEÓTIDOS | | |
| CIMDUO | T4 | PA SP |
| DESCOVY | T4 | PA SP PPACA |
| <i>emtricitabine-tenofv 100-150mg (Truvada)</i> | T4 | SP |
| <i>emtricitabine-tenofv 133-200mg (Truvada)</i> | T4 | SP |
| <i>emtricitabine-tenofv 167-250mg (Truvada)</i> | T4 | SP |
| <i>emtricitabine-tenofv 200-300mg (Truvada)</i> | T4 | SP PPACA |
| TEMIXYS | T4 | PA SP |
| TRUVADA (<i>emtricitabine-tenofovir disop</i>) | T4 | PA SP |
| ANTIVÍRICOS - ESPEC. PARA VIH, COMB. ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS, RTI | | |
| <i>abacavir sulfato/lamivudine (Epzicom)</i> | T4 | PA SP |
| <i>abacavir/lamivudine/zidovudine (Trizivir)</i> | T4 | PA SP |
| COMBIVIR (<i>lamivudine-zidovudine</i>) | T4 | PA SP |
| EPZICOM (<i>abacavir-lamivudine</i>) | T4 | PA SP |
| <i>lamivudine/zidovudine (Combivir)</i> | T4 | SP |
| TRIZIVIR (<i>abacavir-lamivudine-zidovudine</i>) | T4 | PA SP |
| ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, ANTAG. DEL CO-RECEPTOR CCR5 | | |
| AGRYLIN (<i>anagrelide hcl</i>) | T3 | |
| ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA FIJACIÓN DE LA CD4 | | |
| RUKOBIA | T3 | PA QL (2 SYRINGE/DAY) |
| ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA FUSIÓN | | |
| FUZEON | T4 | PA SP |
| ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, NO NUCLEÓSIDOS, RTI | | |
| EDURANT | T4 | PA SP |
| <i>efavirenz (Sustiva)</i> | T4 | PA SP |
| INTELENCE | T4 | PA SP |
| <i>nevirapine</i> | T4 | PA SP |
| <i>nevirapine (Viramune Xr)</i> | T4 | PA SP |

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

| ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH) (cont.) | | |
|---|------------------------------|--|
| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓTIDOS, RTI (cont.) | | |
| <i>nevirapine</i> (Viramune) | T4 | PA SP |
| PIFELTRO | T4 | PA SP |
| SUSTIVA (<i>efavirenz</i>) | T4 | PA SP |
| VIRAMUNE (<i>nevirapine</i>) | T4 | PA SP |
| VIRAMUNE XR (<i>nevirapine er</i>) | T4 | PA SP |
| <i>abacavir sulfate</i> (Ziagen) | T4 | PA SP |
| <i>didanosine</i> (Videx Ec) | T4 | PA SP |
| <i>emtricitabine</i> (Emtriva) | T4 | PA SP |
| EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION | T4 | PA SP |
| EMTRIVA 200 MG CAPSULE (<i>emtricitabine</i>) | T4 | PA SP |
| EPIVIR (<i>lamivudine</i>) | T4 | PA SP |
| <i>lamivudine 10 mg/ml oral soln</i> (Eпивir) | T4 | SP |
| <i>lamivudine 150 mg tablet</i> (Eпивir) | T4 | SP |
| <i>lamivudine 300 mg tablet</i> (Eпивir) | T4 | PA SP |
| RETROVIR (<i>zidovudine</i>) | T4 | PA SP |
| <i>stavudine</i> | T4 | PA SP |
| VIDEX EC | T4 | PA SP |
| VIDEX EC (<i>didanosine</i>) | T4 | PA SP |
| ZIAGEN (<i>abacavir</i>) | T4 | PA SP |
| <i>zidovudine</i> | T4 | SP |
| <i>zidovudine</i> (Retrovir) | T4 | SP |
| <i>tenofovir disoproxil fumarate</i> (Viread) | T4 | PA SP |
| VIREAD 150 MG TABLET | T4 | PA SP |
| VIREAD 200 MG TABLET | T4 | PA SP |
| VIREAD 250 MG TABLET | T4 | PA SP |
| VIREAD 300 MG TABLET (<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>) | T4 | PA SP |
| VIREAD POWDER | T4 | PA SP |
| ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, COMB. DE INHIBIDORES DE LA PROTEASA | | |
| KALETRA 100-25 MG TABLET | T4 | PA SP |
| KALETRA 200-50 MG TABLET | T4 | PA SP |
| KALETRA 80 MG-20 MG/ML SOLN (<i>lopinavir-ritonavir</i>) | T4 | PA SP |
| <i>lopinavir/ritonavir</i> (Kaletra) | T1 | |
| ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA PROTEASA | | |
| <i>atazanavir sulfate</i> (Reyataz) | T4 | PA SP |
| CRIXIVAN | T4 | PA SP |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

| ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH) (cont.) | | |
|--|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA PROTEASA (cont.) | | |
| EVOTAZ | T4 | PA SP |
| <i>fosamprenavir calcium</i> (Lexiva) | T4 | PA SP |
| INVIRASE | T4 | PA SP |
| LEXIVA 50 MG/ML SUSPENSION | T4 | PA SP |
| LEXIVA 700 MG TABLET (<i>fosamprenavir calcium</i>) | T4 | PA SP |
| NORVIR 100 MG POWDER PACKET | T4 | SP |
| NORVIR 100 MG TABLET (<i>ritonavir</i>) | T4 | PA SP |
| NORVIR 80 MG/ML SOLUTION | T4 | SP |
| REYATAZ 150 MG CAPSULE (<i>atazanavir sulfate</i>) | T4 | PA SP |
| REYATAZ 200 MG CAPSULE (<i>atazanavir sulfate</i>) | T4 | PA SP |
| REYATAZ 300 MG CAPSULE (<i>atazanavir sulfate</i>) | T4 | PA SP |
| REYATAZ 50 MG POWDER PACKET | T4 | PA SP |
| <i>ritonavir</i> (Norvir) | T4 | SP |
| VIRACEPT | T4 | PA SP |
| ANTIVÍRICOS - INHIBIDORES DE LA TRANSFERENCIA DE CADENA DE LA INTEGRASA DEL VIH-I | | |
| APRETUDE | T4 | PA SP |
| ISENTRESS | T4 | SP |
| ISENTRESS HD | T4 | PA SP |
| TIVICAY | T4 | SP |
| TIVICAY PD | T4 | SP |
| ANTIRRETROV., COMB. DE NUCLEÓSIDOS, NUCLEÓTIDOS Y RTI NO NUCLEÓSIDOS | | |
| ATRIPLA (<i>efavirenz-emtricit-tenofovir disop</i>) | T4 | PA SP |
| COMPLERA | T4 | PA SP |
| DELSTRIGO | T4 | PA SP |
| <i>efavirenz/emtricit/tenofovir df</i> (Atripla) | T4 | PA SP |
| <i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disop</i> (Symfi Lo) | T4 | SP |
| <i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disop</i> (Symfi) | T4 | SP |
| ODEFSEY | T4 | PA SP |
| SYMFI (<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir disop</i>) | T4 | PA SP |
| SYMFI LO (<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir disop</i>) | T4 | PA SP |
| ANTIRRETROV.-NUCLEÓSIDOS, RTI NUCLEÓTIDOS, INHIBIDORES DE LA INTEGRASA | | |
| BIKTARVY | T4 | SP |
| GENVOYA | T4 | SP |
| STRIBILD | T4 | PA SP |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 oculares) | | |
|--|------------------------------|--|
| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| ANTIVÍRICOS PARA LOS OJOS | | |
| <i>trifluridine</i> | T1 | |
| ZIRGAN | T3 | |
| ANTIVÍRICOS (Infecciones) | | |
| ANTIVÍRICOS, GENERALES | | |
| <i>acyclovir 200 mg capsule</i> | T1 | |
| <i>acyclovir 200 mg/5 ml susp (Zovirax)</i> | T1 | |
| <i>acyclovir 400 mg tablet</i> | T1 | |
| <i>acyclovir 800 mg tablet</i> | T1 | |
| <i>famciclovir</i> | T1 | |
| FLUMADINE (<i>rimantadine hcl</i>) | T3 | |
| LIVTENCITY | T4 | PA QL (4 tabs/day) SP |
| <i>oseltamivir 6 mg/ml suspension (Tamiflu)</i> | T1 | QL (180ml/30 days) |
| <i>oseltamivir phos 30 mg capsule (Tamiflu)</i> | T1 | QL (20/30 days) |
| <i>oseltamivir phos 45 mg capsule (Tamiflu)</i> | T1 | QL (10/30 days) |
| <i>oseltamivir phos 75 mg capsule (Tamiflu)</i> | T1 | QL (10 caps/30 days) |
| PREVYMIS | T4 | SP HD |
| RELENZA | T3 | QL (20/30 days) |
| <i>rimantadine hcl (Flumadine)</i> | 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 (Valtrex)</i> | T1 | |
| VALCYTE (<i>valganciclovir hcl</i>) | T3 | PA |
| <i>valganciclovir hcl (Valcyte)</i> | T1 | |
| VALTRES (<i>valacyclovir</i>) | T3 | |
| XOFLUZA | T3 | QL (2 tabs/30 days) |
| ZOVIRAX 200 MG/5 ML SUSP (<i>acyclovir</i>) | T3 | PA |
| HEP. C - COMB. DE INHIB. DE NS5A, NS3/4A, NS5B NO NUC. | | |
| VIEKIRA PAK | T4 | PA SP HD |
| HEP. C - COMBO DE INHIB. DE NS5A, NS3/4A, NS5B NUCLEÓTIDOS | | |
| VOSEVI | T4 | PA SP HD |
| VIRUS DE LA HEP. C, INH. DE LA POLIMERASA NS5B ANÁLOGA DE NUCLEÓTIDOS | | |
| SOVALDI 150 MG PELLET PACKET | T4 | PA QL (1 tab/day) SP HD |

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (Infecciones) (cont.)

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

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

| | | |
|-------------------------------|----|-------------------------|
| SOVALDI 200 MG PELLETT PACKET | T4 | PA QL (1 tab/day) SP HD |
| SOVALDI 200 MG TABLET | T4 | PA QL (1 tab/day) SP HD |
| SOVALDI 400 MG TABLET | T4 | PA SP HD |

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

| | | |
|----------------------------------|----|-------------------------|
| EPCLUSA 200 MG-50 MG TABLET | T4 | PA QL (1 tab/Day) SP HD |
| EPCLUSA 400 MG-100 MG TABLET | T4 | PA SP HD |
| HARVONI 33.75-150 MG PELLETT PK | T4 | PA QL (1 tab/day) SP HD |
| HARVONI 45-200 MG PELLETT PACKET | T4 | PA QL (1 tab/day) SP HD |
| HARVONI 45-200 MG TABLET | T4 | PA QL (1 tab/day) SP HD |
| HARVONI 90-400 MG TABLET | T4 | PA SP HD |
| LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR | T4 | PA SP HD |
| SOFOSBUVIR-VELPATASVIR | T4 | PA SP HD |

AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS B

| | | |
|--|----|-------------------------|
| <i>adefovir dipivoxil</i> (Hepsera) | T4 | SP HD |
| BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION | T4 | SP HD |
| BARACLUDE 0.5 MG TABLET (<i>entecavir</i>) | T4 | PA QL (1 tab/day) SP HD |
| BARACLUDE 1 MG TABLET (<i>entecavir</i>) | T4 | PA SP HD |
| <i>entecavir 0.5 mg tablet</i> (Baraclude) | T4 | QL (1 tab/day) SP HD |
| <i>entecavir 1 mg tablet</i> (Baraclude) | T4 | SP HD |
| EPIVIR HBV 100 MG TABLET (<i>lamivudine hbv</i>) | T4 | SP |
| EPIVIR HBV 25 MG/5 ML SOLN | T4 | SP |
| HEPSERA (<i>adefovir dipivoxil</i>) | T4 | SP HD |
| <i>lamivudine</i> (Epiriv Hbv) | T4 | SP |
| VEMLIDY | T4 | SP HD |

AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C

| | | |
|--------------------------------------|----|----------|
| PEGASYS | T4 | PA SP HD |
| PEGINTRON | T4 | PA SP HD |
| <i>ribasphere 200 mg capsule</i> | T4 | SP HD |
| <i>ribasphere 200 mg tablet</i> | T4 | SP HD |
| <i>ribasphere 400 mg tablet</i> | T4 | SP |
| <i>ribasphere 600 mg tablet</i> | T4 | SP |
| <i>ribasphere ribapak 200-400 mg</i> | T4 | SP HD |
| <i>ribasphere ribapak 400-400 mg</i> | T4 | SP HD |
| <i>ribasphere ribapak 400-400 mg</i> | T4 | SP HD |
| <i>ribasphere ribapak 600-400 mg</i> | T4 | SP HD |
| <i>ribasphere ribapak 600-400 mg</i> | T4 | SP HD |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

| ANTIVÍRICOS (Infecciones) (cont.) | | |
|--|------------------------------|--|
| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C (cont.) | | |
| <i>ribasphere ribapak 600-600 mg</i> | T4 | SP HD |
| <i>ribasphere ribapak 600-600 mg</i> | T4 | SP HD |
| VIRUS DE LA HEPATITIS C - COMB. DE INHIB. DE NS5A Y NS3/4A | | |
| MAVYRET | T4 | PA SP HD |
| ZEPATIER | T4 | PA SP HD |
| INHIBIDOR DE LA PROTEASA PRINCIPAL (MPRO) | | |
| PAXLOVID | T2 | QL (1 pkg/120 days) |
| INHIBIDOR DE LA ARN POLIMERASA | | |
| MOLNUPIRAVIR | T3 | QL (1 pkg/120 days) |
| ANTIVÍRICOS (Condiciones cutáneas) | | |
| ANTIVÍRICOS TÓPICOS Y ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS | | |
| XERESE | T3 | PA QL (5gm/30 days) |
| ANTIVÍRICOS TÓPICOS | | |
| <i>acyclovir 5% cream (Zovirax)</i> | T1 | PA QL (5gm/30 days) |
| <i>acyclovir 5% ointment (Zovirax)</i> | T1 | PA QL (15gm/30 days) |
| ANTIVÍRICOS TÓPICOS | | |
| DENAVIR | T3 | QL (10 gm/30 days) |
| ZOVIRAX 5% CREAM (<i>acyclovir</i>) | T3 | PA QL (10 gm/30 days) |
| ZOVIRAX 5% OINTMENT (<i>acyclovir</i>) | T3 | PA QL (15gm/30 days) |
| AGENTES TÓPICOS PARA EL TRATAMIENTO DE VERRUGAS GENITALES-VPH | | |
| VEREGEN | T3 | PA |
| MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Alergia/rociadores nasales) | | |
| AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANAFILAXIA | | |
| AUVI-Q | T3 | PA QL (2 packs/30 days) |
| EPINEPHRINE | T1 | QL (2 packs/30 days) |
| <i>epinephrine (AUVI-Q)</i> | T3 | PA QL (2 packs/30 days) |
| <i>epinephrine (Epipen 2-pak)</i> | T1 | QL (2 packs/30 days) |
| <i>epinephrine (Epipen Jr 2-pak)</i> | T1 | QL (2 packs/30 days) |
| 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) |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Enfermedad de Alzheimer)

| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
|---|-----------------------|-----------------------------------|
| INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA | | |
| ARICEPT (<i>donepezil hcl</i>) | T3 | HD |
| <i>donepezil hcl</i> | 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 (<i>pyridostigmine bromide er</i>) | T3 | HD |
| MESTINON (<i>pyridostigmine bromide</i>) | T3 | 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> (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)⁸

ADRENÉRGICOS, AROMÁTICOS, SIN CATECOLAMINAS

| | | |
|--|----|----------------------|
| ADDERALL (<i>dextroamphetamine-amphetamine</i>) | T3 | PA ST |
| ADDERALL XR (<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 | 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 per day) |
| <i>dextroamp-amphet er 15 mg cap</i> (Adderall Xr) | T1 | PA QL (1 per day) |
| <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 cap/day) |

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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)⁸ (cont.)

| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
|--|-----------------------|-----------------------------------|
| ADRENÉRGICOS, AROMÁTICOS, SIN CATECOLAMINAS (cont.) | | |
| <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 per 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 caps/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 | T2 | 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> (Northera) | T4 | SP HD |
| <i>midodrine hcl</i> | T1 | |
| NORTHERA (<i>droxidopa</i>) | T4 | PA SP HD |

AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA

| | | |
|--|----|----|
| DIBENZYLIN (<i>phenoxybenzamine hcl</i>) | T3 | HD |
| <i>phenoxybenzamine hcl</i> (Dibenzylin) | T1 | HD |

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Condiciones urinarias)

AGENTES PARASIMPATICOMIMÉTICOS

| | | |
|------------------------------------|----|----|
| <i>bethanechol chloride</i> | T1 | HD |
| <i>cevimeline hcl</i> (Evoxac) | T1 | HD |
| EVOXAC (<i>cevimeline hcl</i>) | T3 | HD |
| <i>guanidine hcl</i> | T1 | HD |
| <i>pilocarpine hcl</i> (Salagen) | T1 | HD |
| SALAGEN (<i>pilocarpine hcl</i>) | T3 | HD |

PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Alergia/rociadores nasales)

EXTRACTOS ALERGÉNICOS, TERAPÉUTICOS

| | | |
|---------|----|-------------------|
| GRASTEK | T3 | PA QL (1 tab/day) |
|---------|----|-------------------|

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 (Alergia/rociadores nasales) (cont.) | | |
|---|------------------------------|--|
| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| EXTRACTOS ALERGÉNICOS, TERAPÉUTICOS (cont.) | | |
| ODACTRA | T3 | PA QL (1 tab/day) |
| ORALAIR | T3 | PA QL (1 tab/day) |
| PALFORZIA | T4 | PA SP |
| RAGWITEK | T3 | PA QL (1 tab/day) |
| PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) | | |
| INHIBIDORES DE CALICREÍNA PLASMÁTICA | | |
| TAKHZYRO | T4 | PA SP HD |
| PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Varios) | | |
| AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA FENILCETONURIA - FENILALANINA AMONIO LIASA | | |
| PALYNZIQ | T4 | PA SP HD |
| PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas) | | |
| VACUNAS CONTRA EL COVID-19 | | |
| JANSSEN COVID-19 VACCINE (EUA) | T2 | PPACA |
| MODERNA COVID-19 VACCINE (EUA) | T2 | PPACA |
| PFIZER COVID-19 VACCINE (EUA) | T2 | PPACA |
| VACUNAS CONTRA VIRUS ENTÉRICOS | | |
| IPOL | T2 | PPACA |
| ROTARIX | T3 | PPACA |
| ROTATEQ | T3 | PPACA |
| VACUNAS CONTRA COCOS GRAMNEGATIVOS | | |
| BEXSERO | T2 | PPACA |
| MENACTRA | T2 | PPACA |
| MENQUADFI | T2 | PPACA |
| MENVEO A-C-Y-W-135-DIP | T2 | PPACA |
| TRUMENBA | T2 | PPACA |
| VACUNAS CONTRA COCOS GRAMPOSITIVOS | | |
| PNEUMOVAX 23 | T2 | PPACA |
| PREVNAR 13 | T2 | PPACA |
| VACUNAS CONTRA EL VIRUS DE LA INFLUENZA | | |
| AFLURIA QUAD 2020-2021 | T2 | PPACA |
| AFLURIA QUAD 2020-21 (3YR UP) | T2 | PPACA |
| AFLURIA QUAD 2020-21 (6-35MO) | T2 | PPACA |
| EZ FLU 2018-2019 (FLUCELVAX) | T2 | PPACA |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
 PA – Autorización previa
 QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
 AGE – Requisito de edad
 SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio
 PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
 CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

| PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas) (cont.) | | |
|---|------------------------------|--|
| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| VACUNAS CONTRA EL VIRUS DE LA INFLUENZA (cont.) | | |
| FLUAD 2020-2021 | T2 | PPACA |
| FLUAD QUAD 2020-2021 | T2 | PPACA |
| FLUARIX QUAD 2020-2021 | T2 | PPACA |
| FLUBLOK QUAD 2020-2021 | T2 | PPACA |
| FLUCELVAX QUAD 2020-2021 | T2 | PPACA |
| FLULAVAL QUAD 2020-2021 | T2 | PPACA |
| FLUMIST QUAD 2020-2021 | T3 | PPACA |
| FLUZONE HIGH-DOSE QUAD 2020-21 | T2 | PPACA |
| FLUZONE QUAD 2020-2021 | T2 | PPACA |
| PREPARACIONES, COMBINACIONES DE VACUNAS/TOXOIDES | | |
| ACTHIB | T2 | PPACA |
| ADACEL TDAP | T2 | PPACA |
| BOOSTRIX TDAP | T2 | PPACA |
| DAPTACEL DTAP | T2 | PPACA |
| DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS-PED | T2 | PPACA |
| HIBERIX | T2 | PPACA |
| INFANRIX DTAP | T2 | PPACA |
| KINRIX | T2 | PPACA |
| M-M-R II VACCINE | T2 | PPACA |
| PEDVAXHIB | T2 | PPACA |
| PENTACEL | T2 | PPACA |
| PENTACEL ACTHIB COMPONENT | T2 | PPACA |
| PROQUAD | T2 | PPACA |
| QUADRACEL DTAP-IPV | T2 | PPACA |
| TDVAX | T2 | PPACA |
| TENIVAC | T2 | PPACA |
| VAXELIS | T2 | PPACA |
| VACUNAS ANTIVIRALES/DE CÉLULAS TUMORÍGENAS | | |
| ENGERIX-B ADULT | T2 | PPACA |
| ENGERIX-B PEDIATRIC-ADOLESCENT | T2 | PPACA |
| GARDASIL 9 | T2 | PPACA |
| HEPLISAV-B | T2 | PPACA |
| PEDIARIX | T2 | PPACA |
| RECOMBIVAX HB | T2 | PPACA |
| SHINGRIX | T2 | QL (2 dosis/lifetime) PPACA |
| TWINRIX | T2 | PPACA |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

| PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas) (cont.) | | |
|--|------------------------------|--|
| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| VACUNAS ANTIVIRALES/DE CÉLULAS TUMORÍGENAS (cont.) | | |
| VARIVAX VACCINE | T2 | PPACA |
| ZOSTAVAX | T2 | PPACA |
| SANGRE (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos) (cont.) | | |
| AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA TROMBÓTICA | | |
| CABLIVI | T4 | PA SP |
| AGENTES ANTIFIBRINOLÍTICOS | | |
| AMICAR (<i>aminocaproic acid</i>) | T4 | SP HD |
| AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA TROMBÓTICA | | |
| <i>aminocaproic acid</i> (Amicar) | T4 | SP HD |
| LYSTEDA (<i>tranexamic acid</i>) | T4 | SP |
| <i>tranexamic acid</i> (Lysteda) | T4 | SP |
| FACTORES ANTIHEMOFÍLICOS | | |
| ALTUVIIO | T4 | PA SP HD |
| INHIBIDORES DEL COMPLEMENTO (C3) | | |
| EMPAVELI | T4 | PA SP |
| INHIBIDORES DEL COMPLEMENTO (C5) | | |
| TAVNEOS | T4 | PA QL (6 caps/day) SP HD |
| AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEMOFILIA, SIN REEMPLAZO DE FACTOR | | |
| HEMLIBRA | T4 | PA SP HD |
| AGENTES PARA LA ANEMIA DREPANOCÍTICA | | |
| DROXIA | T2 | |
| OXBRYTA | T4 | PA QL (5 tabs/day) SP HD |
| SIKLOS | T3 | PA |
| HEMOSTÁTICOS TÓPICOS | | |
| ASTRINGYN | T3 | |
| AVITENE | T3 | |
| ENDO-AVITENE | T3 | |
| EVICEL | T3 | |
| <i>gelatin sponge, absorb/porcine</i> (Gelfoam) | T1 | |
| GELFOAM | T3 | |
| GELFOAM (<i>surgifoam</i>) | T3 | |
| GELFOAM COMPRESSED | T3 | |
| MONSELs | T3 | |
| RAPLIXA | T3 | |
| RECOTHROM | T3 | |
| SURGIFOAM | T1 | |
| SYRINGE AVITENE | T3 | |

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
|-------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| HEMOSTÁTICOS TÓPICOS (cont.) | | |
| TACHOSIL | T3 | |
| THROMBI-GEL | T3 | |
| THROMBIN-JMI | T3 | |
| THROMBI-PAD | T3 | |
| ULTRAFOAM | T3 | |

SANGRE (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)

AGENTES HEMORREOLÓGICOS

| | | |
|-----------------------|----|----|
| <i>pentoxifylline</i> | T1 | HD |
|-----------------------|----|----|

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

AGENTES ANTIANGINOSOS Y ANTIISQUÉMICOS, NO HEMODINÁMICOS

| | | |
|---------------------------------|----|-----------------------|
| RANEXA (<i>ranolazine er</i>) | T3 | PA QL (4 tabs/day) HD |
| <i>ranolazine</i> (Ranexa) | T1 | QL (4 tabs/day) HD |

ANTIARRÍTMICOS

| | | |
|---|----|-----------------------|
| <i>amiodarone hcl</i> | T1 | HD |
| <i>disopyramide phosphate</i> (Norpace) | T1 | HD |
| <i>dofetilide 125 mcg capsule</i> (Tikosyn) | T1 | QL (8 caps/day) HD |
| <i>dofetilide 250 mcg capsule</i> (Tikosyn) | T1 | QL (4 caps/day) HD |
| <i>dofetilide 500 mcg capsule</i> (Tikosyn) | T1 | QL (2 caps/day) HD |
| <i>flecainide acetate</i> | T1 | HD |
| <i>mexiletine hcl</i> | T1 | HD |
| MULTAQ | T3 | PA HD |
| NORPACE (<i>disopyramide phosphate</i>) | T3 | PA HD |
| NORPACE CR | T3 | HD |
| <i>pacerone 100 mg tablet</i> | T3 | PA HD |
| <i>pacerone 200 mg tablet</i> | T1 | HD |
| <i>pacerone 400 mg tablet</i> | T3 | PA HD |
| <i>propafenone hcl</i> | T1 | HD |
| <i>propafenone hcl</i> (Rythmol Sr) | T1 | HD |
| <i>quinidine gluconate</i> | T1 | HD |
| <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 |
| 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 |

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
|--|-----------------------|-----------------------------------|
| BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO Y ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS, INHIBIDORES DE LA COX-2 | | |
| CONSENSI | T3 | PA QL (1 tab/day) |
| AGENTES BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO | | |
| ADALAT CC (<i>nifedipine er</i>) | T3 | HD |
| <i>amlodipine besylate</i> (Norvasc) | T1 | HD |
| CALAN SR (<i>verapamil er</i>) | T3 | HD |
| CARDIZEM (<i>diltiazem hcl</i>) | T3 | PA HD |
| CARDIZEM CD (<i>diltiazem 24hr er (cd)</i>) | T3 | PA HD |
| CARDIZEM LA 120 MG TABLET | 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 |
| CONJUPRI | T3 | PA HD |
| <i>diltiazem hcl</i> | T1 | HD |
| <i>diltiazem hcl</i> (Cardizem Cd) | T1 | HD |
| <i>diltiazem hcl</i> (Cardizem La) | T1 | HD |
| <i>diltiazem hcl</i> (Cardizem) | T1 | HD |
| <i>diltiazem hcl</i> (Tiazac) | T1 | HD |
| <i>felodipine</i> | T1 | HD |
| <i>isradipine</i> | T1 | HD |
| KATERZIA | T3 | PA QL (10ml/day) HD |
| <i>nicardipine hcl</i> | T1 | HD |
| <i>nifedipine</i> | T1 | HD |
| <i>nifedipine</i> (Adalat Cc) | T1 | HD |
| <i>nifedipine</i> (Procardia XI) | T1 | HD |
| <i>nifedipine</i> (Procardia) | T1 | HD |
| <i>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 |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

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

| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
|---|-----------------------|-----------------------------------|
| AGENTES BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO (cont.) | | |
| 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 |
| CAMZYOS | T3 | PA QL (30caps/30days) SP |
| <i>verapamil hcl</i> (Verelan) | T1 | HD |
| VERELAN (<i>verapamil hcl</i>) | T3 | HD |
| VERELAN (<i>verapamil sr</i>) | T3 | HD |
| VERELAN PM (<i>verapamil er pm</i>) | T3 | HD |
| GLUCÓSIDOS DIGITÁLICOS | | |
| <i>digoxin</i> | T1 | HD |
| <i>digoxin</i> (Lanoxin) | T1 | HD |
| LANOXIN | T3 | PA HD |
| LANOXIN (<i>digoxin</i>) | T3 | PA HD |
| REDUCTORES DE LA FRECUENCIA CARDÍACA, INHIB. SELECTIVOS DE LA CORRIENTE I (F) DEL SA | | |
| CORLANOR | T2 | PA HD |
| ESTIMULADOR DE LA GUANILATO CICLASA SOLUBLE (SGC) | | |
| VERQUVO | T3 | PA QL (1 tab/day) |
| VASODILADORES, CORONARIOS | | |
| 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</i> (Isordil) | T1 | PA HD |
| <i>isosorbide dinitrate 5 mg tab</i> (Isordil Titradoso) | T1 | HD |
| <i>isosorbide mononitrate</i> | T1 | HD |
| MINITRAN | T1 | HD |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 ENFERMEADES CARDÍACAS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)

| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
|--|-----------------------|-----------------------------------|
| VASODILADORES, CORONARIOS (cont.) | | |
| 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 |
| NITROLINGUAL (<i>nitroglycerin</i>) | T3 | HD |
| NITROMIST (<i>nitroglycerin</i>) | T3 | HD |
| NITROSTAT (<i>nitroglycerin</i>) | T3 | HD |

Cardiovasculares (asma/EPOC/condiciones respiratorias)

ANTIHIP. PULM., ESTIMULADOR DE LA GUANILATO CICLASA SOLUBLE

| | | |
|---------|----|----------|
| ADEMPAS | T4 | PA SP HD |
|---------|----|----------|

ANTIHIP. PULM., INHIB. SEL. DE LA FOSFODIESTERASA T5 DE C-GMP

| | | |
|--|----|----------|
| ADCIRCA (<i>tadalafil</i>) | T4 | PA SP HD |
| LIQREV | T4 | PA SP |
| REVATIO (<i>sildenafil citrate</i>) | T4 | PA SP HD |
| <i>sildenafil 10 mg/ml oral susp</i> (Revatio) | T4 | PA SP HD |
| <i>sildenafil 20 mg tablet</i> (Revatio) | T4 | PA SP HD |
| <i>tadalafil</i> (Adcirca) | T4 | PA SP HD |
| <i>tadalafil 20 mg tablet</i> (Adcirca) | T4 | PA SP HD |
| TADLIQ | T4 | PA SP HD |

ANTIHIP. PULMONAR, ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES DE ENDOTELINA

| | | |
|---|----|----------|
| <i>ambrisentan</i> (Letairis) | T4 | PA SP HD |
| <i>bosentan</i> (Tracleer) | T4 | PA SP HD |
| LETAIRIS (<i>ambrisentan</i>) | T4 | PA SP HD |
| OPSUMIT | T4 | PA SP HD |
| TRACLEER 125 MG TABLET (<i>bosentan</i>) | T4 | PA SP HD |
| TRACLEER 32 MG TABLET FOR SUSP | T4 | PA SP HD |
| TRACLEER 62.5 MG TABLET (<i>bosentan</i>) | T4 | PA SP HD |

ANTIHIPERTENSIVOS PULMONARES, TIPO PROSTACICLINAS

| | | |
|--------------|----|----------|
| ORENITRAM ER | T4 | PA SP HD |
|--------------|----|----------|

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
|--|-----------------------|-----------------------------------|
| ANTIHIPERTENSIVOS PULMONARES, TIPO PROSTACICLINAS (cont.) | | |
| TYVASO | T4 | PA SP HD |
| TYVASO INSTITUTIONAL START KIT | T4 | PA SP HD |
| TYVASO REFILL KIT | T4 | PA SP HD |
| TYVASO STARTER KIT | T4 | PA SP HD |
| UPTRAVI | T4 | PA SP HD |
| VENTAVIS | T4 | PA SP HD |

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

COMBINACIÓN DE INHIBIDORES DE LA ECA-BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO

| | | |
|--|----|-------------------|
| <i>amlodipine besylate/benazepril</i> | T1 | HD |
| <i>amlodipine besylate/benazepril (Lotrel)</i> | T1 | HD |
| LOTREL (<i>amlodipine besylate-benazepril</i>) | T3 | HD |
| PRESTALIA 14 MG-10 MG TABLET | T3 | HD |
| PRESTALIA 3.5 MG-2.5 MG TABLET | T3 | QL (1 tab/day) HD |
| PRESTALIA 7 MG-5 MG TABLET | T3 | QL (1 tab/day) HD |
| TARKA (<i>trandolapril-verapamil er</i>) | T3 | HD |
| <i>trandolapril/verapamil hcl</i> | T1 | HD |
| <i>trandolapril/verapamil hcl (Tarka)</i> | T1 | HD |

INHIBIDOR DE LA ECA-TIAZIDA O DIURÉTICO TIAZÍDICO

| | | |
|--|----|--------------------|
| ACCURETIC (<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>) | T3 | ST HD |
| <i>benazepril/hydrochlorothiazide</i> | T1 | HD |
| <i>benazepril/hydrochlorothiazide (Lotensin Hct)</i> | T1 | HD |
| <i>captopril-hctz 25-15 mg tablet</i> | T1 | QL (3 tabs/day) HD |
| <i>captopril-hctz 25-25 mg tablet</i> | T1 | QL (2 tabs/day) HD |
| <i>captopril-hctz 50-15 mg tablet</i> | T1 | QL (3 tabs/day) HD |
| <i>captopril-hctz 50-25 mg tablet</i> | T1 | QL (2 tabs/day) HD |
| <i>enalapril/hydrochlorothiazide</i> | T1 | HD |
| <i>enalapril/hydrochlorothiazide (Vaseretic)</i> | T1 | HD |
| <i>fosinopril/hydrochlorothiazide</i> | T1 | HD |
| <i>lisinopril/hydrochlorothiazide (Zestoretic)</i> | T1 | HD |
| LOTENSIN HCT (<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>) | T3 | ST HD |
| <i>quinapril/hydrochlorothiazide (Accuretic)</i> | T1 | HD |
| VASERETIC (<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>) | T3 | ST HD |
| ZESTORETIC (<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>) | T3 | ST HD |

AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA/BETA

| | | |
|---------------------------|----|----|
| <i>carvedilol (Coreg)</i> | T1 | HD |
|---------------------------|----|----|

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
|--|-----------------------|-----------------------------------|
| AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA (cont.) | | |
| <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 |
| <i>labetalol hcl</i> | T1 | HD |
| 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 |
| ANTAG. DE RECEPT. DE ANGIOTENSINA-BLOQ. DE LOS CANALES DE CALCIO-TIAZIDAS | | |
| <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 |
| COMB. INHIBIDOR DEL RECEPT. DE ANGIOTENSINA-DE LA NEPRILISINA (ARNI) | | |
| ENTRESTO | T2 | HD |
| COMB. DE ANTAG. DE RECEPT. DE ANGIOTENSINA-DIURÉTICOS TIAZÍDICOS | | |
| 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 | PA 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 |

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
|---|-----------------------|-----------------------------------|
| COMB. DE ANTAG. DE RECEPT. DE ANGIOTENSINA-DIURÉTICOS TIAZÍDICOS (cont.) | | |
| 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>olmesartan-hctz 40-25 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 |
| BLOQ. DE RECEPTORES DE ANGIOTENSINA-BLOQ. DE LOS CANALES DE CALCIO | | |
| <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 |
| ANTIHIPERTENSIVOS, INHIBIDORES DE LA ECA | | |
| ACCUPRIL (<i>quinapril hcl</i>) | T3 | ST HD |
| ALTACE (<i>ramipril</i>) | T3 | ST HD |
| <i>benazepril hcl</i> | T1 | HD |
| <i>benazepril hcl</i> (Lotensin) | T1 | HD |
| <i>captopril</i> | T1 | HD |
| <i>enalapril maleate</i> (Vasotec) | 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 |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

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

| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
|--|-----------------------|-----------------------------------|
| ANTIHIPERTENSIVOS, INHIBIDORES DE LA ECA (cont.) | | |
| <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 |
| ANTIHIPERTENSIVOS, ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ANGIOTENSINA | | |
| 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 | PA QL (1 tab/day) HD |
| EDARBI 80 MG TABLET | T3 | PA 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 |
| 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 |
| ANTIHIPERTENSIVOS, BLOQUEADORES GANGLIONARES | | |
| VECAMYL | T1 | |

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
|--|-----------------------|-----------------------------------|
| ANTIHIPERTENSIVOS, VARIOS | | |
| DEMSER (<i>metirosine</i>) | T3 | HD |
| <i>metirosine</i> (Demser) | T1 | HD |
| ANTIHIPERTENSIVOS, SIMPATOLÍTICOS | | |
| 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 |
| ANTIHIPERTENSIVOS, SIMPATOLÍTICOS (cont.) | | |
| <i>clonidine</i> (Catapres-tts 1) | T1 | HD |
| <i>clonidine</i> (Catapres-tts 2) | T1 | HD |
| <i>clonidine</i> (Catapres-tts 3) | T1 | HD |
| <i>clonidine hcl</i> (Catapres) | T1 | HD |
| <i>guanfacine hcl</i> | T1 | HD |
| <i>methyl dopa</i> | T1 | HD |
| <i>methyl dopa/hydrochlorothiazide</i> | T1 | HD |
| ANTIHIPERTENSIVOS, VASODILATADORES | | |
| <i>hydralazine hcl</i> | T1 | HD |
| <i>minoxidil</i> | T1 | HD |
| AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS BETA | | |
| <i>acebutolol hcl</i> | T1 | HD |
| <i>atenolol</i> (Tenormin) | T1 | HD |
| BETAPACE (<i>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 |
| 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 | T3 | PA QL (1 tab/day) HD |
| CORGARD (<i>nadolol</i>) | T3 | PA 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 |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
|---|-----------------------|-----------------------------------|
| AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS BETA (cont.) | | |
| 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 |
| <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 |
| <i>timolol maleate</i> | T1 | HD |
| TOPROL XL (<i>metoprolol succinate</i>) | T3 | PA HD |
| BETABLOQUEANTES Y TIAZIDAS, DIURÉTICOS TIAZÍDICOS | | |
| <i>atenolol/chlorthalidone</i> (Tenoretic 100) | T1 | HD |
| <i>atenolol/chlorthalidone</i> (Tenoretic 50) | T1 | HD |
| <i>bisoprolol/hydrochlorothiazide</i> (Ziac) | T1 | HD |
| 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 |
| INHIBIDOR DE LA RENINA, DIRECTO | | |
| <i>aliskiren 150 mg tablet</i> (Tekturna) | T1 | QL (1 tab/day) HD |
| <i>aliskiren 300 mg tablet</i> (Tekturna) | T1 | HD |
| TEKTURNA 150 MG TABLET (<i>aliskiren</i>) | T3 | QL (1 tab/day) HD |
| TEKTURNA 300 MG TABLET (<i>aliskiren</i>) | T3 | HD |
| COMB. DE INHIBIDORES DIRECTOS DE LA RENINA Y DIURÉTICOS TIAZÍDICOS | | |
| TEKTURNA HCT 150-12.5 MG TAB | T2 | QL (1 tab/day) HD |
| TEKTURNA HCT 150-25 MG TABLET | T2 | HD |
| TEKTURNA HCT 300-12.5 MG TAB | T2 | HD |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
|---|-----------------------|-----------------------------------|
| COMB. DE INHIBIDORES DIRECTOS DE LA RENINA Y DIURÉTICOS TIAZÍDICOS (cont.) | | |
| TEKTURN HCT 300-25 MG TABLET | T2 | HD |
| VASODILATORS, COMBINATION | | |
| BIDIL | T3 | QL (6 tabs/day) |
| VASODILATORS, PERIPHERAL | | |
| <i>ergoloid mesylates</i> | T1 | |
| <i>isoxsuprine hcl</i> | T1 | |

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para el colesterol)

ANTIHIPERLIP. - INHIB. DE HMG-COA REDUCT.-INHIB. DE AB. DE COLEST.

| | | |
|--|----|-------|
| <i>ezetimibe/atorvastatin calcium</i> | T1 | PA HD |
| <i>ezetimibe/simvastatin (Vytorin)</i> | T1 | HD |
| ROSZET | T3 | PA HD |
| VYTORIN (<i>ezetimibe-simvastatin</i>) | T3 | ST HD |

ANTIHIPERLIP. - INHIB. DE HMG-COA REDUCT.-BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO

| | | |
|--|----|-------------------|
| <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 |
| LIVALO | T3 | PA QL |

ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIB. DE LA SÍNTESIS DE LA APO B-100

| | | |
|---------|----|-------|
| KYNAMRO | T4 | PA SP |
|---------|----|-------|

ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDOR DE ATP-CITRATO LIASA

| | | |
|----------|----|-------------------|
| NEXLETOL | T2 | PA QL (1 tab/day) |
|----------|----|-------------------|

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDORES DE MTP | | |
| JUXTAPID | T4 | PA QL SP HD |
| ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDORES DE PCSK9 | | |
| PRALUENT PEN | T3 | PA |
| REPATHA PUSHTRONEX | T2 | PA |
| REPATHA SURECLICK | T2 | PA |
| REPATHA SYRINGE | T2 | PA |
| ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDOR DE LA ABSORCIÓN DE ACLY Y COLEST. | | |
| NEXLIZET | T2 | PA QL (1 SYRINGE/DAY) |
| ANTIHIPERLIPIDÉMICOS-INHIB. DE LA HMG-COA REDUCTASA (ESTATINAS) | | |
| 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 |
| atorvastatin 10 mg tablet (Lipitor) | T1 | HD PPACA |
| atorvastatin 20 mg tablet (Lipitor) | T1 | HD PPACA |
| atorvastatin 40 mg tablet (Lipitor) | T1 | HD |
| atorvastatin 80 mg tablet (Lipitor) | T1 | HD |
| CRESTOR 10 MG TABLET (rosuvastatin calcium) | T3 | PA QL (1 tab/day) HD |
| CRESTOR 20 MG TABLET (rosuvastatin calcium) | T3 | PA QL (1 tab/day) HD |
| CRESTOR 40 MG TABLET (rosuvastatin calcium) | T3 | PA HD |
| CRESTOR 5 MG TABLET (rosuvastatin calcium) | T3 | PA QL (1 tab/day) 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 |
| fluvastatin sodium | T1 | HD PPACA |
| fluvastatin sodium (Lescol XI) | T1 | HD PPACA |
| LESCOL XL (fluvastatin er) | T3 | PA HD |
| LIPITOR (atorvastatin calcium) | T3 | PA HD |
| LIVALO 1 MG TABLET | T2 | QL (1 tab/day) ST HD |
| LIVALO 2 MG TABLET | T2 | QL (1 tab/day) ST HD |
| LIVALO 4 MG TABLET | T2 | ST HD |
| lovastatin 10 mg tablet | T1 | HD |
| lovastatin 20 mg tablet | T1 | HD PPACA |
| lovastatin 40 mg tablet | T1 | HD PPACA |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
|--|-----------------------|-----------------------------------|
| ANTIHIPERLIPIDÉMICOS-INHIB. DE LA HMG-COA REDUCTASA (ESTATINAS) (cont.) | | |
| PRAVACHOL (<i>pravastatin sodium</i>) | T3 | PA HD |
| <i>pravastatin sodium</i> | T1 | HD PPACA |
| <i>pravastatin sodium</i> (Pravachol) | T1 | HD PPACA |
| <i>rosuvastatin calcium 10 mg tab</i> (Crestor) | T1 | QL (1 tab/day) HD PPACA |
| <i>rosuvastatin calcium 20 mg tab</i> (Crestor) | T1 | QL (1 tab/day) HD |
| <i>rosuvastatin calcium 40 mg tab</i> (Crestor) | T1 | HD |
| <i>rosuvastatin calcium 5 mg tab</i> (Crestor) | T1 | QL (1 tab/day) HD PPACA |
| <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 |
| <i>simvastatin 80 mg tablet</i> | T1 | QL (1 tab/day) HD |
| ZOCOR | T3 | PA HD |
| ZYPITAMAG | T3 | ST HD |
| SECUESTRADORES DE SALES BILIARES | | |
| <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 1 GM TABLET (<i>colestipol hcl</i>) | T3 | HD |
| COLESTID FLAVORED GRANULES | T2 | HD |
| COLESTID FLAVORED GRANULES | T3 | HD |
| COLESTID GRANULES | T3 | HD |
| COLESTID GRANULES (<i>colestipol hcl</i>) | T3 | HD |
| COLESTID GRANULES PACKET (<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 |
| LIPOTRÓPICOS | | |
| 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 |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
|---|-----------------------|-----------------------------------|
| LIPOTRÓPICOS | | |
| <i>fenofibrate 134 mg capsule</i> | T1 | HD |
| <i>fenofibrate 145 mg tablet (Tricor)</i> | 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 (Fenoglide)</i> | T1 | HD |
| <i>fenofibrate 43 mg capsule</i> | T1 | HD |
| <i>fenofibrate 48 mg tablet (Tricor)</i> | T1 | HD |
| FENOFIBRATE 50 MG CAPSULE | T1 | HD |
| <i>fenofibrate 54 mg tablet</i> | T1 | HD |
| <i>fenofibrate 67 mg capsule</i> | T1 | HD |
| <i>fenofibric acid (choline) (Trilipix)</i> | T1 | HD |
| <i>fenofibric acid (Fibricor)</i> | T1 | HD |
| FENOGLIDE (<i>fenofibrate</i>) | T3 | PA HD |
| FIBRICOR (<i>fenofibric acid</i>) | T3 | ST HD |
| <i>gemfibrozil (Lopid)</i> | T1 | HD |
| LIPOFEN | T3 | ST HD |
| LOPID (<i>gemfibrozil</i>) | T3 | HD |
| <i>niacin (Niacor)</i> | T1 | PA HD |
| <i>niacin (Niaspan)</i> | T1 | HD |
| NIACOR | T3 | PA 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 |

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Enfermedad de Alzheimer)

TRATAMIENTO DEL ALZHEIMER, ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES NMDA

| | | |
|--------------------------------|----|----|
| <i>memantine hcl</i> | T1 | HD |
| <i>memantine hcl (Namenda)</i> | T1 | HD |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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) (cont.)

| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
|---|-----------------------|-----------------------------------|
| TRATAMIENTO DEL ALZHEIMER, ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES NMDA (cont.) | | |
| <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 |
| NAMENDA XR TITRATION PACK | T3 | QL (112/365 days) HD |

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

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

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Varios)

AGENTES PARA LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA

| | | |
|-----------------------------|----|---------------------------|
| EXSERVAN | T3 | PA |
| RADICAVA ORS | T4 | PA QL (50ml/28days) SP |
| RELYVRIO | T4 | PA QL (2 PACKS/DAY) SP HD |
| RILUTEK (<i>riluzole</i>) | T4 | PA SP HD |
| <i>riluzole</i> (Rilutek) | T4 | SP HD |
| TIGLUTIK | T4 | PA SP |

MEDICAMENTOS PARA TRATAR TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO

| | | |
|---------------------------------|----|-------------------------------|
| AUSTEDO XR 6 MG TABLET | T4 | PA QL (90 tabs/30 days) SP HD |
| AUSTEDO XR 12 MG TABLET | T4 | PA QL (30 tabs/30 days) SP HD |
| AUSTEDO XR 24 MG TABLET | T4 | PA QL (50 tabs/30 days) SP HD |
| HORIZANT | T3 | PA |
| INGREZZA | T4 | PA SP |
| INGREZZA INITIATION PACK | T4 | PA QL (28 caps/year) SP |
| <i>tetrabenazine</i> (Xenazine) | T4 | PA SP HD |

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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) (cont.) | | |
|--|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| MEDICAMENTOS PARA TRATAR TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO | | |
| XENAZINE (<i>tetrabenazine</i>) | T4 | PA SP HD |
| AGENTES PARA EL AFECTO PSEUDOBULBAR (PBA), ANTAGONISTAS DE NMDA | | |
| NUEDEXTA | T3 | QL (4 caps/day) |
| XANTINAS | | |
| <i>caffeine citrate</i> | T1 | HD |
| MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Esclerosis múltiple) | | |
| AGENTES PARA TRATAR LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE | | |
| AUBAGIO (<i>teriflunomide</i>) | T4 | PA SP HD |
| AVONEX | T4 | PA SP HD |
| AVONEX PEN | T4 | PA SP HD |
| BAFIERTAM | T4 | PA SP HD |
| BETASERON | T4 | PA SP HD |
| COPAXONE (<i>glatopa</i>) | T4 | PA SP HD |
| <i>dimethyl fumarate</i> (Tecfidera) | T1 | HD |
| EXTAVIA | T4 | PA SP HD |
| GILENYA | T4 | PA SP HD |
| glatiramer | T1 | HD |
| <i>glatiramer acetate</i> (Copaxone) | T4 | PA SP HD |
| <i>glatopa</i> | T1 | HD |
| KESIMPTA PEN | T4 | PA SP HD |
| MAVENCLAD | T4 | PA SP HD |
| MAYZENT | T4 | PA SP HD |
| PLEGRIDY | T4 | PA SP HD |
| PLEGRIDY PEN | T4 | PA SP HD |
| PONVORY | T4 | PA SP HD |
| REBIF | T4 | PA SP HD |
| REBIF REBIDOSE | T4 | PA SP HD |
| TASCENSO ODT 0.25 MG TABLET | T4 | PA QL(1 TAB/DAY) SP |
| TECFIDERA (<i>dimethyl fumarate</i>) | T4 | PA SP HD |
| <i>teriflunomide</i> (Aubagio) | T4 | SP HD |
| VUMERITY | T4 | PA SP HD |
| ZEPOSIA | T4 | PA SP HD |
| AGENTES PARA EL TRAT. DE TRAST. DE LA TRANSMISIÓN NEUROMUSC., BLOQ. DE LOS CAN. DE POT. | | |
| AMPYRA (<i>dalfampridine er</i>) | T4 | PA SP HD |
| <i>dalfampridine</i> (Ampyra) | T4 | PA SP HD |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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) (cont.)

| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
|--|-----------------------|-----------------------------------|
| AGENTES PARA EL TRAT. DE TRAST. DE LA TRANSMISIÓN NEUROMUSC., BLOQ. DE LOS CAN. DE POT. (cont.) | | |
| FIRDAPSE | T4 | PA QL (8 tabs/day) SP |
| RUZURGI | T4 | PA SP |

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)

INHIBIDORES DEL PÉPTIDO RELACIONADO CON EL GEN DE LA CALCITONINA (CGRP)

| | | |
|------------------|----|----|
| EMGALITY SYRINGE | T2 | PA |
|------------------|----|----|

ANÁLOGOS DE GLIPROMATO (GPE)

| | | |
|--------|----|----------------------|
| DAYBUE | T4 | PA QL (120ml/day) SP |
|--------|----|----------------------|

AGENTES PARA LA NEURALGIA POSTHERPÉTICA

| | | |
|---------|----|----|
| GRALISE | T3 | PA |
|---------|----|----|

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos convulsivos)

ANTICONVULSIVOS - TIPO BENZODIAZEPINAS

| | | |
|---|----|----------------------------|
| <i>clobazam</i> (Onfi) | T1 | HD |
| <i>clonazepam</i> | T1 | HD |
| <i>clonazepam</i> (Klonopin) | T1 | HD |
| DIASTAT (<i>diazepam</i>) | T3 | PA HD |
| 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 |
| 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 |

ANTICONVULSIVOS - TIPO CANNABINOIDES

| | | |
|-----------|----|----------|
| EPIDIOLEX | T4 | PA SP HD |
|-----------|----|----------|

ANTICONVULSIVOS

| | | |
|--|----|------------------------|
| 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 |

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
|--|-----------------------|-----------------------------------|
| ANTICONVULSIVOS (cont.) | | |
| BANZEL 400 MG TABLET | T3 | PA QL (8 tabs/day) HD |
| BRIVIACT | 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 |
| 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 |
| DIACOMIT | T3 | PA SP HD |
| DILANTIN 100 MG CAPSULE (<i>phenytoin sodium extended</i>) | T3 | PA HD |
| DILANTIN 30 MG CAPSULE | T2 | PA HD |
| DILANTIN 50 MG INFATAB (<i>phenytoin</i>) | T3 | PA HD |
| DILANTIN-125 (<i>phenytoin</i>) | T3 | PA HD |
| <i>divalproex sodium</i> (Depakote Er) | T1 | HD |
| <i>divalproex sodium</i> (Depakote Sprinkle) | T1 | HD |
| <i>divalproex sodium</i> (Depakote) | T1 | HD |
| 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 | T4 | PA SP 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 |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

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

| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
|---|-----------------------|-----------------------------------|
| ANTICONVULSIVOS (cont.) | | |
| 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 (<i>levetiracetam</i>) | T3 | PA HD |
| KEPPRA (<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 |
| 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 |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

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

| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
|--|-----------------------|-----------------------------------|
| ANTICONVULSIVOS (cont.) | | |
| OXTELLAR XR | T3 | PA HD |
| PEGANONE | T2 | HD |
| PHENYTEK (<i>phenytoin sodium extended</i>) | T3 | PA HD |
| <i>phenytoin</i> | T1 | HD |
| <i>phenytoin</i> (Dilantin) | T1 | HD |
| <i>phenytoin</i> (Dilantin-125) | T1 | HD |
| <i>phenytoin sodium extended</i> (Dilantin) | T1 | HD |
| <i>phenytoin sodium extended</i> (Phenytek) | T1 | HD |
| <i>pregabalin</i> (Lyrica) | T1 | HD |
| <i>primidone</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>) | T4 | PA SP HD |
| SABRIL (<i>vigadrone</i>) | T4 | 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</i> (Trokendi Xr) | T1 | QL(1 CAP/DAY) HD |
| TRILEPTAL (<i>oxcarbazepine</i>) | T3 | PA HD |
| TROKENDI XR 100 MG CAPSULE (<i>topiramate</i>) | T3 | PA QL(1 CAP/DAY) HD |
| TROKENDI XR 25 MG CAPSULE (<i>topiramate</i>) | T3 | PA QL(1 CAP/DAY) HD |
| TROKENDI XR 50 MG CAPSULE (<i>topiramate</i>) | T3 | PA QL(1 CAP/DAY) HD |
| <i>valproic acid</i> | T1 | HD |
| <i>valproic acid (as sodium salt)</i> | T1 | HD |

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
|-----------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| ANTICONVULSIVOS (cont.) | | |
| <i>vigabatrin</i> (Sabril) | T4 | SP HD |
| VIMPAT | 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 |
| <i>zonisamide</i> | T1 | HD |
| <i>zonisamide</i> (Zonegran) | T1 | HD |
| ZONISADE | T3 | PA QL(6 bottles/30 days) |

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

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

| | | |
|-------|----|--------------------------|
| WAKIX | T4 | PA QL (2 tabs/day) SP HD |
|-------|----|--------------------------|

ERITROPOYESIS-AGENTES ESTIMULANTES (cont.)

| | | |
|----------|----|-------|
| ARANESP | T4 | PA SP |
| EPOGEN | T4 | PA SP |
| MIRCERA | T4 | PA SP |
| PROCRIT | T4 | PA SP |
| RETACRIT | T4 | PA SP |

ESTIMULANTES DE LEUCOCITOS (RECuento DE GLÓBULOS BLANCOS)

| | | |
|----------------|----|----------|
| FULPHILA | T4 | PA SP |
| GRANIX | T4 | PA SP |
| LEUKINE | T4 | SP |
| NEULASTA | T4 | PA SP |
| NEULASTA ONPRO | T4 | PA SP HD |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
|--|-----------------------|-----------------------------------|
| ESTIMULANTES DE LEUCOCITOS (RECuento DE GLÓBULOS BLANCOS) (cont.) | | |
| NEUPOGEN | T4 | PA SP |
| NIVESTYM | T4 | SP |
| NYVEPRIA | T4 | PA SP |
| STIMUFEND | T4 | PA SP |
| UDENYCA | T4 | PA SP |
| ZARXIO | T4 | SP HD |
| ZIEXTENZO | T4 | PA SP |

AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE TROMBOPOYETINA

| | | |
|----------|----|----------|
| DOPTELET | T4 | PA SP HD |
| MULPLETA | T4 | PA SP HD |
| PROMACTA | T4 | PA SP HD |

ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos)

ANTICONCEPTIVOS, INTRAVAGINALES, SISTÉMICOS

| | | |
|--|----|-------|
| ANNOVERA | T3 | |
| <i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i> (Nuvaring) | T1 | PPACA |
| NUVARING (<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>) | T3 | |

ANTICONCEPTIVOS, IMPLANTABLES

| | | |
|-----------|----|----------|
| NEXPLANON | T2 | SP PPACA |
|-----------|----|----------|

ANTICONCEPTIVOS, INYECTABLES

| | | |
|---|----|-------|
| 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 | T2 | |
| <i>medroxyprogesterone 150 mg/ml</i> (Depo-provera) | T1 | PPACA |

ANTICONCEPTIVOS, INTRAVAGINALES

| | | |
|--------|----|----------|
| PHEXXI | T3 | PA PPACA |
|--------|----|----------|

ANTICONCEPTIVOS, ORALES

| | | |
|---|----|----------|
| 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 |
| <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 |

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

| ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos) (cont.) | | |
|---|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| ANTICONCEPTIVOS, ORALES (cont.) | | |
| <i>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.estrad</i> (Loseasonique) | T1 | HD PPACA |
| <i>l-norgest/e.estradiol-e.estrad</i> (Quartette) | T1 | HD PPACA |
| <i>l-norgest/e.estradiol-e.estrad</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 |
| <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 |

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

| ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos) (cont.) | | |
|---|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| ANTICONCEPTIVOS, ORALES (cont.) | | |
| 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 |
| ANTICONCEPTIVOS TRANSDÉRMICOS | | |
| <i>norelgestromin/ethin.estradiol</i> | T1 | HD PPACA |
| TWIRLA | T3 | HD PPACA |
| DIAFRAGMAS/CAPUCHONES CERVICALES | | |
| CAYA CONTOURED | T1 | PPACA |
| FEMCAP | T1 | PPACA |
| WIDE SEAL DIAPHRAGM | T1 | PPACA |
| DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU) | | |
| KYLEENA | T4 | SP PPACA |
| LILETTA | T4 | SP PPACA |
| MIRENA | T4 | SP PPACA |
| PARAGARD T 380-A | T4 | SP PPACA |
| SKYLA | T4 | SP PPACA |
| PREPARACIONES PARA LA TOS/EL RESFRÍO (Alergia/rociadores nasales) | | |
| COMB. DE ANTIHIST.-DESCONGEST.-ANTICOLINÉRGICOS DE 1.ª GENERACIÓN | | |
| RESPA A.R. | T3 | |
| PREPARACIONES PARA LA TOS/EL RESFRÍO (Medicamentos para la tos/el resfrío) | | |
| ANTITUSIVOS NO OPIOIDES | | |
| <i>benzonatate 100 mg capsule (Tessalon Perle)</i> | T1 | |
| <i>benzonatate 150 mg capsule</i> | T1 | PA |
| <i>benzonatate 200 mg capsule</i> | T1 | |
| ANTITUS. NO OPIOIDES-ANTIHISTAMÍNICOS DE 1.ª GENERACIÓN-DESCONGESTIVOS | | |
| <i>benzonatate perle 100 mg cap (Tessalon Perle)</i> | T1 | |
| TESSALON PERLE (<i>benzonatate</i>) | T3 | |
| ANTITUS. NO OPIOIDES-ANTIHISTAMÍNICOS DE 1.ª GENERACIÓN-DESCONGESTIVOS | | |
| BROMFED DM (<i>brompheniramine-pseudoephed-dm</i>) | T3 | PA |
| <i>brompheniramine/pseudoephed/dm (Bromfed Dm)</i> | T1 | |
| COMB. DE ANTITUSIVOS NO OPIOIDES-ANTIHISTAMÍNICOS DE 1.ª GENERACIÓN | | |
| <i>promethazine/dextromethorphan</i> | T1 | |

T1 – Habitualmente genéricos

T4 – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Habitualmente marcas preferidas

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

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

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

ANTITUSIVOS OPIOIDES- ANTIHISTAMÍNICOS DE I.ª GENERACIÓN-DESCONGESTIVOS (cont.)

| | | |
|---------------------------------------|----|-----------------------|
| <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) |

ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTIANTHISTAMÍNICOS DE I.ª GENERACIÓN

| | | |
|---------------------------------------|----|-----------------------|
| <i>hydrocodone/chlorphen p-stirex</i> | T1 | PA |
| <i>promethazine-codeine solution</i> | T1 | PA QL (480ML/22 Days) |
| <i>promethazine-codeine syrup</i> | T1 | PA QL (480ml/30 days) |
| TUSSICAPS | T2 | PA |
| TUXARIN ER | T3 | PA QL (2 tabs/day) |
| TUZISTRA XR | T3 | PA QL (960ml/30 days) |

COMBINACIONES DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTICOLINÉRGICOS

| | | |
|---|----|--------------------------|
| HYCODAN (<i>hydromet</i>) | T3 | PA QL (480ml/22 days) |
| <i>hydrocodone bit/homatrop me-br</i> (Hycodan) | T1 | PA QL (480ml/22 days) |
| <i>hydrocodone-homatropine 5-1.5</i> | T1 | PA QL (180 tabs/30 days) |
| <i>hydrocodone-homatropine soln</i> (Hycodan) | T1 | PA QL (480ml/30 days) |
| HYDROCODONE-HOMATROPINE SYRUP | T1 | PA QL (480ml/30 days) |

COMBINACIÓN DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-EXPECTORANTES

| | | |
|-------------------------|----|-----------------------|
| HYDROCODONE-GUAIFENESIN | T1 | PA QL (960ml/30 days) |
| OBREDON | T3 | PA QL (960ml/30 days) |

DIAGNÓSTICO (Diabetes)

DIAGNÓSTICO DEL NIVEL DE AZÚCAR EN SANGRE

| | | |
|--------------------------------|----|--|
| GE333 BLOOD GLUCOSE TEST STRIP | T3 | |
|--------------------------------|----|--|

DIAGNÓSTICO (Varios)

PREPARACIONES DE DIAGNÓSTICO, VARIAS

| | | |
|--------------------------------|----|--|
| ADVANCED DNA MEDICATED COLLECT | T3 | |
| ARIDOL | T3 | |

PREPARACIONES DE DIAGNÓSTICO, VARIAS (cont.)

| | | |
|--|----|--|
| GLUCAGEN DIAGNOSTIC 1 MG VIAL | T2 | |
| <i>lidocaine hcl/glycerin</i> (Advanced Dna Medicated Collect) | T1 | |
| PROVOCHOLINE | T3 | |
| TC99M SULFUR COLLOID PREP | T1 | |

AGENTES PARA EL DIAGNÓSTICO OCULAR

| | | |
|---------------------------------|----|--|
| <i>fluorescein sodium</i> | T1 | |
| <i>ful-glo 1 mg ophth strip</i> | T1 | |
| FUL-GLO EYE STRIPS | T3 | |
| <i>lissamine green</i> | T1 | |

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

| DIAGNÓSTICO (Varios) (cont.) | | |
|--|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOPACOS GASTROINTESTINALES | | |
| ENTERO VU | T3 | |
| E-Z DISK | T3 | |
| E-Z-HD | T3 | |
| E-Z-PAQUE | T3 | |
| E-Z-PASTE | T3 | |
| GASTROMARK | T3 | |
| LIQUID E-Z PAQUE | T3 | |
| LIQUID POLIBAR PLUS | T3 | |
| NEULUMEX | T3 | |
| POLIBAR ACB | T3 | |
| READI-CAT 2 | T3 | |
| SITZMARKS | T3 | |
| TAGITOL | T3 | |
| VARIBAR HONEY | T3 | |
| VARIBAR NECTAR | T3 | |
| VARIBAR PUDDING | T3 | |
| VARIBAR THIN HONEY | T3 | |
| VARIBAR THIN LIQUID | T3 | |
| PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO DE LA FUNCIÓN METABÓLICA | | |
| METOPIRONE | T2 | |
| ELEMENTOS RADIOFARMACÉUTICOS | | |
| INDICLOR | T3 | |
| PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOPACOS URINARIOS | | |
| CYSTO-CONRAY II | T3 | |
| CYSTOGRAFIN | T3 | |
| CYSTOGRAFIN-DILUTE | T3 | |
| <i>diatrizoate meglumine, sodium</i> (Gastrografin) | T1 | |
| GASTROGRAFIN (<i>md-gastroview</i>) | T3 | |
| DIURÉTICOS (Diuréticos) | | |
| ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ARGININA VASOPRESINA (AVP) | | |
| SAMSCA | T4 | PA SP |
| SAMSCA (<i>tolvaptan</i>) | T4 | PA SP |
| TOLVAPTAN 15 MG TABLET | T4 | SP |
| <i>tolvaptan 30 mg tablet</i> (Samsca) | T4 | SP |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
 PA – Autorización previa
 QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
 AGE – Requisito de edad
 SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| INHIBIDORES DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA | | |
| <i>acetazolamide</i> | T1 | HD |
| <i>methazolamide</i> | T1 | HD |
| DIURÉTICOS DE ASA | | |
| <i>bumetanide</i> | T1 | HD |
| EDECIN (<i>ethacrynic acid</i>) | T3 | PA HD |
| <i>ethacrynic acid</i> (Edecrin) | T1 | PA HD |
| FUROSCIX | T3 | PA QL (2 KITS/30 DAYS) HD |
| <i>furosemide</i> | T1 | HD |
| <i>furosemide</i> (Lasix) | T1 | HD |
| LASIX (<i>furosemide</i>) | T3 | PA HD |
| <i>torsemide</i> | T1 | HD |
| AGENTE DE LA ENFERMEDAD RENAL POLIQUÍSTICA, ANTAG. DE LOS RECEPT. DE LA AVP | | |
| JYNARQUE 15 MG TABLET | T4 | SP |
| JYNARQUE 15 MG-15 MG TABLET | T4 | PA SP |
| JYNARQUE 30 MG TABLET | T4 | SP |
| JYNARQUE 30 MG-15 MG TABLET | T4 | PA SP |
| JYNARQUE 45 MG-15 MG TABLET | T4 | PA SP |
| JYNARQUE 60 MG-30 MG TABLET | T4 | PA SP |
| JYNARQUE 90 MG-30 MG TABLET | T4 | PA SP |
| DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO | | |
| ALDACTONE (<i>spironolactone</i>) | T3 | PA HD |
| <i>amiloride hcl</i> | T1 | HD |
| CAROSPIR | T3 | PA HD |
| DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO EN COMBINACIÓN | | |
| ALDACTAZIDE | T3 | HD |
| ALDACTAZIDE (<i>spironolactone-hctz</i>) | T3 | HD |
| <i>amiloride/hydrochlorothiazide</i> | T1 | HD |
| DYAZIDE (<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>) | T3 | HD |
| 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 |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
|------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| TIAZIDA Y DIURÉTICOS AFINES | | |
| <i>chlorthalidone</i> | T1 | HD |
| DIURIL | T2 | HD |
| <i>hydrochlorothiazide</i> | T1 | HD |
| <i>indapamide</i> | T1 | HD |
| <i>metolazone</i> | T1 | HD |
| THALITONE | T3 | PA HD |

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

ANTIISTAMÍNICOS NASALES

| | | |
|---|----|----|
| <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 (Patanase)</i> | T1 | HD |
| PATANASE (<i>olopatadine hcl</i>) | T3 | HD |

COMB. DE ANTIISTAMÍNICOS NASALES Y ANTIINFLAM. ESTEROIDEOS

| | | |
|---|----|------------------------|
| <i>azelastine/fluticasone (Dymista)</i> | T1 | HD |
| DYMISTA (<i>azelastine-fluticasone</i>) | T3 | ST HD |
| RYALTRIS | T3 | PA QL(1 GM/30 DAYS) HD |

ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS NASALES

| | | |
|--|----|---------------------------|
| BECONASE AQ | T3 | ST HD |
| <i>flunisolide</i> | T1 | HD |
| <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 |
| 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 | |

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 (Medicamentos para los oídos) | | |
|--|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIINFLAMATORIAS | | |
| DERMOTIC (<i>fluocinolone acetonide oil</i>) | T3 | |
| <i>fluocinolone acetonide oil</i> (Dermotic) | 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>dexamethasone sodium phosphate</i> | T1 | |
| <i>diclofenac 0.1% eye drops</i> | T1 | |
| DUREZOL | T3 | PA |
| 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 | |
| INVELTYS | T2 | |
| <i>ketorolac 0.4% ophth solution</i> (Acular Ls) | T1 | |
| <i>ketorolac 0.5% ophth solution</i> (Acular) | T1 | |
| LOTEMAX 0.5% EYE DROPS | T3 | PA |
| LOTEMAX OINTMENT (<i>loteprednol etabonate</i>) | T2 | |
| LOTEMAX SM | T3 | PA |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

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

| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
|--|-----------------------|-----------------------------------|
| AGENTES ANTIINFLAMATORIOS PARA LOS OJOS (cont.) | | |
| <i>loteprednol etabonate</i> (Lotemax) | T1 | |
| MAXIDEX | T3 | PA |
| NEVANAC | T3 | PA |
| OMNIPRED (<i>prednisolone acetate</i>) | T3 | |
| PRED FORTE (<i>prednisolone acetate</i>) | T3 | PA |
| PRED MILD | T3 | PA |
| <i>prednisolone acetate</i> (Pred Forte) | T1 | |
| <i>prednisolone sodium phosphate</i> | T1 | |
| PROLENSA | T3 | |
| ANESTÉSICOS LOCALES PARA LOS OJOS | | |
| AKTEN | T3 | |
| ALCAINE (<i>proparacaine hcl</i>) | T3 | |
| ALTAFLUOR BENOX (<i>flurox</i>) | T3 | |
| <i>benoxinate hcl/fluorescein sod</i> (Altaflur Benox) | T1 | |
| <i>benoxinate hcl/fluorescein sod</i> (Altaflur Benox) | T3 | |
| <i>proparacaine hcl</i> (Alcaine) | T1 | |
| <i>proparacaine/fluorescein sod</i> | T1 | |
| <i>proparacaine/fluorescein sod</i> | T2 | |
| <i>tetracaine hcl</i> | T1 | |
| TETRAVISC | T2 | |
| TETRAVISC FORTE | T2 | |
| ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS PARA LOS OJOS | | |
| ALOCRIIL | T3 | PA |
| ALOMIDE | T2 | PA |
| <i>cromolyn 4% eye drops</i> | T1 | |
| PREPARACIONES OCULARES, VARIAS (SIN RECETA) | | |
| GELFILM | T3 | |
| VASOCONSTRICTORES PARA LOS OJOS | | |
| <i>phenylephrine hcl</i> | T1 | |
| UPNEEQ | T3 | PA |
| MIÓTICOS Y OTROS REDUCTORES DE LA PRESIÓN INTRAOCULAR | | |
| ALPHAGAN P | T3 | HD |
| ALPHAGAN P (<i>brimonidine tartrate</i>) | T3 | HD |
| <i>apraclonidine hcl</i> (Iopidine) | T1 | HD |
| AZOPT (<i>brinzolamide</i>) | T3 | PA HD |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

| PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Condiciones oculares) (cont.) | | |
|---|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| MIÓTICOS Y OTROS REDUCTORES DE LA PRESIÓN INTRAOCULAR (cont.) | | |
| <i>betaxolol hcl</i> | T1 | HD |
| BETIMOL | T3 | PA HD |
| BETOPTIC S | T2 | HD |
| <i>bimatoprost</i> | T1 | QL (10ml/30 days) HD |
| <i>brimonidine tartrate</i> | T1 | HD |
| <i>brimonidine tartrate</i> (Alphagan P) | T1 | HD |
| <i>brinzolamide</i> (Azopt) | T1 | HD |
| <i>carteolol hcl</i> | T1 | HD |
| COMBIGAN | 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 |
| <i>dorzolamide hcl/timolol maleat</i> (Cosopt) | T1 | HD |
| <i>dorzolamide/timolol/pf</i> (Cosopt Pf) | T1 | HD |
| IOPIDINE 0.5% EYE DROPS (<i>apraclonidine hcl</i>) | T3 | 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 |
| 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 |

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
|--|-----------------------|-----------------------------------|
| MIÓTICOS Y OTROS REDUCTORES DE LA PRESIÓN INTRAOCULAR (cont.) | | |
| <i>travoprost (Travatan Z)</i> | 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 |
| MIDRIÁTICOS | | |
| <i>atropine sulfate</i> | T1 | HD |
| <i>atropine sulfate (Isopto Atropine)</i> | T1 | HD |
| CYCLOGYL 0.5% EYE DROPS (<i>cyclopentolate hcl</i>) | T3 | 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>) | T2 | HD |
| CYCLOMYDRIL | T2 | HD |
| <i>cyclopentolate hcl (Cyclogyl)</i> | 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 (Mydracyl)</i> | T1 | HD |
| TROPICAMIDE-CYCLOPENTOLATE-PE | T3 | HD |
| AGENTES ANTIFIBRÓTICOS OFTÁLMICOS | | |
| MITOSOL | T3 | |
| ANTIINFLAMATORIOS OFTÁLMICOS, TIPO INMUNOMODULADOR | | |
| CEQUA | T3 | HD |
| RESTASIS | T2 | HD |
| RESTASIS MULTIDOSE | T2 | HD |
| VERKAZIA | T3 | PA QL (1 box/month) |
| XIIDRA | T2 | HD |
| AGENTES OFTÁLMICOS REDUCTORES DE LA CISTINA | | |
| CYSTADROPS | T4 | PA QL (20ML/21 DAYS) SP |
| CYSTARAN | T4 | PA QL (120ml/28 days) SP |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
|-----------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
|-----------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|

FACTOR DE CRECIMIENTO DEL NERVIÓ OFTÁLMICO HUMANO (HNGF)

| | | |
|----------|----|----------|
| OXERVATE | T4 | PA SP HD |
|----------|----|----------|

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

SUPLEMENTOS DE LÍPIDOS ORALES

| | | |
|---------|----|----------|
| DOJOLVI | T4 | PA SP HD |
|---------|----|----------|

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Productos dentales)

PREPARACIONES CON FLÚOR

| | | |
|--|----|--|
| CLINPRO 5000 | T3 | |
| fluoride (sodium) (Prevident 5000 Ortho Defense) | T1 | |
| fluoride (sodium) (Prevident 5000 Plus) | T1 | |
| fluoride (sodium) (Prevident 5000) | T1 | |
| fluoride (sodium) (Prevident) | T1 | |
| FLUORIDEX | T1 | |
| FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF | T3 | |
| PREVIDENT 0.2% RINSE | T2 | |
| PREVIDENT 1.1% GEL (sodium fluoride) | T3 | |
| PREVIDENT 5000 | T3 | |
| PREVIDENT 5000 BOOSTER PLUS | T3 | |
| PREVIDENT 5000 ENAMEL PROTECT | T3 | |
| PREVIDENT 5000 ORTHO DEFENSE | T3 | |
| PREVIDENT 5000 PLUS (sodium fluoride 5000 plus) | T3 | |
| PREVIDENT 5000 SENSITIVE | T3 | |
| PREVIDENT DENTAL RINSE | T2 | |
| sodium fluoride/potassium nit (Prevident 5000 Sensitive) | T1 | |

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Diabetes)

AGENTES PARA TRATAR LA HIPOGLUCEMIA (HIPERGLUCÉMICOS)

| | | |
|--|----|-------------------------|
| BAQSIMI | T2 | QL (2/30 days) |
| diazoxide (Proglycem) | T1 | |
| GLUCAGEN 1 MG HYPOKIT | T2 | QL (2 pens/30 days) |
| GLUCAGON 1 MG EMERGENCY KIT | T3 | QL (2 pens/30 days) |
| glucagon 1 mg emergency kit (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) |

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

| ELECT./CALÓRICOS/H2O (Diabetes) | | |
|--|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| AGENTES PARA TRATAR LA HIPOGLUCEMIA (HIPERGLUCÉMICOS) | | |
| PROGLYCEM (<i>diazoxide</i>) | T3 | |
| ZEGALOGUE | T2 | QL (2 units/23 days) |
| ELECT./CALÓRICOS/H2O (Varios) | | |
| SUPLEMENTOS DE ÁCIDO NUCLEICO/NUCLEÓTIDOS | | |
| XURIDEN | T4 | PA SP |
| ELECT./CALÓRICOS/H2O (Nutritivos/alimenticios) | | |
| REDUCTORES DE ELECTROLITOS | | |
| 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 | |
| FOSRENOL 500 MG TABLET CHEW (<i>lanthanum carbonate</i>) | T3 | |
| FOSRENOL 750 MG POWDER PACKET | T2 | |
| FOSRENOL 750 MG TABLET CHEW (<i>lanthanum carbonate</i>) | T3 | |
| <i>lanthanum carbonate</i> (Fosrenol) | T1 | |
| LOKELMA | T2 | |
| PHOSLYRA | T3 | |
| RENAGEL (<i>sevelamer hcl</i>) | T3 | PA |
| REVELA (<i>sevelamer carbonate</i>) | T3 | PA |
| <i>sevelamer carbonate</i> (Renvela) | T1 | |
| <i>sevelamer hcl</i> | T1 | |
| <i>sevelamer hcl</i> (Renagel) | T1 | |
| <i>sodium polystyrene sulfon/sorb</i> | T1 | |
| <i>sodium polystyrene sulfonate</i> | T1 | |
| <i>sps 15 gm/60 ml suspension</i> | T1 | |
| <i>sps 30 gm/120 ml enema susp</i> | T3 | |
| VELPHORO | T2 | |
| VELTASSA | T2 | |
| AGENTES QUE CONTIENEN YODO | | |
| <i>potassium iodide/iodine</i> | T1 | |
| SSKI | T1 | |
| REPOSICIÓN DE HIERRO | | |
| CITRANATAL BLOOM | T3 | |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
|--|-----------------------|-----------------------------------|
| REPOSICIÓN DE POTASIO | | |
| EFFER-K 10 MEQ TABLET EFF | T3 | |
| EFFER-K 20 MEQ TABLET EFF | T3 | |
| <i>effe-r-k 25 meq tablet eff</i> | T1 | |
| <i>klor-con 10 meq tablet (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 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 | |
| SOLUCIONES PARA DIÁLISIS | | |
| PRISMASOL | T3 | |
| MODIFICADORES DEL PH URINARIO | | |
| K-PHOS NO.2 | T2 | HD |
| K-PHOS ORIGINAL | T2 | HD |
| ORACIT | T3 | HD |
| <i>potassium citrate (Urocit-k)</i> | T1 | HD |
| <i>potassium citrate/citric acid</i> | T1 | HD |
| RENACIDIN | T3 | HD |
| UROCI-K (<i>potassium citrate er</i>) | T3 | HD |
| UROQID-ACID NO.2 | T2 | HD |
| GASTROINTESTINALES (Medicamentos para el colesterol) | | |
| LIPOTRÓPICOS | | |
| <i>icosapent ethyl (Vascepa)</i> | T1 | HD |
| LOVAZA (<i>triklo</i>) | T3 | PA HD |
| <i>omega-3 acid ethyl esters (Lovaza)</i> | T1 | HD |
| VASCEPA | T2 | PA HD |
| GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) | | |
| INHIBIDORES DE AMONÍACO | | |
| BUPHENYL 500 MG TABLET (<i>sodium phenylbutyrate</i>) | T4 | SP HD |

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| INHIBIDORES DE AMONIACO | | |
| BUPHENYL POWDER (<i>sodium phenylbutyrate</i>) | T4 | SP HD |
| <i>lactulose</i> | T1 | HD |
| <i>lactulose 10 gm/15 ml solution</i> | T1 | HD |
| LITHOSTAT | T2 | HD |
| PHEBURANE | T4 | PA QL (8 Bottles/30 Days) SP HD |
| RAVICTI | T4 | PA SP HD |
| <i>sodium phenylbutyrate</i> (Buphenyl) | T4 | SP HD |
| ANTICOLINÉRGICOS, AMONIO CUATERNARIO | | |
| <i>chlordiazepoxide/clidinium br</i> (Librax) | T1 | |
| CUVPOSA | T3 | |
| DARTISLA | T3 | PA |
| GLYCATE | T3 | |
| <i>glycopyrrolate</i> (Glycate) | T1 | PA |
| <i>glycopyrrolate</i> (Robinul Forte) | T1 | |
| <i>glycopyrrolate</i> (Robinul) | T1 | |
| LIBRAX (<i>chlordiazepoxide-clidinium</i>) | T3 | PA |
| <i>propantheline bromide</i> | T1 | |
| ROBINUL (<i>glycopyrrolate</i>) | T3 | |
| ROBINUL FORTE (<i>glycopyrrolate</i>) | T3 | |
| ANTICOLINÉRGICOS/ANTIESPASMÓDICOS | | |
| <i>dicyclomine hcl</i> | T1 | |
| ANTIARRÉICOS - INHIBIDORES DE CANALES DE CLORURO G.I. | | |
| MYTESI | T3 | |
| ANTIARRÉICOS - INHIBIDORES DE LA TRIPTÓFANO HIDROXILASA | | |
| XERMELO | T4 | PA SP |
| ANTIARRÉICOS | | |
| <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 | |
| ANTIEMÉTICOS - TIPO CANNABINOIDES | | |
| <i>dronabinol</i> (Marinol) | T1 | |

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| ANTIEMÉTICOS - TIPO CANNABINOIDES | | |
| MARINOL (<i>dronabinol</i>) | T3 | PA |
| SYNDROS | T3 | PA |
| AGENTES ANTIEMÉTICOS/ANTIVÉRTIGO | | |
| AKYNZEO | T3 | PA QL (4 caps/28 days) |
| ANZEMET | T4 | 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 (Emend)</i> | T1 | QL (12 caps/28 days) |
| <i>aprepitant 40 mg capsule</i> | T1 | QL (1 cap/28 days) |
| <i>aprepitant 80 mg capsule (Emend)</i> | T1 | QL (8 caps/28 days) |
| BONJESTA | T3 | |
| COMPAZINE (<i>prochlorperazine maleate</i>) | T3 | |
| COMPAZINE (<i>prochlorperazine</i>) | T3 | |
| DICLEGIS (<i>doxylamine succ-pyridoxine hcl</i>) | T3 | |
| <i>doxylamine succinate/vit b6 (Diclegis)</i> | 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 (Emend)</i> | 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 (Zofran)</i> | T1 | |
| <i>ondansetron hcl/pf</i> | T1 | |
| <i>prochlorperazine (Compazine)</i> | T1 | |
| <i>prochlorperazine maleate (Compazine)</i> | T1 | |
| <i>promethazine hcl</i> | T1 | |
| <i>promethazine hcl</i> | T3 | |
| SANCUSO | T3 | PA QL (4 patches/30 days) |
| <i>scopolamine (Transderm-scop)</i> | T1 | |
| TIGAN (<i>trimethobenzamide hcl</i>) | T3 | |
| TRANSDERM-SCOP (<i>scopolamine</i>) | T3 | |
| <i>trimethobenzamide hcl (Tigan)</i> | T1 | |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

| GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.) | | |
|---|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| AGENTES ANTIEMÉTICOS/ANTIVÉRTIGO (cont.) | | |
| 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) |
| PREPARACIONES ANTIULCEROSAS | | |
| CARAFATE (<i>sucralfate</i>) | T3 | HD |
| CYTOTEC (<i>misoprostol</i>) | T3 | HD |
| <i>misoprostol</i> (Cytotec) | T1 | HD |
| <i>sucralfate</i> (Carafate) | T1 | HD |
| ANTIULCEROSOS-AGENTES CONTRA LA H. PYLORI | | |
| HELIDAC | T3 | PA |
| <i>lansoprazole/amoxiciln/clarith</i> | T1 | |
| OMECLAMOX-PAK | T3 | PA |
| PYLERA | T3 | PA |
| TALICIA | T3 | PA |
| VOQUEZNA TRIPLE PAK | T3 | PA |
| VOQUEZNA DUAL PAK | T3 | PA |
| ALCALOIDES DE BELLADONA | | |
| DONNATAL | T3 | HD |
| DONNATAL (<i>phenohytra</i>) | T3 | HD |
| <i>hyoscyamine sulfate</i> | T1 | HD |
| <i>hyoscyamine sulfate</i> (Levbid) | T1 | HD |
| <i>hyoscyamine sulfate</i> (Levsin) | T1 | HD |
| <i>hyoscyamine sulfate</i> (Levsin-sl) | T1 | HD |
| <i>hyoscyamine sulfate</i> (Nulev) | T1 | HD |
| <i>hyoscyamine sulfate</i> (Nulev) | T3 | HD |
| LEVVID (<i>symax-sr</i>) | T3 | HD |
| LEVSIN (<i>oscimin</i>) | T3 | HD |
| LEVSIN-SL (<i>symax-sl</i>) | T3 | HD |
| <i>methscopolamine bromide</i> | T1 | HD |
| NULEV (<i>symax</i>) | T1 | HD |
| <i>phenobarb/hyoscy/atropine/scop</i> (Donnatal) | T1 | HD |
| <i>phenobarb/hyoscy/atropine/scop</i> (Phenobarbital-belladonna) | T1 | HD |
| <i>phenobarbital-belladonna elixr</i> (Donnatal) | T1 | HD |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| ALCALOIDES DE BELLADONA (cont.) | | |
| <i>phenobarbital-belladonna elixr</i> (Phenobarbital-belladonna) | T1 | HD |
| PHENOBARBITAL-BELLADONNA ELIXR (<i>phenohygro</i>) | T3 | HD |
| SYMAX DUOTAB | T2 | HD |
| SALES BILIARES | | |
| ACTIGALL (<i>ursodiol</i>) | T3 | HD |
| CHENODAL | T4 | SP HD |
| CHOLBAM | T4 | 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 |
| INFLAM. CRÓNICA DIAG. DE COLON, 5-A-SALICILATO, TRAT. RECTAL | | |
| 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 | |
| TRAT. FARMAC.-INFLAM. CRÓNICA DIAG. DE COLON, 5-AMINOSALICILATO | | |
| APRISO (<i>mesalamine er</i>) | T3 | ST HD |
| ASACOL HD (<i>mesalamine</i>) | T3 | ST HD |
| AZULFIDINE (<i>sulfasalazine dr</i>) | T3 | HD |
| AZULFIDINE (<i>sulfasalazine</i>) | T3 | 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 | HD |
| <i>sulfasalazine</i> (Azulfidine) | T1 | HD |

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| AGONISTAS DEL RECEPTOR X FARNESOIDE (FXR), ANÁLOGOS DEL ÁCIDO BILIAR | | |
| OCALIVA | T4 | PA SP HD |
| TRASPLANTE DE MICROBIOTA FECAL (TMF) | | |
| VOWST CAPSULE | T4 | PA QL (12 caps/8 weeks) SP HD |
| ENZIMAS GÁSTRICAS | | |
| SUCRAID | T4 | PA SP |
| INHIBIDORES DE LOS RECEPTORES DE HISTAMINA H2 | | |
| <i>cimetidine</i> | T1 | HD |
| <i>cimetidine hcl</i> | T1 | HD |
| <i>famotidine</i> | T1 | HD |
| <i>famotidine (Pepcid)</i> | T1 | HD |
| <i>nizatidine</i> | T1 | HD |
| PEPCID (<i>famotidine</i>) | T1 | PA HD |
| <i>ranitidine hcl</i> | T1 | HD |
| AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE, COMB. DE AGONISTAS/ANTAGONISTAS DE RECEPT. OPIOIDES | | |
| VIBERZI | T2 | HD |
| AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE-C/CIC, AGONISTAS DE LA GUANILATO CICLASA C | | |
| LINZESS | T2 | |
| TRULANCE | T2 | |
| INHIBIDOR DEL TRANSPORTADOR DE ÁCIDOS BILIARES ILEALES (IBAT) | | |
| BYLVAY | T4 | PA SP HD |
| LIVMARLI | T4 | PA SP HD |
| ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE LA INTEGRINA, ANTICUERPOS MONOCLONALES | | |
| ENTYVIO | T4 | PA SP HD |
| ESTIMULANTES DE LA MOTILIDAD INTESTINAL | | |
| GIMOTI | T4 | PA SP |
| <i>metoclopramide hcl</i> | T1 | |
| <i>metoclopramide hcl (Reglan)</i> | T1 | |
| MOTEGRITY | T3 | PA |
| REGLAN (<i>metoclopramide hcl</i>) | T3 | |
| AGENTES PARA EL SÍND. DE COLON IRRITABLE, AGONISTA PARCIAL DE 5-HT4 | | |
| ZELNORM | T3 | PA |
| AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE, ANTAGONISTAS DEL 5-HT3 | | |
| <i>alosetron hcl (Lotronex)</i> | T4 | SP HD |
| LOTROXEX (<i>alosetron hcl</i>) | T3 | PA SP HD |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

| GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.) | | |
|--|------------------------------|--|
| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| LAXANTES Y CATÁRTICOS | | |
| AMITIZA (<i>lubiprostone</i>) | T3 | PA |
| <i>bisac/nacl/nahco3/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 | PA |
| <i>lactulose</i> | T1 | |
| <i>lactulose 10 gm packet</i> (Kristalose) | T1 | PA |
| <i>lactulose 10 gm/15 ml solution</i> | T1 | |
| <i>lactulose 20 gm/30 ml solution</i> | T1 | |
| <i>lubiprostone</i> (Amitiza) | T1 | |
| MOVIPREP (<i>peg3350-sod sul-nacl-kcl-asb-c</i>) | T3 | PA PPACA |
| NULYTELY | T3 | PA PPACA |
| NULYTELY WITH FLAVOR PACKS (<i>trilyte with flavor packets</i>) | T3 | PA PPACA |
| OSMOPREP | T3 | PA PPACA |
| <i>peg3350/sod sul/nacl/kcl/asb/c</i> (Moviprep) | T1 | PPACA |
| <i>peg3350/sod sulf, bicarb, cl/kcl</i> (Colyte With Flavor Packets) | T1 | PPACA |
| <i>peg3350/sod sulf, bicarb, cl/kcl</i> (Golytely) | T1 | PPACA |
| PLENVU | T3 | PA PPACA |
| PREPOPIK | T2 | PPACA |
| <i>sodium chloride/nahco3/kcl/peg</i> | T1 | PPACA |
| SUPREP | T3 | PPACA |
| SUTAB | T2 | PPACA |
| PREPARACIONES ANORRECTALES LOCALES CON NITRATO | | |
| RECTIV | T3 | |
| ENZIMAS PANCREÁTICAS | | |
| CREON | T3 | PA HD |
| PANCREAZE | T2 | HD |
| PERTZYE | T3 | PA HD |
| VIOKACE | T3 | HD |
| ZENPEP | T3 | PA HD |
| INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES | | |
| ACIPHEX (<i>rabeprazole sodium</i>) | T3 | QL (30 tabs/30 days) ST HD |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
|---|-----------------------|-----------------------------------|
| INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (cont.) | | |
| 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 | T3 | QL (2 caps/day) HD |
| DEXILANT DR 60 MG CAPSULE | T3 | PA QL (30 caps/30 days) HD |
| <i>dexlansoprazole dr 30 mg cap</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 (2/day) HD |
| <i>esomeprazole mag dr 40 mg cap (Nexium)</i> | T1 | QL (30 caps/30 days) HD |
| ESOMEPRAZOLE STRONTIUM | T3 | QL (30 caps/30 days) HD |
| <i>lansoprazole dr 15 mg capsule (Prevacid)</i> | T1 | QL (2 caps/day) HD |
| <i>lansoprazole dr 30 mg capsule (Prevacid)</i> | T1 | QL (30 caps/30 days) HD |
| <i>lansoprazole odt 15 mg tablet (Prevacid)</i> | T1 | QL (2 tabs/day) HD |
| <i>lansoprazole odt 30 mg tablet (Prevacid)</i> | 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 |
| <i>omeppi 20 mg-1, 100 mg capsule (Zegerid)</i> | T3 | PA QL (60 caps/30 days) HD |
| <i>omeppi 40 mg-1, 100 mg capsule (Zegerid)</i> | 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 (1 cap/day) HD |
| <i>omeprazole-bicarb 20-1, 100 cap (Zegerid)</i> | T1 | PA QL (2 caps/day) HD |
| <i>omeprazole-bicarb 20-1, 680 pkt (Zegerid)</i> | T1 | PA QL (60 packs/30 days) HD |
| <i>omeprazole-bicarb 40-1, 100 cap (Zegerid)</i> | T1 | PA QL (30 caps/30 days) HD |
| <i>omeprazole-bicarb 40-1, 680 pkt (Zegerid)</i> | T1 | PA QL (30 packs/30 days) HD |
| <i>pantoprazole 40 mg suspension (Protonix)</i> | T1 | QL (1 dose/day) HD |
| <i>pantoprazole sod dr 20 mg tab (Protonix)</i> | T1 | QL (60 tabs/30 days) HD |
| <i>pantoprazole sod dr 40 mg tab (Protonix)</i> | T1 | QL (1 tab/day) HD |
| PREVACID 15 MG SOLUTAB (<i>lansoprazole</i>) | T3 | PA QL (2 tabs/day) HD |

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
|---|-----------------------|---|
| INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (cont.) | | |
| 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 |
| RABEPRAZOLE DR 10 MG SPRNKL CP <i>rabeprazole sod dr 20 mg tab</i> (Aciphex) | T3 T1 | QL (2 caps/day) HD QL (30 tabs/30 days) 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 |

PREPARACIONES RECTALES

| | | |
|--|----------|----|
| ANUSOL-HC 25 MG SUPPOSITORY (<i>hydrocortisone acetate</i>) <i>hydrocortisone acetate</i> | T3 T1 | PA |
| <i>hydrocortisone acetate</i> (Anusol-hc) | T1 | |

SBS - ANÁLOGOS DEL PÉPTIDO SIMILAR AL GLUCAGÓN TIPO 2 (GLP-2)

| | | |
|--------|----|----------|
| GATTEX | T4 | 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>) <i>hydrocortisone/lidocaine/aloe</i> | T3 T1 | |
| <i>hydrocortisone/pramoxine</i> (Analpram Hc) | T1 | |
| <i>lidocaine/hydrocortisone ac</i> | T1 | |
| LIDOCAINE-HYDROCORTISONE | T1 | |
| PROCORT | T3 | |
| PROCTOFOAM-HC | T2 | |

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

| | | |
|--|----------|-------------------------|
| CORTENEMA (<i>hydrocortisone</i>) | T3 | |
| CORTIFOAM <i>hydrocortisone</i> (Cortenema) | T3 T1 | PA |
| UCERIS 2 MG RECTAL FOAM | T3 | PA QL (2 kits/180 days) |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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) | | |
|---|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| INHIBIDORES DE ESTEROIDES ADRENALES | | |
| ISTURISA | T4 | PA QL (2 TABS/DAY) SP |
| RECORLEV | T4 | PA QL (8 tabs/day) SP |
| PREP. DE ANDRÓGENOS/ESTRÓGENOS PARA DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA | | |
| INTRAROSA | T3 | |
| AGENTES ANDROGÉNICOS | | |
| 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 | |
| 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 (2 caps/day) |
| METHITEST | T1 | |
| TLANDO | T3 | PA QL (4/day) |
| <i>methyltestosterone</i> (Testred) | T1 | |
| NATESTO | T3 | PA QL (3 bots/30 days) |
| <i>oxandrolone</i> | T1 | PA |
| TESTIM (<i>testosterone</i>) | T3 | PA QL (2 tubes/day) |
| <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) |
| 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) |

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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) | | |
|--|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| AGENTES ANDRÓGENICOS | | |
| <i>testosterone 50 mg/5 gram gel (Vogelxo)</i> | 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 PACKT | T3 | PA QL (2 packs/day) |
| XYOSTED | T3 | PA QL (4 injectors/28 days) |
| HORMONAS ANTIDIURÉTICAS Y VASOCONSTRICTORAS | | |
| DDAVP | T3 | PA |
| DDAVP (<i>desmopressin acetate</i>) | T3 | PA |
| <i>desmopressin (nonrefrigerated) (Ddavp)</i> | T1 | |
| <i>desmopressin acetate (Ddavp)</i> | T1 | |
| NOCDURNA | T3 | PA |
| NOCTIVA | T3 | PA |
| STIMATE | T4 | SP |
| COMBINACIONES DE ESTRÓGENOS Y PROGESTINAS | | |
| BIJUVA | T3 | |
| COMBINACIONES DE ESTRÓGENOS/ANDRÓGENOS | | |
| <i>estrogen, ester/me-testosterone</i> | T1 | HD |
| AGENTES ESTROGÉNICOS | | |
| ACTIVELLA (<i>mimvey lo</i>) | T3 | HD |
| ACTIVELLA (<i>mimvey</i>) | T3 | HD |
| ALORA | T3 | QL (16 patches/28 days) HD |
| CLIMARA (<i>estradiol (once weekly)</i>) | T3 | HD |
| CLIMARA PRO | T3 | HD |
| COMBIPATCH | T3 | HD |
| DELESTROGEN | T3 | PA HD |
| DELESTROGEN (<i>estradiol valerate</i>) | T3 | HD |
| DEPO-ESTRADIOL | T3 | HD |
| DIVIGEL | T2 | HD |
| ELESTRIN | T3 | HD |
| ESTRACE (<i>estradiol</i>) | T3 | HD |
| <i>estradiol (Climara)</i> | T1 | HD |
| <i>estradiol (Vivelle-dot)</i> | T1 | QL (8 PATCHES/21 DAYS) HD |
| <i>estradiol (Vivelle-dot)</i> | T1 | QL (16 patches/28 days) HD |

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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) | | |
|--|------------------------------|--|
| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| AGENTES ESTROGÉNICOS | | |
| <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>Jyllana</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>Jyllana</i>) | T3 | QL (16 patches/28 days) HD |
| COMB. DE ESTRÓGENOS-PROGESTINAS CON ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES PARA MINERALOCORTICOIDES | | |
| ANGELIQ | T3 | HD |
| COMB. DE ESTRÓGENOS Y MOD. SELECTIVOS DE RECEPTORES ESTROGÉN. (SERM) | | |
| DUAVEE | T2 | |
| GLUCOCORTICOIDES | | |
| ALKINDI SPRINKLE | T3 | PA |
| <i>budesonide</i> (Entocort Ec) | T1 | |
| <i>budesonide</i> (Uceris) | T1 | PA QL (56 tabs/180 days) |
| CORTEF (<i>hydrocortisone</i>) | T3 | |
| <i>cortisone acetate</i> | T1 | |
| <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 | |

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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) | | |
|--|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| GLUCOCORTICOIDES | | |
| <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 |
| <i>dexamethasone 13 day 1.5 mg tb</i> | T1 | PA |
| <i>dexamethasone 2 mg tablet</i> | T1 | |
| <i>dexamethasone 4 mg tablet</i> | T1 | |
| <i>dexamethasone 6 day 1.5 mg tab (Taperdex)</i> | T1 | PA |
| <i>dexamethasone 6 mg tablet</i> | T1 | |
| DXEVO | T3 | |
| EMFLAZA | T4 | PA SP HD |
| ENTOCORT EC (<i>budesonide ec</i>) | T3 | |
| HEMADY | T3 | |
| <i>hydrocortisone (Cortef)</i> | T1 | |
| 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 | |
| <i>methylprednisolone (Medrol)</i> | T1 | |
| MILLIPRED 10 MG/5 ML SOLUTION (<i>prednisolone sodium phosphate</i>) | T3 | |
| <i>millipred 5 mg tablet</i> | T1 | |
| ORAPRED ODT (<i>prednisolone sodium phos odt</i>) | T3 | |
| ORTIKOS | T3 | PA QL (1 TAB/DAY) |
| <i>prednisolone</i> | T1 | |
| <i>prednisolone sodium phosphate</i> | T1 | |
| <i>prednisolone sodium phosphate (Millipred)</i> | T1 | |
| <i>prednisolone sodium phosphate (Orapred Odt)</i> | T1 | |
| <i>prednisone</i> | T1 | |
| RAYOS | T3 | PA |
| TAPERDEX | T1 | PA |
| TARPEYO | T4 | PA QL (4 caps/day) SP |
| UCERIS 9 MG ER TABLET (<i>budesonide er</i>) | T3 | PA QL (1 tab/day) |
| ZCORT | T3 | PA |
| ZONACORT | T3 | |

T1 – Habitualmente genéricos

T4 – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Habitualmente marcas preferidas

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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 |
| HORMONA LIBERADORA DE HORMONA DEL CRECIMIENTO (GHRH) Y ANÁLOGOS | | |
| EGRIFTA | T4 | PA SP HD |
| EGRIFTA SV | T4 | PA SP HD |
| HORMONAS DEL CRECIMIENTO | | |
| GENOTROPIN | T4 | PA SP HD |
| HUMATROPE | T4 | PA SP HD |
| NGENLA | T4 | PA SP HD |
| NORDITROPIN FLEXPRO | T4 | PA SP HD |
| NUTROPIN AQ NUSPIN | T4 | PA SP HD |
| OMNITROPE | T4 | PA SP HD |
| SAIZEN | T4 | PA SP HD |
| SAIZEN-SAIZENPREP | T4 | PA SP HD |
| SEROSTIM | T4 | PA SP HD |
| SKYTROFA | T4 | PA SP HD |
| SOGROYA | T4 | PA SP HD |
| ZOMACTON | T4 | PA SP HD |
| ZORBTIVE | T4 | PA SP HD |
| HORMONAS DE FACTOR DE CRECIMIENTO INSULÍNICO TIPO I (IGF-I) | | |
| INCRELEX | T4 | PA SP HD |
| COMB. DE PROGESTINA Y ANÁLOGOS AGONISTAS DE LA LHRH (GNRH) | | |
| LUPANETA PACK | T4 | PA SP HD |
| ANÁLOGOS AGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), SUPRESORES HIPOFISARIOS | | |
| LUPRON DEPOT | T4 | PA SP HD |
| SYNAREL | T4 | PA SP HD |
| COMB. DE PROGESTINA Y ESTRÓGENOS ANTAGONISTAS DE LA LHRH (GNRH) | | |
| MYFEMBREE | T4 | PA QL (24 MONTH THERAPY) |
| ORIAHNN | T4 | PA QL (2 CAPSULES/DAY) |
| ANTAGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), AGENTES SUPRESORES HIPOFISARIOS | | |
| CETROTIDE | T4 | PA SP |
| <i>ganirelix acet 250 mcg/0.5 ml (Ganirelix Acetate)</i> | T4 | PA SP |
| GANIRELIX ACET 250 MCG/0.5 ML (<i>ganirelix acetate</i>) | T4 | PA SP |
| ORLISSA 150 MG TABLET | T2 | PA QL (1 tab/day) |
| ORLISSA 200 MG TABLET | T2 | PA QL (2 tabs/day) |
| SUP. HIPOF. AGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), PUBERTAD PRECOZ CENTRAL | | |
| FENSOLVI | T4 | PA SP |
| LUPRON DEPOT-PED | T4 | PA SP HD |
| MINERALOCORTICOIDES | | |
| <i>fludrocortisone acetate</i> | T1 | HD |

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| OXITÓCICOS | | |
| CERVIDIL | T3 | |
| <i>methylergonovine maleate</i> | T1 | |
| PREPIDIL | T3 | |
| PROSTIN E2 VAGINAL SUPPOSITORY | T3 | |
| AGENTES SUPRESORES HIPOFISARIOS | | |
| <i>cabergoline</i> | T1 | QL (16 tabs/28 days) HD |
| <i>danazol</i> | T1 | HD |
| AGENTES PROGESTACIONALES | | |
| AYGESTIN (<i>norethindrone acetate</i>) | T3 | HD |
| CRINONE 4% GEL | T3 | PA HD |
| DEPO-PROVERA 400 MG/ML VIAL | T3 | HD |
| AGENTES PROGESTACIONALES (cont.) | | |
| <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, micronized</i> (Prometrium) | T1 | HD |
| PROMETRIUM (<i>progesterone</i>) | T3 | HD |
| PROVERA (<i>medroxyprogesterone acetate</i>) | T3 | HD |
| AGENTES SOMATOSTÁTICOS | | |
| BYNFEZIA | T4 | PA SP |
| MYCAPSSA | T4 | PA QL (4 CAPS/DAY) SP |
| <i>octreotide acetate</i> | T4 | PA SP HD |
| <i>octreotide acetate</i> (Sandostatin) | T4 | PA SP HD |
| SANDOSTATIN (<i>octreotide acetate</i>) | T4 | PA SP HD |
| SANDOSTATIN LAR DEPOT | T4 | PA SP |
| SIGNIFOR | T4 | PA SP |
| SIGNIFOR LAR | T4 | PA SP |
| SOMATULINE DEPOT | T4 | 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 PAK | T3 | QL (16/28 days) HD |
| IMVEXXY 4 MCG STARTER PACK | T3 | QL (36/28 days) HD |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| 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>domiphene citrate</i> | T1 | |
| HORMONAS FOLICULOESTIMULANTES Y LUTEINIZANTES | | |
| MENOPUR | T4 | PA SP |
| HORMONA FOLICULOESTIMULANTE (FSH) | | |
| FOLLISTIM AQ | T4 | PA SP |
| GONAL-F | T4 | PA SP |
| GONAL-F RFF | T4 | PA SP |
| GONAL-F RFF REDI-JECT | T4 | PA SP |
| GONADOTROPINA CORIÓNICA HUMANA (HCG) | | |
| CHORIONIC GONAD 10,000 UNIT VL | T4 | PA SP |
| CHORIONIC GONAD 12,000 UNIT VL | T4 | SP |
| CHORIONIC GONAD 6,000 UNIT VL | T4 | SP |
| NOVAREL | T4 | PA SP |
| OVIDREL | T4 | PA SP |
| PREGNYL | T4 | PA SP |
| AGENTES PARA FACILITAR/MANTENER EL EMBARAZO, HORMONALES | | |
| CRINONE 8% GEL | T3 | PA |
| ENDOMETRIN | T3 | |
| HORMONAS (Varias) | | |
| ANÁLOGOS DE LA HORMONA LEPTINA | | |
| MYALEPT | T4 | PA SP HD |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
 PA – Autorización previa
 QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
 AGE – Requisito de edad
 SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 (Productos para la osteoporosis) | | |
|---|------------------------------|--|
| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| AGENTES QUE ESTIMULAN LA FORMACIÓN DE HUESO - PÉPTIDOS LIB. DE PTH | | |
| TYMLOS | T4 | PA QL (1 pen/30 days) SP HD |
| INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA | | |
| <i>calcitonin, salmon, synthetic</i> | T1 | HD |
| MIACALCIN | T2 | HD |
| RECLAST 5 MG/100 ML SOLUTION | T3 | |
| INMUNOSUPRESORES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) | | |
| ANTAGONISTAS ALFA DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-4 (IL-4), ANTICUERPOS MONOCLONALES | | |
| DUPIXENT PEN | T4 | PA SP HD |
| DUPIXENT SYRINGE | T4 | PA SP HD |
| INHIBIDORES DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-6 (IL-6) | | |
| ACTEMRA | T4 | PA QL (4 syringes/28 days) SP HD |
| ACTEMRA ACTPEN | T4 | PA QL (4 pens/28 days) SP HD |
| ENSPRYNG | T4 | PA SP HD |
| INMUNOSUPRESORES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.) | | |
| INHIBIDORES DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-6 (IL-6) (cont.) | | |
| KEVZARA 150 MG/1.14 ML PEN INJ | T4 | PA QL (2 pens/28 days) SP HD |
| KEVZARA 150 MG/1.14 ML SYRINGE | T4 | PA QL (2 syringes/28 days) SP HD |
| KEVZARA 200 MG/1.14 ML PEN INJ | T4 | PA QL (2 pens/28 days) SP HD |
| KEVZARA 200 MG/1.14 ML SYRINGE | T4 | PA QL (2 syringes/28 days) SP HD |
| ANTICUERPOS MONOCLONALES-INHIB. DE LA INTERLEUCINA HUMANA I2/23 | | |
| STELARA 45 MG/0.5 ML SYRINGE | T4 | PA QL (1 syringe/84 days) SP HD |
| STELARA 45 MG/0.5 ML VIAL | T4 | PA QL (1 vial/84 days) SP HD |
| STELARA 90 MG/ML SYRINGE | T4 | PA QL (1 syringe/84 days) SP HD |
| INMUNOSUPRESORES (Condiciones cutáneas) | | |
| AGENTES INMUNOSUPRESORES TÓPICOS | | |
| ELIDEL (<i>pimecrolimus</i>) | T3 | |
| NUJO | T3 | |
| OXIANUJI | T3 | |
| <i>pimecrolimus</i> (Elidel) | T1 | |
| PROTOPIC (<i>tacrolimus</i>) | T3 | |
| <i>tacrolimus 0.03% ointment</i> (Protopic) | T1 | |
| <i>tacrolimus 0.1% ointment</i> (Protopic) | T1 | |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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) | | |
|--|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| INMUNOSUPRESORES | | |
| ASTAGRAF XL | T4 | SP HD |
| AZASAN | T4 | SP HD |
| <i>azathioprine</i> (Imuran) | T4 | PA SP HD |
| CELLCEPT (<i>mycophenolate mofetil</i>) | T4 | SP HD |
| <i>cyclosporine</i> (Sandimmune) | T4 | SP HD |
| <i>cyclosporine, modified</i> | T4 | SP HD |
| <i>cyclosporine, modified</i> (Neoral) | T4 | SP HD |
| ENVARUSUS XR | T4 | SP HD |
| <i>everolimus 0.25 mg tablet</i> (Zortress) | T4 | SP HD |
| <i>everolimus 0.5 mg tablet</i> (Zortress) | T4 | SP HD |
| <i>everolimus 0.75 mg tablet</i> (Zortress) | T4 | SP HD |
| IMURAN (<i>azathioprine</i>) | T4 | SP HD |
| LUPKYNIS 7.9 MG CAPSULE | T3 | PA QL (6 caps/day) |
| <i>mycophenolate mofetil</i> (Cellcept) | T4 | SP HD |
| <i>mycophenolate sodium</i> (Myfortic) | T4 | SP HD |
| MYFORTIC (<i>mycophenolic acid</i>) | T4 | SP HD |
| NEORAL (<i>gengraf</i>) | T4 | PA SP HD |
| PROGRAF | T4 | SP HD |
| PROGRAF (<i>tacrolimus</i>) | T4 | SP HD |
| RAPAMUNE (<i>sirolimus</i>) | T4 | SP HD |
| SANDIMMUNE 100 MG CAPSULE (<i>cyclosporine</i>) | T4 | SP HD |
| SANDIMMUNE 100 MG/ML SOLN | T4 | SP HD |
| SANDIMMUNE 25 MG CAPSULE (<i>cyclosporine</i>) | T4 | SP HD |
| <i>sirolimus</i> (Rapamune) | T4 | SP HD |
| <i>tacrolimus 0.5 mg capsule (ir)</i> (Prograf) | T4 | SP HD |
| <i>tacrolimus 1 mg capsule (ir)</i> (Prograf) | T4 | SP HD |
| <i>tacrolimus 5 mg capsule (ir)</i> (Prograf) | T4 | SP HD |
| ZORTRESS | T4 | SP HD |
| ZORTRESS (<i>everolimus</i>) | T4 | SP HD |
| DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) | | |
| SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS | | |
| <i>sirolimus</i> (Rapamune) | T4 | SP HD |
| <i>tacrolimus 0.5 mg capsule (ir)</i> (Prograf) | T4 | SP HD |
| <i>tacrolimus 1 mg capsule (ir)</i> (Prograf) | T4 | SP HD |
| <i>tacrolimus 5 mg capsule (ir)</i> (Prograf) | T4 | SP HD |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
 PA – Autorización previa
 QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
 AGE – Requisito de edad
 SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
|--|-----------------------|-----------------------------------|
| SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.) | | |
| ZORTRESS | T4 | SP HD |
| ZORTRESS (everolimus) | T4 | SP HD |
| CEQR SIMPLICITY | T3 | |
| CEQR SIMPLICITY INSERTER | 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 RECEIVER | T2 | PA QL (1 UNIT/365 DAYS) |
| DEXCOM G7 SENSOR | T2 | PA QL (3 SENSORS/30 DAYS) |
| ENLITE SERTER | T1 | |
| 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) |
| GLUCOCOM AUTOLINK | T1 | |
| GUARDIAN RT CHARGER | T1 | |
| GUARDIAN RT STARTER KIT | T1 | |
| GUARDIAN RT SYSTEM | T1 | |
| GUARDIAN TEST PLUG | T1 | |
| HUMAPEN LUXURA HD | T1 | |
| INPEN (FOR HUMALOG) | T1 | |
| INPEN (FOR NOVOLOG OR FIASP) | T1 | |
| NOVOPEN ECHO | T1 | |
| OMNIPOD DASH 5 PACK POD | T2 | PA QL (6 boxes/30 days) |
| REPLACEMENT PEDIATRIC MONITOR | T1 | |
| SEN-SERTER | T1 | |
| V-GO 20 | T2 | |
| V-GO 30 | T2 | |
| V-GO 40 | T2 | |
| JERINGAS Y ACCESORIOS | | |
| ASSURE ID INSULIN SAFETY | T1 | |
| INSULIN SYRINGE | T1 | |
| INSULIN SYRINGE U-500 | T1 | |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
|--|-----------------------|-----------------------------------|
| SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.) | | |
| MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG | T1 | |
| MAGELLAN INSULIN SYRINGE | T1 | |
| MINIMED RESERVOIR | T1 | |
| JERINGAS Y ACCESORIOS (cont.) | | |
| MONOJECT | T1 | |
| MONOJECT INSULIN SYRINGE | T1 | |
| PARADIGM | T1 | |
| AYUDAS, DISPOSITIVOS, EQUIPOS RESPIRATORIOS | | |
| ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER | T2 | QL (1 unit/year) |
| AEROCHAMBER MINI | T2 | QL (1 unit/year) |
| AEROCHAMBER MV | T2 | QL (1 unit/year) |
| AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU | T2 | QL (1 unit/year) |
| AEROCHAMBER WITH FLOWSIGNAL | T2 | QL (1 unit/year) |
| AEROCHAMBER Z-STAT PLUS | T2 | QL (1 unit/year) |
| AEROTRACH PLUS | T2 | QL (1 unit/year) |
| AEROVENT PLUS | T2 | QL (1 unit/year) |
| BREATHERITE | T2 | QL (1 unit/year) |
| BREATHERITE SPACER-ADULT MASK | T2 | QL (1 unit/year) |
| BREATHERITE SPACER-INFANT MASK | T2 | QL (1 unit/year) |
| BREATHERITE SPACER-LARGE MASK | T2 | QL (1 MASK/365 DAYS) |
| BREATHERITE SPACER-LG CHLD MSK | T2 | QL (1 unit/year) |
| BREATHERITE SPACER-MEDIUM MASK | T2 | QL (1 MASK/365 DAYS) |
| BREATHERITE SPACER-NEONATE MSK | T2 | QL (1 unit/year) |
| BREATHERITE SPACER-SM CHLD MSK | T2 | QL (1 unit/year) |
| BREATHERITE SPACER-SMALL MASK | T2 | QL (1 MASK/365 DAYS) |
| BREATHRITE | T2 | QL (1 unit/year) |
| CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER | T2 | QL (1 unit/year) |
| COMPACT SPACE CHAMBER | T2 | QL (1 unit/year) |
| EASIVENT | T2 | QL (1 unit/year) |
| E-Z SPACER | T2 | QL (1 unit/year) |
| FLEXICHAMBER | T2 | QL (1 unit/year) |
| FLEXICHAMBER MASK | T2 | QL (1 unit/year) |
| INSPIRACHAMBER | T2 | QL (1 unit/year) |
| LITEAIRE | T2 | QL (1 unit/year) |
| LITETOUCH | T2 | QL (1 unit/year) |

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

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

RELAJANTES MUSCULARES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)

RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS

| | | |
|--|----|-------------------|
| AMRIX ER 15 MG CAPSULE (<i>cyclobenzaprine hcl er</i>) | T3 | PA QL (1 cap/day) |
| AMRIX ER 30 MG CAPSULE (<i>cyclobenzaprine hcl er</i>) | T3 | PA |
| <i>baclofen</i> | T1 | |
| <i>carisoprodol (Soma)</i> | T1 | |
| <i>carisoprodol/aspirin</i> | T1 | |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

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

| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
|--|-----------------------|-----------------------------------|
| RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS (cont.) | | |
| <i>chlorzoxazone 250 mg tablet</i> | T1 | PA |
| <i>chlorzoxazone 375 mg tablet (Lorzone)</i> | T1 | PA |
| <i>chlorzoxazone 500 mg tablet</i> | T1 | |
| <i>chlorzoxazone 750 mg tablet (Lorzone)</i> | T1 | PA |
| <i>cyclobenzaprine er 15 mg cap (Amrix)</i> | T1 | PA QL (1 cap/day) |
| <i>cyclobenzaprine er 30 mg cap (Amrix)</i> | T1 | PA |
| <i>cyclobenzaprine hcl</i> | T1 | |
| <i>cyclobenzaprine hcl (Fexmid)</i> | T1 | |
| DANTRIUM (<i>dantrolene sodium</i>) | T3 | |
| <i>dantrolene sodium</i> | T1 | |
| <i>dantrolene sodium (Dantrium)</i> | T1 | |
| FEXMID (<i>cyclobenzaprine hcl</i>) | T3 | |
| LORZONE (<i>chlorzoxazone</i>) | T3 | PA |
| LYVISPAH | T3 | PA |
| <i>metaxalone</i> | T1 | |
| <i>metaxalone (Skelaxin)</i> | T1 | |
| <i>methocarbamol</i> | T1 | |
| <i>methocarbamol (Robaxin-750)</i> | T1 | |
| NORGESIC FORTE | T3 | PA |
| <i>orphenadrine citrate</i> | T1 | |
| <i>orphenadrine/aspirin/caffeine (Norgesic Forte)</i> | T1 | PA |
| OZOBAX | T3 | PA |
| ROBAXIN-750 (<i>methocarbamol</i>) | T3 | |
| SKELAXIN (<i>metaxalone</i>) | T3 | |
| SOMA (<i>carisoprodol</i>) | T3 | |
| SOMA (<i>vanadom</i>) | T3 | |
| <i>tizanidine hcl</i> | T1 | PA |
| <i>tizanidine hcl (Zanaflex)</i> | T1 | PA |
| ZANAFLEX (<i>tizanidine hcl</i>) | T3 | |

VITAMINAS PRENATALES (Nutritivas/alimenticias)

PREPARACIONES DE VITAMINAS PRENATALES

| | | |
|-------------------|----|--|
| ATABEX EC | T2 | |
| CITRANATAL 90 DHA | T2 | |
| CITRANATAL ASSURE | T2 | |

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 PRENATALES (Nutritivas/alimenticias) (cont.)

| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
|--|-----------------------|-----------------------------------|
| PREPARACIONES DE VITAMINAS PRENATALES (cont.) | | |
| CITRANATAL DHA | T2 | |
| CITRANATAL HARMONY | T2 | |
| CITRANATAL RX | T2 | |
| OBSTETRIX EC | T2 | |
| OBTREX DHA | T2 | |
| <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 (Obtrex Dha)</i> | T1 | |
| PRENATAL 19 | T1 | |
| <i>prenatal 34/iron/folic/dss/dha</i> | T1 | |
| <i>prenatal vits 15/iron/folic/dss</i> | T1 | |
| VITAFOL FE+ | T2 | |

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar)⁸

ANTIDEPRESIVOS ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES ALFA 2

| | | |
|--------------------------------|----|-------|
| <i>mirtazapine</i> | T1 | HD |
| <i>mirtazapine (Remeron)</i> | T1 | HD |
| QELBREE | T3 | PA QL |
| REMERON (<i>mirtazapine</i>) | T3 | PA HD |

MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS - BENZODIAZEPINAS

| | | |
|---|----|----|
| <i>alprazolam</i> | T1 | |
| <i>alprazolam (Xanax Xr)</i> | T1 | |
| <i>alprazolam (Xanax)</i> | T1 | |
| ATIVAN (<i>lorazepam</i>) | T3 | PA |
| <i>chlordiazepoxide hcl</i> | T1 | |
| <i>clorazepate dipotassium</i> | T1 | |
| <i>clorazepate dipotassium (Tranxene T-tab)</i> | T1 | |
| <i>diazepam 10 mg tablet (Valium)</i> | T1 | |
| <i>diazepam 2 mg tablet (Valium)</i> | T1 | |
| <i>diazepam 5 mg tablet (Valium)</i> | T1 | |
| <i>diazepam 5 mg/5 ml solution</i> | T1 | |
| <i>diazepam 5 mg/ml oral conc</i> | T1 | |
| <i>lorazepam</i> | T1 | |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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)⁸ (cont.) | | |
|--|------------------------------|--|
| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS - BENZODIAZEPINAS (cont.) | | |
| <i>lorazepam</i> (Ativan) | T1 | |
| LOREEV XR | T4 | PA QL (30 tabs/30 days) SP |
| <i>oxazepam</i> | T1 | |
| TRANXENET-TAB (<i>clorazepate dipotassium</i>) | T3 | PA |
| VALIUM (<i>diazepam</i>) | T3 | |
| XANAX (<i>alprazolam</i>) | T3 | |
| XANAX XR (<i>alprazolam xr</i>) | T3 | |
| MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS | | |
| <i>bupirone hcl</i> | T1 | |
| <i>meprobamate</i> | T1 | |
| SPRAVATO | T4 | PA SP |
| MEDICAMENTOS PARA TRASTORNO BIPOLAR | | |
| 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 |
| MAOI - ANTIDEPRESIVOS NO SELECTIVOS E IRREVERSIBLES | | |
| 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 | |
| ANTIDEPRESIVOS INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA (MAO) | | |
| EMSAM 12 MG/24 HOURS PATCH | T3 | QL (1 patch/day) |
| EMSAM 6 MG/24 HOURS PATCH | T3 | QL (2 patches/day) |
| EMSAM 9 MG/24 HOURS PATCH | T3 | QL (1 patch/day) |
| COMB. DE ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES NMDA Y NDRI | | |
| AUVELITY | T3 | PA QL (60 tabs/30 days) |
| INHIB. DE LA RECAPT. DE NOREPINEFRINA Y DOPAMINA (NDRI) | | |
| 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 |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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)⁸ (cont.)

| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
|---|-----------------------|-----------------------------------|
| INHIB. DE LA RECAPT. DE NOREPINEFRINA Y DOPAMINA (NDRI) | | |
| <i>bupropion hcl 75 mg tablet</i> | T1 | QL (6 tabs/day) HD |
| <i>bupropion hcl sr 100 mg tablet</i> (Wellbutrin Sr) | T1 | QL (4 tabs/day) HD |
| <i>bupropion hcl sr 150 mg tablet</i> (Wellbutrin Sr) | T1 | QL (2 tabs/day) HD |
| <i>bupropion hcl sr 200 mg tablet</i> (Wellbutrin Sr) | T1 | QL (2 tabs/day) HD |
| <i>bupropion hcl xl 150 mg tablet</i> (Wellbutrin XI) | T1 | QL (3 tabs/day) HD |
| <i>bupropion hcl xl 300 mg tablet</i> (Wellbutrin XI) | T1 | QL (1 tab/day) HD |
| BUPROPION HCL XL 450 MG TABLET | T3 | PA QL (1 tab/day) HD |
| FORFIVO XL | T3 | PA QL (1 tab/day) 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 |
| AGONISTAS INVERSOS SELECTIVOS DE SEROTONINA 5-HT_{2A} (SSIA) | | |
| NUPLAZID | T4 | PA SP HD |
| INHIBIDOR SELECTIVO DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (SSRI) | | |
| 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</i> (Celexa) | 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</i> (Celexa) | T1 | QL (3 tabs/day) HD |
| <i>citalopram hbr 20 mg/10 ml sol</i> | T1 | QL (30ml/day) HD |
| <i>citalopram hbr 40 mg tablet</i> (Celexa) | T1 | QL (1 tab/day) HD |
| <i>escitalopram 10 mg tablet</i> (Lexapro) | T1 | QL (2 tabs/day) HD |
| <i>escitalopram 20 mg tablet</i> (Lexapro) | T1 | QL (1 tab/day) HD |
| <i>escitalopram 5 mg tablet</i> (Lexapro) | T1 | QL (4 tabs/day) HD |
| <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</i> (Prozac) | T1 | QL (8 caps/day) HD |
| <i>fluoxetine hcl 10 mg tablet</i> (Sarafem) | T1 | HD |
| <i>fluoxetine hcl 20 mg capsule</i> (Prozac) | T1 | QL (4 caps/day) HD |
| <i>fluoxetine hcl 20 mg tablet</i> | T1 | HD |
| <i>fluoxetine hcl 40 mg capsule</i> (Prozac) | T1 | QL (2 caps/day) HD |

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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)⁸ (cont.)

| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
|---|-----------------------|-----------------------------------|
| INHIBIDOR SELECTIVO DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (SSRI) (cont.) | | |
| <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 | PA QL (3 tabs/day) HD |
| PAXIL CR 37.5 MG TABLET (<i>paroxetine er</i>) | T3 | PA QL (2 tabs/day) HD |
| PEXEVA 10 MG TABLET | T3 | PA QL (6 tabs/day) HD |
| PEXEVA 20 MG TABLET | T3 | PA QL (3 tabs/day) HD |
| 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 | QL (2 caps/day) ST HD |
| SARAFEM (<i>fluoxetine hcl</i>) | T3 | ST HD |

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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)⁸ (cont.)

| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
|---|-----------------------|-----------------------------------|
| INHIBIDOR SELECTIVO DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (SSRI) (cont.) | | |
| <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 |
| INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN/ANTAGONISTAS DE LA SEROTONINA-2 (SARI) | | |
| <i>nefazodone hcl</i> | T1 | HD |
| <i>trazodone hcl</i> | T1 | HD |
| INHIB. DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA-NOREPINEFRINA (SNRI) | | |
| 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 | PA 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 |
| EFFEXOR XR 75 MG CAPSULE (<i>venlafaxine hcl er</i>) | T3 | QL (4 caps/day) ST 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 |

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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)⁸ (cont.)

| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
|---|-----------------------|-----------------------------------|
| INHIB. DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA-NOREPINEFRINA (SNRI) (cont.) | | |
| 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</i> (Effexor Xr) | 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</i> (Effexor Xr) | 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</i> (Effexor Xr) | T1 | QL (4 caps/day) HD |
| <i>venlafaxine hcl er 75 mg tab</i> | T1 | QL (4 tabs/day) HD |
| SSRI Y ANTIDEPRESIVOS AGONISTAS PARCIALES DE 5HT1A | | |
| VIIBRYD 10 MG TABLET | T3 | QL (1 tab/day) PA 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 |
| SSRI, ANTIDEPRESIVOS MODULADORES DE RECEPTORES DE SEROTONINA | | |
| 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 |
| COMBINACIONES DE ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS-BENZODIAZEPINAS | | |
| <i>amitriptyline/chlordiazepoxide</i> | T1 | HD |
| COMBINACIONES DE ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS-FENOTIAZINAS | | |
| <i>perphenazine/amitriptyline hcl</i> | T1 | HD |
| ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS, INHIB. NO SELECT. DE LA RECAPTACIÓN REL. | | |
| <i>amitriptyline hcl</i> | T1 | HD |
| <i>amoxapine</i> | T1 | HD |
| ANAFRANIL (<i>clomipramine hcl</i>) | T3 | PA HD |
| <i>clomipramine hcl</i> (Anafranil) | T1 | HD |
| <i>desipramine hcl</i> | T1 | HD |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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)⁸ (cont.)

| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
|---|-----------------------|-----------------------------------|
| ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS, INHIB. NO SELECT. DE LA RECAPTACIÓN REL. (cont.) | | |
| <i>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 pamoate</i> | T1 | HD |
| <i>imipramine hcl</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)⁸

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 cap/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 per day) |
| VYVANSE 50 MG CHEWABLE TABLET | T3 | PA QL (1 tab/day) |
| VYVANSE 60 MG CAPSULE | T3 | PA QL (1 cap/day) |
| VYVANSE 60 MG CHEWABLE TABLET | T3 | PA QL (1 tab/day) |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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)⁸ (cont.)

| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
|--|-----------------------|-----------------------------------|
| ADRENÉRGICOS, AROMÁTICOS, SIN CATECOLAMINAS (cont.) | | |
| VYVANSE 70 MG CAPSULE | T3 | PA QL (1 per day) |
| TRAT. PARA EL ADHD - AGONISTAS SELECTIVOS DE LOS RECEPTORES ALFA 2 | | |
| <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 |
| TRAT. PARA EL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (ADHD)/NARCOLEPSIA | | |
| 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 10 MG CAPSULE (<i>dexmethylphenidate hcl er</i>) | T3 | PA QL (1 cap/day) ST |
| FOCALIN XR 15 MG CAPSULE (<i>dexmethylphenidate hcl er</i>) | T3 | PA QL (1 cap/day) ST |
| FOCALIN XR 20 MG CAPSULE (<i>dexmethylphenidate hcl er</i>) | T3 | PA QL (1 per day) ST |
| FOCALIN XR 25 MG CAPSULE (<i>dexmethylphenidate hcl er</i>) | T3 | PA QL (1 cap/day) ST |
| FOCALIN XR 30 MG CAPSULE (<i>dexmethylphenidate hcl er</i>) | T3 | PA QL (1 cap/day) ST |

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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)⁸ (cont.)

| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
|--|-----------------------|-----------------------------------|
| TRAT. PARA EL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (ADHD)/NARCOLEPSIA (cont.) | | |
| FOCALIN XR 35 MG CAPSULE (<i>dexmethylphenidate hcl er</i>) | T3 | PA QL (1 cap/day) ST |
| FOCALIN XR 40 MG CAPSULE (<i>dexmethylphenidate hcl er</i>) | T3 | PA QL (1 cap/day) ST |
| FOCALIN XR 5 MG CAPSULE (<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) |
| <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 tab/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 tabs/day) |
| <i>methylphenidate er 27 mg tab</i> (Concerta) | T1 | PA QL (1 per 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 per day) |
| <i>methylphenidate er 60 mg cap</i> (Aptensio Xr) | T1 | PA QL (1 per day) |
| METHYLPHENIDATE ER 72 MG TAB | T3 | 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 | T3 | 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 |

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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)⁸ (cont.)

| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
|--|-----------------------|-----------------------------------|
| TRAT. PARA EL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (ADHD), TIPO NRI | | |
| <i>atomoxetine hcl 10 mg capsule (Strattera)</i> | T1 | HD |
| <i>atomoxetine hcl 100 mg capsule (Strattera)</i> | T1 | HD |
| <i>atomoxetine hcl 18 mg capsule (Strattera)</i> | T1 | HD |
| <i>atomoxetine hcl 25 mg capsule (Strattera)</i> | T1 | HD |
| <i>atomoxetine hcl 40 mg capsule (Strattera)</i> | T1 | QL (1 cap/day) HD |
| STRATTERA 100 MG CAPSULE (<i>atomoxetine hcl</i>) | T3 | PA QL HD |
| STRATTERA 18 MG CAPSULE (<i>atomoxetine hcl</i>) | T3 | PA QL HD |
| STRATTERA 25 MG CAPSULE (<i>atomoxetine hcl</i>) | T3 | PA QL 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 QL HD |
| STRATTERA 80 MG CAPSULE (<i>atomoxetine hcl</i>) | T3 | PA QL HD |

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Varios)

AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE DESEO SEXUAL HIPOACTIVO (HSDD)

| | | |
|---------|----|--------------------------------|
| ADDYI | T3 | PA QL (1 tab/day) |
| VYLEESI | T3 | PA QL (8 injectors/30 days) SP |

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Esquizofrenia/antipsicóticos)⁸

ANTIPIC., ANTAG. DE LA DOPAMINA, DIFENILBUTILPIPERIDINAS

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

ANTIPICÓTICOS, ATÍPICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA

| | | |
|------------------------------------|----|--------------------|
| <i>asenapine maleate (Saphris)</i> | T1 | |
| CAPLYTA | T3 | QL (1 CAPS/DAY) ST |
| <i>clozapine</i> | T1 | |
| <i>clozapine (Clozapine Odt)</i> | T1 | |
| <i>clozapine (Clozaril)</i> | T1 | |
| <i>clozapine (Fazacllo)</i> | 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 |

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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)⁸ (cont.)

| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
|--|-----------------------|-----------------------------------|
| ANTIPSICÓTICOS, ATÍPICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA (cont.) | | |
| FANAPT TITRATION PACK | T3 | QL (4 packs/year) ST |
| FAZACLO (<i>clozapine odt</i>) | T3 | PA |
| GEODON (<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 |
| LATUDA 120 MG TABLET | T3 | |
| LATUDA 20 MG TABLET | T2 | |
| LATUDA 40 MG TABLET | T2 | QL (1 tab/day) |
| LATUDA 60 MG TABLET | T2 | QL (1 tab/day) |
| LATUDA 80 MG TABLET | T2 | |
| <i>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 | |
| <i>quetiapine fumarate</i> (Seroquel Xr) | T1 | |
| <i>quetiapine fumarate</i> (Seroquel) | T1 | |
| RISPERDAL (<i>risperidone</i>) | T3 | ST |
| <i>risperidone</i> | T1 | |
| <i>risperidone</i> (Risperdal) | T1 | |
| SAPHRIS (<i>asenapine maleate</i>) | T3 | ST |
| SECUADO | T3 | ST |
| SEROQUEL (<i>quetiapine fumarate</i>) | T3 | ST |
| SEROQUEL XR (<i>quetiapine fumarate er</i>) | T3 | ST |
| VERSACLOZ | T3 | PA |
| <i>ziprasidone hcl</i> (Geodon) | T1 | |
| ZYPREXA (<i>olanzapine</i>) | T3 | PA |
| ZYPREXA ZYDIS (<i>olanzapine odt</i>) | T3 | PA |
| ANTIPSICÓTICOS-ATÍPICOS, AG. PARCIAL DE D3/D2-5HT MIXTOS | | |
| 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 |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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) ⁸ (cont.) | | |
|--|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| ANTIPSICÓTICOS-ATÍPICOS, AG. PARCIAL DE D3/D2-5HT MIXTOS | | |
| VRAYLAR 4.5 MG CAPSULE | T3 | ST |
| VRAYLAR 6 MG CAPSULE | T3 | ST |
| ANTIPSICÓTICOS-ATÍPICOS, AG. PARCIAL DE D2/5HT MIXTOS | | |
| 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 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) |
| REXULTI 0.25 MG TABLET | T3 | QL (1 tab/day) ST |
| REXULTI 0.5 MG TABLET | T3 | QL (1 tab/day) ST |
| REXULTI 1 MG TABLET | T3 | QL (1 tab/day) ST |
| REXULTI 2 MG TABLET | T3 | QL (1 tab/day) ST |
| REXULTI 3 MG TABLET | T3 | ST |
| REXULTI 4 MG TABLET | T3 | ST |
| ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA | | |
| <i>loxapine succinate</i> | T1 | |
| <i>lurasidone hcl</i> | T1 | |
| ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, TIOXANTENOS | | |
| <i>thiothixene</i> | T1 | |
| ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, BUTIROFENONAS | | |
| <i>haloperidol</i> | T1 | |
| <i>haloperidol lactate</i> | T1 | |
| ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, DIHIDROINDOLONAS | | |
| <i>molindone hcl</i> | T1 | |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
 PA – Autorización previa
 QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
 AGE – Requisito de edad
 SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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)⁸ (cont.)

| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
|--|-----------------------|-----------------------------------|
| ANTIPSICÓTICOS, FENOTIAZINAS | | |
| <i>chlorpromazine hcl</i> | T1 | |
| <i>fluphenazine hcl</i> | T1 | |
| <i>perphenazine</i> | T1 | |
| <i>thioridazine hcl</i> | T1 | |
| <i>trifluoperazine hcl</i> | T1 | |
| SSRI-ANTIPSIC., ATÍPICOS, ANTAG. DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA | | |
| <i>olanzapine/fluoxetine hcl</i> | T1 | |
| <i>olanzapine/fluoxetine hcl (Symbyax)</i> | T1 | |
| SYMBYAX (<i>olanzapine-fluoxetine hcl</i>) | T3 | PA |

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Trastornos del sueño/sedantes)

| AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA NARCOLEPSIA Y LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO | | |
|---|----|----------------------------|
| <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) |
| AGENTE TIPO SEDANTE ANTINARCOLEPSIA Y ANTICATAPLEXIA | | |
| LUMRYZ | T4 | PA QL (30 pkts/30 days) SP |
| XYREM | T3 | PA SP HD |
| XYWAV | T3 | PA SP HD |
| BARBITÚRICOS | | |
| <i>phenobarbital</i> | T1 | |
| <i>secobarbital sodium</i> | T3 | PA |
| HIPNÓTICOS, AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA MELATONINA MT1/MT2 | | |
| HETLIOZ | T4 | PA SP HD |
| HETLIOZ LQ | T4 | PA SP HD |
| <i>ramelteon (Rozerem)</i> | T1 | QL (1 tab/day) |
| ROZEREM (<i>ramelteon</i>) | T3 | PA QL (1 tab/day) |
| DORAL | T3 | |
| <i>estazolam</i> | T1 | |
| HALCION (<i>triazolam</i>) | T3 | |
| <i>midazolam hcl</i> | T1 | |
| QUAZEPAM | T1 | |
| <i>quazepam (Quazepam)</i> | T1 | |
| RESTORIL (<i>temazepam</i>) | T3 | PA |

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
|--|-----------------------|-----------------------------------|
| HIPNÓTICOS SEDANTES - BENZODIAZEPINAS | | |
| <i>temazepam</i> (Restoril) | T1 | |
| <i>triazolam</i> | T1 | |
| <i>triazolam</i> (Halcion) | T1 | |
| HIPNÓTICOS SEDANTES, NO BARBITÚRICOS | | |
| 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 |
| <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 |
| QUVIVO | 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 QL (1 tab/day) |
| <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 | |
| <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 | |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

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

| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
|--------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| IRRIGANTES (cont.) | | |
| VASHE WOUND | T3 | |
| VASHE WOUND THERAPY | T3 | |
| <i>water for irrigation, sterile</i> | T1 | |
| AGENTES OXIDANTES | | |
| <i>hydrogen peroxide</i> | T1 | |

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)

AGENTES ANTIPSORIÁSICOS, SISTÉMICOS

| | | |
|--|----|----------------------------------|
| <i>acitretin</i> | T1 | |
| <i>acitretin (Soriatane)</i> | T1 | |
| COSENTYX (2 SYRINGES) | T4 | PA QL (2 syringes/28 days) SP HD |
| COSENTYX PEN | T4 | PA QL (1 pen/28 days) SP HD |
| COSENTYX PEN (2 PENS) | T4 | PA QL (2 pens/28 days) SP HD |
| COSENTYX SYRINGE | T4 | PA QL (1 syringe/28 days) SP HD |
| ILUMYA | T4 | PA QL (1 syringe/84 days) SP HD |
| <i>methoxsalen (Oxsoralen-ultra)</i> | T1 | |
| OXSORALEN-ULTRA (<i>methoxsalen</i>) | T3 | |
| SILIQ | T4 | PA QL (2 syringes/28 days) SP HD |
| SKYRIZI (2 SYRINGES) KIT | T4 | PA QL (1 kit/84 days) SP HD |
| SORIATANE (<i>acitretin</i>) | T3 | PA |
| SOTYKTU | T4 | PA QL (1/day) SP |
| TALTZ AUTOINJECTOR | T4 | PA QL (1 injector/28 days) SP HD |
| TALTZ AUTOINJECTOR (2 PACK) | T4 | PA QL (1 injector/28 days) SP HD |
| TALTZ AUTOINJECTOR (3 PACK) | T4 | PA QL (1 injector/28 days) SP HD |
| TALTZ SYRINGE | T4 | PA QL (1 syringe/28 days) SP HD |
| TREMFYA 100 MG/ML INJECTOR | T4 | PA QL (1 injector/56 days) SP HD |
| TREMFYA 100 MG/ML SYRINGE | T4 | PA QL (1 syringe/56 days) SP HD |
| ZORYVE | T3 | PA QL (1 gm/30 days) |

ANTIINFLAMATORIOS TÓPICOS, ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS

| | | |
|--|----|---------------------------|
| <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 |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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) | | |
|--|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| AGENTES ANTIACNÉ, SISTÉMICOS | | |
| ABSORICA | T3 | QL (150 days therapy/210 days) ST |
| ABSORICA LD | T3 | ST |
| ACCUTANE | T1 | |
| AMNESTEEM | T1 | |
| CLARAVIS | T1 | |
| <i>isotretinoin</i> (Absorica) | T1 | |
| MYORISAN | T1 | |
| ZENATANE | T1 | |
| AGENTES ANTIACNÉ, TÓPICOS | | |
| 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</i> (Acanya) | T1 | |
| <i>clindamycin phos/benzoyl perox</i> (Benzacilin) | T1 | |
| <i>clindamycin/tretinoin</i> (Ziana) | T1 | |
| <i>dapsone 5% gel</i> (Aczone) | T1 | |
| DAPSONE 7.5% GEL PUMP | T3 | PA |
| <i>dapsone 7.5% gel pump</i> (Dapsone) | T1 | |
| EPIDUO FORTE | T2 | |
| KLARON (<i>sulfacetamide sodium</i>) | T3 | |
| NEUAC 1.2-5% KIT | T3 | |
| <i>neuac gel</i> | T1 | |
| ONEXTON | T3 | |
| <i>sulfacetamide sodium</i> (Klaron) | T1 | |
| VELTIN | T3 | PA |
| ZIANA (<i>clindamycin phos-tretinoin</i>) | T3 | PA |
| ANTITRANSPIRANTES | | |
| DRYSOL | T2 | |
| ANTIPRURIGINOSOS, TÓPICOS | | |
| ALEVICYN PLUS | T3 | |

T1 – Habitualmente genéricos

T4 – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Habitualmente marcas preferidas

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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 |
| ANTIPRURIGINOSOS, TÓPICOS | | |
| <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) |
| AGENTES ANTIPSORIÁSICOS | | |
| <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 | |
| RYALTRIS | T3 | PA QL (1 tube/30/days) |
| SORILUX | T3 | PA |
| <i>tazarotene 0.1% cream</i> (Tazorac) | T1 | |
| TAZORAC 0.05% CREAM | T2 | |
| TAZORAC 0.05% GEL | T2 | |
| TAZORAC 0.1% CREAM (<i>tazarotene</i>) | T3 | |
| TAZORAC 0.1% GEL | T2 | |
| VECTICAL (<i>calcitriol</i>) | T3 | QL (800gm/30 days) |
| AGENTES ANTISEBORREICOS | | |
| OVACE PLUS | T3 | |
| <i>selenium sulfide</i> | T1 | |
| <i>sulfacetamide sodium</i> | T1 | |
| TERSI FOAM | T3 | |
| ANTISÉPTICOS, VARIOS | | |
| GUAIACOL | T1 | |
| PREPARACIONES PARA ÚLCERAS POR DIABETES, TÓPICAS | | |
| REGRANEX | T3 | PA QL (2 tubs/30 days) |
| EMOLIENTES | | |
| ATOPICLAIR | T3 | |
| <i>emollient combination no.35</i> (Mimyx) | T1 | |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| EMOLIENTES (cont.) | | |
| <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 | |
| INMUNOMODULADORES | | |
| 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 |
| RUBEFACIENTES/CONTRAIRRITANTES | | |
| <i>methyl salicylate</i> | T1 | |
| QUTENZA | T3 | |
| QUERATOLÍTICOS | | |
| 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 |
| 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 | |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

| PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.) | | |
|---|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| QUERATOLÍTICOS (cont.) | | |
| KERALYT SCALP (<i>salicylic acid</i>) | T3 | |
| PACNEX (<i>benzoyl peroxide</i>) | T3 | |
| PODOCON-25 | T1 | |
| <i>podoflox</i> | T1 | |
| PR BENZOYL PEROXIDE | T1 | |
| PRONAL | T3 | |
| RAYASAL | T3 | |
| <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 | |
| PROTECTORES | | |
| PHARMABASE BARRIER | T1 | |
| <i>polydimethylsiloxanes/silicon</i> | T1 | |
| <i>protectives2/ceramide 1, 3, 6-ii</i> | T1 | |
| RADIAPLEXRX | T3 | |
| <i>zinc oxide</i> | T1 | |
| AGENTES PARA LA ROSÁCEA, TÓPICOS | | |
| <i>azelaic acid</i> (Finacea) | T1 | |
| FINACEA | T3 | PA |
| FINACEA (<i>azelaic acid</i>) | T3 | PA |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
 PA – Autorización previa
 QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
 AGE – Requisito de edad
 SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio
 PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
 CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

| PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.) | | |
|---|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| AGENTES PARA LA ROSÁCEA, TÓPICOS | | |
| IDAOXIA | T3 | |
| <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 | T3 | PA |
| SOOLANTRA (<i>ivermectin</i>) | T3 | PA |
| ADHESIVOS PARA TEJIDOS/HERIDAS | | |
| ARTISS | T3 | |
| SURGISEAL STYLUS | T3 | |
| SURGISEAL TEARDROP | T3 | |
| SURGISEAL TWIST | T3 | |
| TISSEEL VHSD | T3 | |
| TÓP. ANTIINFLAM., INHIB. DE LA FOSFODIESTERASA-4 (PDE4) | | |
| EUCRISA | T2 | |
| AGENTES TÓPICOS, VARIOS | | |
| MEDIHONEY | T3 | |
| SAF-CLENS AF | T1 | |
| <i>trichloroacetic acid</i> | T3 | |
| TRICHLOROACETIC ACID | T1 | |
| DERIVADOS DE LA PLEUROMUTILINA, ANTIBIÓTICOS TÓPICOS | | |
| ALTABAX | T3 | |
| AGENTES ANTICOLINÉRGICOS TÓPICOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPERHIDROSIS | | |
| QBREXZA | T3 | |
| ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS | | |
| ACIOXIA | T3 | |
| ALA-SCALP (<i>scalacort</i>) | T3 | ST |
| <i>alclometasone dipropionate</i> | T1 | |
| <i>amcinonide</i> | T1 | |
| ANUSOL-HC 2.5% CREAM (<i>proctozone-hc</i>) | T1 | PA |
| AQUA GLYCOLIC HC | T3 | |
| <i>betamethasone dipropionate</i> | T1 | |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

| PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.) | | |
|---|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS (cont.) | | |
| <i>betamethasone valerate</i> | T1 | |
| <i>betamethasone valerate</i> (Luxiq) | T1 | |
| <i>betamethasone/propylene glyc</i> | T1 | |
| <i>betamethasone/propylene glyc</i> (Diprolene) | T1 | |
| BRYHALI | T3 | ST |
| CAPEX SHAMPOO | T3 | ST |
| <i>clobetasol propionate</i> | T1 | |
| <i>clobetasol propionate</i> (Clobex) | T1 | |
| <i>clobetasol propionate</i> (Olux) | T1 | |
| <i>clobetasol propionate</i> (Temovate) | T1 | |
| <i>clobetasol propionate/emoll</i> | T1 | |
| <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 |
| DIPROLENE (<i>betamethasone diprop augmented</i>) | T3 | ST |
| <i>fluocinolone acetonide</i> | T1 | |
| <i>fluocinolone acetonide</i> (Derma-smoothe-fs) | T1 | |

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

| PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.) | | |
|--|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS (cont.) | | |
| <i>fluocinolone acetonide</i> (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 | T3 | PA |
| 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 | PA |
| 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 |
| LUXIQ (<i>betamethasone valerate</i>) | T3 | ST |
| <i>mometasone furoate 0.1% cream</i> | T1 | |
| <i>mometasone furoate 0.1% oint</i> | T1 | |

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

| PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.) | | |
|--|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS (cont.) | | |
| <i>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 | PA |
| TRIDESILON (<i>desonide</i>) | T3 | PA |
| VANOS (<i>fluocinonide</i>) | T3 | PA |
| VERDESO | T3 | PA |
| ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS-ANESTÉSICOS LOCALES | | |
| 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 | |
| ANTIPARASITARIOS TÓPICOS | | |
| <i>lindane</i> | T1 | |
| <i>malathion</i> (Ovide) | T1 | |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| ANTIPARASITARIOS TÓPICOS | | |
| OVIDE (<i>malathion</i>) | T3 | |
| PREPARACIONES ANTIBACTERIANAS TÓPICAS | | |
| <i>dermazene cream</i> | T1 | |
| DERMAZENE CREAM PACKET | T3 | |
| <i>hydrocortisone/iodoquinol</i> | T1 | |
| <i>hydrocortisone/iodoquinol/aloe</i> | T1 | |
| <i>iodine/potassium iodide</i> | T1 | |
| <i>iodine/sodium iodide</i> | T1 | |
| IODOFLEX | T3 | |
| IODOSORB | T3 | |
| <i>silver nitrate</i> | T1 | |
| ANÁLOGOS DE VIT. D/ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS | | |
| <i>calcipotriene/betamethasone</i> (Taclonex) | T1 | |
| ENSTILAR | T3 | PA |
| TACLONEX (<i>calcipotriene-betamethasone dp</i>) | T3 | PA |
| TACLONEX (<i>calcipotriene-betamethasone</i>) | T3 | PA |
| WYNZORA | T3 | PA |
| ENZIMAS TÓPICAS/DE LAS MEMBR. MUCOSAS/ SUBCUT. | | |
| SANTYL | T2 | QL (60gm/30 days) |
| DERIVADOS DE LA VITAMINA A | | |
| <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 |
| 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 |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
|-----------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
|-----------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|

DERIVADOS DE LA VITAMINA A (cont.)

| | | |
|---|----|----|
| 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 |

AGENTES ANTIACNÉ TÓPICOS, DERIVADOS DE LA VITAMINA A

| | | |
|----------------------|----|--|
| ARAZLO | T2 | |
| FABIOR | T3 | |
| TAZAROTENE 0.1% FOAM | T3 | |

AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR (Productos para dejar de fumar)⁸

AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR (ESTIM. GANGLIONARES, OTROS)

| | | |
|-------------|----|-------|
| NICOTROL | T2 | PPACA |
| NICOTROL NS | T2 | PPACA |

AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR-AGONISTA PARCIAL DE LOS RECEPT. DE NICOTINA

| | | |
|---------|----|--|
| CHANTIX | T2 | |
|---------|----|--|

AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR, OTROS

| | | |
|---------------------------------------|----|-------|
| <i>bupropion hcl sr 150 mg tablet</i> | T1 | PPACA |
|---------------------------------------|----|-------|

PREPARACIONES PARA LA TIROIDES (Agentes hormonales)

PREPARACIONES ANTITIROIDEAS

| | | |
|---------------------------------|----|----|
| <i>methimazole</i> (Tapazole) | T1 | HD |
| <i>propylthiouracil</i> | T1 | HD |
| TAPAZOLE (<i>methimazole</i>) | T3 | HD |

HORMONAS TIROIDEAS

| | | |
|---|----|----|
| ARMOUR THYROID | T3 | HD |
| CYTOMEL (<i>liothyronine sodium</i>) | T3 | HD |
| LEVOTHYROXINE | T3 | HD |
| <i>levothyroxine sodium</i> (Synthroid) | T1 | HD |
| <i>levothyroxine sodium</i> (Synthroid) | T3 | HD |
| <i>liothyronine sodium</i> (Cytomel) | T1 | HD |
| SYNTHROID (<i>unithroid</i>) | T3 | HD |

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
|-----------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| HORMONAS TIROIDEAS (cont.) | | |
| THYQUIDITY | T3 | PA HD |
| thyroid, pork | T1 | HD |
| thyroid, pork (Armour Thyroid) | T1 | HD |
| thyroid, pork (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 |
| WP THYROID | T1 | HD |
| WP THYROID (nature-throid) | T1 | HD |
| WP THYROID (westhroid) | T1 | HD |

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (SIDA/VIH)

INHIBIDORES DEL CITOCROMO P450

| | | |
|--------|----|----|
| TYBOST | T4 | SP |
|--------|----|----|

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

FIBROSIS QUÍSTICA-COMB. DE POTENCIADOR DE CFTR Y CORRECTOR

| | | |
|--------------------------------|----|---------------------------|
| BRONCHITOL 40 MG INHALE CAP | T4 | PA SP |
| ORKAMBI 100 MG-125 MG TABLET | T4 | PA QL (4 tabs/day) SP HD |
| ORKAMBI 100-125 MG GRANULE PKT | T4 | PA QL (2 packs/day) SP HD |
| ORKAMBI 150-188 MG GRANULE PKT | T4 | PA QL (2 packs/day) SP HD |
| ORKAMBI 200 MG-125 MG TABLET | T4 | PA QL (4 tabs/day) SP HD |
| SYMDEKO | T4 | PA QL (2 tabs/day) SP HD |
| TRIKAFTA | T4 | PA QL (3 tabs/day) SP HD |

FIB. QUÍSTICA-POTENCIADOR DE LA REG. DE LA CONduc. TRANSMEMB. (CFTR)

| | | |
|--------------------------------|----|---------------------------|
| KALYDECO 150 MG TABLET | T4 | PA QL (2 tabs/day) SP HD |
| KALYDECO 25 MG GRANULES PACKET | T4 | PA QL (2 packs/day) SP HD |
| KALYDECO 50 MG GRANULES PACKET | T4 | PA QL (2 packs/day) SP HD |
| KALYDECO 75 MG GRANULES PACKET | T4 | PA QL (2 packs/day) SP HD |

SURFACTANTES PULMONARES

| | | |
|----------|----|--|
| CUROSURF | T3 | |
| INFASURF | T3 | |
| SURVANTA | T3 | |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

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

| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
|--|-----------------------|-----------------------------------|
| MUCOLÍTICOS | | |
| PULMOZYME | T4 | PA SP HD |
| FIBROSIS PULMONAR - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS | | |
| OFEV | T4 | PA SP HD |
| INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS | | |
| JOENJA | T4 | PA QL SP |
| VIJOICE 125mg,50 mg | T3 | PA QL (|
| VIJOICE 250mg dose pack | T3 | PA QL (2 tabs/30 days) |
| ZOKINVY | T4 | PA QL (4 CAPS/DAY) SP |

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

INHIBIDORES DE LA TIROSINA QUINASA DEL BAZO

| | | |
|-----------|----|-------|
| TAVALISSE | T4 | PA SP |
|-----------|----|-------|

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

ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA BRADIQUININA B2

| | | |
|------------------------------------|----|----------|
| FIRAZYR (<i>icatibant</i>) | T4 | PA SP HD |
| <i>icatibant acetate</i> (Firazyr) | T4 | PA SP HD |

INHIBIDORES DE LA ESTERASA CI

| | | |
|----------|----|----------|
| BERINERT | T4 | PA SP HD |
| CINRYZE | T4 | PA SP HD |
| HAEGARDA | T4 | PA SP HD |
| RUCONEST | T4 | PA SP HD |

INHIBIDORES DE CALICREÍNA PLASMÁTICA

| | | |
|----------|----|-----------------------|
| KALBITOR | T4 | PA SP HD |
| ORLADEYO | T3 | PA QL (1 CAPS/DAY) SP |

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Cáncer)

AGENTES DE RESCATE/ANTÍDOTOS PARA QUIMIOTERAPIA

| | | |
|---------------------------|----|----|
| <i>leucovorin calcium</i> | T1 | |
| MESNEX | T4 | SP |
| VISTOGARD | T4 | SP |

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Productos dentales)

PREPARACIONES Y AYUDAS DENTALES

| | | |
|--|----|--|
| <i>chlorhexidine gluconate</i> (Peridex) | T1 | |
| PERIDEX (<i>perio gard</i>) | T1 | |
| <i>triamcinolone acetonide</i> | T1 | |

INHIBIDORES DE LA COLAGENASA PERIODONTAL

| | | |
|--------------------------------------|----|--|
| <i>doxycycline hyclate 20 mg tab</i> | T1 | |
|--------------------------------------|----|--|

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Disfunción eréctil) (cont.)

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

MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL (ED) (cont.)

| | | |
|---|----|-----------------------------|
| CAVERJECT | T3 | PA QL (6 injectors/30 days) |
| 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 | PA QL (6 injectors/30 days) |
| IFE-BIMIX 30/1 | T2 | |
| IFE-PG20 | T2 | |
| LEVITRA (<i>ildenafil hcl</i>) | T3 | QL (10 tabs/30 days) ST |
| MUSE | T2 | PA QL (6/30 days) |
| PAPAVERINE-ALPROSTADIL | T1 | |
| PHENTOLAMINE-ALPROSTADIL | T1 | |
| <i>sildenafil 100 mg tablet</i> (Viagra) | T1 | QL (10 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 (10 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 (8 tabs/30 days) |
| <i>ildenafil hcl</i> | T1 | QL (10 tabs/30 days) |
| <i>ildenafil hcl</i> (Levitra) | T1 | QL (10 tabs/30 days) |
| VIAGRA (<i>sildenafil citrate</i>) | T3 | QL (6 tabs/30 days) ST |

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones gastrointestinales/pirosis)

CALCIMIMÉTICO, POTENCIADOR DEL CALCIO PARATIROIDEO

| | | |
|------------------------------------|----|-------|
| <i>cinacalcet hcl</i> (Sensipar) | T4 | SP |
| SENSIPAR (<i>cinacalcet hcl</i>) | T4 | PA SP |

AGENTES ORALES PARA LA MUCOSITIS/ESTOMATITIS

| | | |
|------------|----|--|
| ORAMAGICRX | T3 | |
|------------|----|--|

AGENTES ESTIMULANTES DE LA SALIVA

| | | |
|----------|----|--|
| NUMOISYN | T3 | |
|----------|----|--|

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Agentes hormonales)

AGENTES QUE ESTIM. LA FORMACIÓN DE HUESO - HORMONA PARATIROIDEA

| | | |
|--------|----|---------------------------|
| FORTEO | T4 | PA QL (3ML/21 DAYS) SP HD |
|--------|----|---------------------------|

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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) (cont.) | | |
|--|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| AGENTES QUE ESTIM. LA FORMACIÓN DE HUESO AGENTES - HORMONA PARATIROIDEA (cont.) | | |
| TERIPARATIDE | T4 | PA QL (1 pen/28 days) SP HD |
| ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE LA HORMONA DE CRECIMIENTO | | |
| SOMAVERT | T4 | PA SP HD |
| AGENTES PARA EL TRAT. DEL HIPERPARATIROID. - TIPO ANÁLOGO DE VITAMINA D | | |
| <i>doxercalciferol</i> | T1 | |
| <i>paricalcitol</i> | T4 | SP HD |
| <i>paricalcitol</i> (Zemplar) | T4 | SP HD |
| RAYALDEE | T3 | |
| ZEMPLAR (<i>paricalcitol</i>) | T4 | SP HD |
| SUP. DE SÍNT. MENOPÁUSICOS-MODULADOR DE RECEPT. ESTROG. SELECT. | | |
| OSPHENA | T3 | HD |
| PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios) | | |
| ABORTIVOS-ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA PROGESTERONA | | |
| MIFEPREX | T3 | |
| <i>mifepristone</i> (Mifeprex) | T1 | |
| AGENTES PARA TRATAR LA PARÁLISIS PERIÓDICA - INHIB. DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA | | |
| <i>dichlorphenamide</i> | T4 | PA SP |
| KEVEYIS | T4 | SP |
| INHIBIDORES DE AMONIACO | | |
| CARBAGLU | T4 | SP HD |
| AGENTES PARA LA AMILOIDOSIS-SUPRESIÓN DE LA TRANSTIRETINA (TTR) | | |
| TEGSEDI | T4 | PA SP HD |
| PREPARACIONES ANTIALCOHÓLICAS | | |
| <i>acamprosate calcium</i> | T1 | |
| ANTABUSE (<i>disulfiram</i>) | T3 | |
| <i>disulfiram</i> (Antabuse) | T1 | |
| ANTÍDOTOS, VARIOS | | |
| CETYLEV | T3 | |
| TRATAMIENTO ANTIFIBRÓTICO - ANÁLOGOS DE LA PIRIDONA | | |
| ESBRIET | T4 | PA SP HD |
| <i>pirfenidone 267 mg capsule</i> | T4 | PA SP HD |
| AGENTES CRIOPRESERVANTES | | |
| <i>dimethyl sulfoxide</i> | T1 | |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA TIROSINEMIA HEREDITARIA | | |
| <i>nitisinone</i> (Orfadin) | T4 | PA SP HD |
| NITYR | T4 | PA SP |
| ORFADIN | T4 | PA SP |
| ORFADIN (<i>nitisinone</i>) | T4 | PA SP |
| MEDICAMENTOS PARA TRATAR DIAG. DE GAUCHER TIPO I, REDUCTORES DE SUSTRATOS | | |
| CERDELGA | T4 | PA SP HD |
| <i>miglustat</i> (Zavesca) | T4 | PA SP HD |
| ZAVESCA (<i>miglustat</i>) | T4 | PA SP HD |
| AGENTES PARA INHALACIÓN GENERALES | | |
| HYPER-SAL | T3 | |
| <i>nebusal 3% vial</i> | T1 | |
| NEBUSAL 6% VIAL | T3 | |
| <i>sodium chloride for inhalation</i> | T1 | |
| <i>sodium chloride for inhalation</i> (Hyper-sal) | T1 | |
| TRATAMIENTO DE TRASTORNO GENÉTICO - TRATAMIENTO POR DEFICIENCIA DE PROTEÍNA SMN | | |
| EVRYSDI | T4 | PA SP HD |
| SUPRESORES DE LOS SÍNTOMAS MENOPÁUSICOS - SSRI | | |
| paroxetine mesylate | T1 | QL(1 CAP/DAY) HD |
| REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, HIPOFOSFATASIA | | |
| STRENSIQ | T4 | PA SP |
| REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, DEFICIENCIA DEL COFACTOR DE MOLIBDENO | | |
| NULIBRY | T4 | PA SP |
| AGENTES PARA TRATAR LA INTOXIC. POR METALES | | |
| CHEMET | T3 | |
| CUVRIOR | T4 | PA SP |
| <i>deferasirox</i> (Exjade) | T4 | SP HD |
| <i>deferasirox</i> (Jadenu Sprinkle) | T4 | SP HD |
| <i>deferasirox</i> (Jadenu) | T4 | SP HD |
| <i>deferiprone</i> (Ferroprox) | T4 | PA SP |
| EXJADE (<i>deferasirox</i>) | T4 | PA SP HD |
| FERRIPROX | T4 | PA SP |
| FERRIPROX (2 TIMES A DAY) | T4 | PA SP |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| AGENTES PARA TRATAR LA INTOXIC. POR METALES (cont.) | | |
| GALZIN | T3 | |
| JADENU (<i>deferasirox</i>) | T4 | PA SP HD |
| JADENU SPRINKLE (<i>deferasirox</i>) | T4 | PA SP HD |
| RADIOGARDASE | T3 | |
| SYPRINE (<i>trientine hcl</i>) | T4 | PA SP HD |
| <i>trientine hcl</i> (Syprine) | T4 | PA SP HD |
| PÉPTIDOS NATRIURÉTICOS | | |
| VOXZOGO | T4 | PA SP HD |
| AGONISTA PARCIAL DE RECEPTORES NICOTÍNICOS, ALFA4-BETA2 | | |
| TYRVAYA | T3 | PA QL (2/month) HD |
| ACTIVADOR DEL FACTOR 2 RELACIONADO CON EL FACTOR NUCLEAR ERITROIDE 2 | | |
| SKYCLARYS | T1 | |
| BASES PARA POMADAS/CREMAS | | |
| RADIAGEL | T1 | |
| CHAPERÓN FARMACOLÓGICO-ESTAB. DE LA ALFA-GALACTOSIDASA A | | |
| GALAFOLD | T4 | PA SP HD |
| AGENTE PARA TRATAR LA FENILCETONURIA-COFACTOR DE LA FENILALANINA HIDROXILASA | | |
| KUVAN (<i>sapropterin dihydrochloride</i>) | T4 | PA SP HD |
| <i>sapropterin dihydrochloride</i> (Kuvan) | T4 | PA SP HD |
| ESTABILIZADORES DE PROTEÍNAS | | |
| VYNDAMAX | T4 | PA QL (1 cap/day) SP HD |
| VYNDAQEL | T4 | PA QL (4 caps/day) SP HD |
| SOLVENTES | | |
| <i>isopropyl alcohol</i> | T1 | |
| MURI-LUBE MINERAL OIL | T1 | |
| INHIBIDORES DE LA LINFOPOYETINA ESTROMAL TÍMICA (TSLP) | | |
| TEZSPIRE | T4 | PA SP |
| PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Nutritivos/alimenticios) | | |
| AGENTES PARA DEFICIENCIAS METABÓLICAS | | |
| 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 | T4 | SP |
| <i>levocarnitine</i> (Carnitor Sf) | T1 | |
| <i>levocarnitine</i> (Carnitor) | T1 | |
| <i>levocarnitine (with sugar)</i> (Carnitor) | T1 | |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| COMBINACIONES DE INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA Y VITAMINA D | | |
| FOSAMAX PLUS D | T3 | ST HD |
| INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA | | |
| ACTONEL (<i>risedronate sodium</i>) | T3 | ST HD |
| <i>alendronate sodium</i> | T1 | HD |
| <i>alendronate sodium</i> (Fosamax) | T1 | HD |
| ATELVIA (<i>risedronate sodium dr</i>) | T3 | ST HD |
| BINOSTO | T3 | ST HD |
| BONIVA (<i>ibandronate sodium</i>) | T3 | ST HD |
| EVISTA (<i>raloxifene hcl</i>) | T3 | HD |
| FOSAMAX (<i>alendronate sodium</i>) | T3 | ST HD |
| <i>ibandronate sodium</i> (Boniva) | T1 | HD |
| <i>raloxifene hcl</i> (Evista) | T1 | HD PPACA |
| <i>risedronate sodium</i> | T1 | HD |
| <i>risedronate sodium</i> (Actonel) | T1 | HD |
| <i>risedronate sodium</i> (Atelvia) | T1 | HD |
| PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) | | |
| ANTIINFLAM. ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-1 | | |
| ARCALYST | T4 | PA SP HD |
| ANTIINFLAMATORIOS, BETABLOQUEANTES DE INTERLEUCINA-1 | | |
| ILARIS | T4 | PA SP HD |
| AGENTES PARA LA FIBROMIALGIA, INHIB. DE LA RECAPT. DE SEROTONINA-NOREPINEFRINA | | |
| SAVELLA | T2 | HD |
| INMUNOMODULADORES, INHIB. ESPECÍF. DE ESTIM. DE LINFOCITOS B (BLYS) | | |
| BENLYSTA | T4 | PA SP HD |
| PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Trastornos convulsivos) | | |
| AGENTES NEUROPÁTICOS | | |
| LYRICA CR | T3 | HD |
| PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones cutáneas) | | |
| INHIBIDORES DE LA INTERLEUCINA-13 (IL-13), ANTICUERPOS MONOCLONALES | | |
| ADBRY | T4 | PA SP HD |
| PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Abuso de sustancias) | | |
| TRATAMIENTO PARA LA ABSTINENCIA DE OPIOIDES, AGONISTAS ADRENÉRGICOS ALFA 2 | | |
| LUCEMYRA | T2 | QL (168 tabs/14 days) |
| AGENTES PARA EL TRATAMIENTO PARA LA ABSTINENCIA DE OPIOIDES, TIPO OPIOIDES | | |
| BUNAVAIL | T3 | |
| <i>buprenorphine hcl</i> | T1 | |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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> | T1 | |
| <i>buprenorphine hcl/naloxone hcl (Suboxone)</i> | T1 | |
| SUBOXONE (<i>buprenorphine-naloxone</i>) | T3 | |
| ZUBSOLV | T2 | |

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Medicamentos para trasplante)

INHIBIDORES DE LA QUINASA RHO

| | | |
|----------|----|----------|
| REZUROCK | T4 | PA SP HD |
|----------|----|----------|

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones urinarias)

AGENTES PARA LA HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA/MICCIÓN

| | | |
|---|----|-------------------|
| <i>alfuzosin hcl (Uroxatral)</i> | T1 | HD |
| AVODART (<i>dutasteride</i>) | T3 | HD |
| <i>dutasteride (Avodart)</i> | T1 | HD |
| <i>finasteride (Proscar)</i> | 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 (Rapaflo)</i> | T1 | QL (1 cap/day) HD |
| <i>silodosin 8 mg capsule (Rapaflo)</i> | T1 | HD |
| <i>tamsulosin hcl (Flomax)</i> | 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 (30caps/30days) |
|---------|----|-----------------------|

INHIB. DE LA 5-ALFA REDUCTASA-ANTAG. ADRENÉRGICO ALFAI PARA TRATAR LA HPB

| | | |
|---|----|----|
| <i>dutasteride/tamsulosin hcl (Jalyn)</i> | T1 | HD |
| JALYN (<i>dutasteride-tamsulosin</i>) | T3 | HD |

AGENTES QUE REDUCEN LA CISTINA, CISTINOSIS NEFROPÁTICA

| | | |
|----------|----|----------|
| CYSTAGON | T4 | SP |
| PROCYSBI | T4 | PA SP HD |

AGENTES PARA CÁLCULOS RENALES

| | | |
|-----------|----|-------|
| THIOLA | T4 | PA SP |
| THIOLA EC | T4 | PA SP |

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

T4 – Medicamentos de especialidad
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

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

| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
|---|-----------------------|-----------------------------------|
| ANTIESPASMÓDICOS DE LAS VÍAS URINARIAS, ANTAG. SELECTIVO DE M(3) | | |
| <i>darifenacin er 15 mg tablet</i> | T1 | HD |
| <i>darifenacin er 7.5 mg tablet (Enablex)</i> | T1 | QL (1 tab/day) HD |
| ENABLEX (<i>darifenacin er</i>) | T3 | QL (1 tab/day) ST HD |
| <i>solifenacin 10 mg tablet (Vesicare)</i> | T1 | HD |
| <i>solifenacin 5 mg tablet (Vesicare)</i> | 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 |

AGENTE ANTIESPASMÓDICO/ANTIINCONTINENCIA DE LAS VÍAS URINARIAS

| | | |
|---|----|----------------------|
| 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 |
| <i>oxybutynin chloride</i> | T1 | HD |
| <i>oxybutynin chloride (Ditropan XL)</i> | T1 | HD |
| OXYTROL | T3 | ST HD |
| <i>tolterodine tart er 2 mg cap (Detrol La)</i> | T1 | QL (1 cap/day) HD |
| <i>tolterodine tart er 4 mg cap (Detrol La)</i> | T1 | HD |
| <i>tolterodine tartrate (Detrol)</i> | 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 |

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Control del peso)

ESTIM. DEL APETITO PARA LA ANOREXIA, CAQUEXIA, SÍND. DE DESGASTE

| | | |
|--------------------------|----|--|
| <i>megestrol acetate</i> | T1 | |
|--------------------------|----|--|

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias)

PREPARACIONES CON ÁCIDO FÓLICO

| | | |
|-------------------|----|--|
| <i>folic acid</i> | T1 | |
|-------------------|----|--|

PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS

| | | |
|-------------------------------------|----|--|
| CONCEPT DHA CAPSULE | T3 | |
| FOLET ONE | T2 | |
| <i>mvn no.53/iron/folic/dss/dha</i> | T1 | |
| OBSTETRIX ONE | T1 | |

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| PREPARACIONES DE VITAMINA B | | |
| POTABA | T2 | HD |
| PREPARACIONES DE VITAMINA B12 | | |
| <i>cyanocobalamin (vitamin b-12)</i> | T1 | |
| NASCOBAL | T3 | PA |
| PREPARACIONES DE VITAMINA D | | |
| <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 solution (Rocaltrol)</i> | T1 | HD |
| DRISDOL (<i>vitamin d2</i>) | T2 | HD |
| <i>ergocalciferol (vitamin d2) (Drisdol)</i> | T1 | HD |
| ROCALTROL (<i>calcitriol</i>) | T3 | HD |
| PREPARACIONES DE VITAMINA K | | |
| MEPHYTON (<i>phytonadione</i>) | T3 | |
| <i>phytonadione (vit k1) (Mephyton)</i> | T1 | |

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

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:⁹

- medicamentos de venta libre (OTC), que pueden adquirirse sin receta, a excepción de la insulina, a menos que la ley estatal o federal exija que dichos medicamentos estén cubiertos;
- medicamentos o suministros con receta para los que hay un equivalente terapéutico o una alternativa terapéutica disponible con receta o de venta libre;
- medicamentos inyectables administrados por el médico que están cubiertos por el beneficio médico del Plan, a menos que estén cubiertos por la Lista de medicamentos con receta del Plan o que Cigna Healthcare lo apruebe;
- dispositivos anticonceptivos implantables cubiertos por el beneficio médico del Plan;
- medicamentos que no son 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,¹⁰ la disfunción sexual, con fines estéticos, para bajar de peso, para dejar de fumar¹⁰ o para mejorar el desempeño atlético;
- cualquier vitamina con receta (a excepción de las vitaminas prenatales) o suplementos alimenticios, a menos que la ley estatal o federal exija que dichos productos estén cubiertos;
- agentes inmunizantes, productos biológicos para inmunización para la alergia, sueros biológicos, sangre, plasma sanguíneo y otros derivados hematológicos o fracciones sanguíneas y medicamentos usados para profilaxis en caso de viaje;
- reemplazo de medicamentos con receta y suministros relacionados debido a pérdida o robo;
- medicamentos que deba tomar o que se le deban administrar a una persona cubierta mientras sea paciente en un hospital con licencia, un centro de cuidados especiales, un hogar de ancianos u otra institución similar, que opere o permita que operen en su establecimiento instalaciones para despachar productos farmacéuticos;
- recetas cuya fecha de emisión tenga más de un año de antigüedad;
- la cobertura de productos farmacológicos con receta por una cantidad despachada (días de suministro) que supera el límite de suministro aplicable o es inferior a cualquier suministro mínimo aplicable indicado en el Programa, o que supera uno o más límites de cantidad o límites de dosis establecidos por el Comité de P&T;
- más de una receta médica o renovación para un determinado período de suministro de recetas para el mismo producto farmacológico con receta indicado por uno o más médicos y despachado por una o más farmacias;
- productos farmacológicos con receta despachados fuera de la jurisdicción de los Estados Unidos, salvo que se requieran para un tratamiento de emergencia o de cuidado de urgencia.

Además de las exclusiones de farmacia estándares del plan, es posible que algunos productos farmacológicos nuevos aprobados por la FDA (inclusive, a modo de ejemplo, medicamentos, suministros médicos o dispositivos que están cubiertos por planes de beneficios de farmacia estándares) no estén cubiertos durante los primeros seis meses de disponibilidad en el mercado, a menos que Cigna Healthcare los apruebe por ser médicamente necesarios.

Índice de medicamentos

A

| | | | |
|-------------------------------------|--------------|-------------------------------------|------------|
| abacavir..... | 61, 62 | ADDYI..... | 137 |
| abacavir/lamivudine/zidovudine..... | 61 | adefovir..... | 65 |
| abacavir sulfate/lamivudine..... | 61 | ADEMPAS..... | 75 |
| ABILIFY..... | 139 | ADHANSIA..... | 135 |
| abiraterone..... | 51 | ADIPEX-P..... | 57 |
| ABSORICA..... | 143 | ADLYXIN..... | 43 |
| acamprosate..... | 156 | ADMELOG..... | 46 |
| ACANYA..... | 143 | ADRENALIN..... | 99 |
| acarbose..... | 44 | ADVAIR HFA..... | 27 |
| ACCOLATE..... | 28 | ADVANCED DNA MEDICATED COLLECT..... | 96 |
| ACCUPRIL..... | 78 | ADZENYS..... | 67 |
| ACCURETIC..... | 76 | AEMCOLO..... | 35 |
| ACCUTANE..... | 143 | AEROCHAMBER..... | 125 |
| ACD..... | 38 | AEROTRACH..... | 125 |
| ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER..... | 125 | AEROVENT..... | 125 |
| acebutolol..... | 80 | AFINITOR..... | 53 |
| ACETAMIN-CAFF-DIHYDROCODEINE..... | 20 | AFLURIA..... | 69 |
| acetamin-codein 300-30 mg/12.5..... | 19 | AFREZZA..... | 46 |
| acetaminop-codeine 120-12 mg/5..... | 19 | AGRYLIN..... | 60, 61 |
| acetaminophen/caff/dihydrocod..... | 20 | AIMOVIG..... | 14, 18 |
| acetaminophen-cod..... | 19, 20 | AIRDUO DIGIHALER..... | 27 |
| acetazolamide..... | 98 | AJOVY..... | 14, 18 |
| acetic acid..... | 48, 100, 141 | AKLIEF..... | 151 |
| acetylcysteine..... | 28 | AKTEN..... | 101 |
| ACIOXIA..... | 147 | AKYNZEO..... | 108 |
| ACIPHEX..... | 112, 113 | ALA-SCALP..... | 147 |
| acitretin..... | 142 | albendazole..... | 48 |
| ACTEMRA..... | 122 | ALBENZA..... | 48 |
| ACTHIB..... | 70 | albuterol..... | 26, 27 |
| ACTICLATE..... | 35 | ALBUTEROL..... | 27 |
| ACTIGALL..... | 110 | ALCAINE..... | 101 |
| ACTIMMUNE..... | 56 | alclometasone..... | 147 |
| ACTIQ..... | 20 | ALDACTAZIDE..... | 98 |
| ACTIVELLA..... | 116 | ALDACTONE..... | 98 |
| ACTONEL..... | 159 | ALDARA..... | 145 |
| ACTOPLUS..... | 45 | ALECENSA..... | 53 |
| ACTOS..... | 46 | alendronate..... | 159 |
| ACULAR..... | 100 | ALEVICYN..... | 143 |
| ACUVAIL..... | 100 | alfuzosin..... | 160 |
| acyclovir..... | 64, 66 | ALINIA..... | 57 |
| ACZONE..... | 143 | aliskiren..... | 81 |
| ADACEL..... | 70 | ALKERAN..... | 51 |
| ADALAT..... | 73 | ALKINDI..... | 117 |
| ADALIMUMAB..... | 50 | allopurinol..... | 24 |
| adapalene..... | 143, 151 | almotriptan malate..... | 14, 18 |
| ADBRY..... | 159 | ALOCRIIL..... | 101 |
| ADCIRCA..... | 75 | ALOGLIPTIN..... | 43, 44, 45 |
| ADDERALL..... | 67 | ALOGLIPTIN-PIOGLITAZONE..... | 43 |
| | | ALOMIDE..... | 101 |

Índice de medicamentos

| | | | |
|---------------------|------------------------|---------------------------|----------|
| ALORA | 116 | ANTABUSE..... | 156 |
| alose tron | 111 | ANTARA..... | 84 |
| ALPHAGAN..... | 101 | anthralin..... | 144 |
| alprazolam | 128, 129 | ANTICOAG | 38 |
| ALREX | 100 | ANUSOL..... | 114, 147 |
| ALTABAX..... | 147 | ANZEMET | 108 |
| ALTACE..... | 78 | APADAZ | 20 |
| ALTAFLUOR..... | 101 | APIDRA..... | 46 |
| ALTOPREV | 83 | APLENZIN | 129 |
| ALTRENO..... | 151 | APOKYN | 58 |
| ALTUVIIO | 71 | apraclonidine | 101, 102 |
| ALUNBRIG..... | 53 | aprepitant..... | 108 |
| amantadine..... | 58 | APRETUDE..... | 63 |
| AMARYL | 44 | APRISO | 110 |
| AMBIEN | 141 | APTENSIO | 135 |
| ambrisentan..... | 75 | APTIOM | 88 |
| amcinonide..... | 147 | APTIVUS..... | 61 |
| AMICAR | 71 | AQUA..... | 147 |
| amiloride..... | 98 | ARAKODA | 48 |
| aminocaproic | 71 | ARANESP..... | 92 |
| amiodarone..... | 72 | ARAVA | 24 |
| AMITIZA | 112 | ARAZLO | 152 |
| amitriptyline | 133 | ARCALYST..... | 159 |
| AMJEVITA | 50 | ARCAPTA NEOHALER..... | 27 |
| amlodipine..... | 73, 74, 76, 77, 78, 82 | ARICEPT..... | 67 |
| AMNESTEEM | 143 | ARIDOL..... | 96 |
| amoxapine | 133 | ARIKAYCE..... | 30 |
| amoxicillin..... | 34, 48 | ARIMIDEX..... | 52 |
| amphetamine | 67, 68 | aripiprazole | 139 |
| AMPHETAMINE..... | 67 | ARIXTRA | 38 |
| ampicillin | 34 | armodafinil | 140 |
| AMPYRA..... | 87 | ARMOUR | 152 |
| AMRIX | 126 | AROMASIN..... | 52 |
| AMZEEQ | 37 | ARTHROTEC..... | 25 |
| ANA | 114 | ARTISS..... | 147 |
| ANADROL | 115 | ARYMO ER..... | 20 |
| ANAFRANIL..... | 133 | ASACOL | 110 |
| anagrelide | 60, 61 | asenapine..... | 137, 138 |
| ANALPRAM | 114, 150 | aspirin/dipyridamole..... | 60 |
| ANAPROX DS..... | 25 | ASPIRIN-OMEPRAZOLE..... | 60 |
| anastrozole..... | 52 | ASSURE | 124, 127 |
| ANCOBON..... | 40 | ASTAGRAF | 123 |
| ANDRODERM | 115 | ASTRINGYN..... | 71 |
| ANDROGEL | 115 | ATABEX..... | 127 |
| ANDROID..... | 115 | ATACAND..... | 77, 79 |
| ANGELIQ..... | 117 | atazanavir..... | 62, 63 |
| ANNOVERA..... | 93 | ATELVIA | 159 |
| ANORO ELLIPTA | 27 | atenolol | 80, 81 |

Índice de medicamentos

| | | | |
|--------------------------------------|---------------|--------------------------------------|------------------------|
| ATIVAN | 128 | BACTRIM DS | 30 |
| atomoxetine | 137 | BAFIERTAM | 87 |
| ATOPICLAIR | 144 | BALCOLTRA | 93 |
| atorvastatin | 82, 83 | balsalazide | 110 |
| atovaquone | 48, 49 | BALVERSA | 54 |
| atovaquone/proguanil | 48 | BANZEL | 88, 89 |
| ATRALIN | 151 | BAQSIMI | 104 |
| ATRIPLA | 63 | BARACLUDE | 65 |
| atropine | 103, 107, 109 | BASAGLAR | 46 |
| ATROPINE | 103 | BAXDELA | 34 |
| ATROVENT HFA | 26 | BECONASE | 99 |
| AUBAGIO | 87 | BELBUCA | 20 |
| AUGMENTIN | 34 | BELSOMRA | 141 |
| AURYXIA | 105 | BELVIQ | 57 |
| AUSTEDO | 86 | benazepril | 76, 78 |
| AUVELITY | 129 | benazepril/hydrochlorothiazide | 76 |
| AUVI-Q | 66 | BENICAR | 77, 79 |
| AVALIDE | 77 | BENLYSTA | 159 |
| AVANDIA | 46 | benoxinate | 101 |
| AVAPRO | 79 | BENSAL | 145 |
| avar | 37 | BENZACLIN | 143 |
| AVAR | 37 | BENZAMYCIN | 37 |
| AVC | 48 | BENZEFOAM | 145 |
| AVELOX | 34 | BENZEPRO | 145 |
| avita | 151 | BENZHYDROCODONE-ACETAMINOPHEN | 20 |
| AVITA | 151 | BENZNIDAZOLE | 49 |
| AVITENE | 71 | benzonatate | 95 |
| AVODART | 160 | benzoyl | 37, 143, 145, 146 |
| AVONEX | 87 | benzphetamine | 57 |
| AVSOLA | 50 | benztropine | 58 |
| AYGESTIN | 120 | BEPREVE | 43 |
| AYVAKIT | 53 | BERINERT | 154 |
| AZASAN | 123 | BESIVANCE | 29 |
| azathioprine | 123 | BESREMI | 56 |
| azelaic | 146 | BETADINE | 100 |
| azelastine | 43, 99 | betamethasone | 40, 147, 148, 149, 151 |
| AZELEX | 143 | BETAPACE | 80 |
| AZILECT | 58 | BETASERON | 87 |
| azithromycin | 33, 34 | betaxolol | 80, 102 |
| AZOPT | 101 | bethanechol | 68 |
| AZOR | 78 | BETHKIS | 30 |
| AZULFIDINE | 110 | BETIMOL | 102 |
| B | | BETOPTIC | 102 |
| BACIGUENT | 29 | BEVESPI AEROSPHERE | 27 |
| bacitracin | 29, 30 | BEVYXXA | 38 |
| bacitracin/polymyxin b sulfate | 29 | bexarotene | 51 |
| baclofen | 126 | BEXSERO | 69 |
| BACTRIM | 30 | BEYAZ | 93 |
| | | bicalutamide | 51 |

Índice de medicamentos

| | | | |
|---|------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| BIJUVA..... | 116 | BYLVAY..... | 111 |
| BIKTARVY..... | 63 | BYNFEZIA..... | 120 |
| BILTRICIDE..... | 48 | BYSTOLIC..... | 80 |
| bimatoprost..... | 102 | C | |
| BINOSTO..... | 159 | CABENUVA..... | 60 |
| bisac/nacl/nahco3/kcl/peg..... | 112 | cabergoline..... | 120 |
| bisoprolol..... | 80, 81 | CABLIVI..... | 71 |
| BLEPH-10..... | 29 | CABOMETYX..... | 54 |
| BLEPHAMIDE..... | 29 | CADUET..... | 82 |
| BONIVA..... | 159 | CAFERGOT..... | 14, 18 |
| BONJESTA..... | 108 | caffeine..... | 87, 127 |
| BOOSTRIX..... | 70 | CALAN..... | 73 |
| bosentan..... | 75 | calcipotriene..... | 144, 151 |
| BRAFTOVI..... | 52 | CALCIPOTRIENE..... | 144 |
| BREATHERITE..... | 125 | calcitonin..... | 122 |
| BREATHRITE..... | 125 | calcitriol..... | 144, 162 |
| BREO ELLIPTA..... | 27 | calcium..... | 37, 63, 83, 84, 105, 154, 156 |
| BREXAFEMME..... | 40 | CALQUENCE..... | 54 |
| BREZTRI AEROSPHERE..... | 27 | CAMZYOS..... | 74 |
| BRILINTA..... | 60 | CANASA..... | 110 |
| brimonidine..... | 101, 102 | candesartan..... | 77, 79 |
| brinzolamide..... | 101, 102 | capecitabine..... | 51, 52 |
| BRIVIACT..... | 89 | CAPEX..... | 148 |
| BROMFED..... | 95 | CAPLYTA..... | 137 |
| bromfenac..... | 100 | CAPRELSA..... | 54 |
| bromocriptine..... | 58 | captopril..... | 76, 78 |
| brompheniramine..... | 95 | captopril-hctz..... | 76 |
| BROMSITE..... | 100 | CARAC..... | 56 |
| BRONCHITOL..... | 153 | CARAFATE..... | 109 |
| BRYHALI..... | 148 | CARBAGLU..... | 156 |
| budesonide..... | 27, 28, 117, 118 | carbamazepine..... | 89, 91 |
| bumetanide..... | 98 | CARBATROL..... | 89 |
| BUNAVAIL..... | 159 | carbidopa..... | 58, 59, 60 |
| BUPHENYL..... | 106, 107 | carbidopa/levodopa..... | 58 |
| buprenorphine..... | 21, 159, 160 | carbinoxamine..... | 42 |
| bupropion..... | 129, 130, 152 | CARDIZEM..... | 73 |
| BUPROPION..... | 130 | CARDURA..... | 77 |
| buspirone..... | 129 | carisoprodol..... | 22, 126, 127 |
| butalb-acetamin-caff 50-300-40..... | 14, 18 | carisoprodol/aspirin..... | 22 |
| butalb-acetamin-caff 50-325-40..... | 14, 18 | carisoprodol/aspirin/codeine..... | 22 |
| butalb/acetaminophen/caffeine..... | 14, 18 | CARNITOR..... | 158 |
| butalb-aspirin-caffe 50-325-40..... | 14, 18 | CAROSPIR..... | 98 |
| butalbit/acetamin/caff/codeine..... | 22 | carteolol..... | 102 |
| butalbital/acetaminophen..... | 14, 18 | carvedilol..... | 76, 77 |
| butalbital-asa-caffeine cap (Fiorinal)..... | 14, 18 | CASODEX..... | 51 |
| butorphanol tartrate..... | 21 | CATAPRES..... | 80 |
| BUTRANS..... | 21 | CAVERJECT..... | 155 |
| BYDUREON..... | 43 | CAYA..... | 95 |
| BYETTA..... | 43 | CAYSTON..... | 32 |

Índice de medicamentos

| | | | |
|--------------------------------------|---------------|--------------------------------------|-----------------|
| cefaclor..... | 32 | cinacalcet | 155 |
| cefadroxil..... | 32 | CINRYZE..... | 154 |
| cefdinir | 32 | CIPRO..... | 34 |
| cefditoren | 32 | CIPRODEX..... | 29 |
| cefixime..... | 32 | ciprofloxacina..... | 28, 29, 34, 35 |
| cefpodoxime | 32 | ciprofloxacina hcl..... | 28, 29, 34, 35 |
| cefprozil..... | 32 | CIPROFLOXACIN HCL-FLUOCINOLONE | 29 |
| ceftriaxone | 32 | citalopram..... | 130 |
| cefuroxime | 32 | CITRANATAL | 105, 127, 128 |
| CELEBREX..... | 26 | CITRATE | 38 |
| celecoxib | 26 | CITRATE PHOSPHATE DEXTROSE | 38 |
| CELEXA..... | 130 | CLARAVIS | 143 |
| CELLCEPT..... | 123 | CLARINEX | 42 |
| CELONTIN | 89 | clarithromycin..... | 33 |
| CENTANY | 37 | clemastine..... | 42 |
| cephalexin..... | 32 | CLENPIQ | 112 |
| CEQUA..... | 103 | CLEOCIN | 33, 36, 37 |
| CEQR | 124 | CLEVER..... | 125 |
| CERDELGA | 157 | CLIMARA..... | 116 |
| CERVIDIL..... | 120 | clindacin..... | 37 |
| cetirizine..... | 42 | CLINDACIN..... | 37 |
| CETROTIDE..... | 119 | CLINDAGEL..... | 37 |
| CETYLEV..... | 156 | clindamycin..... | 33, 36, 37, 143 |
| cevimeline..... | 68 | CLINDESSE..... | 36 |
| CHANTIX..... | 152 | CLINPRO | 104 |
| CHEMET..... | 157 | clobazam..... | 88 |
| CHENODAL | 110 | clobetasol..... | 148, 150 |
| chlordiazepoxide..... | 107, 128, 133 | LOBEX..... | 148 |
| chlordiazepoxide/clidinium..... | 107 | CLOCORTOLONE..... | 148 |
| chlorhexidine | 154 | clodan | 148 |
| chloroquine | 48 | CLODAN | 148 |
| chlorpromazine..... | 140 | CLODERM | 148 |
| chlorpropamide | 44 | clomiphene..... | 121 |
| chlorthalidone | 81, 99 | clomipramine..... | 133 |
| chlorzoxazone | 127 | clonazepam..... | 88 |
| CHOLBAM | 110 | clonidine | 80, 135 |
| cholestyramine | 84 | clopidogrel | 60 |
| choline salicyl/mag salicylate | 14, 18 | clorazepate..... | 128, 129 |
| CHORIONIC | 121 | clotrimazole | 40 |
| CIALIS..... | 155 | clozapine..... | 137, 138 |
| CIBINQO..... | 24 | CLOZAPINE | 137 |
| ciclodan..... | 41 | CLOZARIL..... | 137 |
| CICLODAN..... | 41, 49 | COARTEM | 48 |
| ciclopirox..... | 41, 49 | codeine..... | 96 |
| cilostazol | 60 | codeine/butalbital/asa/cafein | 22 |
| CILOXAN..... | 29 | codeine sulfate..... | 21 |
| CIMDUO..... | 61 | COLAZAL | 110 |
| cimetidine | 111 | colchicine | 24, 26 |
| CIMZIA..... | 50 | COLCRYS..... | 24 |

Índice de medicamentos

| | | | |
|-------------------------|-------------|-----------------------|----------|
| colesevelam | 84 | cyclobenzaprine..... | 126, 127 |
| COLESTID..... | 84 | CYCLOGYL..... | 103 |
| colestipol..... | 84 | CYCLOMYDRIL..... | 103 |
| COLYTE..... | 112 | cyclopentolate..... | 103 |
| COMBIGAN..... | 102 | cyclophosphamide..... | 51 |
| COMBIPATCH..... | 116 | CYCLOPHOSPHAMIDE..... | 51 |
| COMBIVENT RESPIMAT..... | 27 | CYCLOSERINE..... | 32 |
| COMBIVIR..... | 61 | CYCLOSET..... | 44 |
| COMETRIQ..... | 54 | cyclosporine..... | 123 |
| COMPACT..... | 125 | CYLTEZO..... | 50 |
| COMPAZINE..... | 108 | CYMBALTA..... | 132 |
| COMPLERA..... | 63 | cyproheptadine..... | 42 |
| COMTAN..... | 58 | CYSTADANE..... | 158 |
| CONCEPT..... | 161 | CYSTADROPS..... | 103 |
| CONCERTA..... | 135 | CYSTAGON..... | 160 |
| CONDYLOX..... | 145 | CYSTARAN..... | 103 |
| CONJUPRI..... | 73 | CYSTO-CONRAY..... | 97 |
| CONSENSI..... | 73 | CYSTOGRAFIN..... | 97 |
| CONTRAVE..... | 57 | CYTOMEL..... | 152 |
| COPAXONE..... | 87 | CYTOTEC..... | 109 |
| COPIKTRA..... | 54 | D | |
| CORDRAN..... | 148 | dalfampridine..... | 87 |
| COREG..... | 77 | DALIRESP..... | 28 |
| coremino..... | 35 | danazol..... | 120 |
| CORGARD..... | 80 | DANTRIUM..... | 127 |
| CORLANOR..... | 74 | dantrolene..... | 127 |
| CORTEF..... | 117 | dapsone..... | 31, 143 |
| CORTENEMA..... | 114 | DAPSONE..... | 143 |
| CORTIFOAM..... | 114 | DAPTACEL..... | 70 |
| cortisone..... | 117 | DARAPRIM..... | 49 |
| CORTISPORIN..... | 37 | darifenacin..... | 161 |
| COSENTYX..... | 142 | DARTISLA..... | 107 |
| COSOPT..... | 102 | DAURISMO..... | 52 |
| COTELLIC..... | 52 | DAXBIA..... | 32 |
| COTEMPLA..... | 135 | DAYPRO..... | 25 |
| COZAAR..... | 79 | DAYTRANA..... | 135 |
| CREON..... | 112 | DAYVIGO..... | 141 |
| CRESEMBA..... | 40 | DDAVP..... | 116 |
| CRESTOR..... | 83 | deferasirox..... | 157, 158 |
| CRINONE..... | 120, 121 | deferiprone..... | 157 |
| CRIXIVAN..... | 62 | DELESTROGEN..... | 116 |
| cromolyn..... | 23, 28, 101 | DELSTRIGO..... | 63 |
| crotamiton..... | 57 | DELZICOL..... | 110 |
| CUROSURF..... | 153 | demeclocycline..... | 35 |
| CUTIVATE..... | 148 | DEMSEK..... | 80 |
| CUVPOSA..... | 107 | DENAVIR..... | 66 |
| CUVRIOR..... | 157 | DEPAKOTE..... | 89 |
| cyanocobalamin..... | 162 | DEPEN..... | 23 |
| | | DEPO-ESTRADIOL..... | 116 |

Índice de medicamentos

| | | | |
|-------------------------------------|-------------------|------------------------------------|---------------|
| DEPO-PROVERA | 93, 120 | didanosine | 62 |
| DEPO-SUBQ..... | 93 | diethylpropion | 57 |
| DEPO-TESTOSTERONE | 115 | DIFFERIN..... | 151 |
| DERMA | 148 | DIFICID..... | 33 |
| DERMATOP | 148 | diflorasone | 148, 150 |
| dermazene | 151 | DIFLUCAN | 40 |
| DERMAZENE..... | 151 | diflunisal | 14, 18 |
| DERMOTIC | 100 | DIFMETIOXRIME..... | 41 |
| DESCOVY | 61 | digoxin | 74 |
| desflurane | 22 | dihydroergotamine..... | 14, 18 |
| desipramine | 133, 134 | DILANTIN..... | 89 |
| desloratadine | 42 | DILATRATE..... | 74 |
| desmopressin | 116 | DILAUDID | 21 |
| desog-e.estradiol/e.estradiol | 93 | diltiazem | 73 |
| desogestrel-ethinyl..... | 93 | dimethyl..... | 87, 156 |
| desonide..... | 148, 150 | DIOVAN..... | 77, 79 |
| DESOWEN..... | 148 | DIPENTUM..... | 110 |
| desoximetasone | 148, 150 | diphenoxylate | 107 |
| DESOXYN..... | 67 | DIPHThERIA | 70 |
| desvenlafaxine..... | 132, 133 | DIPROLENE..... | 148 |
| DESVENLAFAXINE | 132 | dipyridamole..... | 60 |
| DETROL..... | 161 | DISALCID | 23 |
| dexamethasone | 29, 100, 117, 118 | disopyramide | 72 |
| dexchlorpheniramine | 42 | disulfiram | 156 |
| DEXCOM | 124 | DITROPAN..... | 161 |
| DEXEDRINE..... | 67 | DIURIL..... | 99 |
| DEXILANT | 113 | divalproex..... | 89 |
| dexlansoprazole..... | 113 | DIVIGEL | 116 |
| dexmethylphenidate | 135, 136 | dofetilide..... | 72 |
| dextroamp-amphet..... | 67, 68 | DOJOLVI..... | 104 |
| dextroamphetamine..... | 67, 68 | donepezil | 67 |
| DHIVY | 58 | DONNATAL | 109 |
| DIACOMIT | 89 | DOPTLET | 93 |
| DIASTAT | 88 | DORAL..... | 140 |
| diatrizoate | 97 | DORYX..... | 35 |
| diazepam | 88, 128, 129 | dorzolamide | 102, 103 |
| diazoxide | 104, 105 | DOVATO | 60 |
| DIBENZYLINE..... | 68 | DOVONEX | 144 |
| dichlorphenamide | 156 | doxazosin | 77 |
| DICLEGIS..... | 108 | doxepin | 134, 141, 144 |
| diclofenac..... | 56, 100, 142 | doxercalciferol | 156 |
| DICLOFENAC | 142 | doxycycline | 35, 36, 154 |
| diclofenac potassium..... | 19 | DOXYCYCLINE..... | 35 |
| diclofenac sod dr..... | 25 | doxylamine | 108 |
| diclofenac sod ec | 25 | DRISDOL | 162 |
| diclofenac sodium..... | 25 | DRIZALMA..... | 132 |
| diclofenac sodium/misoprostol | 25 | dronabinol..... | 107, 108 |
| dicloxacillin | 34 | drosipir/eth estra/levomefol | 93 |
| dicyclomine..... | 107 | DROXIA..... | 71 |

Índice de medicamentos

| | | | |
|-------------------------------|------------|------------------------------------|------------|
| droxidopa | 68 | EMSAM | 129 |
| DRYSOL | 143 | emtricitabine..... | 61, 62 |
| DUAVEE | 117 | emtricitabine-tenofv | 61 |
| DULERA | 27 | EMTRIVA..... | 62 |
| duloxetine | 132 | EMVERM | 48 |
| DUOBRII..... | 144 | ENABLEX | 161 |
| DUOPA..... | 58 | enalapril..... | 76, 78, 79 |
| DUPIXENT..... | 122 | enalapril/hydrochlorothiazide..... | 76 |
| DURAGESIC..... | 21 | ENBREL..... | 50 |
| DUREZOL | 100 | ENDO-AVITENE..... | 71 |
| dutasteride..... | 160 | ENDOMETRIN | 121 |
| DUTOPROL..... | 81 | ENGERIX-B | 70 |
| DXEVO | 118 | ENHERTU..... | 56 |
| DYANAVAL | 68 | ENLITE | 124 |
| DYAZIDE..... | 98 | enoxaparin | 38, 39 |
| DYMISTA..... | 99 | ENSPRYNG..... | 122 |
| E | | ENSTILAR..... | 151 |
| EASIVENT | 125 | entacapone | 58, 59 |
| EC-NAPROSYN..... | 25 | ENTADFI..... | 160 |
| econazole | 41 | entecavir..... | 65 |
| ECOZA..... | 41 | ENTERO..... | 97 |
| EDARBI | 79 | ENTOCORT | 118 |
| EDARBYCLOR..... | 77 | ENTRESTO..... | 77 |
| EDECRIN | 98 | ENTYVIO..... | 111 |
| EDEX..... | 155 | ENVARBUS..... | 123 |
| EDLUAR | 141 | ENZOCLEAR..... | 145 |
| EDURANT | 61 | EPANED | 78 |
| E.E.S..... | 33 | EPCLUSA..... | 65 |
| efavirenz..... | 61, 62, 63 | EPIDIOLEX | 88 |
| effer-k | 106 | EPIDUO..... | 143 |
| EFFER-K..... | 106 | EPIFOAM | 150 |
| EFFEXOR | 132 | epinastine | 43 |
| EFFIENT | 60 | epinephrine..... | 66, 99 |
| EFUDEX..... | 56 | EPINEPHRINE..... | 66 |
| EGRIFTA | 119 | EPIPEN..... | 66 |
| ELEPSIA | 89 | EPIVIR | 62, 65 |
| ELESTRIN | 116 | EPOGEN | 92 |
| eletriptan hydrobromide | 14, 18 | EPRONTIA..... | 89 |
| ELIDEL | 122 | eprosartan..... | 79 |
| ELIMITE | 57 | EPZICOM..... | 61 |
| ELIQUIS..... | 38 | EQUETRO | 129 |
| ELLA | 93 | ergocalciferol..... | 162 |
| ELMIRON | 22 | ergotamine tartrate/caffeine..... | 14, 18 |
| EMCYT | 56 | ERIVEDGE | 52 |
| EMEND | 108 | ERLEADA | 51 |
| EMFLAZA | 118 | erlotinib..... | 54, 55 |
| EMGALITY | 14, 18, 88 | ERTACZO | 41 |
| emollient combination | 144, 145 | ERYPED..... | 33 |
| Empaveli | 71 | erythromycin..... | 29, 33, 37 |

Índice de medicamentos

| | | | |
|-------------------------------------|---------------------------|-------------------------------|-------------|
| ESBRIET | 156 | FABIOR..... | 152 |
| escitalopram | 130, 131 | FACTIVE | 35 |
| ESGIC..... | 14, 18 | famciclovir..... | 64 |
| esomeprazole..... | 113 | famotidine..... | 111 |
| ESOMEPRAZOLE..... | 113 | FANAPT | 137, 138 |
| estazolam..... | 140 | FARESTON..... | 56 |
| ESTRACE..... | 116, 121 | FARXIGA | 44 |
| estradiol | 93, 94, 95, 116, 117, 121 | FARYDAK..... | 51 |
| ESTRING..... | 121 | FAZACLO..... | 138 |
| ESTROGEL..... | 117 | febuxostat | 24 |
| estrogen..... | 116 | felbamate..... | 89 |
| ESTROSTEP..... | 93 | FELBATOL | 89 |
| eszopiclone | 141 | FELDENE..... | 25 |
| ethacrynic | 98 | felodipine..... | 73 |
| ethambutol | 31, 32 | FEMARA | 52, 53 |
| ethinyl estradiol | 93, 94, 117 | FEMCAP..... | 95 |
| ethosuximide | 89, 92 | FEMHRT..... | 117 |
| ethynodiol..... | 94 | FEMRING..... | 121 |
| etodolac | 25 | fenofibrate..... | 84, 85 |
| etonogestrel/ethinyl estradiol..... | 93 | FENOFIBRATE | 85 |
| etoposide | 56 | fenofibric..... | 85 |
| EUCRISA | 147 | FENOGLIDE..... | 85 |
| EURAX..... | 57 | fenoprofen calcium..... | 25 |
| EVAMIST..... | 117 | FENSOLVI..... | 119 |
| EVEKEO..... | 68 | fentanyl | 20, 21 |
| everolimus..... | 53, 123, 124 | FENTORA | 21 |
| EVICEL | 71 | FERRIPROX | 157 |
| EVISTA..... | 159 | FETZIMA..... | 132, 133 |
| EVOCLIN | 37 | FEXMID..... | 127 |
| EVOTAZ..... | 63 | FIASP | 46, 47, 124 |
| EVOXAC..... | 68 | FIBRICOR..... | 85 |
| EVRYSDI | 157 | FINACEA | 146 |
| EVZIO..... | 39 | finasteride | 160 |
| EXELDERM..... | 41 | FINTEPLA..... | 89 |
| EXELON..... | 67 | FIORICET | 14, 18, 22 |
| exemestane..... | 52 | FIORINAL | 14, 18 |
| EXFORGE | 77, 78 | Fiorinal With Codeine #3..... | 22 |
| EXJADE..... | 157 | FIORINAL WITH CODEINE #3..... | 22 |
| EXKIVITY..... | 54 | FIRAZYR..... | 154 |
| EXODERM..... | 41 | FIRDAPSE..... | 88 |
| EXSERVAN | 86 | FIRMAGON | 53 |
| EXTAVIA..... | 87 | FIRVANQ..... | 36 |
| EXTINA | 41 | FLAGYL..... | 31 |
| EYSUVIS | 100 | FLAREX..... | 100 |
| E-Z..... | 97, 125 | flavoxate..... | 161 |
| EZALLOR..... | 83 | flecainide..... | 72 |
| ezetimibe | 82, 84, 85 | FLECTOR | 142 |
| EZ FLU..... | 69 | FLEXICHAMBER..... | 125 |
| F | | FLOLIPID | 83 |

Índice de medicamentos

| | | | |
|-------------------------------------|--------------------|-------------------------------------|--------|
| FLOMAX..... | 160 | fosinopril/hydrochlorothiazide..... | 76 |
| FLOVENT..... | 28 | FOSRENOL..... | 105 |
| FLUAD..... | 70 | Fotivda..... | 54 |
| FLUARIX..... | 70 | FRAGMIN..... | 38 |
| FLUBLOK..... | 70 | FREESTYLE..... | 124 |
| FLUCELVAX..... | 69, 70 | frovatriptan succinate..... | 18 |
| FLUCONAZ-IBU-ITRACONAZ-TERBINA..... | 41 | ful-glo..... | 96 |
| fluconazole..... | 40 | FUL-GLO..... | 96 |
| flucytosine..... | 40 | FULPHILA..... | 92 |
| fludrocortisone..... | 119 | FURADANTIN..... | 34 |
| FLULAVAL..... | 70 | FUROSCIX..... | 98 |
| FLUMADINE..... | 64 | furosemide..... | 98 |
| FLUMIST..... | 70 | FUZEON..... | 61 |
| flunisolide..... | 99 | FYCOMPA..... | 89 |
| fluocinolone..... | 100, 148, 149, 150 | G | |
| fluocinonide..... | 149, 150 | gabapentin..... | 89, 90 |
| fluorescein..... | 96, 101 | GABITRIL..... | 89, 90 |
| fluoride..... | 104 | GALAFOLD..... | 158 |
| FLUORIDEX..... | 104 | galantamine..... | 67 |
| fluorometholone..... | 100 | GALZIN..... | 158 |
| FLUOROPLEX..... | 56 | ganirelix..... | 119 |
| fluorouracil..... | 56 | GANIRELIX..... | 119 |
| fluoxetine..... | 130, 131, 140 | GARDASIL 9..... | 70 |
| fluphenazine..... | 140 | GASTROCROM..... | 23 |
| flurandrenolide..... | 148, 149 | GASTROGRAFIN..... | 97 |
| flurbiprofen..... | 25, 100 | GASTROMARK..... | 97 |
| flutamide..... | 51 | gatifloxacin..... | 29, 30 |
| fluticasone..... | 27, 99, 148, 149 | GATTEX..... | 114 |
| fluticasone propion/salmeterol..... | 27 | GAVRETO..... | 54 |
| FLUTICASONE-SALMETEROL..... | 27 | GE333..... | 96 |
| fluvastatin..... | 83 | gelatin..... | 71 |
| fluvoxamine..... | 131 | GELFILM..... | 101 |
| FLUZONE..... | 70 | GELFOAM..... | 71 |
| FML..... | 100 | GELNIQUE..... | 161 |
| FOCALIN..... | 135, 136 | gemfibrozil..... | 85 |
| FOLET..... | 161 | GEMTESA..... | 160 |
| folic..... | 128, 161 | GENERESS..... | 94 |
| FOLLISTIM..... | 121 | GENOTROPIN..... | 119 |
| fondaparinux..... | 38 | gentamicin..... | 30, 37 |
| FORFIVO..... | 130 | gentamicin sulfate..... | 29 |
| formaldehyde..... | 49 | GENVOYA..... | 63 |
| FORTAMET..... | 44 | GEODON..... | 138 |
| FORTEO..... | 155 | GILENYA..... | 87 |
| FORTESTA..... | 115 | GILOTRIF..... | 54 |
| FOSAMAX..... | 159 | GIMOTI..... | 111 |
| fosamprenavir..... | 63 | glatiramer..... | 87 |
| fosaprepitant..... | 108 | glatopa..... | 87 |
| fosfomycin..... | 31 | GLEEVEC..... | 54 |
| fosinopril..... | 76, 78 | GLEOSTINE..... | 51 |

Índice de medicamentos

| | | | |
|-----------------------|---------|--------------------------------|-----------------------------------|
| glimepiride..... | 44, 45 | HEPSERA..... | 65 |
| glipizide..... | 44, 45 | HETLIOZ..... | 140 |
| GLUCAGEN..... | 96, 104 | HEXIOUNYL..... | 41 |
| glucagon..... | 104 | HIBERIX..... | 70 |
| GLUCAGON..... | 104 | HIPREX..... | 31 |
| GLUCOCOM..... | 124 | homatropine..... | 96, 103 |
| GLUCOPHAGE..... | 44 | HORIZANT..... | 86 |
| GLUCOTROL..... | 45 | HUMALOG..... | 47, 124 |
| GLUMETZA..... | 44 | HUMAPEN..... | 124 |
| glyburide..... | 45 | HUMATROPE..... | 119 |
| GLYCATE..... | 107 | HUMIRA..... | 50 |
| glycine urologic..... | 49 | HUMULIN..... | 47 |
| glycopyrrolate..... | 107 | HYCANTIN..... | 53 |
| GLYNASE..... | 45 | HYCODAN..... | 96 |
| GLYSET..... | 44 | hydralazine..... | 80 |
| GLYXAMBI..... | 45 | HYDREA..... | 51 |
| GOCOVRI..... | 58 | HYDRO..... | 145 |
| GOLYTELY..... | 112 | hydrochlorothiazide..... | 76, 77, 78, 80, 81, 98, 99 |
| GONAL..... | 121 | hydrocodone..... | 96 |
| GONITRO..... | 74 | HYDROCODONE..... | 96 |
| GRALISE..... | 88 | hydrocodone/acetaminophen..... | 20 |
| granisetron..... | 108 | HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN..... | 20 |
| GRANIX..... | 92 | hydrocodone bitartrate..... | 21, 22 |
| GRASTEK..... | 68 | hydrocodone/ibuprofen..... | 20 |
| griseofulvin..... | 40 | hydrocort..... | 149 |
| GRIS-PEG..... | 40 | hydrocortisone..... | 100, 114, 117, 118, 149, 150, 151 |
| GUAIACOL..... | 144 | hydrogen peroxide..... | 142 |
| guanfacine..... | 80, 135 | hydromorphone hcl..... | 21 |
| guanidine..... | 68 | hydroxychloroquine..... | 49 |
| GUARDIAN..... | 124 | hydroxyurea..... | 51 |
| GVOKE..... | 104 | hydroxyzine..... | 42 |
| GYNAZOLE..... | 40 | hyoscyamine..... | 109 |
| H | | HYPER..... | 157 |
| HADLIMA..... | 50 | HYRIMOZ..... | 50 |
| HAEGARDA..... | 154 | HYSINGLA ER..... | 21 |
| halcinonide..... | 149 | HYZAAR..... | 77 |
| HALCION..... | 140 | I | |
| HALOBETASOL..... | 149 | ibandronate..... | 159 |
| HALOG..... | 149 | IBRANCE..... | 54 |
| haloperidol..... | 139 | IBUDONE..... | 20 |
| HALUCORT..... | 145 | ibuprofen..... | 20, 25 |
| HARVONI..... | 65 | ibuprofen/oxycodone hcl..... | 20 |
| HELIDAC..... | 109 | icatibant..... | 154 |
| HEMADY..... | 118 | ICLUSIG..... | 54 |
| HEMANGEOL..... | 80 | icosapent..... | 106 |
| HEMLIBRA..... | 71 | IDACIO..... | 50 |
| heparin..... | 38, 39 | IDAOXIA..... | 147 |
| HEPARIN..... | 39 | IDHIFA..... | 55 |
| HEPLISAV-B..... | 70 | IFE-BIMIX..... | 155 |

Índice de medicamentos

| | | | |
|----------------------|--------------|-------------------------------------|-----------------|
| IFE-PG20..... | 155 | ipratropium/albuterol sulfate..... | 27 |
| ILARIS..... | 159 | ipratropium bromide..... | 26 |
| ILEVRO..... | 100 | irbesartan..... | 77, 79 |
| ILUMYA..... | 142 | irbesartan/hydrochlorothiazide..... | 77 |
| imatinib..... | 54 | IRESSA..... | 54 |
| IMBRUVICA..... | 54 | ISENTRESS..... | 63 |
| IMCIVREE..... | 57 | isoflurane..... | 22, 23 |
| imipramine..... | 134 | isomethept/dichlphn/acetaminop..... | 18 |
| imipramine hcl..... | 134 | isomethepten/caf/acetaminophen..... | 18 |
| imiquimod..... | 145 | isoniazid..... | 31 |
| IMIQUIMOD..... | 145 | isopropyl..... | 158 |
| IMPAVIDO..... | 49 | ISOPTO..... | 102, 103 |
| IMPEKLO..... | 149 | ISORDIL..... | 74 |
| IMPOYZ..... | 149 | isosorbide..... | 74 |
| IMURAN..... | 123 | isotretinoin..... | 143 |
| IMVEXXY..... | 120 | isradipine..... | 73 |
| INBRIJA..... | 58 | ISTALOL..... | 102 |
| INCRELEX..... | 119 | ISTURISA..... | 115 |
| INCRUSE ELLIPTA..... | 26 | itraconazole..... | 40 |
| indapamide..... | 99 | ivermectin..... | 48, 57, 58, 147 |
| INDERAL..... | 80 | J | |
| INDICLOR..... | 97 | JADENU..... | 158 |
| indomethacin..... | 25 | JAKAFI..... | 52 |
| INFANRIX..... | 70 | JALYN..... | 160 |
| INFASURF..... | 153 | JANSSEN..... | 69 |
| INFLECTRA..... | 50 | JANUMET..... | 45 |
| INGREZZA..... | 86 | JANUVIA..... | 44 |
| INLYTA..... | 54 | JARDIANCE..... | 44 |
| INNOPRAN..... | 80 | JATENZO..... | 115 |
| INOVA..... | 145 | JENTADUETO..... | 45 |
| INPEN..... | 124 | JOENJA..... | 154 |
| INQOVI..... | 52 | JORNAY..... | 136 |
| INREBIC..... | 54 | JUBLIA..... | 41 |
| INSPIRACHAMBER..... | 125 | JULUCA..... | 60 |
| INSULIN..... | 47, 124, 125 | JUXTAPID..... | 83 |
| INTELENCE..... | 61 | JYNARQUE..... | 98 |
| INTRAROSA..... | 115 | K | |
| INTUNIV..... | 135 | KADIAN..... | 21 |
| INVEGA..... | 138 | KALBITOR..... | 154 |
| INVELTYS..... | 100 | KALETRA..... | 62 |
| INVIRASE..... | 63 | KALYDECO..... | 153 |
| INVOKAMET..... | 46 | KAPSPARGO..... | 81 |
| INVOKANA..... | 44 | KAPVAY..... | 135 |
| iodine..... | 105, 151 | KARBINAL..... | 42 |
| IODOFLEX..... | 151 | KATERZIA..... | 73 |
| IODOSORB..... | 151 | KAZANO..... | 45 |
| IOPIDINE..... | 102 | KEFLEX..... | 32 |
| IPOL..... | 69 | KENALOG..... | 149 |
| ipratropium..... | 99 | KEPPRA..... | 90 |

Índice de medicamentos

| | | | |
|----------------------------|---------------|-------------------------------------|------------------|
| KERAFOAM..... | 145 | latanoprost..... | 102, 103 |
| keralyt..... | 145 | LATUDA..... | 138 |
| KERALYT..... | 145, 146 | LAZANDA..... | 21 |
| KERYDIN..... | 41 | LEDIPASVIR..... | 65 |
| KESIMPTA..... | 87 | leflunomide..... | 24 |
| ketoconazole..... | 40, 41 | lenalidomide..... | 53 |
| ketoprofen..... | 25 | LENVIMA..... | 54 |
| ketorolac..... | 19, 100 | LESCOL..... | 83 |
| KEVEYIS..... | 156 | L.E.T..... | 23 |
| KEVZARA..... | 122 | LETAIRIS..... | 75 |
| KINERET..... | 24 | letrozole..... | 52 |
| KINRIX..... | 70 | leucovorin..... | 154 |
| KISQALI..... | 53, 54 | LEUKERAN..... | 51 |
| KISQALI FEMARA..... | 53 | LEUKINE..... | 92 |
| KITABIS..... | 30 | leuprolide..... | 53 |
| KLARON..... | 143 | LEUPROLIDE..... | 53 |
| KLISYRI..... | 56 | levalbuterol hcl..... | 27 |
| KLONOPIN..... | 88 | LEVBID..... | 109 |
| klor-con..... | 106 | LEVEMIR..... | 47 |
| Kloxxado..... | 39 | levetiracetam..... | 90 |
| KOMBIGLYZE..... | 45 | LEVITRA..... | 155 |
| KORLYM..... | 46 | levobunolol..... | 102 |
| KOSELUGO..... | 52 | levocarnitine..... | 158 |
| K-PHOS..... | 106 | levofloxacin..... | 29, 35 |
| KRAZATI..... | 52 | levonorgestrel/ethin.estradiol..... | 94 |
| KRINTAFEL..... | 49 | levothyroxine..... | 152 |
| KRISTALOSE..... | 112 | LEVOTHYROXINE..... | 152 |
| K-TAB..... | 106 | LEVSIN..... | 109 |
| KUVAN..... | 158 | LEVULAN..... | 56 |
| KYLEENA..... | 95 | LEXAPRO..... | 131 |
| KYNAMRO..... | 82 | LEXETTE..... | 149 |
| KYNMOBI..... | 58 | LEXIVA..... | 63 |
| KYZATREX..... | 115 | LIALDA..... | 110 |
| L | | LIBRAX..... | 107 |
| labetalol..... | 77 | LICART..... | 142 |
| LACRISERT..... | 100 | lidocaine..... | 23, 96, 114, 150 |
| lactulose..... | 107, 112 | LIDOCAINE..... | 114 |
| LAMICTAL..... | 90 | lidocaine 5% ointment..... | 23 |
| lamivudine..... | 61, 62, 65 | lidocaine hcl..... | 23 |
| lamivudine/zidovudine..... | 61 | LILETTA..... | 95 |
| lamotrigine..... | 90 | lindane..... | 150 |
| LAMPIT..... | 49 | linezolid..... | 34 |
| LANOXIN..... | 74 | LINZESS..... | 111 |
| lansoprazole..... | 109, 113, 114 | liothyronine..... | 152 |
| lanthanum..... | 105 | LIPITOR..... | 83 |
| LANTUS..... | 47 | LIPOFEN..... | 85 |
| lapatinib..... | 54, 55 | LIQREV..... | 75 |
| LASIX..... | 98 | LIQUID..... | 97 |
| LASTACAPT..... | 43 | lisinopril..... | 76, 78, 79 |

Índice de medicamentos

| | | | |
|--------------------------------------|----------|---------------------------|----------|
| lisinopril/hydrochlorothiazide | 76 | LUNESTA..... | 141 |
| lissamine..... | 96 | LUPANETA..... | 119 |
| LITEAIRE..... | 125 | LUPKYNIS..... | 123 |
| LITETOUCH..... | 125 | LUPRON..... | 53, 119 |
| lithium..... | 129 | lurasidone..... | 139 |
| LITHOBID..... | 129 | LUXIQ..... | 149 |
| LITHOSTAT..... | 107 | LUZU..... | 41 |
| LIVALO..... | 82, 83 | LYNPARZA..... | 54 |
| Livmarli..... | 111 | LYRICA..... | 90, 159 |
| LIVTENCITY..... | 64 | LYSODREN..... | 56 |
| l-norgest..... | 94 | LYSTEDA..... | 71 |
| LOCOID..... | 149 | LYTGOBI..... | 54 |
| LOCORT..... | 118 | LYUMJEV..... | 47 |
| LODINE..... | 25 | LYVISPAH..... | 127 |
| LODOSYN..... | 60 | M | |
| LOESTRIN..... | 94 | MACROBID..... | 34 |
| LOKELMA..... | 105 | MACRODANTIN..... | 34 |
| LOMAIRA..... | 57 | mafenide..... | 37 |
| LOMOTIL..... | 107 | MAGELLAN..... | 125 |
| LONHALA MAGNAIR..... | 26 | MALARONE..... | 49 |
| LONSURF..... | 52 | malathion..... | 150, 151 |
| loperamide..... | 107 | maprotiline..... | 134 |
| LOPID..... | 85 | MARINOL..... | 108 |
| lopinavir/ritonavir..... | 62 | MARPLAN..... | 129 |
| LOPRESSOR..... | 81 | MATULANE..... | 56 |
| LOPROX..... | 41 | MAVENCLAD..... | 87 |
| lorazepam..... | 128, 129 | MAVYRET..... | 66 |
| LORBRENA..... | 54 | MAXIDEX..... | 101 |
| LOREEV..... | 129 | MAXZIDE..... | 98 |
| LORTAB..... | 20 | MAYZENT..... | 87 |
| LORZONE..... | 127 | meclofenamate sodium..... | 25 |
| losartan..... | 77, 79 | MEDIHONEY..... | 147 |
| losartan/hydrochlorothiazide..... | 77 | MEDROL..... | 118 |
| LOSEASONIQUE..... | 94 | medroxyprogesterone..... | 93, 120 |
| LOTEMAX..... | 100 | mefenamic acid..... | 19 |
| LOTENSIN..... | 76, 78 | mefloquine..... | 49 |
| loteprednol..... | 100, 101 | megestrol..... | 56, 161 |
| LOTREL..... | 76 | MEKINIST..... | 52 |
| LOTRONEX..... | 111 | MEKTOVI..... | 53 |
| lovastatin..... | 83 | meloxicam..... | 25 |
| LOVAZA..... | 106 | melphalan..... | 51 |
| LOVENOX..... | 39 | memantine..... | 85, 86 |
| loxapine..... | 139 | MENACTRA..... | 69 |
| lubiprostone..... | 112 | MENEST..... | 117 |
| LUCEMYRA..... | 159 | MENOPUR..... | 121 |
| LULICONAZOLE..... | 41 | MENOSTAR..... | 117 |
| Lumakras..... | 52 | MENQUADFI..... | 69 |
| LUMIGAN..... | 102 | MENVEO..... | 69 |
| LUMRYZ..... | 140 | meperidine hcl..... | 21 |

Índice de medicamentos

| | | | |
|--------------------------------------|-------------|--------------------------|--------------|
| MEPHYTON | 162 | midodrine | 68 |
| meprobamate | 129 | MIFEPREX | 156 |
| MEPRON | 49 | mifepristone | 156 |
| mercaptopurine | 52 | miglitol | 44 |
| mesalamine | 110 | miglustat | 157 |
| MESNEX | 154 | millipred | 118 |
| MESTINON | 67 | MILLIPRED | 118 |
| metaxalone | 127 | MIMYX | 145 |
| metformin | 44, 45, 46 | MINASTRIN | 94 |
| methadone hcl | 21 | MINIMED | 125 |
| methamphetamine | 68 | MINIPRESS | 77 |
| methazolamide | 98 | MINITRAN | 74 |
| methenamine | 31 | MINIVELLE | 117 |
| methenam/m.blue/salicyl/hyoscy | 31 | MINOCIN | 36 |
| methenam/sod phos/mblue/hyoscy | 31 | minocycline | 36 |
| methen/mblue/sal/sod phos/hyos | 31 | MINOCYCLINE | 36 |
| methimazole | 152 | MINOLIRA | 36 |
| METHITEST | 115 | minoxidil | 80 |
| meth/meblue/sod phos/psal/hyos | 31 | MIRAPEX ER | 58, 59 |
| methocarbamol | 127 | MIRCERA | 92 |
| methotrexate | 52 | MIRCETTE | 94 |
| methoxsalen | 142 | MIRENA | 95 |
| methscopolamine | 109 | mirtazapine | 128 |
| methyl dopa | 80 | misoprostol | 25, 109 |
| methylegonovine | 120 | MITIGARE | 24 |
| METHYLIN | 136 | MITOSOL | 103 |
| methylphenidate | 135, 136 | M-M-R II | 70 |
| METHYLPHENIDATE | 136 | MOBIC | 25 |
| methylprednisolone | 118 | modafinil | 140 |
| methyl salicylate | 145 | MODERNA | 69 |
| methyltestosterone | 115, 116 | moexipril | 78 |
| metoclopramide | 111 | molindone | 139 |
| metolazone | 99 | MOLNUPIRAVIR | 66 |
| METOPIRON | 97 | mometasone | 99, 149, 150 |
| metoprolol | 81 | MONODOX | 36 |
| METROCREAM | 147 | MONOJECT | 125 |
| METROGEL | 36, 147 | MONSEL's | 71 |
| metronidazole | 31, 36, 147 | montelukast sodium | 28 |
| metyrosine | 80 | MONUROL | 31 |
| mexiletine | 72 | MORPHABOND ER | 21 |
| MEZPAROX | 150 | morphine sulfate | 21 |
| MIACALCIN | 122 | MOTEGRITY | 111 |
| MICARDIS | 77, 78, 79 | MOTOFEN | 107 |
| miconazole | 40 | MOVANTIK | 39 |
| MICONAZOLE-ZINC OXIDE-PETROLTM | 41 | MOVIPREP | 112 |
| MICROCHAMBER | 126 | MOXATAG | 34 |
| MICROGESTIN | 94 | MOXEZA | 29 |
| MICROSPACER | 126 | moxifloxacin | 34, 35 |
| midazolam | 140 | moxifloxacin hcl | 30 |

Índice de medicamentos

| | | | |
|----------------------|-------------|-------------------------------------|--------|
| MS CONTIN..... | 21 | neomycin/bacit/p-myx/hydrocort..... | 29 |
| MULPLETA..... | 93 | neomycin/polymyxin b/dexametha..... | 29 |
| MULTAQ..... | 72 | neomycin/polymyxin b/hydrocort..... | 29 |
| mupirocin..... | 37 | neomycin/polymyxn b/gramicidin..... | 30 |
| MURI-LUBE..... | 158 | neomycin sulf/bacitracin/poly..... | 30 |
| MUSE..... | 155 | NEORAL..... | 123 |
| mvn..... | 161 | NEO-SYNALAR..... | 37 |
| MYAMBUTOL..... | 32 | NERLYNX..... | 54 |
| MYCAPSSA..... | 120 | NESINA..... | 44 |
| MYCOBUTIN..... | 32 | neuac..... | 143 |
| mycophenolate..... | 123 | NEUAC..... | 143 |
| MYDAYIS..... | 68 | NEULASTA..... | 92 |
| MYDRIACYL..... | 103 | NEULUMEX..... | 97 |
| Myfembree..... | 119 | NEUPOGEN..... | 93 |
| MYFORTIC..... | 123 | NEUPRO..... | 59 |
| MYLERAN..... | 51 | NEURONTIN..... | 90 |
| MYORISAN..... | 143 | NEVANAC..... | 101 |
| MYRBETRIQ..... | 160 | nevirapine..... | 61,62 |
| MYSOLINE..... | 90 | NEXAVAR..... | 54 |
| MYTESI..... | 107 | NEXIUM..... | 113 |
| N | | NEXLETOL..... | 82 |
| nabumetone..... | 25 | NEXLIZET..... | 83 |
| nadolol..... | 80,81 | NEXPLANON..... | 93 |
| naftifine..... | 41 | NGENLA..... | 119 |
| NAFTIN..... | 41 | niacin..... | 85 |
| NALFON..... | 25 | NIACOR..... | 85 |
| NALOCET..... | 20 | NIASPAN..... | 85 |
| naloxone..... | 22, 39, 160 | nicardipine..... | 73 |
| NALOXONE..... | 39 | NICOTROL..... | 152 |
| naltrexone..... | 39 | nifedipine..... | 73, 74 |
| NAMENDA..... | 86 | NILANDRON..... | 51 |
| NAMZARIC..... | 86 | nilutamide..... | 51 |
| NAPROSYN..... | 25 | nimodipine..... | 73 |
| naproxen..... | 19, 25 | NINLARO..... | 54 |
| naratriptan hcl..... | 18 | nisoldipine..... | 73, 74 |
| NARCAN..... | 39 | nitazoxanide..... | 57 |
| NARDIL..... | 129 | nitisinone..... | 157 |
| NASCOBAL..... | 162 | NITRO-DUR..... | 75 |
| NASONEX..... | 99 | nitrofurantoin..... | 34 |
| NATACYN..... | 40 | nitroglycerin..... | 75 |
| nateglinide..... | 45 | NITROLINGUAL..... | 75 |
| NATESTO..... | 115 | NITROMIST..... | 75 |
| NATROBA..... | 58 | NITROSTAT..... | 75 |
| NAYZILAM..... | 88 | NITYR..... | 157 |
| NEBUPENT..... | 49 | NIVESTYM..... | 93 |
| nebusal..... | 157 | nizatidine..... | 111 |
| NEBUSAL..... | 157 | NOCDURNA..... | 116 |
| nefazodone..... | 132 | NOCTIVA..... | 116 |
| neomycin..... | 29, 30, 141 | NORCO..... | 20 |

Índice de medicamentos

| | | | |
|-------------------------------------|--------------|-------------------------------------|------------|
| NORDITROPIN..... | 119 | OCUFLOX..... | 30 |
| norelgestromin/ethin.estradiol..... | 95 | ODACTRA..... | 69 |
| norethind..... | 94, 117 | ODEFSEY..... | 63 |
| norethindrone..... | 94, 117, 120 | ODOMZO..... | 52 |
| norethin-ee..... | 94 | OFEV..... | 154 |
| norethin-eth estrad..... | 117 | ofloxacin..... | 30, 35 |
| NORGESIC..... | 127 | olanzapine..... | 138, 140 |
| norgestimate..... | 94 | olmesartan..... | 77, 78, 79 |
| norgestrel..... | 94 | olmesartan/amlodipin/hcthiazyd..... | 77 |
| NORITATE..... | 147 | olmesartan-hctz..... | 78 |
| NORLIQVA..... | 74 | olopatadine..... | 43, 99 |
| NORPACE..... | 72 | OLUMIANT..... | 24 |
| NORPRAMIN..... | 134 | OLUX..... | 150 |
| NORTHERA..... | 68 | OMECLAMOX..... | 109 |
| nortriptyline..... | 134 | omega-3..... | 106 |
| NORVASC..... | 74 | omeppi..... | 113 |
| NORVIR..... | 63 | omeprazole..... | 113, 114 |
| NOURIANZ..... | 59 | OMNARIS..... | 99 |
| NOVAREL..... | 121 | OMNIPOD..... | 124 |
| NOVOLOG..... | 47, 124 | OMNIPRED..... | 101 |
| NOVOPEN..... | 124 | OMNITROPE..... | 119 |
| NOXAFIL..... | 40 | ondansetron..... | 108, 109 |
| NUBEQA..... | 51 | ONEXTON..... | 143 |
| NUCALA..... | 28 | ONFI..... | 88 |
| NUCORT..... | 150 | ONGENTYS..... | 59 |
| NUCYNTA..... | 21 | ONGLYZA..... | 44 |
| NUCYNTA ER..... | 21 | ONUREG..... | 52 |
| NUJEXTA..... | 87 | OPDIVO..... | 55 |
| NUJO..... | 122 | opium..... | 21, 107 |
| NULEV..... | 109 | opium/belladonna alkaloids..... | 21 |
| NULIBRY..... | 157 | OPSUMIT..... | 75 |
| NULYTELY..... | 112 | OPTICHAMBER..... | 126 |
| NUMOISYN..... | 155 | ORACEA..... | 36 |
| NUPLAZID..... | 130 | ORACIT..... | 106 |
| NURTEC ODT..... | 18 | ORALAIR..... | 69 |
| NUTROPIN..... | 119 | ORAMAGICRX..... | 155 |
| NUVARING..... | 93 | ORAPRED..... | 118 |
| NUVESSA..... | 36 | ORAVIG..... | 40 |
| NUVIGIL..... | 140 | ORENCIA..... | 24 |
| NUZYRA..... | 36 | ORENITRAM..... | 75 |
| NYMALIZE..... | 74 | ORFADIN..... | 157 |
| nystatin..... | 40, 41 | ORGOVYX..... | 53 |
| NYVEPRIA..... | 93 | ORIAHNN..... | 119 |
| O | | ORILISSA..... | 119 |
| OBREDON..... | 96 | ORKAMBI..... | 153 |
| OBSTETRIX..... | 128, 161 | ORLADEYO..... | 154 |
| OBTREX..... | 128 | orphenadrine..... | 127 |
| OALIVA..... | 111 | ORTHO..... | 94, 104 |
| octreotide..... | 120 | ORTIKOS..... | 118 |

Índice de medicamentos

| | | | |
|-------------------------------------|----------|------------------------------------|------------------------------|
| oseltamivir | 64 | paricalcitol | 156 |
| OSENI | 43 | PARLODEL | 59 |
| OSMOLEX | 59 | PARNATE | 129 |
| OSMOPREP | 112 | paromomycin | 48 |
| OSPHENA | 156 | paroxetine | 131, 157 |
| OTEZLA | 24 | PASER | 32 |
| OTOVEL | 29 | PATADAY | 43 |
| OTREXUP | 24 | PATANOL | 43 |
| OVACE | 144 | PAXIL | 131 |
| OVIDE | 151 | PAXLOVID | 66 |
| VIDREL | 121 | PAZEO | 43 |
| oxandrolone | 115 | PCE | 33 |
| oxaprozin | 25 | PEDIARIX | 70 |
| OXAYDO | 21 | PEDVAXHIB | 70 |
| oxazepam | 129 | peg3350 | 112 |
| OXBRYTA | 71 | PEGANONE | 91 |
| oxcarbazepine | 90, 91 | PEGASYS | 65 |
| OXERVATE | 104 | PEGINTRON | 65 |
| OXIANUJI | 122 | PEMAZYRE | 54 |
| oxiconazole | 41, 42 | PEN | 43, 47, 50, 83, 87, 122, 142 |
| OXISTAT | 42 | penicillamine | 23, 24 |
| OXSORALEN | 142 | PENNSAID | 142 |
| OXTELLAR | 91 | PENTACEL | 70 |
| oxybutynin | 161 | pentamidine | 49 |
| oxycodone hcl | 20, 21 | PENTASA | 110 |
| oxycodone hcl/acetaminophen | 20 | pentazocine hcl/naloxone hcl | 22 |
| oxycodone hcl/aspirin | 20 | pentoxifylline | 72 |
| OXYCODONE HCL ER | 21 | PEPCID | 111 |
| oxymorphone hcl | 21 | PERCOCET | 20 |
| OXYTROL | 161 | PERIDEX | 154 |
| OZEMPIC | 43 | perindopril | 79 |
| OZOBAX | 127 | permethrin | 57, 58 |
| P | | perphenazine | 133, 140 |
| pacerone | 72 | PERTZYE | 112 |
| PACNEX | 146 | PEXEVA | 131 |
| PAIN EASE MEDIUM STREAM SPRAY | 23 | PFIZER | 69 |
| PALFORZIA | 69 | PHARMABASE | 146 |
| paliperidone | 138 | PHEBURANE | 107 |
| PALYNZIQ | 69 | phenazopyridine hcl | 23 |
| PAMELOR | 134 | phendimetrazine | 57 |
| PANCREAZE | 112 | phenelzine | 129 |
| PANDEL | 150 | phenobarb | 109 |
| PANRETIN | 56 | phenobarbital | 109, 110, 140 |
| pantoprazole | 113, 114 | PHENOBARBITAL | 110 |
| PAPAVERINE | 155 | phenoxybenzamine | 68 |
| PARADIGM | 125 | phentermine | 57 |
| PARAGARD | 95 | phenylephrine | 42, 101 |
| paregoric | 107 | PHENYTEK | 91 |
| PAREMYD | 103 | phenytoin | 89, 91 |

Índice de medicamentos

| | | | |
|-------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|-----------------|
| PHESGO | 53 | prednicarbate | 148, 150 |
| PHEXXI..... | 93 | prednisolone | 29, 101, 118 |
| PHOSLYRA | 105 | prednisone | 118 |
| PHOSPHOLINE..... | 102 | PREFEST..... | 117 |
| PHYSIOLYTE..... | 141 | pregabalin..... | 90, 91 |
| PHYSIOSOL..... | 141 | PREGNYL..... | 121 |
| phytonadione..... | 162 | PREMARIN..... | 117, 121 |
| PICATO..... | 56 | PREMPHASE..... | 117 |
| PIFELTRO..... | 62 | PREMPRO | 117 |
| pilocarpine | 68, 102 | prenatal | 128 |
| pimecrolimus | 122 | PRENATAL..... | 128 |
| pimozide | 137 | PREPIDIL..... | 120 |
| pindolol..... | 81 | PREPOPIK | 112 |
| pioglitazone | 45, 46 | PRESTALIA..... | 76 |
| PIQRAY | 54 | PRETOMANID | 32 |
| pirfenidone | 156 | PREVACID | 113, 114 |
| piroxicam..... | 25, 26 | PREVIDENT..... | 104 |
| PLAQUENIL..... | 49 | PREVNAR..... | 69 |
| PLAVIX..... | 60 | PREVMIS | 64 |
| PLEGRIDY | 87 | PREZCOBIX..... | 61 |
| PLENVU | 112 | PREZISTA | 61 |
| PLIXDA | 151 | PRIFTIN..... | 32 |
| PNEUMOVAX..... | 69 | PRILOSEC..... | 114 |
| pnv | 128 | PRIMAQUINE..... | 49 |
| POCKET..... | 126 | PRIMEAIRE | 126 |
| PODOCON..... | 146 | primidone | 90, 91 |
| podofilox..... | 146 | PRIMLEV..... | 20 |
| POLIBAR..... | 97 | PRIMSOL | 31 |
| polydimethylsiloxanes..... | 146 | PRINIVIL | 79 |
| polymyxin | 141 | PRISMASOL..... | 106 |
| POMALYST..... | 53 | PRISTIQ..... | 133 |
| Ponvory | 87 | probenecid..... | 26 |
| posaconazole | 40 | probenecid/colchicine | 26 |
| POTABA | 162 | PROCARDIA | 74 |
| potassium | 19, 34, 79, 104, 105, 106, 151 | PROCARE..... | 126 |
| potassium bicarbonate..... | 106 | PROCHAMBER..... | 126 |
| potassium iodide/iodine | 105 | prochlorperazine..... | 108 |
| PRADAXA | 39 | PRO COMFORT..... | 126 |
| PRALUENT..... | 83 | PROCORT | 114 |
| pramipexole..... | 58, 59 | PROCRIT..... | 92 |
| PRAMOSONE..... | 150 | PROCTOFOAM | 114 |
| prasugrel | 60 | PROCYSBI | 160 |
| PRAVACHOL..... | 84 | progesterone..... | 120 |
| pravastatin | 84 | PROGLYCEM | 105 |
| praziquantel..... | 48 | PROGRAF..... | 123 |
| prazosin..... | 77 | PROLENSA..... | 101 |
| PR BENZOYL PEROXIDE..... | 146 | PROMACTA..... | 93 |
| PRECOSE..... | 44 | promethazine..... | 42, 95, 96, 108 |
| PRED..... | 101 | PROMETRIUM | 120 |

Índice de medicamentos

| | | | |
|------------------------------------|------------|-------------------|----------|
| PRONAL..... | 146 | quinine..... | 49 |
| propafenone..... | 72 | QUTENZA..... | 145 |
| propranthele 107 | | QUVIVQ..... | 141 |
| propracaína..... | 101 | QVAR..... | 28 |
| propranolol..... | 80, 81 | R | |
| propylthiouracil..... | 152 | rabeprazole..... | 112, 114 |
| PROQUAD..... | 70 | RABEPRAZOLE..... | 114 |
| PROSCAR..... | 160 | RADIAGEL..... | 158 |
| PROSTIN..... | 120 | RADIAPLEXRX..... | 146 |
| protectives2..... | 146 | RADICAVA ORS..... | 86 |
| PROTONIX..... | 114 | RADIOGARDASE..... | 158 |
| PROTOPIC..... | 122 | RAGWITEK..... | 69 |
| protriptyline..... | 134 | raloxifene..... | 159 |
| PROVERA..... | 93, 120 | ramelteon..... | 140 |
| PROVIGIL..... | 140 | ramipril..... | 78, 79 |
| PROVOCHOLINE..... | 96 | RANEXA..... | 72 |
| PROZAC..... | 131 | ranitidine..... | 111 |
| PSORCON..... | 150 | ranolazine..... | 72 |
| PULMICORT..... | 28 | RAPAFLO..... | 160 |
| PULMOZYME..... | 154 | RAPAMUNE..... | 123 |
| PURIXAN..... | 52 | RAPLIXA..... | 71 |
| PYLERA..... | 109 | rasagiline..... | 58, 59 |
| pyrazinamide..... | 32 | RAVICTI..... | 107 |
| PYRIDIUM..... | 23 | RAYALDEE..... | 156 |
| pyridostigmine..... | 67 | RAYASAL..... | 146 |
| PYRIDOSTIGMINE..... | 67 | RAYOS..... | 118 |
| pyrimethamine..... | 49 | RAZADYNE..... | 67 |
| Q | | READI..... | 97 |
| QBRELIS..... | 79 | REBIF..... | 87 |
| QBREXZA..... | 147 | RECLAST..... | 122 |
| QELBREE..... | 128 | RECOMBIVAX..... | 70 |
| QINLOCK..... | 54 | RECORLEV..... | 115 |
| QMIIZ ODT..... | 26 | RECOTHROM..... | 71 |
| QNASL..... | 99 | RECTIV..... | 112 |
| QSYMIA..... | 57 | REDITREX..... | 24 |
| QTERN..... | 45 | REGIMEX..... | 57 |
| QUADRACEL..... | 70 | REGLAN..... | 111 |
| QUALAQUIN..... | 49 | REGRANEX..... | 144 |
| QUARTETTE..... | 94 | RELAGARD..... | 48 |
| quazepam..... | 140 | RELENZA..... | 64 |
| QUAZEPAM..... | 140 | RELEXXII..... | 136 |
| QUDEXY..... | 91 | RELISTOR..... | 39 |
| QUESTRAN..... | 84 | RELTONE..... | 110 |
| quetiapine..... | 138 | RELYVRIO..... | 86 |
| QUILLICHEW..... | 136 | REMERON..... | 128 |
| QUILLIVANT..... | 136 | REMICADE..... | 50 |
| quinapril..... | 76, 78, 79 | RENACIDIN..... | 106 |
| quinapril/hydrochlorothiazide..... | 76 | RENAGEL..... | 105 |
| quinidine..... | 72 | REVELA..... | 105 |

Índice de medicamentos

| | | | |
|------------------------------------|----------|-------------------|----------|
| repaglinide..... | 45, 46 | ROTARIX..... | 69 |
| REPATHA..... | 83 | ROTATEQ..... | 69 |
| REPLACEMENT PEDIATRIC MONITOR..... | 124 | ROWASA..... | 110 |
| RESPA..... | 95 | ROXYBOND..... | 22 |
| RESTASIS..... | 103 | ROZEREM..... | 140 |
| RESTIZAN..... | 145 | ROZLYTREK..... | 55 |
| RESTORIL..... | 140 | RUBRACA..... | 55 |
| RETACRIT..... | 92 | RUCONEST..... | 154 |
| RETEVMO..... | 54 | rufinamide..... | 88, 91 |
| RETIN..... | 151, 152 | RUKOBIA..... | 61 |
| RETROVIR..... | 62 | RUZURGI..... | 88 |
| REVATIO..... | 75 | RYALTRIS..... | 99, 144 |
| REVLIMID..... | 53 | RYBELSUS..... | 43 |
| REXULTI..... | 139 | RYCLORA..... | 42 |
| REYATAZ..... | 63 | RYDAPT..... | 55 |
| REZLIDHIA..... | 55 | RYTARY..... | 59 |
| REZUROCK..... | 160 | RYTHMOL..... | 72 |
| REZVOGLAR..... | 43 | RYVENT..... | 42 |
| RHOPRESSA..... | 102 | S | |
| ribasphere..... | 65, 66 | SABRIL..... | 91 |
| RIDAURA..... | 24 | SAF-CLENS..... | 147 |
| rifabutin..... | 32 | SAFYRAL..... | 95 |
| RIFAMATE..... | 32 | SAIZEN..... | 119 |
| rifampin..... | 32 | SALAGEN..... | 68 |
| RIFATER..... | 32 | salicylic..... | 145, 146 |
| RILUTEK..... | 86 | SALIMEZ..... | 146 |
| riluzole..... | 86 | SALKERA..... | 146 |
| rimantadine..... | 64 | salsalate..... | 23 |
| RIMI..... | 42 | SALVAX..... | 146 |
| RIMSO-50..... | 22 | SAMSCA..... | 97 |
| ringer's..... | 141 | SANCUSO..... | 108 |
| RINVOQ..... | 24 | SANDIMMUNE..... | 123 |
| RIOMET..... | 44 | SANDOSTATIN..... | 120 |
| risedronate..... | 159 | SANTYL..... | 151 |
| RISPERDAL..... | 138 | SAPHRIS..... | 138 |
| risperidone..... | 138 | sapropterin..... | 158 |
| RITALIN..... | 136 | SARAFEM..... | 131 |
| RITEFLO..... | 126 | SAVAYSA..... | 38 |
| ritonavir..... | 62, 63 | SAVELLA..... | 159 |
| rivastigmine..... | 67 | SAXENDA..... | 57 |
| rizatriptan benzoate..... | 18 | SCALACORT..... | 150 |
| ROBAXIN..... | 127 | SCSEMBLIX..... | 55 |
| ROBINUL..... | 107 | scopolamine..... | 108 |
| ROCALTROL..... | 162 | SEASONIQUE..... | 95 |
| ROCKLATAN..... | 102 | secobarbital..... | 140 |
| ropinirole..... | 59 | SECUADO..... | 138 |
| ROSANIL..... | 37 | SEGLUROMET..... | 46 |
| rosuvastatin..... | 83, 84 | selegiline..... | 59 |
| Roszet..... | 82 | selenium..... | 144 |

Índice de medicamentos

| | | | |
|---------------------------------------|--------------|-----------------------|----------|
| SEMGLEE..... | 47 | solifenacin..... | 161 |
| SEN-SERTER..... | 124 | SOLQUA..... | 43 |
| SENSIPAR..... | 155 | SOLODYN..... | 36 |
| SEREVENT DISKUS..... | 27 | SOLOSEC..... | 30 |
| SERNIVO..... | 150 | SOLOXIDE..... | 36 |
| SEROQUEL..... | 138 | SOLTAMOX..... | 56 |
| SEROSTIM..... | 119 | SOMA..... | 127 |
| sertraline..... | 132 | SOMATULINE..... | 120 |
| sevelamer..... | 105 | SOMAVERT..... | 156 |
| sevoflurane..... | 23 | SOOLANTRA..... | 147 |
| SEYSARA..... | 36 | SORBITOL..... | 141 |
| SFROWASA..... | 110 | SORIATANE..... | 142 |
| SHINGRIX..... | 70 | SORILUX..... | 144 |
| SIGNIFOR..... | 120 | sotalol..... | 80, 81 |
| SIKLOS..... | 71 | SOTYKTU..... | 142 |
| sildenafil..... | 75, 155 | SOTYLIZE..... | 81 |
| SILENOR..... | 141 | SOVALDI..... | 64, 65 |
| SILICONE..... | 126 | SPACE CHAMBER..... | 125, 126 |
| SILIQ..... | 142 | SPECTRACEF..... | 32 |
| silodosin..... | 160 | spinosad..... | 58 |
| SILVADENE..... | 37 | SPIRIVA RESPIMAT..... | 26 |
| silver..... | 37, 146, 151 | spironolact..... | 98 |
| SIMPONI..... | 50 | spironolactone..... | 98 |
| simvastatin..... | 82, 84 | SPORANOX..... | 40 |
| SIMVASTATIN..... | 84 | SPRAVATO..... | 129 |
| SINEMET..... | 59 | SPRITAM..... | 91 |
| SINGULAIR..... | 28 | SPRYCEL..... | 55 |
| sirolimus..... | 123 | sps..... | 105 |
| SIRTURO..... | 32 | SSKI..... | 105 |
| SITAVIG..... | 64 | STALEVO..... | 59 |
| SITZMARKS..... | 97 | STARLIX..... | 45 |
| SIVEXTRO..... | 34 | stavudine..... | 62 |
| SKELAXIN..... | 127 | STEGLATRO..... | 44 |
| SKLICE..... | 58 | STEGLUJAN..... | 45 |
| SKYCLARYS..... | 158 | STELARA..... | 122 |
| SKYLA..... | 95 | STENDRA..... | 155 |
| SKYRIZI..... | 142 | STIMATE..... | 116 |
| SKYTROFA..... | 119 | STIMUFEND..... | 93 |
| SLYND..... | 95 | STIOLTO RESPIMAT..... | 27 |
| sodium chloride..... | 112 | STIVARGA..... | 55 |
| sodium chloride for inhalation..... | 157 | STRATTERA..... | 137 |
| sodium chloride irrig..... | 141 | STRENSIQ..... | 157 |
| SODIUM CITRATE..... | 38 | STRIBILD..... | 63 |
| sodium fluoride..... | 104 | STROMECTOL..... | 48 |
| sodium phenylbutyrate..... | 106, 107 | SUBOXONE..... | 160 |
| sodium polystyrene..... | 105 | SUCRAID..... | 111 |
| sod, pot chlor/mag/sod, pot phos..... | 141 | sucralfate..... | 109 |
| SOFOSBUVIR..... | 65 | SULAR..... | 74 |
| SOGROYA..... | 119 | SULCONAZOLE..... | 42 |

Índice de medicamentos

| | | | |
|-------------------------------------|----------------------|------------------------|------------|
| sulfacetamide | 29, 37, 38, 143, 144 | TALZENNA | 55 |
| sulfact sod/sulur/avob/otn/oct..... | 38 | TAMIFLU | 64 |
| sulfadiazine | 30, 37 | tamoxifen | 56 |
| sulfamethoxazole/trimethoprim..... | 30 | tamsulosin | 160 |
| SULFAMILYLON | 38 | TAPAZOLE | 152 |
| sulindac | 26 | TAPERDEX | 118 |
| sumatriptan | 19 | TARCEVA | 55 |
| SUNLENCA | 60 | TARGADOX | 36 |
| SUNOSI | 140 | TARGRETIN | 51, 56 |
| SUPRANE | 23 | TARKA | 76 |
| SUPRAX | 32 | TARPEYO | 118 |
| SUPREP | 112 | TASCENSO | 87 |
| SURGIFOAM | 71 | TASIGNA | 55 |
| SURGISEAL | 147 | TASMAR | 59 |
| SURVANTA | 153 | tavorole | 41, 42 |
| SUSTIVA | 62 | TAVALISSE | 154 |
| SUTAB | 112 | TAVNEOS | 71 |
| SUTENT | 55 | TAYTULLA | 95 |
| SYMAX | 110 | tazarotene | 144 |
| SYMBICORT | 27 | TAZAROTENE | 152 |
| SYMBYAX | 140 | TAZORAC | 144 |
| SYMDEKO | 153 | TAZVERIK | 53 |
| SYMFI | 63 | TC99M | 96 |
| SYMJEPI | 66 | TDVAX | 70 |
| SYMLINPEN | 44 | TECFIDERA | 87 |
| SYMPAZAN | 88 | TEGRETOL | 91 |
| SYMPROIC | 39 | TEGSEDI | 156 |
| SYMTUZA | 61 | TEKTURNA | 81, 82 |
| SYNALAR | 37, 150 | telmisartan | 77, 78, 79 |
| SYNAREL | 119 | telmisartan-hctz | 78 |
| SYNDROS | 108 | temazepam | 140, 141 |
| SYNERA | 23 | TEMIXYS | 61 |
| SYNJARDY | 46 | TEMODAR | 51 |
| SYNTHROID | 152 | TEMOVATE | 150 |
| SYPRINE | 158 | temozolomide | 51 |
| T | | TENIVAC | 70 |
| TABLOID | 52 | tenofovir | 61, 62 |
| TABRECTA | 55 | TENORETIC | 81 |
| TACHOSIL | 72 | TENORMIN | 81 |
| TACLONEX | 151 | TEPMETKO | 55 |
| tacrolimus | 122, 123 | terazosin | 77 |
| tadalafil | 75, 155 | terbinafine | 40 |
| TADLIQ | 75 | terconazole | 40 |
| TAFINLAR | 52 | teriflunomide | 87 |
| TAGITOL | 97 | TERIPARATIDE | 156 |
| TAGRISSO | 55 | TERSI | 144 |
| TAKHZYRO | 69 | TESSALON | 95 |
| TALICIA | 109 | TESTIM | 115 |
| TALTZ | 142 | testosterone | 115, 116 |

Índice de medicamentos

| | | | |
|-------------------------------|------------|---------------------------------|-------------------|
| TESTOSTERONE | 115, 116 | tolterodine..... | 161 |
| TESTRED | 116 | tolvaptan..... | 97 |
| tetrabenazine..... | 86, 87 | TOLVAPTAN..... | 97 |
| tetracaine..... | 101 | TOPAMAX..... | 91 |
| tetracycline..... | 36 | TOPICORT..... | 150 |
| TETRAVISC..... | 101 | topiramate..... | 91 |
| TEXACORT..... | 150 | TOPROL..... | 81 |
| TEZSPIRE..... | 158 | toremifene..... | 56 |
| THALITONE..... | 99 | toremide..... | 98 |
| THALOMID..... | 31 | TOUJEO..... | 47 |
| THEO-24..... | 28 | TOVIAZ..... | 161 |
| theophylline..... | 28 | TRACLEER..... | 75 |
| THIOLA..... | 160 | TRADJENTA..... | 44 |
| thioridazine..... | 140 | tramadol er..... | 22 |
| thiothixene..... | 139 | tramadol hcl..... | 20, 22 |
| THROMBI..... | 72 | TRAMADOL HCL..... | 22 |
| THROMBIN..... | 72 | tramadol hcl/acetaminophen..... | 20 |
| THYQUIDITY..... | 153 | trandolapril..... | 76, 79 |
| thyroid..... | 153 | tranexamic..... | 71 |
| THYROID..... | 152, 153 | TRANSDERM..... | 108 |
| THYROLAR..... | 153 | TRANXENE..... | 129 |
| tiagabine..... | 89, 90, 91 | tranylcypromine..... | 129 |
| TIAZAC..... | 74 | TRAVATAN..... | 102 |
| TIBSOVO..... | 55 | travoprost..... | 102, 103 |
| ticlopidine..... | 60 | trazodone..... | 132 |
| TIGAN..... | 108 | TRECTOR..... | 32 |
| TIGLUTIK..... | 86 | TRELEGY ELLIPTA..... | 27 |
| TIKOSYN..... | 72 | TREMFYA..... | 142 |
| timolol..... | 81, 102 | TRESIBA..... | 48 |
| TIMOPTIC..... | 102 | TRETIN..... | 152 |
| TINDAMAX..... | 48 | tretinoin..... | 56, 143, 151, 152 |
| tinidazole..... | 48 | TREXALL..... | 52 |
| TIROSINT..... | 153 | TREZIX..... | 20 |
| TISSEEL..... | 147 | triamcinolone..... | 149, 150, 154 |
| TIVICAY..... | 63 | triamterene..... | 98 |
| tizanidine..... | 127 | triazolam..... | 140, 141 |
| TLANDO..... | 115 | TRIBENZOR..... | 77 |
| TOBI..... | 30 | trichloroacetic..... | 147 |
| TOBRADEX..... | 29 | TRICHLOROACETIC..... | 147 |
| TOBRADEX EYE DROPS..... | 29 | TRICOR..... | 85 |
| tobramycin..... | 29, 30, 31 | TRIDESILON..... | 150 |
| TOBRAMYCIN..... | 31 | trientine..... | 158 |
| tobramycin/dexamethasone..... | 29 | trifluoperazine..... | 140 |
| TOBREX..... | 30 | trifluridine..... | 64 |
| TOLAK..... | 56 | TRIGLIDE..... | 85 |
| tolbutamide..... | 45 | trihexyphenidyl..... | 58 |
| tolcapone..... | 59, 60 | TRIJARDY..... | 46 |
| tolmetin sodium..... | 26 | TRIKAFTA..... | 153 |
| TOLSURA..... | 40 | TRILEPTAL..... | 91 |

Índice de medicamentos

| | | | |
|-------------------------|-------------|-------------------------------------|------------|
| TRILIPIX | 85 | UROXATRAL | 160 |
| trimethobenzamide | 108 | URSO | 110 |
| trimethoprim | 30, 31 | ursodiol | 110 |
| trimipramine | 134 | UTA | 31 |
| TRIMO-SAN | 48 | V | |
| TRINTELLIX | 133 | VAGIFEM | 121 |
| TRIUMEQ | 61 | valacyclovir | 64 |
| TRIZIVIR | 61 | VALCHLOR | 57 |
| TROKENDI | 91 | VALCYTE | 64 |
| tropicamide | 103 | valganciclovir | 64 |
| TROPICAMIDE | 103 | VALIUM | 129 |
| tropium | 161 | valproic | 91 |
| TRUDHESA | 19 | valsartan | 77, 78, 79 |
| TRULANCE | 111 | valsartan/hydrochlorothiazide | 78 |
| TRULICITY | 43 | VALTOCO | 88 |
| TRUMENBA | 69 | VALTRESX | 64 |
| TRUSOPT | 103 | VANOCOCIN | 36 |
| TRUVADA | 61 | vancomycin | 36 |
| TUKYSA | 55 | VANOS | 150 |
| TURALIO | 55 | vardenafil | 155 |
| TUSSICAPS | 96 | VARIBAR | 97 |
| TUXARIN | 96 | VARIVAX | 71 |
| TUZISTRA | 96 | VARUBI | 109 |
| TWINRIX | 70 | VASCEPA | 106 |
| TWIRLA | 95 | VASERETIC | 76 |
| TYBLUME | 95 | VASHE | 142 |
| TYBOST | 153 | VASOTEC | 79 |
| TYKERB | 55 | VAXELIS | 70 |
| TYMLOS | 122 | VECAMYL | 79 |
| TYRVAYA | 158 | VECTICAL | 144 |
| TYVASO | 76 | VELPHORO | 105 |
| U | | VELTASSA | 105 |
| UBRELVY | 19 | VELTIN | 143 |
| UCERIS | 114, 118 | VEMLIDY | 65 |
| UDENYCA | 93 | VENCLEXTA | 55 |
| UKONIQ | 55 | venlafaxine | 132, 133 |
| ULESFIA | 58 | VENTAVIS | 76 |
| ULORIC | 24 | verapamil | 73, 74, 76 |
| ULTANE | 23 | VERDESO | 150 |
| ULTRACET | 20 | VEREGEN | 66 |
| ULTRAFOAM | 72 | VERELAN | 74 |
| ULTRAM | 22 | VERKAZIA | 103 |
| UPNEEQ | 101 | VERQUVO | 74 |
| UPTRAVI | 76 | VERSACLOZ | 138 |
| URAMAXIN | 146 | VERZENIO | 55 |
| urea | 37, 49, 146 | VESICARE | 161 |
| URIBEL | 31 | VFEND | 40 |
| UROCIT | 106 | V-GO | 124 |
| UROQID | 106 | VIAGRA | 155 |

Índice de medicamentos

| | | | |
|-------------------------------------|----------|------------------|-----|
| VIBERZI | 111 | WINLEVI | 49 |
| VIBRAMYCIN | 36 | WYNZORA | 151 |
| VICTOZA | 43 | X | |
| VIDEX | 62 | XADAGO | 60 |
| VIEKIRA | 64 | XALATAN | 103 |
| vigabatrin | 91, 92 | XALKORI | 55 |
| VIGAMOX | 30 | XANAX | 129 |
| VIIBRYD | 133 | XARELTO | 38 |
| VIJOICE | 154 | XATMEP | 52 |
| VIMPAT | 92 | XCLAIR | 145 |
| VIOKACE | 112 | XCOPRI | 92 |
| VIRACEPT | 63 | XELJANZ | 24 |
| VIRAMUNE | 62 | XELODA | 52 |
| VIREAD | 62 | XELPROS | 103 |
| VISTARIL | 42 | XELSTRYM | 68 |
| VISTOGARD | 154 | XENAZINE | 87 |
| VITAFOL | 128 | XENICAL | 57 |
| vite ac/grape/hyaluronic acid | 145 | XENLETA | 34 |
| VITRAKVI | 55 | XEPI | 37 |
| VIVELLE | 117 | XERESE | 66 |
| VIZIMPRO | 55 | XERMELO | 107 |
| VOGELXO | 116 | XHANCE | 99 |
| VOLTAREN | 142 | XIFAXAN | 35 |
| VOQUEZNA DUAL PAK | 109 | XIGDUO | 46 |
| VOQUEZNA TRIPLE PAK | 109 | XIIDRA | 103 |
| voriconazole | 40 | XIMINO | 36 |
| VORTEX | 126 | XOFLUZA | 64 |
| VOSEVI | 64 | XOLAIR | 28 |
| VOTRIENT | 55 | XOLEGEL | 42 |
| VOWST | 111 | XOPENEX | 27 |
| VOXZOGO | 158 | XOSPATA | 55 |
| VRAYLAR | 138, 139 | XPOVIO | 56 |
| VUITY | 103 | XTAMPZA ER | 22 |
| VUMERITY | 87 | XTANDI | 51 |
| VUSION | 42 | XULTOPHY | 43 |
| VYLEESI | 137 | XUREA | 146 |
| VYNDAMAX | 158 | XURIDEN | 105 |
| VYNDAQEL | 158 | XYOSTED | 116 |
| VYTORIN | 82 | XYREM | 140 |
| VYVANSE | 134, 135 | XYWAV | 140 |
| VYZULTA | 103 | Y | |
| W | | YASMIN | 95 |
| WAKIX | 92 | YAZ | 95 |
| warfarin | 38 | YERVOY | 56 |
| water for irrigation | 142 | YONSA | 51 |
| Wegovy | 57 | YOSPRALA | 60 |
| WELCHOL | 84 | YUFLYMA | 51 |
| WELLBUTRIN | 130 | YUSIMRY | 51 |
| WIDE SEAL DIAPHRAGM | 95 | Z | |

Índice de medicamentos

| | | | |
|-------------------|--------|-----------------|----------|
| zafirlukast..... | 28 | ZONALON..... | 144 |
| zaleplon..... | 141 | ZONEGRAN..... | 92 |
| ZANAFLEX..... | 127 | ZONISADE..... | 92 |
| ZARONTIN..... | 92 | zonisamide..... | 92 |
| ZARXIO..... | 93 | ZONTIVITY..... | 60 |
| ZAVESCA..... | 157 | ZORBITIVE..... | 119 |
| ZCORT..... | 118 | ZORTRESS..... | 123, 124 |
| Zegalogue..... | 105 | ZORYVE..... | 142 |
| ZEGERID..... | 114 | ZOSTAVAX..... | 71 |
| ZEJULA..... | 55 | ZOVIRAX..... | 64, 66 |
| ZELAPAR..... | 60 | ZTLIDO..... | 23 |
| ZELBORAF..... | 52 | ZUBSOLV..... | 160 |
| ZELNORM..... | 111 | ZUPLENZ..... | 109 |
| ZEMPLAR..... | 156 | ZYCLARA..... | 145 |
| ZENATANE..... | 143 | ZYDELIG..... | 55 |
| ZENPEP..... | 112 | ZYKADIA..... | 55 |
| ZENZEDI..... | 68 | ZYLET..... | 29 |
| ZEPATIER..... | 66 | ZYLOPRIM..... | 24 |
| ZEPOSIA..... | 87 | ZYPITAMAG..... | 84 |
| ZERVIAE..... | 43 | ZYPREXA..... | 138 |
| ZESTORETIC..... | 76 | ZYTIGA..... | 51 |
| ZESTRIL..... | 79 | ZYVOX..... | 34 |
| ZETIA..... | 85 | | |
| ZETONNA..... | 99 | | |
| ZIAC..... | 81 | | |
| ZIAGEN..... | 62 | | |
| ZIANA..... | 143 | | |
| zidovudine..... | 61, 62 | | |
| ZIEXTENZO..... | 93 | | |
| zileuton..... | 26 | | |
| ZILXI..... | 37 | | |
| ZIMHI..... | 39 | | |
| zinc..... | 146 | | |
| ZIOPTAN..... | 103 | | |
| ziprasidone..... | 138 | | |
| ZIRGAN..... | 64 | | |
| ZITHROMAX..... | 33, 34 | | |
| ZOCOR..... | 84 | | |
| ZOFRAN..... | 109 | | |
| ZOHYDRO ER..... | 22 | | |
| ZOKINVY..... | 154 | | |
| ZOLADEX..... | 53 | | |
| ZOLINZA..... | 51 | | |
| zolmitriptan..... | 19 | | |
| ZOLOFT..... | 132 | | |
| zolpidem..... | 141 | | |
| ZOLPIMIST..... | 141 | | |
| ZOMACTON..... | 119 | | |
| ZONACORT..... | 118 | | |

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 o enviando una carta a la siguiente dirección:

Cigna
Nondiscrimination Complaint Coordinator
PO Box 188016
Chattanooga, TN 37422

Si necesita asistencia para presentar una queja escrita, llame al número que figura en la parte de atrás de su tarjeta de identificación o envíe un mensaje de correo electrónico a ACAGrievance@Cigna.com. También puede presentar una queja en materia de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono:

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

Los formularios para presentar una queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



Todos los productos y servicios de Cigna son brindados exclusivamente por subsidiarias operativas de Cigna Corporation, o a través de ellas, que incluyen a Cigna Health and Life Insurance Company, Connecticut General Life Insurance Company, Evernorth Care Solutions, Inc., Evernorth Behavioral Health, Inc., Cigna Health Management, Inc. y HMO subsidiarias o compañías de servicios subsidiarias de Cigna Health Corporation y Cigna Dental Health, Inc. El nombre y los logos de Cigna, así como las demás marcas de Cigna, son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc. ATTENTION: If you speak languages other than English, language assistance services, free of charge are available to you. For current Cigna customers, call the number on the back of your ID card. Otherwise, call 1.800.244.6224 (TTY: Dial 711). ATENCIÓN: Si usted habla un idioma que no sea inglés, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Si es un cliente actual de Cigna, llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Si no lo es, llame al 1.800.244.6224 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Proficiency of Language Assistance Services

English – ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. For current Cigna customers, call the number on the back of your ID card. Otherwise, call 1.800.244.6224 (TTY: Dial 711).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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