



# Lista de medicamentos con receta Performance de 3 niveles de Cigna Healthcare

Cobertura a partir del 1 de enero de 2024

## Para el estado de California

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

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

Servicio al Cliente las 24 horas, los 7 días de la semana: [800.Cigna24 \(800.244.6224\)](tel:8002446224)

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

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

Ofrecido por: Cigna Health and Life Insurance Company, Connecticut General Life Insurance Company o sus afiliadas.  
927838SP h CA Performance 3-Tier 08/23 © 2023 Cigna Healthcare.





## ¿Qué encontrará adentro?

Información sobre esta Lista de medicamentos	3
Preguntas frecuentes	3
Palabras que quizás necesite conocer	10
Acerca de esta Lista de medicamentos	10
Cómo leer esta Lista de medicamentos	12
Cómo encontrar su medicamento	15
Lista de medicamentos con receta	16
Exclusiones y limitaciones de la cobertura	142
Índice de medicamentos	143

### Cómo ver la Lista de medicamentos en línea

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



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



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

### ¿Tiene preguntas?

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

\* Creación de la Lista de medicamentos:  
creada originalmente el 1 de enero de 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.** Para ayudar a reducir sus costos de cuidado de la salud totales, su plan no cubre determinados medicamentos de marca de alto costo que tienen alternativas de menor costo. Esto se debe a que estas opciones de menor costo actúan de una manera igual o similar al medicamento no cubierto. Si está tomando un medicamento que no está cubierto y su médico considera que un medicamento diferente no es adecuado para usted, su médico podrá pedirle a Cigna Healthcare que evalúe la posibilidad de aprobar ese medicamento a través de su proceso de revisión de la cobertura.

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

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

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

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

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

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

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

**R.** Inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan, para obtener más información sobre cómo cubre su plan sus medicamentos. Si su medicamento tiene la abreviatura **(PA)** o **(ST)** al lado del nombre, necesita aprobación para que su plan lo cubra. Si tiene la abreviatura **(QL)** al lado del nombre, es posible que necesite aprobación según la cantidad que le estén despachando. Si tiene la abreviatura **(AGE)** al lado del nombre, es posible que necesite aprobación según el rango de edad cubierto para el medicamento.

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

## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Preguntas frecuentes (cont.)

#### R. Medicamentos que:

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

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

##### R. Medicamentos que:

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

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

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

- Trastorno por déficit de atención (TDA)/ Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)
- 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 comunice con Cigna Healthcare para comenzar el proceso de revisión de la cobertura. Ellos saben cómo funciona el proceso de revisión y se ocuparán de todo por usted. Por si el personal del consultorio pregunta, pueden descargar un formulario de solicitud desde el portal para proveedores de Cigna Healthcare en [cignaforhcp.com](http://cignaforhcp.com).

Cigna Healthcare revisará la información que nos envíe su médico para asegurarse de que su medicamento cumpla con los requisitos de cobertura. Les enviaremos una carta a usted y a su médico para comunicarles la decisión y los próximos pasos. Esto puede demorar entre 1 y 5 días hábiles. Puede comunicarse con el consultorio de su médico para averiguar si ya se tomó una decisión. También puede

iniciar sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com** para consultar el estado de su aprobación. Haga clic en *Prescriptions* (Recetas) y seleccione *My Medications* (Mis medicamentos) del menú desplegable. Del lado izquierdo de la página, abajo de *Prior Authorization* (Autorización previa), haga clic en el botón *View List* (Ver lista).

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

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

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

R. Si su médico considera que su medicamento es necesario para su tratamiento y que una alternativa no es adecuada para usted, su médico podrá 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



## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Preguntas frecuentes (cont.)

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

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

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

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

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

**R.** Si usted y su médico consideran que un medicamento alternativo no será efectivo para usted, su médico podrá pedirle a Cigna Healthcare que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura de su medicamento actual. Pídale al personal del consultorio de su médico que se comunique con Cigna Healthcare para comenzar el proceso de revisión de la cobertura. Ellos saben cómo funciona el proceso de revisión y se ocuparán de todo por usted. Por si el personal del consultorio pregunta, pueden descargar un formulario de solicitud desde el portal para proveedores de Cigna Healthcare en [cignaforhcp.com](http://cignaforhcp.com).

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

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

- **Para las solicitudes no urgentes**, Cigna Healthcare les informará la decisión a usted y a su médico dentro de las 72 horas. Si se aprueba, la cobertura se proporcionará hasta que se extinga la receta (incluidas las renovaciones).
- **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

## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Preguntas frecuentes (cont.)

basada en circunstancias apremiantes, la solicitud se considerará aprobada y su plan no podrá negarse a cubrir el medicamento.

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

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

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

**R.** Cuando su farmacéutico trate de despacharle la receta, verá que el medicamento necesita 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.<sup>2</sup>

#### **P. ¿Qué es el costo compartido?**

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

## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Preguntas frecuentes (cont.)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**R.** Hay miles de farmacias minoristas en la red de su plan. Se incluyen las farmacias locales, los supermercados, las cadenas minoristas y las tiendas mayoristas; tiendas que seguramente ya frecuenta. Y algunas tiendas abren las 24 horas. Para buscar una farmacia de la red que le quede cerca, inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com**. Luego

haga clic en la pestaña *Prescriptions* (Recetas) y seleccione *Find a Pharmacy* (Buscar una farmacia) del menú desplegable.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- I. Inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com para pasar su receta electrónicamente.** Haga clic en la pestaña *Prescriptions* (Recetas) y seleccione *My*



## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Preguntas frecuentes (cont.)

*Medications* (Mis medicamentos) del menú desplegable. Luego simplemente haga clic en el botón que está al lado del nombre de su medicamento para pasar su(s) receta(s). O

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

### Accredo® para medicamentos de especialidad

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

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

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

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

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

### Estas son tres maneras sencillas de comenzar.

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

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

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

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

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

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

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

### **P. ¿Cómo despacho mi receta?**

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



## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Preguntas frecuentes (cont.)

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

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

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

Visite [Cigna.com/specialty](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](https://www.mycigna.com) para comprender mejor su cobertura de farmacia. Puede averiguar cuánto cuestan sus medicamentos, ver qué medicamentos cubre su plan, buscar una farmacia de la red, hacerle una pregunta a un farmacéutico, ver sus reclamos de farmacia y los detalles de la cobertura, y mucho más. También puede administrar sus pedidos de medicamentos con receta que tienen entrega a domicilio.

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

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

1. Revise su tarjeta de ID de Cigna Healthcare. Indica su costo compartido para los medicamentos del Nivel 1, del Nivel 2 y del Nivel 3.
2. Inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en [myCigna.com](https://www.mycigna.com) para ver información sobre su

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

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

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

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

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

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

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

## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Preguntas frecuentes (cont.)

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

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

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

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

**R.** Los medicamentos preventivos se usan para prevenir el desarrollo de determinadas condiciones o para evitar que vuelvan. Estas condiciones incluyen, entre otras, asma, depresión, diabetes, ataque al corazón, presión arterial alta, colesterol alto, osteoporosis, carencia 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 sujeto al requisito de tratamiento escalonado en

## Información sobre esta Lista de medicamentos

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

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

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

### Cómo leer esta Lista de medicamentos

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

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

### Niveles

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

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

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



## Información sobre esta Lista de medicamentos

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

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

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

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

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

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

## Información sobre esta Lista de medicamentos

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

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

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

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

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

## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Cómo encontrar su medicamento

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

Condición	Página	Condición	Página
<b>Analgésicos</b> (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	18-22	<b>Antiinfecciosos/Varios</b> (condiciones cutáneas)	46
<b>Analgésicos</b> (condiciones urinarias)	22	<b>Agentes inhibidores del factor de necrosis tumoral antiinflamatorios</b> (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	46-47
<b>Anestésicos</b> (varios)	22-23	<b>Antineoplásicos</b> (cáncer)	48-53
<b>Anestésicos</b> (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	23	<b>Antineoplásicos</b> (condiciones cutáneas)	53
<b>Anestésicos</b> (condiciones urinarias)	23	<b>Medicamentos contra la obesidad</b> (control del peso)	54
<b>Antialérgicos</b> (alergia y rociadores nasales)	23	<b>Antiparasitarios</b> (infecciones)	54-55
<b>Antiartríticos</b> (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	23-24	<b>Medicamentos antiparkinsonianos</b> (enfermedad de Parkinson)	55-56
<b>Antiasmáticos</b> (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	24-28	<b>Medicamentos antiplaquetarios</b> (diluyentes de la sangre/anticoagulantes)	56-57
<b>Antibióticos</b> (alergia/rociadores nasales)	28	<b>Antivíricos</b> (SIDA/VIH)	57-59
<b>Antibióticos</b> (medicamentos para los oídos)	28-29	<b>Antivíricos</b> (condiciones oculares)	59
<b>Antibióticos</b> (condiciones oculares)	29-30	<b>Antivíricos</b> (infecciones)	60
<b>Antibióticos</b> (infecciones)	30-35	<b>Antivíricos</b> (condiciones cutáneas)	61
<b>Antibióticos</b> (condiciones cutáneas)	36	<b>Medicamentos para el sistema nervioso autónomo</b> (alergia/rociadores nasales)	62
<b>Anticoagulantes</b> (diluyentes de la sangre/ anticoagulantes)	37- 38	<b>Medicamentos para el sistema nervioso autónomo</b> (enfermedad de Alzheimer)	62
<b>Antídotos</b> (condiciones gastrointestinales/ pirosis)	38	<b>Medicamentos para el sistema nervioso autónomo</b> (trastorno de déficit de atención e hiperactividad)	62-63
<b>Antídotos</b> (abuso de sustancias)	38-39	<b>Medicamentos para el sistema nervioso autónomo</b> (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	63
<b>Antimicóticos</b> (condiciones oculares)	39	<b>Medicamentos para el sistema nervioso autónomo</b> (condiciones urinarias)	63
<b>Antimicóticos</b> (productos femeninos)	39	<b>Productos biológicos</b> (alergia/rociadores nasales)	63
<b>Antimicóticos</b> (infecciones)	39	<b>Productos biológicos</b> (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	64
<b>Antimicóticos</b> (condiciones cutáneas)	39-40	<b>Productos biológicos</b> (varios)	64
<b>Antihistamínicos y descongestivos combinados</b> (alergia/rociadores nasales)	40	<b>Productos biológicos</b> (vacunas)	64-66
<b>Antihistamínicos</b> (alergia/rociadores nasales)	40-41	<b>Sangre</b> (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)	66-67
<b>Antihistamínicos</b> (condiciones oculares)	41		
<b>Antihiper glucémicos</b> (diabetes)	41-44		
<b>Antiinfecciosos</b> (productos femeninos)	44		
<b>Antiinfecciosos</b> (infecciones)	44		
<b>Antiinfecciosos/Varios</b> (productos femeninos)	45		
<b>Antiinfecciosos/Varios</b> (infecciones)	45-46		
<b>Antiinfecciosos/Varios</b> (varios)	46		

## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Cómo encontrar su medicamento (cont.)

Condición	Página	Condición	Página
Sangre (diluyentes de la sangre/ anticoagulantes)	67	Elect./calóricos/H2O (medicamentos para el colesterol)	94
Medicamentos para enfermedades cardíacas (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	68-70	Elect./calóricos/H2O (productos dentales)	94
Cardiovasculares (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	71	Elect./calóricos/H2O (diabetes)	95
Cardiovasculares (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	71-77	Elect./calóricos/H2O (varios)	95
Cardiovasculares (medicamentos para el colesterol)	77-79	Elect./calóricos/H2O (nutritivos/alimenticios)	95-97
Medicamentos para el sistema nervioso central (enfermedad de Alzheimer)	79-80	Gastrointestinales (medicamentos para el colesterol)	97
Medicamentos para el sistema nervioso central (varios)	80	Gastrointestinales (condiciones gastrointestinales/pirosis)	97-103
Medicamentos para el sistema nervioso central (esclerosis múltiple)	81	Gastrointestinales (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	103
Medicamentos para el sistema nervioso central (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	81	Hormonas (agentes hormonales)	103-108
Medicamentos para el sistema nervioso central (Trastornos convulsivos)	81-84	Hormonas (infertilidad)	108
Medicamentos para el sistema nervioso central (trastornos del sueño/sedantes)	84	Hormonas (varias)	109
Factores estimulantes de colonias (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)	84-85	Hormonas (productos para la osteoporosis)	109
Anticonceptivos (productos anticonceptivos)	85-87	Inmunosupresores (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	109-110
Preparaciones para la tos/el resfrío (alergia/rociadores nasales)	87	Inmunosupresores (condiciones cutáneas)	110
Preparaciones para la tos/el resfrío (medicamentos para la tos/el resfrío)	87-88	Inmunosupresores (medicamentos para trasplante)	110-111
Diagnóstico (varios)	88-89	Dispositivos y suministros médicos varios, no farmacológicos (diabetes)	111-112
Diuréticos (diuréticos)	89-90	Dispositivos y suministros médicos varios, no farmacológicos (varios)	112-114
Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (alergia/rociadores nasales)	91	Relajantes musculares (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	114
Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (medicamentos para los oídos)	91	Vitaminas prenatales (nutritivas/alimenticias)	115
Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (condiciones oculares)	92-94	Medicamentos psicoterapéuticos (ansiedad/depresión/trastorno bipolar)	115-119
		Medicamentos psicoterapéuticos (trastorno de déficit de atención e hiperactividad)	120-121
		Medicamentos psicoterapéuticos (varios)	121
		Medicamentos psicoterapéuticos (esquizofrenia/antipsicóticos)	121-124
		Medicamentos psicoterapéuticos (trastornos del sueño/sedantes)	124-125
		Preparaciones cutáneas (varias)	125
		Preparaciones cutáneas (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	126
		Preparaciones cutáneas (condiciones cutáneas)	126-132



## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Cómo encontrar su medicamento (cont.)

Condición	Página	Condición	Página
Agentes para dejar de fumar (productos para dejar de fumar)	132	Productos farmacológicos no clasificados (condiciones gastrointestinales/pirosis)	136
Preparaciones para la tiroides (agentes hormonales)	132-133	Productos farmacológicos no clasificados (agentes hormonales)	136
Productos farmacológicos no clasificados (SIDA/VIH)	133	Productos farmacológicos no clasificados (varios)	136-138
Productos farmacológicos no clasificados (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	133-134	Productos farmacológicos no clasificados (productos para la osteoporosis)	139
Productos farmacológicos no clasificados (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)	134	Productos farmacológicos no clasificados (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	139
Productos farmacológicos no clasificados (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	134	Productos farmacológicos no clasificados (abuso de sustancias)	139
Productos farmacológicos no clasificados (cáncer)	134	Productos farmacológicos no clasificados (medicamentos para trasplante)	140
Productos farmacológicos no clasificados (productos dentales)	135	Productos farmacológicos no clasificados (condiciones urinarias)	140
Productos farmacológicos no clasificados (disfunción eréctil)	135	Productos farmacológicos no clasificados (control del peso)	141
		Vitaminas (nutritivas/alimenticias)	141

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS Y BARBITÚRICOS</b>		
butalbital/acetaminophen	T1	
<b>ANALGÉSICOS, COMB. DE SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS</b>		
butalb-aspirin-caffe 50-325-40	T1	QL (6 tabs/day)
butalbital-asa-caffeine cap (Fiorinal)	T1	QL (6 caps/day)
FIORINAL (butalbital-aspirin-caffeine)	T3	QL (6 caps/day)
<b>ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS</b>		
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	QL (6 tabs/day)
ESGIC CAPSULE (zebutal)	T3	QL (6 caps/day)
FIORICET (phrenilin forte)	T1	QL (6 caps/day)
<b>ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS, SALICILATOS</b>		
choline salicyl/mag salicylate	T1	HD
diflunisal	T1	HD
<b>PREPARACIONES ANTIMIGRAÑOSAS</b>		
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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>PREPARACIONES ANTIMIGRAÑOSAS (cont.)</b>		
<i>sumatriptan</i>	T1	QL (2 boxes/30 days)
<i>sumatriptan 4 mg/0.5 ml cart</i>	T1	QL (4ml/30 days)
<i>sumatriptan 4 mg/0.5 ml inject</i>	T1	QL (4ml/30 days)
<i>sumatriptan 6 mg/0.5 ml cart</i>	T1	QL (4ml/30 days)
<i>sumatriptan 6 mg/0.5 ml inject</i>	T1	QL (4ml/30 days)
<i>sumatriptan 6 mg/0.5 ml syrng</i>	T1	QL (4ml/30 days)
<i>sumatriptan 6 mg/0.5 ml vial</i>	T1	QL (5ml/30 days)
<i>sumatriptan succ 100 mg tablet</i>	T1	QL (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)
<b>ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA</b>		
<i>diclofenac potassium</i>	T1	HD
<i>ketorolac 10 mg tablet</i>	T1	QL (20 tabs/25 days) HD
<i>ketorolac 15 mg/ml carpject</i>	T1	QL (40 ml/30 days) HD
<i>ketorolac 15 mg/ml isecure syr</i>	T1	QL (40 ml/30 days) HD
<i>ketorolac 15 mg/ml syringe</i>	T1	QL (40 ml/30 days) HD
<i>ketorolac 15 mg/ml vial</i>	T1	QL (40 ml/30 days) HD
<i>ketorolac 30 mg/ml carpject</i>	T1	HD
<i>ketorolac 30 mg/ml isecure syr</i>	T1	QL (20ml/30 days) HD
<i>ketorolac 30 mg/ml syringe</i>	T1	QL (20ml/30 days) HD
<i>ketorolac 30 mg/ml vial</i>	T1	QL (20ml/30 days) HD
<i>ketorolac 300 mg/10 ml vial</i>	T1	HD
<i>ketorolac 60 mg/2 ml carpject</i>	T1	QL (20ml/30 days) HD
<i>ketorolac 60 mg/2 ml syringe</i>	T1	QL (20ml/30 days) HD
<i>ketorolac 60 mg/2 ml vial</i>	T1	QL (20ml/30 days) HD
<i>mefenamic acid</i>	T1	HD
<b>ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANALGÉSICOS NO SALICILATOS</b>		
<i>acetamin-codein 300-30 mg/12.5</i>	T1	
<i>acetaminop-codeine 120-12 mg/5</i>	T1	
<i>acetaminophen-cod #2 tablet</i>	T1	PA
<i>acetaminophen-cod #3 tablet</i>	T1	PA

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANALGÉSICOS NO SALICILATOS (cont.)</b>		
<i>acetaminophen-cod #4 tablet</i>	T1	PA
APADAZ	T3	
BENZHYDROCODONE-ACETAMINOPHEN	T1	
<i>hydrocodone/acetaminophen</i>	T1	PA
<i>hydrocodone/acetaminophen</i> (Hydrocodone-acetaminophen)	T1	PA
<i>hydrocodone/acetaminophen</i> (Norco)	T1	PA
HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN	T1	PA
LORTAB	T1	PA
NALOCET	T1	PA
NORCO ( <i>lorcet hd</i> )	T3	PA
NORCO ( <i>lorcet plus</i> )	T3	PA
NORCO ( <i>lorcet</i> )	T3	PA
<i>oxycodone hcl/acetaminophen</i> (Nalocet)	T1	PA
<i>oxycodone hcl/acetaminophen</i> (Percocet)	T1	PA
<i>oxycodone hcl/acetaminophen</i> (Primlev)	T1	PA
PERCOCET ( <i>oxycodone-acetaminophen</i> )	T3	PA
PRIMLEV	T1	PA
<i>tramadol hcl/acetaminophen</i> (Ultracet)	T1	
ULTRACET ( <i>tramadol hcl-acetaminophen</i> )	T3	
<b>COMBINACIÓN DE ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS</b>		
<i>hydrocodone/ibuprofen</i>	T1	PA
<i>hydrocodone/ibuprofen</i> (Ibudone)	T1	PA
IBUDONE	T1	PA
<i>ibuprofen/oxycodone hcl</i>	T1	PA
<b>COMB. DE ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANALGÉSICOS SALICILATOS</b>		
<i>oxycodone hcl/aspirin</i>	T1	PA
<b>COMB. DE ANALGÉSICOS OPIOIDES, NO SALICILATOS Y XANTINAS</b>		
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
<b>ANALGÉSICOS OPIOIDES</b>		
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

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

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

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



## Lista de medicamentos con receta

ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANALGÉSICOS OPIOIDES (cont.)</b>		
<i>buprenorphine</i> (Butrans)	T1	QL (4 patches/28 days)
<i>butorphanol tartrate</i>	T1	PA QL (6 bots/30 days)
BUTRANS ( <i>buprenorphine</i> )	T3	QL (4 patches/28 days)
<i>codeine sulfate</i>	T1	PA
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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANALGÉSICOS OPIOIDES (cont.)</b>		
<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
ZOXYDRO ER ( <i>hydrocodone bitartrate er</i> )	T3	PA
<b>ANALGÉSICOS OPIOIDES Y SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS</b>		
<i>codeine/butalbital/asa/caffein</i> (Fiorinal With Codeine #3)	T1	PA
FIORINAL WITH CODEINE #3 ( <i>butalbital compound-codeine</i> )	T3	PA
<b>ANALGÉSICOS OPIOIDES, NO SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS</b>		
<i>butalbital/acetamin/caff/codeine</i>	T1	PA
<i>butalbital/acetamin/caff/codeine</i> (Fioricet With Codeine)	T1	PA
FIORICET WITH CODEINE ( <i>butalbital-acetaminophen-caff-codein</i> )	T3	PA
<b>RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS, ANALGÉSICOS SALICILATOS, OPIOIDES</b>		
<i>carisoprodol/aspirin/codeine</i>	T1	PA
<b>ANALGÉSICOS (Condiciones urinarias)</b>		
<b>AGENTES ANALGÉSICOS DE LAS VÍAS URINARIAS</b>		
ELMIRON	T2	
RIMSO-50	T2	
<b>ANESTÉSICOS (Varios)</b>		
<b>ANESTÉSICOS GENERALES, PARA INHALACIÓN</b>		
<i>desflurane</i> (Suprane)	T1	
<i>isoflurane</i>	T1	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANESTÉSICOS (Varios) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANESTÉSICOS GENERALES, PARA INHALACIÓN (cont.)</b>		
<i>isoflurane</i>	T3	
<i>sevoflurane</i> (Ultane)	T1	
SUPRANE	T3	
ULTANE ( <i>sevoflurane</i> )	T3	
<i>lidocaine hcl</i>	T1	
<b>ANESTÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)</b>		
<b>ANESTÉSICOS LOCALES TÓPICOS</b>		
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	
<b>ANESTÉSICOS (Condiciones urinarias)</b>		
<b>AGENTES ANESTÉSICOS/ANALGÉSICOS DE LAS VÍAS URINARIAS (COLORANTES AZODERIVADOS)</b>		
<i>phenazopyridine hcl</i> (Pyridium)	T1	
PYRIDIUM ( <i>phenazopyridine hcl</i> )	T3	
<b>ANTIALÉRGICOS (Alergia/rociadores nasales)</b>		
<b>ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS</b>		
<i>cromolyn 100 mg/5 ml oral conc</i> (Gastrocrom)	T1	
GASTROCROM ( <i>cromolyn sodium</i> )	T3	
<b>ANTIARTRÍTICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)</b>		
<b>ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS, SALICILATOS</b>		
DISALCID ( <i>salsalate</i> )	T3	HD
<i>salsalate</i> (Disalcid)	T1	HD
<b>AGENTES ANTIARTRÍTICOS Y QUELANTES</b>		
DEPEN ( <i>penicillamine</i> )	T3	PA SP
<i>penicillamine</i>	T1	PA SP

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

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

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

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

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

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



## Lista de medicamentos con receta

ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (INHIB. NO ESPECÍFICOS DE LA COX) Y ANÁLOGOS DE LA PROSTAGLANDINA</b>		
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
<b>ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA</b>		
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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

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

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

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

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

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

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANTIBIÓTICOS (Medicamentos para los oídos) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIBIÓTICOS ANTIINFLAMATORIOS</b>		
CIPRO HC	T2	
CIPRODEX ( <i>ciprofloxacin-dexamethasone</i> )	T3	
<i>ciprofloxacin hcl/dexameth</i> (Ciprodex)	T1	
CIPROFLOXACIN HCL-FLUOCINOLONE	T3	
OTOVEL	T3	
<b>ANTIBIÓTICOS (Condiciones oculares)</b>		
<b>COMBINACIONES DE ANTIBIÓTICOS PARA LOS OJOS Y GLUCOCORTICOIDES</b>		
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	
<b>SULFONAMIDAS PARA LOS OJOS</b>		
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	
<b>ANTIBIÓTICOS OFTÁLMICOS</b>		
AZASITE	T2	
BACIGUENT ( <i>bacitracin</i> )	T3	
<i>bacitracin</i> (Baciguent)	T1	
<i>bacitracin/polymyxin b sulfate</i>	T1	
BESIVANCE	T3	
CILOXAN	T2	
<i>erythromycin base</i>	T1	
<i>gatifloxacin</i> (Zymaxid)	T1	
<i>gentamicin sulfate</i>	T1	
<i>levofloxacin</i>	T1	
MOXEZA ( <i>moxifloxacin</i> )	T3	

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

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

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

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



## Lista de medicamentos con receta

<b>ANTIBIÓTICOS (Condiciones oculares) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTIBIÓTICOS OFTÁLMICOS (cont.)</b>		
<i>moxifloxacin hcl</i> (Moxeza)	T1	
<i>moxifloxacin hcl</i> (Vigamox)	T1	
<i>neomycin sulf/bacitracin/poly</i>	T1	
<i>neomycin/polymyxn b/gramicidin</i>	T1	
OCUFLOX ( <i>ofloxacin</i> )	T3	
<i>ofloxacin</i> (Ocuflax)	T1	
<i>polymyxin b sulf/trimethoprim</i> (Polytrim)	T1	
POLYTRIM ( <i>polymyxin b sul-trimethoprim</i> )	T3	
<i>tobramycin 0.3% eye drop</i> (Tobrex)	T1	
TOBREX	T2	
VIGAMOX ( <i>moxifloxacin</i> )	T3	
ZYMAXID ( <i>gatifloxacin</i> )	T3	
<b>ANTIBIÓTICOS (Infecciones)</b>		
<b>ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS DE 2.ª GENERACIÓN- ANTIBACTERIANOS</b>		
SOLOSEC	T2	
<b>AGENTES ANTIBACTERIANOS TIPO SULFONAMIDAS ABSORBIBLES</b>		
BACTRIM ( <i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i> )	T3	
BACTRIM DS ( <i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i> )	T3	
<i>sulfadiazine</i>	T1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	T1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	T3	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i> (Bactrim Ds)	T1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i> (Bactrim)	T1	
<b>ANTIBIÓTICOS AMINOGLUCÓSIDOS</b>		
ARIKAYCE	T3	PA SP
<i>gentamicin sulfate</i>	T1	
<i>gentamicin sulfate/pf</i>	T1	
KITABIS PAK	T3	PA QL (10ml/day) SP HD
<i>neomycin sulfate</i>	T1	
TOBI PODHALER	T2	PA QL (28 days therapy/56 days) SP HD
<i>tobramycin 1,200 mg/30 ml vial</i>	T1	
<i>tobramycin 1.2 gm vial</i>	T1	PA
<i>tobramycin 1.2 gram/30 ml vial</i>	T1	
<i>tobramycin 10 mg/ml vial</i>	T1	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTIBIÓTICOS AMINOGLUCÓSIDOS (cont.)</b>		
<i>tobramycin 300 mg/4 ml ampule</i>	T1	QL (8 ML/DAY) SP HD
<i>tobramycin 300 mg/5 ml ampule</i>	T1	PA QL (10ml/day) SP HD
<i>tobramycin 40 mg/ml vial</i>	T1	
<i>tobramycin 80 mg/2 ml vial</i>	T1	
TOBRAMYCIN PAK 300 MG/5 ML	T3	PA QL (10ml/day) SP HD
<b>AGENTES ANTIBACTERIANOS-ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS</b>		
FLAGYL ( <i>metronidazole</i> )	T3	
<i>metronidazole</i> (Flagyl)	T1	
<b>ANTIBIÓTICOS, ANTIBACTERIANOS, VARIOS</b>		
<i>fosfomicin tromethamine</i> (Monurol)	T1	
HIPREX ( <i>methenamine hippurate</i> )	T3	
<i>meth/meblue/sod phos/psal/hyos</i>	T1	
<i>meth/meblue/sod phos/psal/hyos</i>	T2	
<i>meth/meblue/sod phos/psal/hyos</i> (Uribel)	T1	
<i>methen/mbblue/sal/sod phos/hyos</i>	T1	
<i>methenam/m.blue/salicyl/hyoscy</i>	T1	
<i>methenam/sod phos/mbblue/hyoscy</i>	T1	
<i>methenam/sod phos/mbblue/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	
<b>ANTILEPROSOS</b>		
<i>dapsone</i>	T1	
THALOMID	T2	PA SP HD
<b>AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS</b>		
<i>ethambutol hcl</i>	T1	HD
<i>ethambutol hcl</i> (Myambutol)	T1	HD
<i>isoniazid</i>	T1	HD
MYAMBUTOL ( <i>ethambutol hcl</i> )	T3	HD
PASER	T2	HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS (cont.)</b>		
<i>pyrazinamide</i>	T1	HD
<i>rifabutin</i>	T1	HD
TRECTOR	T2	HD
<b>ANTIBIÓTICOS ANTITUBERCULOSOS</b>		
<i>cycloserine</i>	T1	
PRETOMANID	T3	PA QL (1 tab/day)
PRIFTIN	T3	
RIFAMATE	T2	
<i>rifampin</i>	T1	
RIFATER	T2	
SIRTURO	T3	SP
<b>BETALACTAMASAS</b>		
CAYSTON	T3	PA QL (3ml/day) SP HD
<b>ANTIBIÓTICOS CARBAPENÉMICOS (TIENAMICINAS)</b>		
<i>meropenem</i>	T1	
<b>ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 1.ª GENERACIÓN</b>		
<i>cefadroxil</i>	T1	
CEFAZOLIN 3 GM VIAL	T3	
<i>cephalexin</i>	T1	
<i>cephalexin</i> (Keflex)	T1	
DAXBIA	T3	
KEFLEX ( <i>cephalexin</i> )	T3	
<b>ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 2.ª GENERACIÓN</b>		
<i>cefaclor</i>	T1	
<i>cefprozil</i>	T1	
<i>cefuroxime axetil</i>	T1	
<b>ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 3.ª GENERACIÓN</b>		
<i>cefdinir</i>	T1	
<i>cefditoren pivoxil</i>	T1	
<i>cefixime</i> (Suprax)	T1	
<i>cefpodoxime proxetil</i>	T1	
<i>ceftriaxone sodium</i>	T1	
SUPRAX	T3	
SUPRAX ( <i>cefixime</i> )	T3	
<b>ANTIBIÓTICOS LINCOSAMIDAS</b>		
CLEOCIN HCL 150 MG CAPSULE ( <i>clindamycin hcl</i> )	T3	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIBIÓTICOS LINCOSAMIDAS (cont.)</b>		
CLEOCIN HCL 300 MG CAPSULE (clindamycin hcl)	T3	
CLEOCIN HCL 75 MG CAPSULE (clindamycin hcl)	T2	
CLEOCIN PEDIATRIC (clindamycin (pediatric))	T3	
clindamycin hcl (Cleocin Hcl)	T1	
clindamycin palmitate hcl (Cleocin Pediatric)	T1	
<b>ANTIBIÓTICOS MACRÓLIDOS</b>		
azithromycin 1 gm pwd packet (Zithromax)	T1	
azithromycin 100 mg/5 ml susp (Zithromax)	T1	
azithromycin 200 mg/5 ml susp (Zithromax)	T1	
azithromycin 200 mg/5 ml susp (Zithromax)	T1	
azithromycin 250 mg tablet (Zithromax)	T1	
azithromycin 500 mg tablet (Zithromax Tri-pak)	T1	
azithromycin 600 mg tablet	T1	
clarithromycin	T1	
DIFICID 200 MG TABLET	T3	QL (28 tabs/28 days)
DIFICID 40 MG/ML SUSPENSION	T3	QL (5ML/Day)
ERYPED 200 (erythromycin ethylsuccinate)	T3	
ery-tab dr 250 mg tablet	T3	
ery-tab dr 333 mg tablet	T2	
ERY-TAB DR 500 MG TABLET (erythromycin)	T3	
erythromycin base	T1	
erythromycin base (Ery-tab)	T1	
erythromycin ethylsuccinate	T1	
erythromycin ethylsuccinate	T2	
erythromycin ethylsuccinate (Eryped 200)	T1	
erythromycin stearate	T1	
PCE	T3	
ZITHROMAX 1 GM POWDER PACKET (azithromycin)	T3	
ZITHROMAX 100 MG/5 ML SUSP (azithromycin)	T3	
ZITHROMAX 200 MG/5 ML SUSP (azithromycin)	T3	
ZITHROMAX 200 MG/5 ML SUSP (azithromycin)	T3	
ZITHROMAX 250 MG TABLET (azithromycin)	T3	
ZITHROMAX 250 MG Z-PAK TABLET (azithromycin)	T3	
ZITHROMAX 500 MG TABLET (azithromycin)	T3	
ZITHROMAX TRI-PAK (azithromycin)	T3	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES ANTIBACTERIANOS DERIVADOS DE NITROFURANOS</b>		
FURADANTIN ( <i>nitrofurantoin</i> )	T3	
MACROBID ( <i>nitrofurantoin mono-macro</i> )	T3	
MACRODANTIN ( <i>nitrofurantoin</i> )	T3	
<i>nitrofurantoin</i> (Furadantin)	T1	
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> (Macrodantin)	T1	
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst</i> (Macrobid)	T1	
<b>ANTIBIÓTICOS OXAZOLIDINONAS</b>		
<i>linezolid</i> (Zyvox)	T1	PA
SIVEXTRO	T3	PA
ZYVOX ( <i>linezolid</i> )	T3	PA
<b>ANTIBIÓTICOS DE PENICILINA</b>		
<i>amoxicillin</i>	T1	
<i>amoxicillin/potassium clav</i>	T1	
<i>ampicillin trihydrate</i>	T1	
<i>dicloxacillin sodium</i>	T1	
MOXATAG	T3	
<i>penicillin v potassium</i>	T1	
<b>DERIVADOS DE LA PLEUROMUTILINA</b>		
XENLETA	T3	PA QL (10 tabs/30 days)
<b>ANTIBIÓTICOS DE QUINOLONAS</b>		
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	
<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	
<b>RIFAMICINAS Y ANTIBIÓTICOS DERIVADOS AFINES</b>		
AEMCOLO	T3	QL (12 tabs/3 days)

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

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

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

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



## Lista de medicamentos con receta

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

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Condiciones cutáneas)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIBIÓTICOS TÓPICOS</b>		
BENZAMYCIN ( <i>erythromycin-benzoyl peroxide</i> )	T3	
CENTANY	T3	
CENTANY AT	T3	
CLEOCINT ( <i>clindamycin phosphate</i> )	T3	
CLINDACIN ETZ KIT	T3	
CLINDACIN PAC	T3	
<i>clindamycin phosphate</i>	T1	
<i>clindamycin phosphate</i> (Cleocin T)	T1	
<i>clindamycin phosphate</i> (Evoclin)	T1	
<i>erythromycin base in ethanol</i>	T1	
<i>erythromycin base in ethanol</i>	T3	
<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i> (Benzamycin)	T1	
EVOCLIN ( <i>clindamycin phosphate</i> )	T3	
<i>gentamicin sulfate</i>	T1	
<i>mupirocin</i> (Centany)	T1	
<i>mupirocin calcium</i>	T1	
XEPI	T3	
<b>SULFONAMIDAS TÓPICAS</b>		
AVAR 9.5-5% CLEANSING PADS	T3	
<i>avar cleanser</i> (Rosanil)	T1	
AVAR LS	T3	
<i>mafenide acetate</i>	T1	
ROSANIL ( <i>sodium sulfacetamide-sulfur</i> )	T1	
SILVADENE ( <i>ssd</i> )	T3	
<i>silver sulfadiazine</i> (Silvadene)	T1	
<i>sulfacetamide sod/sulfur/urea</i>	T1	
<i>sulfacetamide sodium/sulfur</i>	T1	
<i>sulfacetamide sodium/sulfur</i> (Avar-e Green)	T1	
<i>sulfacetamide sodium/sulfur</i> (Rosanil)	T1	
<i>sulfacetamide/sulfur/cleansr23</i>	T1	
<i>sulfact sod/sulur/avob/otn/oct</i>	T1	
SULFAMYLON 8.5% CREAM	T2	
SULFAMYLON POWDER PACKET ( <i>mafenide acetate</i> )	T3	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

ANTICOAGULANTES (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTICOAGULANTES CUMARÍNICOS</b>		
<i>warfarin sodium</i>	T1	HD
<b>CITRATOS COMO ANTICOAGULANTES</b>		
ACD SOLUTION A	T3	
ACD-A	T3	
ANTICOAG SODIUM CITRATE 4% SOL	T3	
CITRATE PHOSPHATE DEXTROSE	T1	
SODIUM CITRATE	T1	
<b>INHIBIDORES DIRECTOS DEL FACTOR XA</b>		
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
<b>HEPARINA Y PREPARACIONES RELACIONADAS</b>		
ARIXTRA ( <i>fondaparinux sodium</i> )	T3	QL (1 syringe/day) SP
<i>enoxaparin 100 mg/ml syringe</i> (Lovenox)	T1	QL (2 syringes/day) SP
<i>enoxaparin 120 mg/0.8 ml syr</i> (Lovenox)	T1	QL (2 syringes/day) SP
<i>enoxaparin 30 mg/0.3 ml syr</i> (Lovenox)	T1	QL (2 syringes/day) SP
<i>enoxaparin 300 mg/3 ml vial</i> (Lovenox)	T1	QL (1 vial/day) SP
<i>enoxaparin 40 mg/0.4 ml syr</i> (Lovenox)	T1	QL (2 syringes/day) SP
<i>enoxaparin 60 mg/0.6 ml syr</i> (Lovenox)	T1	QL (2 syringes/day) SP
<i>enoxaparin 80 mg/0.8 ml syr</i> (Lovenox)	T1	QL (2 syringes/day) SP
<i>fondaparinux sodium</i> (Arixtra)	T1	QL (1 syringe/day) SP
FRAGMIN	T2	QL (2 ML/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 1,000 unit/500 ml-ns</i>	T1	
HEPARIN 2,000 UNIT/1,000 ML-NS ( <i>heparin sodium, porcine/ns/pf</i> )	T3	
<i>heparin 2,000 unit/1,000 ml-ns</i> (Heparin Sodium-0.9% Nacl)	T1	
HEPARIN 2,500 UNIT/500 ML-NS	T1	
HEPARIN 30,000 UNIT/1,000-NS	T1	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>HEPARINA Y PREPARACIONES RELACIONADAS (cont.)</b>		
HEPARIN 5,000 UNIT/1,000 ML-NS	T1	
HEPARIN 5,000 UNIT/500 ML-NS	T1	
heparin 50,000 unit/5 ml vial	T1	
heparin sod 1,000 unit/ml vial	T1	
heparin sod 10,000 unit/ml vl	T1	
heparin sod 20,000 unit/ml vl	T1	
heparin sod 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)	T3	QL (2 syringes/day) SP
LOVENOX 120 MG/0.8 ML SYRINGE (enoxaparin sodium)	T3	QL (2 syringes/day) SP
LOVENOX 150 MG/ML SYRINGE (enoxaparin sodium)	T3	QL (2 syringes/day) SP
LOVENOX 30 MG/0.3 ML SYRINGE (enoxaparin sodium)	T3	QL (2 syringes/day) SP
LOVENOX 300 MG/3 ML VIAL (enoxaparin sodium)	T3	QL (1 vial/day) SP
LOVENOX 40 MG/0.4 ML SYRINGE (enoxaparin sodium)	T3	QL (2 syringes/day) SP
LOVENOX 60 MG/0.6 ML SYRINGE (enoxaparin sodium)	T3	QL (2 syringes/day) SP
LOVENOX 80 MG/0.8 ML SYRINGE (enoxaparin sodium)	T3	QL (2 syringes/day) SP

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

ARGATROBAN 250MG/2.5ML VIAL	T3	
-----------------------------	----	--

### 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

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	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANTÍDOTOS (Abuso de sustancias) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTAGONISTAS OPIOIDES (CONT.)</b>		
<i>naloxone 4 mg/10 ml vial</i>	T1	
<i>naltrexone hcl</i>	T1	QL (180 tabs/30 days)
NARCAN	T2	QL (2 units/30 days)
ZIMHI	T3	QL (2 inj/day)
<b>ANTIMICÓTICOS (Condiciones oculares)</b>		
<b>AGENTES ANTIMICÓTICOS OFTÁLMICOS</b>		
NATACYN	T2	
<b>ANTIMICÓTICOS (Productos femeninos)</b>		
<b>ANTIMICÓTICOS VAGINALES</b>		
GYNAZOLE 1	T1	
<i>miconazole nitrate</i>	T1	
<i>terconazole</i>	T1	
<b>ANTIMICÓTICOS (Infecciones)</b>		
<b>AGENTES ANTIMICÓTICOS</b>		
ANCOBON ( <i>flucytosine</i> )	T3	
<i>clotrimazole</i>	T1	
CRESEMBA	T3	PA
<i>fluconazole</i>	T1	
<i>flucytosine</i> (Ancobon)	T1	
<i>itraconazole</i>	T1	
<i>ketoconazole</i>	T1	
ORAVIG	T3	
<i>posaconazole</i> (NOXAFIL)	T1	T1
<i>terbinafine hcl</i>	T1	
VFEND ( <i>voriconazole</i> )	T3	PA
<i>voriconazole</i> (Vfend)	T1	PA
<b>ANTIBIÓTICOS ANTIMICÓTICOS</b>		
<i>griseofulvin ultramicrosized</i> (Gris-peg)	T1	
<i>griseofulvin, microsize</i>	T1	
GRIS-PEG ( <i>griseofulvin ultramicrosized</i> )	T3	
<i>nystatin</i>	T1	
<b>ANTIMICÓTICOS (Condiciones cutáneas)</b>		
<b>ANTIMICÓTICO TÓPICO/ANTIINFLAMATORIO, AGENTE ESTEROIDE</b>		
<i>clotrimazole/betamethasone dip</i>	T1	

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

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

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

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



## Lista de medicamentos con receta

<b>ANTIMICÓTICOS (Condiciones cutáneas) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTIMICÓTICOS TÓPICOS</b>		
<i>ciclodan 0.77% cream</i>	T1	
CICLODAN 0.77% CREAM KIT	T3	
<i>ciclodan 8% solution</i>	T1	
<i>ciclopirox</i>	T1	
<i>ciclopirox olamine</i>	T1	
<i>ciclopirox olamine (Loprox)</i>	T1	
<i>econazole nitrate</i>	T1	
ECOZA	T3	
EXODERM	T1	
<i>ketoconazole</i>	T1	
<i>ketoconazole/skin cleanser 28</i>	T1	
LOPROX	T3	
LOPROX ( <i>ciclopirox</i> )	T3	
LULICONAZOLE	T1	
<i>naftifine hcl</i>	T1	
<i>naftifine hcl (Naftin)</i>	T1	
NAFTIN ( <i>naftifine hcl</i> )	T2	
<i>nystatin</i>	T1	
<i>nystatin/triamcinolone acet</i>	T1	
<b>ANTIHIAMÍNICOS Y DESCONGESTIVOS COMBINADOS (Alergia/rociadores nasales)</b>		
<b>COMBINACIÓN DE ANTIHIAMÍNICOS DE 1.ª GENERACIÓN Y DESCONGESTIVOS</b>		
<i>phenylephrine hcl/prometh hcl</i>	T1	
<b>COMBINACIÓN DE ANTIHIAMÍNICOS DE 2.ª GENERACIÓN Y DESCONGESTIVOS</b>		
CLARINEX-D 12 HOUR	T3	
<b>ANTIHIAMÍNICOS (Alergia/rociadores nasales)</b>		
<b>ANTIHIAMÍNICOS - 1.ª GENERACIÓN</b>		
<i>carbinoxamine maleate</i>	T1	
<i>clemastine fumarate</i>	T1	
<i>hydroxyzine hcl</i>	T1	
<i>hydroxyzine pamoate</i>	T1	
<i>hydroxyzine pamoate (Vistaril)</i>	T1	
<i>promethazine hcl</i>	T1	
VISTARIL ( <i>hydroxyzine pamoate</i> )	T3	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANTIHIAMÍNICOS (Alergia/rociadores nasales) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTIHIAMÍNICOS - 2.ª GENERACIÓN</b>		
<i>cetirizine hcl</i>	T1	HD
CLARINEX ( <i>desloratadine</i> )	T3	HD
<i>desloratadine 2.5 mg odt</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>desloratadine 5 mg odt</i>	T1	HD
<i>desloratadine 5 mg tablet</i> (Clarinet)	T1	HD
<b>ANTIHIAMÍNICOS (Condiciones oculares)</b>		
<b>ANTIHIAMÍNICOS PARA LOS OJOS</b>		
<i>azelastine hcl 0.05% drops</i>	T1	
BEPREVE	T3	
<i>epinastine hcl</i>	T1	
LASTACRAFT	T3	
<i>olopatadine hcl 0.1% eye drops</i>	T1	
<i>olopatadine hcl 0.2% eye drop</i> (Pataday)	T1	
PATADAY ( <i>olopatadine hcl</i> )	T3	
PAZEO	T2	
ZERVIATE	T2	
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes)</b>		
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, MIMÉTICOS DE INCRETINA (AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-I)</b>		
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
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 (2ML/28 Days) ST HD
TRULICITY 4.5 MG/0.5 ML PEN	T2	QL (2ML/28 Days) ST HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INSULINA, ACCIÓN PROLONGADA-AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-I</b>		
SOLIQUA 100-33	T2	HD
XULTOPHY 100-3.6	T2	HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTIHIPERGLUCÉM.-INHIB. DEL COTRANSPORT. DE SOD./GLUC. TIPO 2 (SGLT-2)</b>		
FARXIGA	T2	QL (1 tab/day) ST HD
JARDIANCE	T2	QL (1 tab/day) ST HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE DOPAMINA</b>		
CYCLOSET	T3	HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE LA ALFA-GLUCOSIDASA</b>		
<i>acarbose</i> (Precose)	T1	HD
GLYSET ( <i>miglitol</i> )	T3	HD
<i>miglitol</i> (Glyset)	T1	HD
PRECOSE ( <i>acarbose</i> )	T3	HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO ANÁLOGOS DE AMILINA</b>		
SYMLINPEN 120	T2	HD
SYMLINPEN 60	T2	HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO BIGUANIDAS</b>		
GLUCOPHAGE XR ( <i>metformin hcl er</i> )	T3	HD
<i>metformin hcl</i>	T1	HD
<i>metformin hcl</i> (Glucophage Xr)	T1	HD
<i>metformin hcl</i> (Riomet)	T1	HD
RIOMET ( <i>metformin hcl</i> )	T3	HD
RIOMET ER	T3	HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE DPP-4</b>		
JANUVIA	T2	QL (1 tab/day) ST HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO ESTIMULANTES DE LIBERACIÓN DE INSULINA</b>		
AMARYL ( <i>glimepiride</i> )	T3	HD
<i>chlorpropamide</i>	T1	HD
<i>glimepiride</i> (Amaryl)	T1	HD
<i>glipizide</i> (Glucotrol XI)	T1	HD
<i>glipizide</i> (Glucotrol)	T1	HD
GLUCOTROL ( <i>glipizide</i> )	T3	HD
GLUCOTROL XL ( <i>glipizide xl</i> )	T3	HD
<i>glyburide</i>	T1	HD
<i>glyburide, micronized</i> (Glynase)	T1	HD
GLYNASE ( <i>glyburide micronized</i> )	T3	HD
<i>nateglinide</i> (Starlix)	T1	HD
<i>repaglinide</i>	T1	HD
STARLIX ( <i>nateglinide</i> )	T3	HD
<i>tolbutamide</i>	T1	HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, COMB. DE INHIBIDORES DE SGLT-2 Y DPP-4</b>		
GLYXAMBI	T2	QL (1 tab/day) ST HD
QTERN	T2	QL (1 tab/day) ST HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS Y BIGUANIDAS</b>		
ACTOPLUS MET ( <i>pioglitazone-metformin</i> )	T3	HD
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i> (Actoplus Met)	T1	HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS Y SULFONILUREAS</b>		
DUETACT ( <i>pioglitazone-glimepiride</i> )	T3	HD
<i>pioglitazone hcl/glimepiride</i> (Duetact)	T1	HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, COMB. DE INHIBIDORES DE DPP-4 Y BIGUANIDAS</b>		
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
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, ESTIM. DE LIBERACIÓN DE INSULINA-BIGUANIDAS</b>		
<i>glipizide/metformin hcl</i>	T1	HD
<i>glyburide/metformin hcl</i>	T1	HD
<i>repaglinide/metformin hcl</i>	T1	HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS (AGONISTAS DE PPARG)</b>		
ACTOS ( <i>pioglitazone hcl</i> )	T3	HD
AVANDIA	T3	HD
<i>pioglitazone hcl</i> (Actos)	T1	HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS-BLOQUEADORES DE LOS RECEPTORES DE GLUCOCORTICOIDES</b>		
KORLYM	T3	PA SP
<b>ANTIPLERGLUCÉMICOS-COMB. DE INHIBIDORES DE SGLT-2 Y BIGUANIDAS</b>		
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
<b>ANTIHIPERGLUCÉM.-COMB. DE INHIB. DE SGLT-2, INHIB. DE DPP-4 Y BIGUANIDAS</b>		
TRIJARDY XR	T2	QL (1 tab/day) ST HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>INSULINAS</b>		
BASAGLAR KWIKPEN U-100	T2	QL (1.5ml/day) HD
HUMALOG 100 UNIT/ML CARTRIDGE	T2	QL (1.5ml/day) HD
HUMALOG 100 UNIT/ML VIAL	T2	QL (1.5ml/day) HD
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	T2	QL (1.5ml/day) HD
HUMALOG KWIKPEN U-100	T2	QL (1.5 ML/DAY) HD
HUMALOG KWIKPEN U-200	T2	QL (1 ML/DAY) HD
HUMALOG MIX 50-50	T2	QL (2ml/day) HD
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	T2	QL (2ml/day) HD
HUMALOG MIX 75-25	T2	QL (2ml/day) HD
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	T2	QL (2ml/day) HD
HUMULIN R U-500	T2	QL (1 ML/DAY) HD
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	T2	QL (1 ML/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 (2 ML/DAY) HD
LEVEMIR	T2	QL (1.5ml/day) HD
LEVEMIR FLEXTOUCH	T2	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 (1 ML/DAY) HD
SEMGLEE (YFGN) 100 UNIT/ML PEN, VIAL	T2	QL
TRESIBA	T2	QL (1.5ml/day) HD
TRESIBA FLEXTOUCH U-100	T2	QL (1.5ml/day) HD
TRESIBA FLEXTOUCH U-200	T2	QL (0.9ml/day) HD
<b>ANTIINFECIOSOS (Productos femeninos)</b>		
<b>SULFONAMIDAS VAGINALES</b>		
AVC	T3	
<b>ANTIINFECIOSOS (Infecciones)</b>		
<b>ANTIBIÓTICOS DE PENICILINA</b>		
<i>amoxicillin</i>	T1	
<i>amoxicillin/potassium clav (Augmentin Es-600)</i>	T1	

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

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

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

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



## Lista de medicamentos con receta

ANTIINFECIOSOS/VARIOS (Productos femeninos)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTISÉPTICOS VAGINALES</b>		
acetic acid/oxyquinoline	T1	
XACIATO	T3	
RELAGARD	T3	
RELAGARD ( <i>fem ph</i> )	T3	
TRIMO-SAN	T3	
<b>ANTIINFECIOSOS/VARIOS (Infecciones)</b>		
<b>ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS DE 2.ª GENERACIÓN- ANTIBACTERIANOS</b>		
TINDAMAX ( <i>tinidazole</i> )	T3	
<i>tinidazole</i>	T1	
<i>tinidazole</i> (Tindamax)	T1	
<b>AMEBICIDAS</b>		
<i>paromomycin sulfate</i>	T1	
<b>ANTHELMÍNTICOS</b>		
<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
<b>MEDICAMENTOS CONTRA LA MALARIA</b>		
<i>atovaquone/proguanil hcl</i> (Malarone)	T1	
<i>chloroquine ph 250 mg tablet</i>	T1	QL (56 tabs/365 days)
<i>chloroquine ph 500 mg tablet</i>	T1	
COARTEM	T3	PA QL (24 tabs/30 days)
DARAPRIM ( <i>pyrimethamine</i> )	T3	PA SP
<i>hydroxychloroquine sulfate</i> (Plaquenil)	T1	
KRINTAFEL	T3	PA QL (2 tabs/30 days)
MALARONE ( <i>atovaquone-proguanil hcl</i> )	T3	PA
<i>mefloquine hcl</i>	T1	
PLAQUENIL ( <i>hydroxychloroquine sulfate</i> )	T3	PA QL (30 tabs/365 days)
PRIMAQUINE ( <i>primaquine phosphate</i> )	T1	
<i>primaquine phosphate</i> (Primaquine)	T1	
<i>pyrimethamine 25 mg tablet</i> (Daraprim)	T1	PA
QUALAQUIN ( <i>quinine sulfate</i> )	T3	PA
<i>quinine sulfate</i> (Qalaquin)	T1	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

ANTIINFECIOSOS/VARIOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>MEDICAMENTOS ANTIPROTOZOARIOS, VARIOS</b>		
<i>atovaquone</i>	T1	
BENZNIDAZOLE	T3	
IMPAVIDO	T3	PA
LAMPIT	T3	
NEBUPENT ( <i>pentamidine isethionate</i> )	T3	
<i>pentamidine isethionate</i> (Nebupent)	T1	
<b>ANTIINFECIOSOS/VARIOS (Varios)</b>		
<b>AGENTES ANTIBACTERIANOS, VARIOS</b>		
<i>glycine urologic solution</i>	T1	
<i>glycine urologic solution</i>	T3	
<b>AGENTES SECADORES ANTISÉPTICOS TÓPICOS</b>		
<i>formaldehyde</i>	T1	
<b>ANTIINFECIOSOS/VARIOS (Condiciones cutáneas)</b>		
<b>ANTIMICÓTICOS TÓPICOS</b>		
CICLODAN 8% KIT	T3	
<i>ciclopirox/urea/camph/men/euc</i> (Ciclodan)	T1	
<b>AGENTES INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL ANTIINFLAMATORIOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)</b>		
<b>ANTIINFLAMATORIOS INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL</b>		
ADALIMUMAB-ADAZ	T2	PA QL (2 doses/28 days) SP
AMJEVITA(CF)	T2	PA QL(2 SYRINGES/28 DAYS) SP HD
AMJEVITA(CF) AUTOINJECTOR	T2	PA QL(2 AUTO-INJS/28 DAYS) SP HD
AVSOLA	T2	PA SP
CIMZIA 200 MG VIAL KIT	T2	PA QL (1 kit/28 days) SP HD
CIMZIA 2X200 MG/ML SYRINGE KIT	T2	PA QL (1 kit/28 days) SP HD
CIMZIA 2X200 MG/ML(X3) START KT	T2	PA QL (1 kit/year) SP HD
CYLTEZO (CF)	T2	PA QL (2 DOSES/28 DAYS) SP
ENBREL 25 MG KIT	T2	PA QL (8 vials/28 days) SP HD
ENBREL 25 MG/0.5 ML SYRINGE	T2	PA QL (8 syringes/28 days) SP HD
ENBREL 25 MG/0.5 ML VIAL	T2	PA QL (4 ML/28 Days) SP HD
ENBREL 50 MG/ML SYRINGE	T2	PA QL (4 syringes/28 days) SP HD
ENBREL MINI	T2	PA QL (4 cartridges/28 days) SP HD
ENBREL SURECLICK	T2	PA QL (4 syringes/28 days) SP HD
HUMIRA	T2	PA QL (2 syringes/28 days) SP HD
HUMIRA PEN	T2	PA QL (2 pens/28 days) SP HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIINFLAMATORIOS INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL (cont.)</b>		
HUMIRA PEN CROHN'S-UC-HS	T2	PA QL (1 kit/year) SP HD
HUMIRA PEN PSOR-UEVITS-ADOL HS	T2	PA QL (1 kit/year) SP HD
HUMIRA(CF)	T2	PA QL (2 syringes/28 days) SP HD
HUMIRA(CF) PEDIATRIC CROHN'S	T2	PA QL (1 kit/year) SP HD
HUMIRA(CF) PEN 40 MG/0.4 ML	T2	PA QL (2 pens/28 days) SP HD
HUMIRA(CF) PEN 80 MG/0.8 ML	T2	PA QL (1 kit/year) SP HD
HUMIRA(CF) PEN CROHN'S-UC-HS	T2	PA QL (1 kit/year) SP HD
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC	T2	PA QL (4 KITS/365 DAYS) SP HD
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS	T2	PA QL (1 kit/year) SP HD
HYRIMOZ	T2	PA QL(2 DOSES/28 DAYS)
INFLECTRA	T2	PA SP HD
REMICADE	T3	PA SP HD
SIMPONI 100 MG/ML PEN INJECTOR	T2	PA QL (1 injector/28 days) SP HD
SIMPONI 100 MG/ML SYRINGE	T2	PA QL (1 syringe/28 days) SP HD
SIMPONI 50 MG/0.5 ML PEN INJEC	T3	PA QL (1 injector/28 days) SP HD
SIMPONI 50 MG/0.5 ML SYRINGE	T3	PA QL (1 syringe/28 days) SP HD
SIMPONI ARIA	T2	PA SP HD
<b>ANP - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES X RETINOIDES (RXR) SELECTIVOS</b>		
<i>bexarotene (Targretin)</i>	T1	PA SP HD
TARGRETIN 75 MG CAPSULE ( <i>bexarotene</i> )	T3	PA SP HD
<b>ANTIBIÓTICOS ANTINEOPLÁSICOS</b>		
ADRIAMYCIN ( <i>doxorubicin hcl</i> )	T3	PA SP
<b>ANTINEOPLÁSICOS., INHIBIDORES DE LA HISTONA DEACETILASA (HDAC)</b>		
FARYDAK	T3	PA SP HD
ZOLINZA	T2	PA SP HD
<b>ANTINEOPLÁSICOS, ANTICUERPOS MONOCLONALES RECOMBINANTES INHIBIDORES DEL VEGF HUMANO</b>		
VEGZELMA	T3	PA SP
<b>AGENTES ANTINEOPLÁSICOS - ALQUILANTES</b>		
ALKERAN ( <i>melphalan</i> )	T3	SP
<i>bendamustine 100 mg vial</i>	T1	PA SP
<i>bendamustine 125 mg vial</i>	T1	PA SP
BENDAMUSTINE 100 MG/4 ML VIAL	T1	PA HD
CISPLATIN 50MG VIAL	T3	PA SP
CYCLOPHOSPHAMIDE 1GM/5ML	T3	
CYCLOPHOSPHAMIDE 2GM/10ML	T3	
CYCLOPHOSPHAMIDE 500MG/2.5MG VIAL	T3	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS - ALQUILANTES (cont.)</b>		
<i>cyclophosphamide</i>	T1	SP HD
GLEOSTINE	T2	
HYDREA ( <i>hydroxyurea</i> )	T3	
<i>hydroxyurea</i> (Hydrea)	T1	
LEUKERAN	T2	
<i>melphalan</i> (Alkeran)	T1	SP
MYLERAN	T2	
<i>temozolomide</i>	T1	PA SP HD
<i>temozolomide</i> (Temodar)	T1	PA SP HD
<b>AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS - ANTIANDROGÉNICOS</b>		
<i>abiraterone acetate</i>	T1	PA SP HD
<i>bicalutamide</i> (Casodex)	T1	
CASODEX ( <i>bicalutamide</i> )	T3	
ERLEADA 240MG TABLET	T2	PA SP HD
ERLEADA 60MG TABLET	T2	PA SP HD CSL
<i>flutamide</i>	T1	
<i>nilutamide</i>	T1	QL (4 tabs/day)
NUBEQA	T2	PA SP HD
XTANDI	T2	PA SP HD
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - ANTIMETABOLITOS</b>		
<i>capecitabine</i> (Xeloda)	T1	PA SP HD
DACOGEN 50 MG VIAL	T3	PA SP
GEMCITABINE 1MG/10ML	T3	PA SP
GEMCITABINE 1.5MG/15ML	T3	PA SP
GEMCITABINE 2MG/20ML	T3	PA SP
GEMCITABINE 200MG/2ML VIAL	T3	PA SP
INQOVI	T3	PA SP HD
LONSURF	T3	PA SP HD
<i>mercaptopurine</i>	T1	
<i>methotrexate sodium</i>	T1	
<i>methotrexate sodium/pf</i>	T1	
ONUREG	T3	PA QL (14 tabs/28 Days) SP
PURIXAN	T3	SP
TABLOID	T3	
TREXALL	T2	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - ANTIMETABOLITOS (cont.)</b>		
VIDAZA	T3	PA
XATMEP	T3	
XELODA ( <i>capecitabine</i> )	T3	PA SP HD
<b>ANTINEOPLÁSTICOS, ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-MUERTE PROGRAMADA-I (PD-I)</b>		
ZYNYZ	T3	PA SP
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA AROMATASA</b>		
<i>anastrozole</i> (Arimidex)	T1	HD PPACA
ARIMIDEX ( <i>anastrozole</i> )	T3	HD
AROMASIN ( <i>exemestane</i> )	T3	HD
<i>exemestane</i> (Aromasin)	T1	HD PPACA
FEMARA ( <i>letrozole</i> )	T3	HD
<i>letrozole</i> (Femara)	T1	HD
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA BRAF</b>		
BRAFTOVI	T3	PA SP HD
TAFINLAR	T3	PA SP HD
ZELBORAF	T3	PA SP HD
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA VÍA DE HEDGEHOG</b>		
DAURISMO	T3	PA SP HD
ERIVEDGE	T2	PA SP HD
ODOMZO	T3	PA SP HD
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK)</b>		
JAKAFI	T3	PA SP HD
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDOR DE LA PROTEÍNA KRAS</b>		
LUMAKRAS 120 MG TABLET	T3	PA QL(8 TABS/DAY) SP HD CSL
LUMAKRAS 320 MG TABLET	T3	PA QL(3 TABS/DAY) SP HD CSL
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA MEKI Y MEK2</b>		
COTELLIC	T3	PA SP HD
KOSELUGO 10 MG CAPSULE	T3	PA QL (10 capsules/day) SP
KOSELUGO 25 MG CAPSULE	T3	PA QL (4 caps/day) SP
MEKINIST	T3	PA SP HD
MEKTOVI	T3	PA SP HD
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA MTOR</b>		
AFINITOR	T3	PA SP HD
AFINITOR ( <i>everolimus</i> )	T3	PA SP HD
AFINITOR DISPERZ	T3	PA SP

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA MTOR (cont.)</b>		
<i>everolimus 2.5 mg tablet (Afinitor)</i>	T1	PA SP HD
<i>everolimus 5 mg tablet (Afinitor)</i>	T1	PA SP HD
<i>everolimus 7.5 mg tablet (Afinitor)</i>	T1	PA SP HD
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA PROTEÍNA METILTRANSFERASA</b>		
TAZVERIK	T3	PA SP
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA TOPOISOMERASA I</b>		
HYCAMTIN	T3	PA SP HD
<b>ANTINEOPLÁSTICOS COMB. - INHIBIDORES DE LA QUINASA Y LA AROMATASA</b>		
KISQALI FEMARA CO-PACK	T2	PA QL (1 PACK/28 DAYS) SP HD CSL
KISQALI 600MG	T2	PA QL(63/28 DAYS) SP HD CSL
KISQALI 400MG	T2	PA QL(42/28 DAYS) SP HD CSL
KISQALI 200MG	T2	PA QL(21/28 DAYS) SP HD CSL
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - ANTICUERPOS MONOCLONALES BLOQUEADORES DE LOS RECEPTORES DEL EGF</b>		
OGIVRI	T2	PA SP
PHESGO	T3	PA SP HD
<b>AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS INMUNOMODULADORES</b>		
<i>lenalidomide</i>	T1	PA QL(1 TAB/DAY) SP HD CSL
POMALYST	T3	PA SP HD
REVLIMID	T2	PA SP HD
<b>AGONISTAS DE LHRH (GNRH) ANTINEOPLÁSTICOS, SUPR. HIPOFISARIOS</b>		
<i>leuprolide acetate</i>	T1	PA SP HD
LEUPROLIDE DEPOT	T3	PA SP HD
LUPRON DEPOT	T2	PA SP HD
ZOLADEX	T2	PA SP HD
<b>ANTAGONISTAS DE LHRH (GNRH) ANTINEOPLÁSTICOS, SUPR. HIPOFISARIOS</b>		
FIRMAGON	T3	PA SP HD
ORGOVYX	T3	PA SP
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS</b>		
ALECENSA	T2	PA QL(8 TABS/DAY) SP HD CSL
ALUNBRIG	T3	PA SP HD
AYVAKIT	T3	PA QL (1 tab/day) SP
BALVERSA	T3	PA SP
BOSULIF	T3	PA SP HD
BORTEZOMIB 3.5MG IV VIAL	T3	PA SP
BRUKINSA	T2	PA QL (4 caps/day) SP

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

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

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

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



## Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS (cont.)</b>		
CABOMETYX	T3	PA SP HD
CALQUENCE	T3	PA SP
CAPRELSA	T3	PA SP
COMETRIQ	T3	PA SP HD
COPIKTRA	T3	PA SP
<i>erlotinib hcl</i>	T1	PA SP HD
EXKIVITY	T3	PA SP HD
FOTIVDA	T3	PA QL (30 caps/30 days) SP HD
GAVRETO	T3	PA QL (4 tabs/Day) SP HD
<i>gefitinib</i>	T1	PA SP HD CSL
GILOTRIF	T3	PA SP HD
GLEEVEC ( <i>imatinib mesylate</i> )	T3	PA SP HD
IBRANCE	T2	PA QL SP HD
ICLUSIG	T3	PA SP
<i>imatinib mesylate</i> (Gleevec)	T1	SP HD
IMBRUVICA	T2	PA SP
INLYTA	T3	PA SP HD
INREBIC	T3	PA SP HD
IRESSA	T3	PA SP HD
KISQALI	T3	PA SP HD
<i>lapatinib ditosylate</i> (Tykerb)	T1	PA SP HD
LENVIMA	T3	PA SP HD
LORBRENA	T3	PA SP HD
LYNPARZA	T2	PA SP HD
LYTGOBI 12 MG DAILY DOSE (3X 4MG TB)	T3	PA QL (3 TABS/DAY) SP CSL
LYTGOBI 16 MG DAILY DOSE (4X 4MG TB)	T3	PA QL (4 TABS/DAY) SP CSL
LYTGOBI 20 MG DAILY DOSE (5X 4MG TB)	T3	PA QL (5 TABS/DAY) SP CSL
NERLYNX	T3	PA SP HD
NINLARO	T3	PA SP HD
PEMAZYRE	T3	PA QL (14 tabs/21 days) SP
PIQRAY	T3	PA SP HD
QINLOCK	T3	PA QL (3 tabs/day) SP
RETEVMO 40 MG CAPSULE	T3	PA QL (6 caps/day) SP HD
RETEVMO 80 MG CAPSULE	T3	PA QL (4 tabs/day) SP HD
ROZLYTREK	T3	PA SP HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS (cont.)</b>		
RUBRACA	T2	PA SP
RYDAPT	T3	PA SP HD
SCEMBLIX	T3	PA QL (2 tablets/day) SP HD
SPRYCEL	T2	PA SP HD
STIVARGA	T3	PA SP HD
SUTENT	T2	PA SP HD
TALZENNA	T3	PA SP HD
TABRECTA	T3	PA QL (4 tabs/day) SP HD
TAGRISO	T3	PA SP HD
TURALIO 125 MG CAPSULE	T3	PA QL(4 CAPS/DAY) SP CSL
TURALIO 200 MG CAPSULE	T3	PA SP CSL
TASIGNA	T2	PA SP HD
TEPMETKO	T3	PA QL (2 tabs/day) SP
TUKYSA	T3	PA SP
TYKERB ( <i>lapatinib</i> )	T3	PA SP HD
UKONIQ	T3	PA QL (4 tabs/day) SP
VERZENIO	T2	PA QL (120ML/DAY) SP HD
VITRAKVI	T3	PA SP HD
VIZIMPRO	T3	PA SP HD
VOTRIENT	T3	PA SP HD
XALKORI	T3	PA SP HD
XOSPATA	T3	PA SP
ZEJULA	T2	PA SP
ZYDELIG	T3	PA SP HD
ZYKADIA	T3	PA SP HD
<b>ANTINEOPLÁSTICOS, ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-MUERTE PROGRAMADA-I (PD-I)</b>		
OPDIVO	T3	PA SP HD
<b>ANTINEOPLÁSTICOS-INHIBIDORES DE LINFOMA DE CÉLULAS B-2 (BCL-2)</b>		
VENCLEXTA	T3	PA SP
VENCLEXTA STARTING PACK	T3	PA SP
<b>ANTINEOPLÁSTICOS-INHIBIDORES DE LA ISOCITRATO DESHIDROGENASA</b>		
IDHIFA	T3	PA SP HD
REZLIDHIA	T3	PA QL(2 CAPS/DAY) SP CSL
TIBSOVO	T3	PA SP

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>FÁRMACOS INMUNOCONJUGADOS ANTINEOPLÁSTICOS</b>		
ENHERTU	T3	PA SP HD
<b>ANTINEOPLÁSTICOS, VARIOS</b>		
MATULANE	T2	SP
<i>tretinoin 10 mg capsule</i>	T1	PA
<b>ANTINEOPLÁSTICOS-INHIB. SELECT. DE LA EXP. NUCLEAR (SINE)</b>		
XPOVIO	T3	PA SP
<b>ANTICUERPO MONOCLONAL AL RECEPTOR ANTÍGENO DEL LINFOCITO T CITOTÓXICO (CTLA-4)</b>		
IMJUDO	T3	PA SP HD
YERVOY	T3	PA SP HD
<b>INMUNOMODULADORES</b>		
ACTIMMUNE	T2	PA SP HD
INTRON A	T2	PA SP HD
<b>MODULADORES SELECTIVOS DE RECEPTORES ESTROGÉNICOS (SERM)</b>		
FARESTON ( <i>toremifene citrate</i> )	T3	QL (2 tabs/day) HD
SOLTAMOX	T3	HD
<i>tamoxifen citrate</i>	T1	HD PPACA
<i>toremifene citrate (Fareston)</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<b>ANTINEOPLÁSTICOS ESTEROIDES</b>		
EMCYT	T2	SP HD
<i>megestrol acetate</i>	T1	
<b>ANTINEOPLÁSTICOS (Condiciones cutáneas)</b>		
<b>ANTINEOPLÁSTICOS TÓPICOS FOTOACT., LESIONES PREMALIGNAS</b>		
LEVULAN	T3	SP
<b>AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS TÓPICOS PARA LESIONES PREMALIGNAS</b>		
EFUDEX ( <i>fluorouracil</i> )	T3	
FLUOROPLEX	T2	
<i>fluorouracil</i>	T1	
<i>fluorouracil (Efudex)</i>	T1	
PANRETIN	T3	SP HD
PICATO	T2	
TARGRETIN 1% GEL	T3	SP HD
TOLAK	T3	
VALCHLOR	T3	SP HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS CONTRA LA OBESIDAD (Control del peso)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANOREXÍGENOS CONTRA LA OBESIDAD</b>		
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	
<b>AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA MELANOCORTINA 4 CONTRA LA OBESIDAD</b>		
IMCIVREE	T3	PA QL (9 ML/22 DAYS) SP
<b>AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DEL PÉPTIDO SIMILAR AL GLUCAGÓN TIPO I CONTRA LA OBESIDAD</b>		
SAXENDA	T3	PA
WEGOVY	T2	PA QL (1 BOX/MONTH)
<b>AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA SEROTONINA 2C CONTRA LA OBESIDAD</b>		
BELVIQ	T3	PA
BELVIQ XR	T3	PA
<b>ANTAG. OPIOIDES-INHIB. DE LA RECAPT. DE NOREPINEFRINA Y DOPAMINA CONTRA LA OBESIDAD</b>		
CONTRAVE	T3	PA
<b>AGENTES QUE REDUCEN LA ABSORCIÓN DE GRASAS</b>		
XENICAL	T3	PA
<b>ANTIPARASITARIOS (Infecciones)</b>		
<b>ANTIPARASITARIOS</b>		
ALINIA	T3	
ALINIA ( <i>nitazoxanide</i> )	T3	
<i>nitazoxanide</i> (Alinia)	T1	
<b>ANTIPARASITARIOS TÓPICOS</b>		
<i>crotamiton</i> (Eurax)	T1	
ELIMITE ( <i>permethrin</i> )	T3	
EURAX 10% CREAM	T2	
EURAX 10% LOTION	T3	
<i>ivermectin</i> (Sklice)	T1	
NATROBA ( <i>spinosad</i> )	T3	
<i>permethrin</i> (Elimite)	T1	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

ANTIPARASITARIOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIPARASITARIOS TÓPICOS (cont.)</b>		
SKLICE ( <i>ivermectin</i> )	T3	
<i>spinosad</i> (Natroba)	T1	
ULESFIA	T3	
<b>MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS (Enfermedad de Parkinson)</b>		
<b>MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, ANTICOLINÉRGICOS</b>		
<i>benztropine mesylate</i>	T1	HD
<i>trihexphenidyl hcl</i>	T1	HD
<b>MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, OTROS</b>		
<i>amantadine hcl</i>	T1	HD
APOKYN	T3	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
DUOPA	T3	SP HD
<i>entacapone</i> (Comtan)	T1	HD
INBRIJA	T3	PA SP HD
KYNMOBI	T2	PA HD
MIRAPEX ER 0.375 MG TABLET ( <i>pramipexole er</i> )	T3	QL (1 tab/day) HD
MIRAPEX ER 0.75 MG TABLET ( <i>pramipexole er</i> )	T3	HD
MIRAPEX ER 1.5 MG TABLET ( <i>pramipexole er</i> )	T3	QL (1 tab/day) HD
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

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS (Enfermedad de Parkinson) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, OTROS (cont.)</b>		
NEUPRO	T3	HD
NOURIANZ	T3	PA QL (1 tab/day) SP HD
OSMOLEX ER	T3	QL (1 tab/day) HD
PARLODEL ( <i>bromocriptine mesylate</i> )	T3	HD
<i>pramipexole di-hcl</i>	T1	HD
<i>pramipexole er 0.375 mg tablet</i> (Mirapex Er)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>pramipexole er 0.75 mg tablet</i> (Mirapex Er)	T1	HD
<i>pramipexole er 1.5 mg tablet</i> (Mirapex Er)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>pramipexole er 2.25 mg tablet</i> (Mirapex Er)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>pramipexole er 3 mg tablet</i> (Mirapex Er)	T1	HD
<i>pramipexole er 3.75 mg tablet</i> (Mirapex Er)	T1	HD
<i>pramipexole er 4.5 mg tablet</i> (Mirapex Er)	T1	HD
<i>rasagiline mesylate 0.5 mg tab</i> (Azilect)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>rasagiline mesylate 1 mg tab</i> (Azilect)	T1	HD
<i>ropinirole hcl</i>	T1	HD
RYTARY	T3	HD
<i>selegiline hcl</i>	T1	HD
SINEMET 10-100 ( <i>carbidopa-levodopa</i> )	T3	HD
SINEMET 25-100 ( <i>carbidopa-levodopa</i> )	T3	HD
SINEMET 25-250 ( <i>carbidopa-levodopa</i> )	T3	HD
STALEVO 100 ( <i>carbidopa-levodopa-entacapone</i> )	T3	HD
STALEVO 125 ( <i>carbidopa-levodopa-entacapone</i> )	T3	HD
STALEVO 150 ( <i>carbidopa-levodopa-entacapone</i> )	T3	HD
STALEVO 200 ( <i>carbidopa-levodopa-entacapone</i> )	T3	HD
STALEVO 50 ( <i>carbidopa-levodopa-entacapone</i> )	T3	HD
STALEVO 75 ( <i>carbidopa-levodopa-entacapone</i> )	T3	HD
TASMAR ( <i>tolcapone</i> )	T3	HD
<i>tolcapone</i> (Tasmar)	T1	HD
XADAGO	T3	ST HD
<b>INHIBIDORES DE LA DESCARBOXILASA</b>		
<i>carbidopa</i>	T1	
<b>MEDICAMENTOS ANTIPLAQUETARIOS (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)</b>		
<b>INHIBIDORES DE LA AGRUPACIÓN PLAQUETARIA</b>		
<i>aspirin/dipyridamole</i>	T1	HD
BRILINTA	T2	HD

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

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

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

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



## Lista de medicamentos con receta

<b>MEDICAMENTOS ANTIPLAQUETARIOS (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>INHIBIDORES DE LA AGRUPACIÓN PLAQUETARIA (cont.)</b>		
<i>cilostazol</i>	T1	HD
<i>clopidogrel bisulfate</i>	T1	HD
<i>clopidogrel bisulfate (Plavix)</i>	T1	HD
<i>dipyridamole</i>	T1	HD
EFFIENT ( <i>prasugrel hcl</i> )	T3	HD
PLAVIX ( <i>clopidogrel</i> )	T3	HD
<i>prasugrel hcl (Effient)</i>	T1	HD
<i>ticlopidine hcl</i>	T1	HD
ZONTIVITY	T3	HD
<b>AGENTES REDUCTORES DE PLAQUETAS</b>		
AGRYLIN ( <i>anagrelide hcl</i> )	T3	
<i>anagrelide hcl</i>	T1	
<i>anagrelide hcl (Agrylin)</i>	T1	
<b>ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH)</b>		
<b>ANTIRRETROVIRALES-INHIBIDORES DE LA CÁPSIDE</b>		
SUNLENCA 463.5 MG/1.5 ML VIAL	T3	PA SP
SUNLENCA 4- 300 MG TABLET	T3	PA QL(5 TABS/180 DAYS) SP
SUNLENCA 5- 300 MG TABLET	T3	PA QL(5 TABS/180 DAYS) SP
<b>ANTIRRETROVIRALES-COMB. DE INHIBIDORES DE LA INTEGRASA Y NNRTI</b>		
CABENUVA	T3	PA SP
JULUCA	T2	SP
<b>ANTIRRETROVIRALES-COMB. DE INHIBIDORES DE LA INTEGRASA Y NRTI</b>		
DOVATO	T2	SP
<b>ANTIRRETROVIRALES-COMB. DE NRTI E INHIBIDORES DE LA INTEGRASA</b>		
TRIUMEQ	T2	SP
<b>ANTIRRETROVIRALES-NUCLEÓSIDOS, NUCLEÓTIDOS, INHIB. DE LA PROTEASA</b>		
SYM TUZA	T2	SP
<b>ANTIVÍRICOS - ESPEC. PARA VIH, INHIB. DE LA PROTEASA NO PEPTÍDICOS</b>		
APTIVUS	T2	PA SP
PREZCOBIX	T3	PA SP
PREZISTA	T2	SP

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTIVÍRICOS - ESPEC. PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS-NUCLEÓTIDOS</b>		
CIMDUO	T3	PA SP
DESCOBY	T2	PA SP PPACA
<i>emtricitabine-tenofv 100-150mg</i>	T1	SP
<i>emtricitabine-tenofv 133-200mg</i>	T1	SP
<i>emtricitabine-tenofv 167-250mg</i>	T1	SP
<i>emtricitabine-tenofv 200-300mg</i>	T1	SP PPACA
TEMIXYS	T3	PA SP
<b>ANTIVÍRICOS - ESPEC. PARA VIH, COMB. ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS, RTI</b>		
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	T1	PA SP
<i>abacavir/lamivudine/zidovudine</i>	T1	PA SP
<i>lamivudine/zidovudine</i>	T1	SP
<b>ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, ANTAG. DEL CO-RECEPTOR CCR5</b>		
SELZENTRY	T2	PA SP
<b>ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA FIJACIÓN DE LA CD4</b>		
RUKOBIA	T3	PA QL (2 SYRINGE/DAY) SP
<b>ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA FUSIÓN</b>		
FUZEON	T2	PA SP
<b>ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, NO NUCLEÓSIDOS, RTI</b>		
EDURANT	T3	PA SP
<i>efavirenz</i>	T1	PA SP
<i>nevirapine</i>	T1	PA SP
PIFELTRO	T3	PA SP
<b>ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS, RTI</b>		
<i>abacavir sulfate</i>	T1	PA SP
<i>emtricitabine (Emtriva)</i>	T1	PA SP
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	T2	PA SP
<i>lamivudine 10 mg/ml oral soln</i>	T1	SP
<i>lamivudine 150 mg tablet</i>	T1	SP
<i>lamivudine 300 mg tablet</i>	T1	PA SP
<i>zidovudine</i>	T1	SP
<b>ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓTIDOS, RTI</b>		
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	T1	PA SP
VIREAD	T2	PA SP
<b>ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, COMB. DE INHIBIDORES DE LA PROTEASA</b>		
<i>lopinavir/ritonavir</i>	T1	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA PROTEASA</b>		
<i>atazanavir sulfate</i>	T1	PA SP
EVOTAZ	T3	PA SP
<i>fosamprenavir calcium</i>	T1	PA SP
INVIRASE	T2	PA
LEXIVA	T2	PA SP
NORVIR	T2	SP
APRETUDE	T3	PA SP
REYATAZ	T2	PA SP
<i>ritonavir</i>	T1	SP
<b>ANTIVÍRICOS - INHIBIDORES DE LA TRANSFERENCIA DE CADENA DE LA INTEGRASA DEL VIH-I</b>		
ISENTRESS	T2	SP
ISENTRESS HD	T2	PA SP
TIVICAY	T2	SP
TIVICAY PD	T2	SP
<b>ANTIRRETROV., COMB. DE NUCLEÓSIDOS, NUCLEÓTIDOS Y RTI NO NUCLEÓSIDOS</b>		
COMPLERA	T3	PA SP
DELSTRIGO	T3	PA SP
<i>efavirenz/emtricit/tenofovr df (Atripla)</i>	T1	PA SP
<i>efavirenz/lamivu/tenofov disop (Symfi Lo)</i>	T1	SP
<i>efavirenz/lamivu/tenofov disop (Symfi)</i>	T1	SP
ODEFSEY	T3	PA SP
<b>ANTIRRETROV.-NUCLEÓSIDOS, RTI NUCLEÓTIDOS, INHIBIDORES DE LA INTEGRASA</b>		
BIKTARVY	T2	SP
GENVOYA	T2	SP
STRIBILD	T3	PA SP
<b>ANTIVÍRICOS (Condiciones oculares)</b>		
<b>ANTIVÍRICOS PARA LOS OJOS</b>		
<i>trifluridine</i>	T1	
ZIRGAN	T3	
<b>ANTIVÍRICOS (Infecciones)</b>		
<b>ANTIVÍRICOS, GENERALES</b>		
<i>acyclovir</i>	T1	
<i>famciclovir</i>	T1	
FLUMADINE ( <i>rimantadine hcl</i> )	T3	
LIVTENCITY	T3	PA QL (4 tabs/day) SP

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANTIVÍRICOS (Infecciones) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTIVÍRICOS, GENERALES (cont.)</b>		
<i>oseltamivir 6 mg/ml suspension</i> (Tamiflu)	T1	QL (180ml/30 days)
<i>oseltamivir phos 30 mg capsule</i> (Tamiflu)	T1	QL (20/30 days)
<i>oseltamivir phos 45 mg capsule</i> (Tamiflu)	T1	QL (10 caps/30 days)
<i>oseltamivir phos 75 mg capsule</i> (Tamiflu)	T1	QL (10/30 days)
PREVYMIS	T3	SP HD
RELENZA	T3	QL (20/30 days)
<i>ribavirin</i> (Virazole)	T1	SP HD
<i>rimantadine hcl</i> (Flumadine)	T1	
TAMIFLU 30 MG CAPSULE ( <i>oseltamivir phosphate</i> )	T3	QL (20/30 days)
TAMIFLU 45 MG CAPSULE ( <i>oseltamivir phosphate</i> )	T3	QL (10/30 days)
TAMIFLU 6 MG/ML SUSPENSION ( <i>oseltamivir phosphate</i> )	T3	QL (180ml/30 days)
TAMIFLU 75 MG CAPSULE ( <i>oseltamivir phosphate</i> )	T3	QL (10/30 days)
<i>valacyclovir hcl</i> (Valtrex)	T1	
<i>valganciclovir hcl</i>	T1	
VALTrex ( <i>valacyclovir</i> )	T3	
VIRAZOLE	T3	SP HD
XOFLUZA	T3	QL (2 tabs/30 days)
<b>HEP. C – COMB. DE INHIB. DE NS5A, NS3/4A, NS5B NO NUC.</b>		
VIEKIRA PAK	T3	PA SP HD
<b>HEP. C – COMBO DE INHIB. DE NS5A, NS3/4A, NS5B NUCLEÓTIDOS</b>		
VOSEVI	T2	PA SP HD
<b>VIRUS DE LA HEP. C, INH. DE LA POLIMERASA NS5B ANÁLOGA DE NUCLEÓTIDOS</b>		
SOVALDI 150 MG PELLETT PACKET	T2	PA QL (1 tab/day) SP HD
SOVALDI 200 MG PELLETT PACKET	T2	PA QL (1 tab/day) SP HD
SOVALDI 200 MG TABLET	T2	PA QL (1 tab/day) SP HD
SOVALDI 400 MG TABLET	T2	PA SP HD
<b>VIRUS DE LA HEP. C – COMBO DE INHIB. DE LA POLIMERASA NS5B Y NS5A</b>		
EPCLUSA 200 MG-50 MG TABLET	T2	PA QL (1 tab/Day) SP HD
EPCLUSA 400 MG-100 MG TABLET	T2	PA SP HD
HARVONI 33.75-150 MG PELLETT PK	T2	PA QL (1 tab/day) SP HD
HARVONI 45-200 MG PELLETT PACKT	T2	PA QL (1 tab/day) SP HD
HARVONI 45-200 MG TABLET	T2	PA QL (1 tab/day) SP HD
HARVONI 90-400 MG TABLET	T2	PA SP HD
LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR	T2	PA SP HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

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

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANAFILAXIA</b>		
<i>epinephrine</i>	T1	QL (2 packs/30 days)
<i>epinephrine</i> (Epinephrine)	T1	QL (2 packs/30 days)

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

#### INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA

ARICEPT ( <i>donepezil hcl</i> )	T3	HD
<i>donepezil hcl</i>	T1	HD
<i>donepezil hcl</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 bromide</i> (Mestinon)	T1	HD
RAZADYNE ER 16 MG CAPSULE ( <i>galantamine er</i> )	T3	HD
RAZADYNE ER 24 MG CAPSULE ( <i>galantamine er</i> )	T3	HD
RAZADYNE ER 8 MG CAPSULE ( <i>galantamine er</i> )	T3	QL (1 cap/day) HD
<i>rivastigmine</i> (Exelon)	T1	HD
<i>rivastigmine tartrate</i>	T1	HD

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

#### ADRENÉRGICOS, AROMÁTICOS, SIN CATECOLAMINAS

ADDERALL ( <i>dextroamphetamine-amphetamine</i> )	T3	PA ST
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
<i>dextroamp-amphet er 10 mg cap</i>	T1	PA QL (1 per day)
<i>dextroamp-amphet er 15 mg cap</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dextroamp-amphet er 20 mg cap</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dextroamp-amphet er 25 mg cap</i>	T1	PA QL (1 per day)
<i>dextroamp-amphet er 30 mg cap</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dextroamp-amphet er 5 mg cap</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dextroamphetamine er 10 mg cap</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dextroamphetamine er 15 mg cap</i>	T1	PA QL (3/day)

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ADRENÉRGICOS, AROMÁTICOS, SIN CATECOLAMINAS (cont.)</b>		
<i>dextroamphetamine er 5 mg cap</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dextroamphetamine sulfate</i>	T1	PA
<i>dextroamphetamine sulfate</i>	T3	PA ST
<i>dextroamphetamine/amphetamine (Adderall)</i>	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>	T1	PA
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 (Northera)</i>	T1	SP HD
<i>midodrine hcl</i>	T1	
NORTHERA ( <i>droxidopa</i> )	T3	PA SP HD

#### AGENTES ADRENÉRGICOS, CATECOLAMINAS

<i>epinephrine 1 mg/10 ml luerjet</i>	T1	
---------------------------------------	----	--

#### AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA

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

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

#### AGENTES PARASIMPATICOMIMÉTICOS

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

### PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Alergia/rociadores nasales)

#### EXTRACTOS ALERGÉNICOS, TERAPÉUTICOS

GRASTEK	T3	PA QL (1 tab/day)
ODACTRA	T3	PA QL (1 tab/day)
ORALAIR	T3	PA QL (1 tab/day)
RAGWITEK	T3	PA QL (1 tab/day)

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

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

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

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



## Lista de medicamentos con receta

<b>PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>INHIBIDORES DE CALICREÍNA PLASMÁTICA</b>		
TAKHZYRO	T3	PA SP HD
<b>PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Varios)</b>		
<b>AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA FENILCETONURIA - FENILALANINA AMONIO LIASA</b>		
PALYNZIQ	T3	PA SP HD
<b>PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas)</b>		
<b>VACUNAS CONTRA EL COVID-19</b>		
JANSSEN COVID-19 VACCINE (EUA)	T2	PPACA
MODERNA COVID-19 VACCINE (EUA)	T2	PPACA
PFIZER COVID-19 VACCINE (EUA)	T2	PPACA
<b>VACUNAS CONTRA VIRUS ENTÉRICOS</b>		
IPOL	T2	PPACA
ROTARIX	T3	PPACA
ROTATEQ	T3	PPACA
<b>VACUNAS CONTRA COCOS GRAMNEGATIVOS</b>		
BEXSERO	T2	PPACA
MENACTRA	T2	PPACA
MENQUADFI	T2	PPACA
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP	T2	PPACA
TRUMENBA	T2	PPACA
<b>VACUNAS CONTRA COCOS GRAMPOSITIVOS</b>		
PNEUMOVAX 23	T2	PPACA
PREVNAR 13	T2	PPACA
<b>VACUNAS CONTRA EL VIRUS DE LA INFLUENZA</b>		
AFLURIA 2017-2018	T2	PPACA
AFLURIA 2018-2019	T2	PPACA
AFLURIA QUAD 2017-2018	T2	PPACA
AFLURIA QUAD 2018-2019	T2	PPACA
AFLURIA QUAD 2019-20 (3YR UP)	T2	PPACA
AFLURIA QUAD 2019-20 (6-35MO)	T2	PPACA
AFLURIA QUAD 2019-2020	T2	PPACA
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
FLUAD 2017-2018	T2	PPACA
FLUAD 2018-2019	T2	PPACA

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>VACUNAS CONTRA EL VIRUS DE LA INFLUENZA (cont.)</b>		
FLUAD 2019-2020	T2	PPACA
FLUAD 2020-2021	T2	PPACA
FLUAD QUAD 2020-2021	T2	PPACA
FLUARIX QUAD 2017-2018	T2	PPACA
FLUARIX QUAD 2018-2019	T2	PPACA
FLUARIX QUAD 2019-2020	T2	PPACA
FLUARIX QUAD 2020-2021	T2	PPACA
FLUBLOK 2017-2018	T2	PPACA
FLUBLOK QUAD 2017-2018	T2	PPACA
FLUBLOK QUAD 2018-2019	T2	PPACA
FLUBLOK QUAD 2019-2020	T2	PPACA
FLUBLOK QUAD 2020-2021	T2	PPACA
FLUCELVAX QUAD 2017-2018	T2	PPACA
FLUCELVAX QUAD 2018-2019	T2	PPACA
FLUCELVAX QUAD 2019-2020	T2	PPACA
FLUCELVAX QUAD 2020-2021	T2	PPACA
FLULAVAL QUAD 2017-2018	T2	PPACA
FLULAVAL QUAD 2018-2019	T2	PPACA
FLULAVAL QUAD 2019-2020	T2	PPACA
FLULAVAL QUAD 2020-2021	T2	PPACA
FLUMIST QUAD 2017-2018	T3	PPACA
FLUMIST QUAD 2018-2019	T3	PPACA
FLUMIST QUAD 2019-2020	T3	PPACA
FLUMIST QUAD 2020-2021	T3	PPACA
FLUVIRIN 2017-2018	T2	PPACA
FLUZONE HIGH-DOSE 2017-2018	T2	PPACA
FLUZONE HIGH-DOSE 2018-2019	T2	PPACA
FLUZONE HIGH-DOSE 2019-2020	T2	PPACA
FLUZONE HIGH-DOSE QUAD 2020-21	T2	PPACA
FLUZONE INTRADERM QUAD 2017-18	T2	PPACA
FLUZONE QUAD 2017-2018	T2	PPACA
FLUZONE QUAD 2018-2019	T2	PPACA
FLUZONE QUAD 2019-2020	T2	PPACA
FLUZONE QUAD 2020-2021	T2	PPACA
FLUZONE QUAD PEDI 2017-2018	T2	PPACA
FLUZONE QUAD PEDI 2018-2019	T2	PPACA
FLUZONE QUAD PEDI 2019-2020	T2	PPACA

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

<b>PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>PREPARACIONES, COMBINACIONES DE VACUNAS/TOXOIDES</b>		
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
<b>VACUNAS ANTIVIRALES/DE CÉLULAS TUMORÍGENAS</b>		
ACAM2000	T3	
ENGERIX-B ADULT	T2	PPACA
ENGERIX-B PEDIATRIC-ADOLESCENT	T2	PPACA
GARDASIL 9	T2	PPACA
HEPLISAV-B	T2	PPACA
JYNNEOS	T3	
PEDIARIX	T2	PPACA
RECOMBIVAX HB	T2	PPACA
SHINGRIX	T2	QL (2 dosis/lifetime ) PPACA
TWINRIX	T2	PPACA
VARIVAX VACCINE	T2	PPACA
ZOSTAVAX	T2	PPACA
<b>SANGRE (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)</b>		
<b>AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA TROMBÓTICA</b>		
CABLIVI	T3	PA SP
<b>AGENTES ANTIFIBRINOLÍTICOS</b>		
AMICAR ( <i>aminocaproic acid</i> )	T3	SP HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

<b>SANGRE (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>AGENTES ANTIFIBRINOLÍTICOS (cont.)</b>		
<i>aminocaproic acid</i> (Amicar)	T1	SP HD
LYSTEDA ( <i>tranexamic acid</i> )	T3	SP
<i>tranexamic acid</i> (Lysteda)	T1	SP
<b>FACTORES ANTIHEMOFÍLICOS</b>		
ALTUVILLO	T2	PA SP HD
<b>INHIBIDORES DEL COMPLEMENTO (C3)</b>		
EMPAVELI	T2	PA SP
<b>AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEMOFILIA, SIN REEMPLAZO DE FACTOR</b>		
HEMLIBRA	T3	PA SP HD
<b>AGENTES PARA LA ANEMIA DREPANOCÍTICA</b>		
DROXIA	T2	
OXBRYTA 300MG TAB for SUSP	T3	QL (5 TABS/DAY) SP
SIKLOS	T3	PA
<b>HEMOSTÁTICOS TÓPICOS</b>		
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	
MONSEL'S	T3	
RAPLIXA	T3	
RECOTHROM	T3	
SURGIFOAM	T1	
SYRINGE AVITENE	T3	
TACHOSIL	T3	
THROMBI-GEL	T3	
THROMBIN-JMI	T3	
THROMBI-PAD	T3	
ULTRAFOAM	T3	
<b>SANGRE (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)</b>		
<b>AGENTES HEMORREOLÓGICOS</b>		
<i>pentoxifylline</i>	T1	HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

<b>SANGRE (Varios)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>AGENTES DE TERAPIA CELULAR/GENÉTICA - HEMATOPOYÉTICA</b>		
OMISIRGE	T3	
<b>MEDICAMENTOS PARA ENFERMEDADES CARDÍACAS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)</b>		
<b>AGENTES ANTIANGINOSOS Y ANTIISQUÉMICOS, NO HEMODINÁMICOS</b>		
<i>ranolazine (Ranexa)</i>	T1	QL (4 tabs/day) HD
<b>ANTIARRÍTMICOS</b>		
<i>amiodarone hcl</i>	T1	HD
<i>disopyramide phosphate (Norpace)</i>	T1	HD
<i>dofetilide 125 mcg capsule (Tikosyn)</i>	T1	QL (8 caps/day) HD
<i>dofetilide 250 mcg capsule (Tikosyn)</i>	T1	QL (4 caps/day) HD
<i>dofetilide 500 mcg capsule (Tikosyn)</i>	T1	QL (2 caps/day) HD
<i>flecainide acetate</i>	T1	HD
<i>mexiletine hcl</i>	T1	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 (Rythmol Sr)</i>	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
<b>AGENTES BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO</b>		
ADALAT CC ( <i>nifedipine er</i> )	T3	HD
<i>amlodipine besylate (Norvasc)</i>	T1	HD
CALAN SR ( <i>verapamil er</i> )	T3	HD
CAMZYOS	T3	PA QL (30 caps/30 days) SP
CARDIZEM LA 120 MG TABLET ( <i>diltiazem hcl</i> )	T3	QL (1 tab/day) HD
CARDIZEM LA 180 MG TABLET ( <i>matzim la</i> )	T3	HD
CARDIZEM LA 240 MG TABLET ( <i>matzim la</i> )	T3	HD
CARDIZEM LA 300 MG TABLET ( <i>matzim la</i> )	T3	HD
CARDIZEM LA 360 MG TABLET ( <i>matzim la</i> )	T3	HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA ENFERMEDADES CARDÍACAS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO (cont.)</b>		
CARDIZEM LA 420 MG TABLET ( <i>matzim la</i> )	T3	HD
<i>diltiazem hcl</i>	T1	HD
<i>diltiazem 24h er(la) 120 mg tb</i> (Cardizem La)	T1	QL(1 TAB/DAY) HD
<i>diltiazem 24h er(la) 180 mg tb</i> (Cardizem La)	T1	HD
<i>diltiazem 24h er(la) 240 mg tb</i> (Cardizem La)	T1	HD
<i>diltiazem 24h er(la) 300 mg tb</i> (Cardizem La)	T1	HD
<i>diltiazem 24h er(la) 360 mg tb</i> (Cardizem La)	T1	HD
<i>diltiazem 24h er(la) 420 mg tb</i> (Cardizem La)	T1	HD
<i>diltiazem hcl</i> (Cardizem La)	T1	HD
<i>diltiazem hcl</i> (Tiazac)	T1	HD
<i>felodipine</i>	T1	HD
<i>isradipine</i>	T1	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
NORLIQVA ORAL SOLN	T2	PA QL
NORVASC ( <i>amlodipine besylate</i> )	T3	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

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

<b>MEDICAMENTOS PARA ENFERMEDADES CARDÍACAS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)</b> (cont.)		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>AGENTES BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO (cont.)</b>		
<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
<b>GLUCÓSIDOS DIGITÁLICOS</b>		
<i>digoxin</i>	T1	HD
<b>REDUCTORES DE LA FRECUENCIA CARDÍACA, INHIB. SELECTIVOS DE LA CORRIENTE I (F) DEL SA</b>		
CORLANOR	T2	PA HD
<b>ESTIMULADOR DE LA GUANILATO CICLASA SOLUBLE (SGC)</b>		
VERQUVO	T2	PA QL
<b>VASODILADORES, CORONARIOS</b>		
DILATRATE-SR	T3	HD
<i>isosorbide dinitrate 5mg tab</i>	T1	HD
<i>isosorbide mononitrate</i>	T1	HD
MINITRAN	T1	HD
NITRO-DUR 0.1 MG/HR PATCH	T3	HD
NITRO-DUR 0.2 MG/HR PATCH	T3	HD
NITRO-DUR 0.3 MG/HR PATCH	T2	HD
NITRO-DUR 0.4 MG/HR PATCH	T3	HD
NITRO-DUR 0.6 MG/HR PATCH	T3	HD
NITRO-DUR 0.8 MG/HR PATCH	T2	HD
<i>nitroglycerin</i>	T1	HD
<i>nitroglycerin</i> (Nitro-dur)	T1	HD
<i>nitroglycerin</i> (Nitromist)	T1	HD
NITROLINGUAL	T3	HD
NITROMIST	T3	HD
NITROSTAT	T3	HD
<b>CARDIOVASCULARES (Asma/EPOC/condiciones respiratorias)</b>		
<b>ANTIHIP. PULM., ESTIMULADOR DE LA GUANILATO CICLASA SOLUBLE</b>		
ADEMPAS	T2	PA SP HD
<b>ANTIHIP. PULM., INHIB. SEL. DE LA FOSFODIESTERASA T5 DE C-GMP</b>		
<i>sildenafil 10 mg/ml oral susp</i> (Revatio)	T1	PA SP HD
<i>sildenafil 20 mg tablet</i> (Revatio)	T1	PA SP HD
<i>tadalafil</i> (Adcirca)	T1	PA SP HD
<i>tadalafil 20 mg tablet</i> (Adcirca)	T1	PA SP HD

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

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

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

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



## Lista de medicamentos con receta

<b>CARDIOVASCULARES (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTIHIP. PULMONAR, ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES DE ENDOTELINA</b>		
<i>ambresentan</i> (Letairis)	T1	PA SP HD
<i>bosentan</i> (Tracleer)	T1	PA SP HD
LETAIRIS ( <i>ambresentan</i> )	T3	PA SP HD
OPSUMIT	T2	PA SP HD
TRACLEER 125 MG TABLET ( <i>bosentan</i> )	T3	PA SP HD
TRACLEER 32 MG TABLET FOR SUSP	T2	PA SP HD
TRACLEER 62.5 MG TABLET ( <i>bosentan</i> )	T3	PA SP HD
<b>ANTIHIPERTENSIVOS PULMONARES, TIPO PROSTACICLINAS</b>		
ORENITRAM ER	T3	PA SP HD
ORENITRAM MONTH 1 TITRATION KT	T3	PA QL(168 TABS/180 DAYS) SP HD
ORENITRAM MONTH 2 TITRATION KT	T3	PA QL(336 TABS/180 DAYS) SP HD
ORENITRAM MONTH 3 TITRATION KT	T3	PA QL(252 TABS/180 DAYS) SP HD
TYVASO	T3	PA SP HD
TYVASO INSTITUTIONAL START KIT	T3	PA SP HD
TYVASO REFILL KIT	T3	PA SP HD
TYVASO STARTER KIT	T3	PA SP HD
UPTRAVI	T2	PA SP HD
VELETRI VIAL	T1	PA SP
VENTAVIS	T3	PA SP HD
<b>CARDIOVASCULARES (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)</b>		
<b>COMBINACIÓN DE INHIBIDORES DE LA ECA-BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO</b>		
<i>amlodipine besylate/benazepril</i>	T1	HD
<i>amlodipine besylate/benazepril</i> (Lotrel)	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</i> (Tarka)	T1	HD
<b>INHIBIDOR DE LA ECA-TIAZIDA O DIURÉTICO TIAZÍDICO</b>		
ACCURETIC ( <i>quinapril-hydrochlorothiazide</i> )	T3	ST HD
<i>benazepril/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>benazepril/hydrochlorothiazide</i> (Lotensin Hct)	T1	HD
<i>captopril-hctz 25-15 mg tablet</i>	T1	QL (3 tabs/day) HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

<b>CARDIOVASCULARES (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>INHIBIDOR DE LA ECA-TIAZIDA O DIURÉTICO TIAZÍDICO (cont.)</b>		
<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
<b>AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA/BETA</b>		
<i>carvedilol (Coreg)</i>	T1	HD
<i>carvedilol er 10 mg capsule (Coreg Cr)</i>	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>carvedilol er 20 mg capsule (Coreg Cr)</i>	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>carvedilol er 40 mg capsule (Coreg Cr)</i>	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>carvedilol er 80 mg capsule (Coreg Cr)</i>	T1	HD
COREG ( <i>carvedilol</i> )	T3	ST HD
COREG CR 10 MG CAPSULE ( <i>carvedilol er</i> )	T3	QL (1 cap/day) ST HD
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
<b>AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA</b>		
CARDURA ( <i>doxazosin mesylate</i> )	T3	HD
CARDURA XL	T3	HD
<i>doxazosin mesylate (Cardura)</i>	T1	HD
LABELALOL HCL 10 MG/2 ML SYRNG	T3	HD
<i>labetalol hcl 100 mg tablet</i>	T1	HD
<i>labetalol hcl 100 mg/20 ml vl</i>	T1	HD
<i>labetalol hcl 20 mg/4 ml crpjt</i>	T1	HD
<i>labetalol hcl 20 mg/4 ml syrng</i>	T1	HD
<i>labetalol hcl 20 mg/4 ml vial</i>	T1	HD
<i>labetalol hcl 200 mg tablet</i>	T1	HD
<i>labetalol hcl 200 mg/40 ml vl</i>	T1	HD
<i>labetalol hcl 300 mg tablet</i>	T1	HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA (cont.)</b>		
MINIPRESS ( <i>prazosin hcl</i> )	T3	HD
<i>prazosin hcl</i> (Minipress)	T1	HD
<i>terazosin hcl</i>	T1	HD
<b>ANTAG. DE RECEPT. DE ANGIOTENSINA-BLOQ. DE LOS CANALES DE CALCIO-TIAZIDAS</b>		
<i>amlodipine/valsartan/hcthiazid</i> (Exforge Hct)	T1	HD
EXFORGE HCT ( <i>amlodipine-valsartan-hctz</i> )	T3	HD
<i>olmesartan/amlodipin/hcthiazid</i> (Tribenzor)	T1	HD
TRIBENZOR ( <i>olmesartan-amlodipine-hctz</i> )	T3	HD
<b>COMB. INHIBIDOR DEL RECEPT. DE ANGIOTENSINA-DE LA NEPRILISINA (ARNI)</b>		
ENTRESTO	T2	HD
<b>COMB. DE ANTAG. DE RECEPT. DE ANGIOTENSINA-DIURÉTICOS TIAZÍDICOS</b>		
ATACAND HCT ( <i>candesartan-hydrochlorothiazid</i> )	T3	ST HD
AVALIDE ( <i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i> )	T3	ST HD
BENICAR HCT 20-12.5 MG TABLET ( <i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i> )	T3	QL (1 tab/day) ST HD
BENICAR HCT 40-12.5 MG TABLET ( <i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i> )	T3	ST HD
BENICAR HCT 40-25 MG TABLET ( <i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i> )	T3	ST HD
<i>candesartan/hydrochlorothiazid</i> (Atacand Hct)	T1	HD
DIOVAN HCT ( <i>valsartan-hydrochlorothiazide</i> )	T3	ST HD
HYZAAR ( <i>losartan-hydrochlorothiazide</i> )	T3	ST HD
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i> (Avalide)	T1	HD
<i>losartan/hydrochlorothiazide</i> (Hyzaar)	T1	HD
MICARDIS HCT 40-12.5 MG TABLET ( <i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i> )	T3	QL (1 tab/day) ST HD
MICARDIS HCT 80-12.5 MG TABLET ( <i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i> )	T3	ST HD
MICARDIS HCT 80-25 MG TABLET ( <i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i> )	T3	ST HD
<i>olmesartan-hctz 20-12.5 mg tab</i> (Benicar Hct)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>olmesartan-hctz 40-12.5 mg tab</i> (Benicar Hct)	T1	HD
<i>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
<b>BLOQ. DE RECEPTORES DE ANGIOTENSINA-BLOQ. DE LOS CANALES DE CALCIO</b>		
<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

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>BLOQ. DE RECEPTORES DE ANGIOTENSINA-BLOQ. DE LOS CANALES DE CALCIO (cont.)</b>		
<i>amlodipine-olmesartan 5-40 mg (Azor)</i>	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	HD
<i>telmisartan-amlodipine 40-10</i>	T1	HD
<i>telmisartan-amlodipine 40-5 mg</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>telmisartan-amlodipine 80-10</i>	T1	HD
<i>telmisartan-amlodipine 80-5 mg</i>	T1	HD
<b>ANTIHIPERTENSIVOS, INHIBIDORES DE LA ECA</b>		
ACCUPRIL ( <i>quinapril hcl</i> )	T3	ST HD
ALTACE ( <i>ramipril</i> )	T3	ST HD
<i>benazepril hcl</i>	T1	HD
<i>benazepril hcl (Lotensin)</i>	T1	HD
<i>captopril</i>	T1	HD
<i>enalapril maleate (Vasotec)</i>	T1	HD
EPANED	T3	HD
<i>fosinopril sodium</i>	T1	HD
<i>lisinopril (Zestril)</i>	T1	HD
LOTENSIN ( <i>benazepril hcl</i> )	T3	ST HD
<i>moexipril hcl</i>	T1	HD
<i>perindopril erbumine</i>	T1	HD
PRINIVIL ( <i>lisinopril</i> )	T3	ST HD
<i>quinapril hcl (Accupril)</i>	T1	HD
<i>ramipril (Altace)</i>	T1	HD
<i>trandolapril</i>	T1	HD
VASOTEC ( <i>enalapril maleate</i> )	T3	ST HD
ZESTRIL ( <i>lisinopril</i> )	T3	ST HD
<b>ANTIHIPERTENSIVOS, ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ANGIOTENSINA</b>		
ATACAND ( <i>candesartan cilexetil</i> )	T3	ST HD
AVAPRO ( <i>irbesartan</i> )	T3	ST HD
BENICAR 20 MG TABLET ( <i>olmesartan medoxomil</i> )	T3	QL (1 tab/day) ST HD
BENICAR 40 MG TABLET ( <i>olmesartan medoxomil</i> )	T3	ST HD
BENICAR 5 MG TABLET ( <i>olmesartan medoxomil</i> )	T3	ST HD
<i>candesartan cilexetil (Atacand)</i>	T1	HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

<b>CARDIOVASCULARES (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTIHIPERTENSIVOS, ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ANGIOTENSINA (cont.)</b>		
COZAAR ( <i>losartan potassium</i> )	T3	ST HD
DIOVAN ( <i>valsartan</i> )	T3	ST HD
EDARBI 80 MG TABLET	T3	ST HD
<i>eprosartan mesylate</i>	T1	HD
<i>irbesartan</i> (Avapro)	T1	HD
<i>losartan potassium</i> (Cozaar)	T1	HD
MICARDIS 20 MG TABLET ( <i>telmisartan</i> )	T3	QL (1 tab/day) ST HD
MICARDIS 40 MG TABLET ( <i>telmisartan</i> )	T3	QL (1 tab/day) ST HD
MICARDIS 80 MG TABLET ( <i>telmisartan</i> )	T3	ST HD
<i>olmesartan medoxomil 20 mg tab</i> (Benicar)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>olmesartan medoxomil 40 mg tab</i> (Benicar)	T1	HD
<i>olmesartan medoxomil 5 mg tab</i> (Benicar)	T1	HD
<i>telmisartan 20 mg tablet</i> (Micardis)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>telmisartan 40 mg tablet</i> (Micardis)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>telmisartan 80 mg tablet</i> (Micardis)	T1	HD
<i>valsartan</i> (Diovan)	T1	HD
<b>ANTIHIPERTENSIVOS, BLOQUEADORES GANGLIONARES</b>		
VECAMYL	T1	
<b>ANTIHIPERTENSIVOS, VARIOS</b>		
DEMSEK ( <i>metirosine</i> )	T3	HD
<i>metirosine</i> (Demser)	T1	HD
<b>ANTIHIPERTENSIVOS, SIMPATOLÍTICOS</b>		
CATAPRES ( <i>clonidine hcl</i> )	T3	HD
CATAPRES-TTS 1 ( <i>clonidine</i> )	T3	HD
CATAPRES-TTS 2 ( <i>clonidine</i> )	T3	HD
CATAPRES-TTS 3 ( <i>clonidine</i> )	T3	HD
<i>clonidine</i> (Catapres-tts 1)	T1	HD
<i>clonidine</i> (Catapres-tts 2)	T1	HD
<i>clonidine</i> (Catapres-tts 3)	T1	HD
<i>clonidine hcl</i> (Catapres)	T1	HD
<i>guanfacine hcl</i>	T1	HD
<i>methyl dopa</i>	T1	HD
<i>methyl dopa/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<b>ANTIHIPERTENSIVOS, VASODILADORES</b>		
<i>hydralazine hcl</i>	T1	HD
<i>minoxidil</i>	T1	HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS BETA</b>		
<i>acebutolol hcl</i>	T1	HD
<i>atenolol</i> (Tenormin)	T1	HD
<i>betaxolol hcl</i>	T1	HD
<i>acebutolol hcl</i>	T1	HD
<i>atenolol</i> (Tenormin)	T1	HD
<i>betaxolol hcl</i>	T1	HD
<i>bisoprolol fumarate</i>	T1	HD
BYSTOLIC 10 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day) ST HD
BYSTOLIC 2.5 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day) ST HD
BYSTOLIC 20 MG TABLET	T2	ST HD
BYSTOLIC 5 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day) ST HD
INNOPRAN XL	T3	ST HD
<i>metoprolol succinate</i> (Toprol XL)	T1	HD
<i>metoprolol tartrate</i>	T1	HD
<i>metoprolol tartrate</i> (Lopressor)	T1	HD
<i>nadolol</i> (Corgard)	T1	HD
<i>pindolol</i>	T1	HD
<i>propranolol hcl</i>	T1	HD
<i>propranolol hcl</i> (Inderal La)	T1	HD
<i>sotalol hcl</i>	T1	HD
<i>sotalol hcl</i> (Betapace Af)	T1	HD
SOTYLIZE	T3	HD
<i>timolol maleate</i>	T1	HD
<b>BETABLOQUEANTES Y TIAZIDAS, DIURÉTICOS TIAZÍDICOS</b>		
<i>atenolol/chlorthalidone</i> (Tenoretic 100)	T1	HD
<i>atenolol/chlorthalidone</i> (Tenoretic 50)	T1	HD
<i>bisoprolol/hydrochlorothiazide</i> (Ziac)	T1	HD
<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>nadolol/bendroflumethiazide</i>	T1	HD
<i>propranolol/hydrochlorothiazid</i>	T1	HD
<b>INHIBIDOR DE LA RENINA, DIRECTO</b>		
<i>aliskiren 150 mg tablet</i> (Tekturna)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>aliskiren 300 mg tablet</i> (Tekturna)	T1	HD
TEKTURNA 150 MG TABLET ( <i>aliskiren</i> )	T3	QL (1 tab/day) HD
TEKTURNA 300 MG TABLET ( <i>aliskiren</i> )	T3	HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>COMB. DE INHIBIDORES DIRECTOS DE LA RENINA Y DIURÉTICOS TIAZÍDICOS</b>		
TEKURNA HCT 150-12.5 MG TAB	T2	QL (1 tab/day) HD
TEKURNA HCT 150-25 MG TABLET	T2	HD
TEKURNA HCT 300-12.5 MG TAB	T2	HD
TEKURNA HCT 300-25 MG TABLET	T2	HD
<b>COMBINACIÓN DE VASODILADORES</b>		
<i>isosorbide dinit/hydralazine</i>	T1	QL (6 tabs/day)
BIDIL	T3	QL (6 tabs/day)
<b>VASODILADORES, PERIFÉRICOS</b>		
<i>ergoloid mesylates</i>	T1	
<i>isoxsuprine hcl</i>	T1	

### CARDIOVASCULARES (Medicamentos para el colesterol)

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

<i>ezetimibe/simvastatin</i> (Vytorin)	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</i> (Caduet)	T1	HD
<i>amlodipine-atorvast 10-20 mg</i> (Caduet)	T1	HD
<i>amlodipine-atorvast 10-40 mg</i> (Caduet)	T1	HD
<i>amlodipine-atorvast 10-80 mg</i> (Caduet)	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</i> (Caduet)	T1	HD
<i>amlodipine-atorvast 5-20 mg</i> (Caduet)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>amlodipine-atorvast 5-40 mg</i> (Caduet)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>amlodipine-atorvast 5-80 mg</i> (Caduet)	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

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

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

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

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



## Lista de medicamentos con receta

<b>CARDIOVASCULARES (Medicamentos para el colesterol) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIB. DE LA SÍNTESIS DE LA APO B-100</b>		
KYNAMRO	T3	PA SP
<b>ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDOR DE ATP-CITRATO LIASA</b>		
NEXLETOL	T2	PA QL (1 tab/day)
<b>ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDORES DE MTP</b>		
JUXTAPID	T3	PA SP HD
<b>ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDORES DE PCSK9</b>		
REPATHA PUSHTRONEX	T2	PA
REPATHA SURECLICK	T2	PA
REPATHA SYRINGE	T2	PA
<b>ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDOR DE LA ABSORCIÓN DE ACLY Y COLEST.</b>		
NEXLIZET	T2	PA QL (1 SYRINGE/DAY)
<b>ANTIHIPERLIPIDÉMICOS-INHIB. DE LA HMG-COA REDUCTASA (ESTATINAS)</b>		
<i>atorvastatin 20 mg tablet</i>	T1	HD PPACA
<i>atorvastatin 40 mg tablet</i>	T1	HD
<i>atorvastatin 80 mg tablet</i>	T1	HD
<i>fluvastatin sodium</i>	T1	HD PPACA
<i>fluvastatin sodium (Lescol XL)</i>	T1	HD PPACA
LIVALO	T2	PA QL ST
<i>lovastatin 10 mg tablet</i>	T1	HD
<i>lovastatin 20 mg tablet</i>	T1	HD PPACA
<i>lovastatin 40 mg tablet</i>	T1	HD PPACA
<i>pravastatin sodium</i>	T1	HD PPACA
<i>pravastatin sodium (Pravachol)</i>	T1	HD PPACA
<i>rosuvastatin calcium 10 mg tab (Crestor)</i>	T1	QL (1 tab/day) HD PPACA
<i>rosuvastatin calcium 20 mg tab (Crestor)</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>rosuvastatin calcium 40 mg tab (Crestor)</i>	T1	HD
<i>rosuvastatin calcium 5 mg tab (Crestor)</i>	T1	QL (1 tab/day) HD PPACA
<i>simvastatin 10 mg tablet (Zocor)</i>	T1	HD PPACA
<i>simvastatin 20 mg tablet (Zocor)</i>	T1	HD PPACA
<i>simvastatin 40 mg tablet (Zocor)</i>	T1	HD PPACA
<i>simvastatin 5 mg tablet</i>	T1	HD
<i>simvastatin 80 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<b>SECUESTRADORES DE SALES BILIARES</b>		
<i>cholestyramine (with sugar) (Questran)</i>	T1	HD
<i>cholestyramine/aspartame</i>	T1	HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

### CARDIOVASCULARES (Medicamentos para el colesterol) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>SECUESTRADORES DE SALES BILIARES (cont.)</b>		
<i>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
<b>LIPOTRÓPICOS</b>		
<i>ezetimibe</i> (Zetia)	T1	HD
<i>fenofibrate</i>	T1	HD
<i>fenofibrate nanocrystallized</i> (Tricor)	T1	HD
<i>fenofibrate, micronized</i>	T1	HD
<i>fenofibric acid</i> (choline) (Trilipix)	T1	HD
<i>fenofibric acid</i> (Fibricor)	T1	HD
FIBRICOR ( <i>fenofibric acid</i> )	T3	ST HD
<i>gemfibrozil</i> (Lopid)	T1	HD
LIPOFEN	T3	ST HD
LOPID ( <i>gemfibrozil</i> )	T3	HD
<i>niacin</i> (Niaspan)	T1	HD
NIASPAN ( <i>niacin er</i> )	T3	HD
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

### CARDIOVASCULARES (Varios)

#### AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA VENOSCLEROSIS

<i>sodium tetradecyl sulfate</i>	T1	
----------------------------------	----	--

### 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</i> (Namenda)	T1	HD
<i>memantine hcl er 14 mg capsule</i> (Namenda Xr)	T1	QL (1 cap/day) HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>TRATAMIENTO DEL ALZHEIMER, ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES NMDA (cont.)</b>		
<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
<b>TRATAMIENTO DEL ALZHEIMER, ANTAG. DE LOS RECEPTORES NMDA-INHIB. DE COLINA</b>		
NAMZARIC 14 MG-10 MG CAPSULE	T3	QL (2 caps/day) HD
NAMZARIC 21 MG-10 MG CAPSULE	T3	QL (2 caps/day) HD
NAMZARIC 28 MG-10 MG CAPSULE	T3	QL (2 caps/day) HD
NAMZARIC 7 MG-10 MG CAPSULE	T3	QL (2 caps/day) HD
NAMZARIC TITRATION PACK	T3	QL (112/365 days) HD
<b>MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Varios)</b>		
<b>AGENTES PARA LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA</b>		
QALSODY	T3	
RADICAVA ORS	T1	PA QL (50ml/28days) SP
RILUTEK ( <i>riluzole</i> )	T3	SP HD
<i>riluzole</i> (Rilutek)	T1	SP HD
TIGLUTIK	T3	PA SP
<b>MEDICAMENTOS PARA TRATAR TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO</b>		
AUSTEDO	T3	PA SP HD
AUSTEDO XR 12 MG	T3	PA QL(30 TABS/30DAYS) SP HD
AUSTEDO XR 24 MG	T3	PA QL(60 TABS/30 DAYS) SP HD
AUSTEDO XR 6 MG	T3	PA QL(90 TABS/30 DAYS) SP HD
INGREZZA	T3	PA SP HD
<i>tetrabenazine</i>	T1	PA SP HD
<b>AGENTES PARA EL AFECTO PSEUDBULBAR (PBA), ANTAGONISTAS DE NMDA</b>		
NUEDEXTA	T3	QL (4 caps/day)
<b>XANTINAS</b>		
<i>caffeine citrate</i>	T1	HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES PARA TRATAR LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE</b>		
AVONEX	T2	PA SP HD
AVONEX PEN	T2	PA SP HD
BAFIERTAM	T2	PA SP HD
BETASERON	T2	PA SP HD
BRIUMVI	T3	PA SP
<i>dimethyl fumarate</i>	T1	HD
GILENYA	T2	PA SP HD
<i>glatopa</i>	T1	HD
<i>glatiramer</i>	T1	HD
<i>glatiramer acetate</i>	T1	PA SP HD
KESIMPTA PEN	T2	PA SP HD
MAVENCLAD	T3	PA SP HD
MAYZENT	T2	PA SP HD
OCREVUS	T2	PA SP
PLEGRIDY	T2	PA SP HD
PLEGRIDY PEN	T2	PA SP HD
PONVORY	T2	PA SP HD
REBIF	T2	PA SP HD
REBIF REBIDOSE	T2	PA SP HD
<i>teriflunomide (Aubagio)</i>	T1	
VUMERITY	T2	PA SP HD

### AGENTES PARA EL TRAT. DE TRAST. DE LA TRANSMISIÓN NEUROMUSC., BLOQ. DE LOS CAN. DE POT.

<i>dalfampridine</i>	T1	PA SP HD
FIRDAPSE	T3	PA QL (8 tabs/day) SP
RUZURGI	T3	PA SP

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

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

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

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

#### ANTICONVULSIVOS - TIPO BENZODIAZEPINAS

<i>clobazam (Onfi)</i>	T1	HD
<i>clonazepam</i>	T1	HD
<i>clonazepam (Klonopin)</i>	T1	HD
DIASTAT ( <i>diazepam</i> )	T3	PA HD
DIASTAT ACUDIAL ( <i>diazepam</i> )	T3	PA HD
<i>diazepam 10 mg rectal gel syst (Diastat Acudial)</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTICONVULSIVOS - TIPO BENZODIAZEPINAS (cont.)</b>		
<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
VALTOCO	T3	PA QL (5 boxes/30 Days) HD
<b>ANTICONVULSIVOS - TIPO CANNABINOIDES</b>		
EPIDIOLEX	T3	PA SP HD
<b>ANTICONVULSIVOS</b>		
APTIOM 200 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day) HD
APTIOM 400 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day) HD
APTIOM 600 MG TABLET	T3	PA HD
APTIOM 800 MG TABLET	T3	PA HD
BANZEL 200 MG TABLET	T3	PA QL (16 tabs/day) HD
BANZEL 40 MG/ML SUSPENSION ( <i>rufinamide</i> )	T3	PA QL (80ml/day) HD
BANZEL 400 MG TABLET	T3	PA QL (8 tabs/day) HD
BRIVIACT	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
<i>ethosuximide</i> (Zarontin)	T1	HD
<i>felbamate</i>	T1	HD
FINTEPLA	T3	PA SP HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos convulsivos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTICONVULSIVOS (cont.)</b>		
FYCOMPA 0.5 MG/ML ORAL SUSP	T2	PA HD
FYCOMPA 10 MG TABLET	T2	PA HD
FYCOMPA 12 MG TABLET	T2	PA HD
FYCOMPA 2 MG TABLET	T2	PA HD
FYCOMPA 4 MG TABLET	T2	PA QL (1 tab/day) HD
FYCOMPA 6 MG TABLET	T2	PA QL (1 tab/day) HD
FYCOMPA 8 MG TABLET	T2	PA HD
<i>gabapentin</i>	T1	HD
<i>gabapentin</i> (Neurontin)	T1	HD
GABITRIL 12 MG TABLET ( <i>tiagabine hcl</i> )	T3	PA QL (8 tabs/day) HD
GABITRIL 16 MG TABLET ( <i>tiagabine hcl</i> )	T3	PA QL (6 tabs/day) HD
GABITRIL 2 MG TABLET ( <i>tiagabine hcl</i> )	T3	PA HD
GABITRIL 4 MG TABLET ( <i>tiagabine hcl</i> )	T3	PA HD
KEPPRA 500 MG/5 ML VIAL	T3	
<i>lamotrigine</i>	T1	HD
<i>levetiracetam</i>	T1	HD
LYRICA ( <i>pregabalin</i> )	T3	PA HD
NEURONTIN ( <i>gabapentin</i> )	T3	PA HD
<i>oxcarbazepine</i>	T1	HD
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>	T1	HD
<i>pregabalin</i> (Lyrica)	T1	HD
<i>primidone 250 mg tablet</i> (Mysoline)	T1	HD
<i>primidone 50 mg tablet</i> (Mysoline)	T1	HD
<i>primidone</i>	T1	HD
<i>rufinamide</i> (Banzel)	T1	PA QL (80ML/DAY HD)
SPRITAM	T3	PA HD
TEGRETOL ( <i>carbamazepine</i> )	T3	PA HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTICONVULSIVOS (cont.)</b>		
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
<i>topiramate er 25mg capsule</i> (Trokendi XR)	T1	QL(1 CAP/DAY) HD
<i>topiramate er 50mg capsule</i> (Trokendi XR)	T1	HD
<i>topiramate er 100mg capsule</i> (Trokendi XR)	T1	QL(1 CAP/DAY) HD
<i>topiramate er 200 mg capsule</i> (Trokendi XR)	T1	HD
<i>valproic acid</i>	T1	HD
<i>valproic acid (as sodium salt)</i>	T1	HD
<i>vigabatrin</i>	T1	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
<i>zonisamide</i>	T1	HD

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

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

WAKIX	T3	PA QL (2 tabs/day) SP HD
-------	----	--------------------------

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

#### ERITROPOYESIS-AGENTES ESTIMULANTES

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

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

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

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

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



## Lista de medicamentos con receta

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

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTICONCEPTIVOS, ORALES (cont.)</b>		
<i>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
<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

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

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

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTITUSIVOS OPIOIDES- ANTIHISTAMÍNICOS DE I.ª GENERACIÓN-DESCONGEST.</b>		
<i>hydrocodone/cpm/pseudoephed</i>	T1	PA
<i>promethazine/phenyleph/codeine</i>	T1	PA QL (480ML/22 DAYS)
<i>promethazine/phenyleph/codeine</i>	T1	PA QL (480ml/30 days)
<b>ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTIISTAMÍNICOS DE I.ª GENERACIÓN</b>		
<i>hydrocodone/chlorphen p-stirex</i>	T1	PA
<i>promethazine-codeine solution</i>	T1	PA QL (480ML/22 Days)
<i>promethazine-codeine syrup</i>	T1	PA QL (480ml/30 days)
TUXARIN ER	T3	PA QL (2 tabs/day)
TUZISTRA XR	T3	PA QL (960ml/30 days)
<b>COMBINACIONES DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTICOLINÉRGICOS</b>		
HYCODAN ( <i>hydromet</i> )	T3	PA QL (480ML/22 DAYS)
<i>hydrocodone bit/homatrop me-br</i> (Hycodan)	T1	PA QL (480ML/22 DAYS)
<i>hydrocodone-homatropine 5-1.5</i>	T1	PA QL (180 tabs/30 days)
<i>hydrocodone-homatropine soln</i> (Hycodan)	T1	PA QL (480ml/30 days)
HYDROCODONE-HOMATROPINE SYRUP	T1	PA QL (480ml/30 days)
<b>COMBINACIÓN DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-EXPECTORANTES</b>		
HYDROCODONE-GUAIFENESIN	T1	PA QL (960ml/30 days)
OBREDON	T3	PA QL (960ml/30 days)
<b>DIAGNÓSTICO (Varios)</b>		
<b>PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO CARDIOVASCULAR, AGENTES NO RADIOPACOS</b>		
<i>regadenoson</i>	T1	
<b>PREPARACIONES DE DIAGNÓSTICO, VARIAS</b>		
ADVANCED DNA MEDICATED COLLECT	T3	
ARIDOL	T3	
GLUCAGEN DIAGNOSTIC 1 MG VIAL	T2	
<i>lidocaine hcl/glycerin</i> (Advanced Dna Medicated Collect)	T1	
PROVOCHOLINE	T3	
TC99M SULFUR COLLOID PREP	T1	
<b>AGENTES PARA EL DIAGNÓSTICO OCULAR</b>		
<i>fluorescein sodium</i>	T1	
<i>ful-glo 1 mg opth strip</i>	T1	
FUL-GLO EYE STRIPS	T3	
<i>lissamine green</i>	T1	
<b>PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOPACOS GASTROINTESTINALES</b>		
ENTERO VU	T3	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

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

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

DIURÉTICOS (Diuréticos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>INHIBIDORES DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA (cont.)</b>		
<i>furosemide</i>	T1	HD
<i>furosemide</i> (Lasix)	T1	HD
<i>torseamide</i>	T1	HD
<b>AGENTE DE LA ENFERMEDAD RENAL POLIQUÍSTICA, ANTAG. DE LOS RECEP. DE LA AVP</b>		
JYNARQUE 15 MG TABLET	T3	SP
JYNARQUE 15 MG-15 MG TABLET	T3	PA SP
JYNARQUE 30 MG TABLET	T3	SP
JYNARQUE 30 MG-15 MG TABLET	T3	PA SP
JYNARQUE 45 MG-15 MG TABLET	T3	PA SP
JYNARQUE 60 MG-30 MG TABLET	T3	PA SP
JYNARQUE 90 MG-30 MG TABLET	T3	PA SP
<b>DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO</b>		
<i>amiloride hcl</i>	T1	HD
CAROSPIR	T3	HD
DYRENIUM ( <i>triamterene</i> )	T3	HD
<i>eplerenone</i> (Inspra)	T1	HD
INSPIRA ( <i>eplerenone</i> )	T3	HD
KERENDIA	T2	PA QL (30 tabs/30 days) SP HD
<i>spironolactone</i> (Aldactone)	T1	HD
<i>triamterene</i> (Dyrenium)	T1	HD
<b>DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO EN COMBINACIÓN</b>		
ALDACTAZIDE ( <i>spironolactone-hctz</i> )	T3	HD
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
CAROSPIR SUSP	T2	PA
DYAZIDE ( <i>triamterene-hydrochlorothiazid</i> )	T3	HD
MAXZIDE ( <i>triamterene-hydrochlorothiazid</i> )	T3	HD
MAXZIDE-25 MG ( <i>triamterene-hydrochlorothiazid</i> )	T3	HD
<i>spironolact/hydrochlorothiazid</i> (Aldactazide)	T1	HD
<i>triamterene/hydrochlorothiazid</i> (Dyazide)	T1	HD
<i>triamterene/hydrochlorothiazid</i> (Maxzide)	T1	HD
<i>triamterene/hydrochlorothiazid</i> (Maxzide-25 Mg)	T1	HD
<b>TIAZIDA Y DIURÉTICOS AFINES</b>		
<i>chlorthalidone</i>	T1	HD
DIURIL	T2	HD
<i>hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>indapamide</i>	T1	HD
<i>metolazone</i>	T1	HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Alergia/rociadores nasales)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIISTAMÍNICOS NAALES</b>		
<i>azelastine 0.1% (137 mcg) spray</i>	T1	HD
<i>azelastine 0.15% nasal spray</i>	T1	HD
<i>olopatadine 665 mcg nasal spray (Patanase)</i>	T1	HD
PATANASE ( <i>olopatadine hcl</i> )	T3	HD
<b>COMB. DE ANTIISTAMÍNICOS NAALES Y ANTIINFLAM. ESTEROIDEOS</b>		
<i>azelastine/fluticasone</i>	T1	HD
<b>ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS NAALES</b>		
<i>flunisolide</i>	T1	HD
<i>fluticasone prop 50 mcg spray</i>	T1	HD
<i>mometasone furoate 50 mcg spray</i>	T1	QL (4 bots/30 days) HD
<b>PREPARACIONES NAALES, VARIAS (CON RECETA)</b>		
<i>ipratropium bromide</i>	T1	HD
<b>PREPARACIONES NAALES, VASOCONSTRICTORES (CON RECETA)</b>		
ADRENALIN CHLORIDE	T3	
<i>epinephrine hcl (Adrenalin Chloride)</i>	T1	
<b>PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Medicamentos para los oídos)</b>		
<b>PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIINFLAMATORIAS</b>		
DERMOTIC ( <i>fluocinolone acetonide oil</i> )	T3	
<i>fluocinolone acetonide oil (Dermotic)</i>	T1	
<b>PREPARACIONES ÓTICAS, VARIAS, ANTIINFECCIOSOS</b>		
<i>acetic acid</i>	T1	
<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	T1	
<b>PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Condiciones oculares)</b>		
<b>LÁGRIMAS ARTIFICIALES</b>		
LACRISERT	T2	
<b>ANTIINFECCIOSOS PARA LOS OJOS (CON RECETA ÚNICAMENTE)</b>		
BETADINE	T2	
<b>AGENTES ANTIINFLAMATORIOS PARA LOS OJOS</b>		
ACUVAIL	T3	
ALREX	T3	
<i>bromfenac sodium</i>	T1	
BROMSITE .075%	T2	
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	T1	
<i>diclofenac 0.1% eye drops</i>	T1	
EYSUVIS	T2	QL (8.3ML/14 DAYS)

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Condiciones oculares) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES ANTIINFLAMATORIOS PARA LOS OJOS (cont.)</b>		
FLAREX	T2	
<i>fluorometholone (Fml)</i>	T1	
<i>flurbiprofen sodium</i>	T1	
FML ( <i>fluorometholone</i> )	T3	
FML FORTE	T2	
ILEVRO	T3	
INVELTYS	T2	
<i>ketorolac 0.4% ophth solution (Acular Ls)</i>	T1	
<i>ketorolac 0.5% ophth solution (Acular)</i>	T1	
LOTEMAX 0.5% EYE OINT	T2	
LOTEMAX SM	T2	
<i>loteprednol etabonate (Lotemax)</i>	T1	
MAXIDEX	T2	
OMNIPRED ( <i>prednisolone acetate</i> )	T3	
PRED MILD	T2	
<i>prednisolone acetate (Pred Forte)</i>	T1	
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	T1	
PROLENSA	T3	
AKTEN	T3	
ALCAINE ( <i>proparacaine hcl</i> )	T3	
<b>ANESTÉSICOS LOCALES PARA LOS OJOS</b>		
AKTEN	T3	
ALCAINE ( <i>proparacaine hcl</i> )	T3	
ALTAFLUOR BENOX ( <i>flurox</i> )	T3	
<i>benoxinate hcl/fluorescein sod (Altafluor Benox)</i>	T1	
<i>benoxinate hcl/fluorescein sod (Altafluor Benox)</i>	T3	
<i>proparacaine hcl (Alcaine)</i>	T1	
<i>proparacaine/fluorescein sod</i>	T1	
<i>proparacaine/fluorescein sod</i>	T2	
<i>tetracaine hcl</i>	T1	
TETRAVISC	T2	
TETRAVISC FORTE	T2	
<b>ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS PARA LOS OJOS</b>		
ALOCRIIL	T3	
ALOMIDE	T2	
<i>cromolyn 4% eye drops</i>	T1	

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

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

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

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



## Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Condiciones oculares) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES OCULARES, VARIAS (SIN RECETA)</b>		
GELFILM	T3	
<b>VASOCONSTRICTORES PARA LOS OJOS</b>		
<i>phenylephrine hcl</i>	T1	
<b>MIÓTICOS Y OTROS REDUCTORES DE LA PRESIÓN INTRAOCULAR</b>		
<i>apraclonidine hcl</i> (Iopidine)	T1	HD
<i>betaxolol hcl</i>	T1	HD
BETIMOL	T2	HD
BETOPTIC S	T2	HD
<i>bimatoprost</i>	T1	QL (10 gm/30 days) HD
<i>brimonidine tartrate</i>	T1	HD
<i>brimonidine tartrate</i> (Alphagan P)	T1	HD
<i>brinzolamide</i> (Azopt)	T1	HD
<i>carteolol hcl</i>	T1	HD
<i>dorzolamide hcl</i> (Trusopt)	T1	HD
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</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	T2	HD
ISOPTO CARPINE ( <i>pilocarpine hcl</i> )	T3	HD
<i>latanoprost</i>	T1	HD
<i>levobunolol hcl</i>	T1	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
<i>travoprost</i>	T1	HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Condiciones oculares) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>MIDRIÁTICOS</b>		
<i>atropine sulfate</i>	T1	HD
<i>atropine sulfate</i> (Isopto Atropine)	T1	HD
ATROPINE SULFATE-0.9% NACL	T3	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</i> (Cyclogyl)	T1	HD
<i>homatropine hbr</i>	T1	HD
ISOPTO ATROPINE ( <i>atropine sulfate</i> )	T3	HD
MYDRIACYL ( <i>tropicamide</i> )	T3	HD
PAREMYD	T3	HD
<i>tropicamide</i>	T1	HD
<i>tropicamide</i> (Mydriacyl)	T1	HD
<b>AGENTES ANTIFIBRÓTICOS OFTÁLMICOS</b>		
MITOSOL	T3	
<b>ANTIINFLAMATORIOS OFTÁLMICOS, TIPO INMUNOMODULADOR</b>		
CEQUA	T3	HD
RESTASIS	T2	HD
RESTASIS MULTIDOSE	T2	HD
XIIDRA	T2	HD
<b>AGENTES OFTÁLMICOS REDUCTORES DE LA CISTINA</b>		
CYSTADROPS	T3	PA QL (20ML/21 DAYS) SP
CYSTARAN	T3	PA QL (120ml/28 days) SP
<b>FACTOR DE CRECIMIENTO DEL NERVIÓ OFTÁLMICO HUMANO (HNGF)</b>		
OXERVATE	T3	PA SP HD
<b>ELECT./CALÓRICOS/H2O (Medicamentos para el colesterol)</b>		
<b>SUPLEMENTOS DE LÍPIDOS ORALES</b>		
DOJOLVI	T3	PA SP HD
<b>ELECT./CALÓRICOS/H2O (Productos dentales)</b>		
<b>PREPARACIONES CON FLÚOR</b>		
PREVIDENT 1.1% GEL ( <i>sodium fluoride</i> )	T3	
PREVIDENT 5000	T3	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

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

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

### ELECT./CALÓRICOS/H2O (Diabetes)

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

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

### ELECT./CALÓRICOS/H2O (Varios)

#### SUPLEMENTOS DE ÁCIDO NUCLEICO/NUCLEÓTIDOS

XURIDEN	T3	PA SP
---------	----	-------

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

#### REDUCTORES DE ELECTROLITOS

AURYXIA	T3	QL (12 tabs/day)
<i>calcium acetate</i>	T1	
<i>lanthanum carbonate</i> (Fosrenol)	T1	
LOKELMA	T2	
PHOSLYRA	T3	
<i>sevelamer carbonate</i> (Renvela)	T1	
<i>sevelamer hcl</i>	T1	
<i>sevelamer hcl</i> (Renagel)	T1	
<i>sodium polystyrene sulfon/sorb</i>	T1	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Nutritivos/alimenticios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>REDUCTORES DE ELECTROLITOS (cont.)</b>		
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	T1	
<i>sps 15 gm/60 ml suspension</i>	T1	
<i>sps 30 gm/120 ml enema susp</i>	T3	
VELPHORO	T2	
VELTASSA	T2	
<b>AGENTES QUE CONTIENEN YODO</b>		
<i>potassium iodide/iodine</i>	T1	
SSKI	T1	
<b>REPOSICIÓN DE HIERRO</b>		
CITRANATAL BLOOM	T3	
FERAHEME	T3	PA
INJECTAFER	T3	PA
MONOFERRIC	T3	PA
<b>REPOSICIÓN DE POTASIO</b>		
EFFER-K 10 MEQ TABLET EFF	T3	
EFFER-K 20 MEQ TABLET EFF	T3	
<i>effer-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	
<b>SOLUCIONES PARA DIÁLISIS</b>		
PRISMASOL	T3	
<b>MODIFICADORES DEL PH URINARIO</b>		
K-PHOS NO.2	T2	HD
K-PHOS ORIGINAL	T2	HD
ORACIT	T3	HD
<i>potassium citrate (Urocit-k)</i>	T1	HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Nutritivos/alimenticios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>MODIFICADORES DEL PH URINARIO (cont.)</b>		
<i>potassium citrate/citric acid</i>	T1	HD
RENACIDIN	T3	HD
UROKIT-K ( <i>potassium citrate er</i> )	T3	HD
UROQID-ACID NO.2	T2	HD
<b>REPOSICIÓN DE ZINC</b>		
<i>zinc sulfate</i>	T1	HD
<b>GASTROINTESTINALES (Medicamentos para el colesterol)</b>		
<b>LIPOTRÓPICOS</b>		
<i>icosapent ethyl (Vascepa)</i>	T1	HD
LOVAZA ( <i>triklo</i> )	T3	HD
<i>omega-3 acid ethyl esters (Lovaza)</i>	T1	HD
VASCEPA	T2	PA HD
<b>GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis)</b>		
<b>INHIBIDORES DE AMONÍACO</b>		
BUPHENYL 500 MG TABLET ( <i>sodium phenylbutyrate</i> )	T3	SP HD
BUPHENYL POWDER ( <i>sodium phenylbutyrate</i> )	T2	SP HD
<i>lactulose 10 gm/15 ml solution</i>	T1	HD
LITHOSTAT	T2	HD
RAVICTI	T3	PA SP HD
<i>sodium phenylbutyrate (Buphenyl)</i>	T1	SP HD
<b>ANTICOLINÉRGICOS, AMONIO CUATERNARIO</b>		
<i>chlordiazepoxide/clidinium br</i>	T1	
CUVPOSA	T3	
GLYCATE	T3	
<i>glycopyrrolate (Glycate)</i>	T1	
<i>glycopyrrolate (Robinul Forte)</i>	T1	
<i>glycopyrrolate (Robinul)</i>	T1	
<i>propantheline bromide</i>	T1	
ROBINUL ( <i>glycopyrrolate</i> )	T3	
ROBINUL FORTE ( <i>glycopyrrolate</i> )	T3	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

<b>GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTICOLINÉRGICOS/ANTIESPASMÓDICOS</b>		
<i>dicyclomine hcl</i>	T1	
<b>ANTIDIARREICOS - INHIBIDORES DE CANALES DE CLORURO G.I.</b>		
MYTESI	T3	
<b>ANTIDIARREICOS - INHIBIDORES DE LA TRIPTÓFANO HIDROXILASA</b>		
XERMELO	T3	PA SP
<b>ANTIDIARREICOS</b>		
<i>diphenoxylate hcl/atropine</i>	T1	
<i>diphenoxylate hcl/atropine</i> (Lomotil)	T1	
LOMOTIL ( <i>diphenoxylate-atropine</i> )	T3	
<i>loperamide hcl</i>	T1	
MOTOFEN	T3	
<i>opium tincture</i>	T1	PA
<i>paregoric</i>	T1	
<b>ANTIEMÉTICOS - TIPO CANNABINOIDES</b>		
<i>dronabinol</i>	T1	
<b>AGENTES ANTIEMÉTICOS/ANTIVÉRTIGO</b>		
AKYNZEO	T3	PA QL (4 caps/28 days)
ANZEMET	T3	PA QL (5 tabs/30 days) SP
<i>aprepitant 125 mg capsule</i>	T1	QL (4 caps/28 days)
<i>aprepitant 125-80-80 mg pack</i> (Emend)	T1	QL (12 caps/28 days)
<i>aprepitant 40 mg capsule</i>	T1	QL (1 cap/28 days)
<i>aprepitant 80 mg capsule</i> (Emend)	T1	QL (8 caps/28 days)
BONJESTA	T3	
COMPAZINE ( <i>prochlorperazine maleate</i> )	T3	
COMPAZINE ( <i>prochlorperazine</i> )	T3	
DICLEGIS ( <i>doxylamine succ-pyridoxine hcl</i> )	T3	
<i>doxylamine succinate/vit b6</i> (Diclegis)	T1	
EMEND 125 MG POWDER PACKET	T3	PA QL (12 caps/28 days)
EMEND 150 MG VIAL ( <i>fosaprepitant dimeglumine</i> )	T3	PA
EMEND 80 MG CAPSULE ( <i>aprepitant</i> )	T3	PA QL (8 caps/28 days)
EMEND TRIPACK ( <i>aprepitant</i> )	T3	PA QL (12 caps/28 days)
<i>fosaprepitant dimeglumine</i> (Emend)	T1	PA
<i>granisetron hcl</i>	T1	
<i>granisetron hcl/pf</i>	T1	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES ANTIEMÉTICOS/ANTIVÉRTIGO (cont.)</b>		
<i>ondansetron</i>	T1	
<i>ondansetron hcl</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	
VARUBI	T3	PA QL (4 tabs/28 days)
<b>PREPARACIONES ANTIULCEROSAS</b>		
CARAFATE ( <i>sucralfate</i> )	T3	HD
CYTOTEC ( <i>misoprostol</i> )	T3	HD
<i>misoprostol (Cytotec)</i>	T1	HD
<i>sucralfate (Carafate)</i>	T1	HD
<b>ANTIULCEROSOS-AGENTES CONTRA LA H. PYLORI</b>		
<i>bismuth/metronid/tetracycline (Pylera)</i>	T1	
<i>lansoprazole/amoxicilin/clarith</i>	T1	
<b>ALCALOIDES DE BELLADONA</b>		
<i>atropine 0.25 mg/5 ml syringe</i>	T1	HD
DONNATAL	T3	HD
DONNATAL ( <i>phenohydro</i> )	T3	HD
<i>hyoscyamine sulfate</i>	T1	HD
<i>hyoscyamine sulfate (Levbid)</i>	T1	HD
<i>hyoscyamine sulfate (Levsin)</i>	T1	HD
<i>hyoscyamine sulfate (Levsin-sl)</i>	T1	HD
<i>hyoscyamine sulfate (Nulev)</i>	T1	HD
<i>hyoscyamine sulfate (Nulev)</i>	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

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

<b>GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ALCALOIDES DE BELLADONA (cont.)</b>		
<i>phenobarb/hyoscy/atropine/scop</i> (Donnatal)	T1	HD
<i>phenobarb/hyoscy/atropine/scop</i> (Phenobarbital-belladonna)	T1	HD
<i>phenobarbital-belladonna elixir</i> (Donnatal)	T1	HD
<i>phenobarbital-belladonna elixir</i> (Phenobarbital-belladonna)	T1	HD
PHENOBARBITAL-BELLADONNA ELIXIR ( <i>phenohytr</i> )	T3	HD
SYMAX DUOTAB	T2	HD
<b>SALES BILIARES</b>		
ACTIGALL ( <i>ursodiol</i> )	T3	HD
CHENODAL	T3	SP HD
CHOLBAM	T3	PA SP HD
URSO ( <i>ursodiol</i> )	T3	HD
URSO FORTE ( <i>ursodiol</i> )	T3	HD
<i>ursodiol</i> (Actigall)	T1	HD
<i>ursodiol</i> (Urso Forte)	T1	HD
<i>ursodiol</i> (Urso)	T1	HD
<b>INFLAM. CRÓNICA DIAG. DE COLON, 5-A-SALICILATO, TRAT. RECTAL</b>		
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>	T1	
SFROWASA ( <i>mesalamine</i> )	T3	
<b>TRAT. FARMAC.-INFLAM. CRÓNICA DIAG. DE COLON, 5-AMINOSALICILATO</b>		
APRISO ( <i>mesalamine er</i> )	T3	HD
<i>balsalazide disodium</i>	T1	HD
<i>mesalamine</i>	T1	HD
<i>mesalamine</i> (Apriso)	T1	HD
<i>mesalamine 800 mg dr tablet</i>	T1	HD
<i>mesalamine dr 1.2 gm tablet</i> (Lialda)	T1	HD
<i>sulfasalazine</i> (Azulfidine)	T1	HD
<b>AGONISTAS DEL RECEPTOR X FARNESOIDE (FXR), ANÁLOGOS DEL ÁCIDO BILIAR</b>		
OCALIVA	T3	PA SP HD
<b>ENZIMAS GÁSTRICAS</b>		
SUCRAID	T3	PA SP

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

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

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

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





## Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES</b>		
ACIPHEX ( <i>rabeprazole sodium</i> )	T3	QL (30 tabs/30 days) ST HD
ACIPHEX SPRINKLE DR 10 MG CAP	T3	QL (60 caps/30 days) HD
ACIPHEX SPRINKLE DR 5 MG CAP	T3	QL (120 caps/30 days) HD
<i>dexlansoprazole dr 30 mg cap</i> (Dexilant)	T1	QL (2 CAPS/DAY) HD
<i>esomeprazole dr 10 mg packet</i>	T1	QL (4 packets/day) HD
<i>esomeprazole dr 20 mg packet</i>	T1	QL (2 packs/day) HD
<i>esomeprazole dr 40 mg packet</i>	T1	QL (1 packet/day) HD
<i>esomeprazole mag dr 20 mg cap</i>	T1	QL (20ml/day) HD
<i>esomeprazole mag dr 40 mg cap</i>	T1	QL (1 cap/day) HD
ESOMEPRAZOLE STRONTIUM	T3	QL (1 cap/day) HD
<i>lansoprazole dr 15 mg capsule</i> (Prevacid)	T1	QL (2 caps/day) HD
<i>lansoprazole dr 30 mg capsule</i> (Prevacid)	T1	QL (30 caps/30 days) HD
<i>lansoprazole odt 15 mg tablet</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>lansoprazole odt 30 mg tablet</i>	T1	QL (30 tabs/30 days) HD
NEXIUM DR 2.5 MG PACKET	T2	QL (480 packs/30 days) HD
DEXILANT DR 60 MG CAPSULE ( <i>dexlansoprazole</i> )	T2	QL (1 CAP/DAY) HD
NEXIUM DR 5 MG PACKET	T2	QL (240 packs/30 days) HD
<i>omeprazole dr 10 mg capsule</i>	T1	QL (120 caps/30 days) HD
<i>omeprazole dr 20 mg capsule</i>	T1	QL (2 caps/day) HD
<i>omeprazole dr 40 mg capsule</i>	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>pantoprazole 40 mg suspension</i> (Protonix)	T1	QL (1 dose/day) HD
<i>pantoprazole sod dr 20 mg tab</i> (Protonix)	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>pantoprazole sod dr 40 mg tab</i> (Protonix)	T1	QL (1 tab/day) 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
<i>rabeprazole sodium</i> (Aciphex)	T1	QL (30 tabs/30 days) HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

<b>GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>PREPARACIONES RECTALES</b>		
<i>hydrocortisone acetate</i>	T1	
<b>SBS - ANÁLOGOS DEL PÉPTIDO SIMILAR AL GLUCAGÓN TIPO 2 (GLP-2)</b>		
GATTEX	T3	PA SP HD
<b>GASTROINTESTINALES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)</b>		
<b>PREP. PARA LAS HEMORROIDES, ANTIINFLAM. ESTEROIDEOS-ANEST. LOCALES</b>		
ANA-LEX	T1	
<i>hydrocortisone/lidocaine/aloe</i>	T1	
<i>hydrocortisone/pramoxine (Analpram Hc)</i>	T1	
<i>lidocaine/hydrocortisone ac</i>	T1	
LIDOCAINE-HYDROCORTISONE	T1	
PROCORT	T3	
PROCTOFOAM-HC	T2	
<b>PREP. RECTALES/DE COLON, GLUCOCORT. (NO HEMORR.)</b>		
<i>budesonide 2 mg rectal foam</i>	T1	QL (2 KITS/180 DAYS)
CORTENEMA ( <i>hydrocortisone</i> )	T3	
<i>hydrocortisone (Cortenema)</i>	T1	
<b>HORMONAS (Agentes hormonales)</b>		
<b>INHIBIDORES DE ESTEROIDES ADRENALES</b>		
ISTURISA	T3	PA QL (2 TABS/DAY) SP
<b>PREP. DE ANDRÓGENOS/ESTRÓGENOS PARA DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA</b>		
INTRAROSA	T3	
<b>AGENTES ANDROGÉNICOS</b>		
ANADROL-50	T2	PA
ANDRODERM	T2	PA QL (1 patch/day)
ANDROGEL 1% (25 MG/2.5 G) PKT ( <i>testosterone</i> )	T3	PA QL (150gm/30 days)
ANDROGEL 1% (50 MG/5 G) PKT ( <i>testosterone</i> )	T3	PA QL (2 packs/day)
ANDROGEL 1.62% GEL PUMP ( <i>testosterone</i> )	T3	PA QL (150gm/30 days)
ANDROGEL 1.62%(1.25G) GEL PCKT ( <i>testosterone</i> )	T3	PA QL (2 packs/day)
ANDROGEL 1.62%(2.5G) GEL PCKT ( <i>testosterone</i> )	T3	PA QL (150gm/30 days)
ANDROID ( <i>methyltestosterone</i> )	T3	
DEPO-TESTOSTERONE	T3	
DEPO-TESTOSTERONE ( <i>testosterone cypionate</i> )	T3	
METHITEST	T1	
<i>methyltestosterone (Testred)</i>	T1	
<i>oxandrolone</i>	T1	PA

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

<b>HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>AGENTES ANDROGÉNICOS (cont.)</b>		
<i>testosterone 1% (50 mg/5 g) pk</i> (Testosterone)	T1	PA QL (2 packs/day)
<i>testosterone 1% (25mg/2.5g) pk</i> (Androgel)	T1	PA QL (150gm/30 days)
<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>	T1	PA QL (120 gm/30 days)
TESTOSTERONE 12.5 MG/1.25 GRAM	T1	PA QL (150gm/30 days)
<i>testosterone 12.5 mg/1.25 gram</i> (Testosterone)	T1	PA QL (150gm/30 days)
<i>testosterone 30 mg/1.5 ml pump</i>	T1	PA QL (180ml/30 days)
<i>testosterone 50 mg/5 gram gel</i>	T1	PA QL (2 tubes/day)
TESTOSTERONE 50 MG/5 GRAM PKT	T1	PA QL (2 packs/day)
<i>testosterone cypionate</i> (Depo-testosterone)	T1	
<i>testosterone enanthate</i>	T1	
TESTRED ( <i>methyltestosterone</i> )	T3	
<b>HORMONAS ANTIIDIURÉTICAS Y VASOCONSTRICTORAS</b>		
<i>desmopressin</i> (nonrefrigerated)	T1	
<i>desmopressin acetate</i>	T1	
NOCTIVA	T3	PA
STIMATE	T2	SP
<b>COMBINACIONES DE ESTRÓGENOS Y PROGESTINAS</b>		
BIJUVA	T3	
<b>COMBINACIONES DE ESTRÓGENOS/ANDRÓGENOS</b>		
<i>estrogen, ester/me-testosterone</i>	T1	HD
<b>AGENTES ESTROGÉNICOS</b>		
ACTIVELLA ( <i>mimvey lo</i> )	T3	HD
ACTIVELLA ( <i>mimvey</i> )	T3	HD
ALORA	T3	QL (16 patches/28 days) HD
CLIMARA ( <i>estradiol (once weekly)</i> )	T3	HD
CLIMARA PRO	T3	HD
COMBIPATCH	T3	HD
DEPO-ESTRADIOL	T3	HD
DIVIGEL	T2	HD
ELESTRIN	T3	HD
ESTRACE ( <i>estradiol</i> )	T3	HD
<i>estradiol</i> (Climara)	T1	HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

<b>HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>AGENTES ESTROGÉNICOS (cont.)</b>		
<i>estradiol (Vivelle-dot)</i>	T1	QL (8 PATCHES/21) DAYS HD
<i>estradiol (Vivelle-dot)</i>	T1	QL (16 patches/28 days) HD
<i>estradiol 0.5 mg tablet (Estrace)</i>	T1	HD
<i>estradiol 1 mg tablet (Estrace)</i>	T1	HD
<i>estradiol 2 mg tablet (Estrace)</i>	T1	HD
<i>estradiol valerate (Delestrogen)</i>	T1	HD
<i>estradiol/norethindrone acet (Activella)</i>	T1	HD
ESTROGEL	T3	HD
EVAMIST	T3	HD
FEMHRT ( <i>norethindron-ethinyl estradiol</i> )	T3	HD
MENEST	T3	HD
MENOSTAR	T3	QL (8 patches/28 days) HD
MINIVELLE ( <i>lyllana</i> )	T3	QL (16 patches/28 days) HD
<i>norethind-eth estrad 0.5-2.5 (Femhrt)</i>	T1	HD
<i>norethindrone ac-eth estradiol</i>	T1	HD
<i>norethindrone ac-eth estradiol (Femhrt)</i>	T1	HD
<i>norethin-eth estrad 1 mg-5 mcg</i>	T1	HD
PREFEST	T3	HD
PREMARIN	T2	HD
PREMPHASE	T2	HD
PREMPRO	T2	HD
VIVELLE-DOT ( <i>lyllana</i> )	T3	QL (16 patches/28 days) HD
<b>COMB. DE ESTRÓGENOS-PROGESTINAS CON ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES PARA MINERALOCORTICOIDES</b>		
ANGELIQ	T3	HD
<b>COMB. DE ESTRÓGENOS Y MOD. SELECTIVOS DE RECEPTORES ESTROGÉN. (SERM)</b>		
DUAVEE	T2	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

<b>HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>GLUCOCORTICOIDES</b>		
<i>budesonide</i>	T1	PA QL (56 tabs/180 days)
<i>budesonide</i> (Entocort Ec)	T1	
CORTEF ( <i>hydrocortisone</i> )	T3	
<i>cortisone acetate</i>	T1	
<i>dexamethasone</i>	T1	
EMFLAZA	T3	PA SP HD
ENTOCORT EC ( <i>budesonide ec</i> )	T3	
<i>hydrocortisone</i> (Cortef)	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</i> (Medrol)	T1	
MILLIPRED 10 MG/5 ML SOLUTION ( <i>prednisolone sodium phosphate</i> )	T3	
<i>millipred 5 mg tablet</i>	T1	
ORAPRED ODT ( <i>prednisolone sodium phos odt</i> )	T3	
<i>prednisolone</i>	T1	
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	T1	
<i>prednisolone sodium phosphate</i> (Millipred)	T1	
<i>prednisolone sodium phosphate</i> (Orapred Odt)	T1	
<i>prednisone</i>	T1	
<b>HORMONA LIBERADORA DE HORMONA DEL CRECIMIENTO (GHRH) Y ANÁLOGOS</b>		
EGRIFTA	T3	PA SP HD
EGRIFTA SV	T3	PA SP HD
<b>HORMONAS DEL CRECIMIENTO</b>		
GENOTROPIN	T2	PA SP HD
NORDITROPIN FLEXPPO	T2	PA SP HD
SEROSTIM	T2	PA SP
SKYTROFA	T2	PA SP
ZORBATIVE	T2	PA SP HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

<b>HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>HORMONAS DE FACTOR DE CRECIMIENTO INSULÍNICO TIPO I (IGF-I)</b>		
INCRELEX	T2	PA SP HD
<b>COMB. DE PROGESTINA Y ANÁLOGOS AGONISTAS DE LA LHRH (GNRH)</b>		
LUPANETA PACK	T3	PA SP HD
<b>ANÁLOGOS AGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), SUPRESORES HIPOFISARIOS</b>		
LUPRON DEPOT	T2	PA SP HD
TRIPTODUR	T2	PA SP
SYNAREL	T2	PA SP HD
<b>COMB. DE PROGESTINA Y ESTRÓGENOS ANTAGONISTAS DE LA LHRH (GNRH)</b>		
MYFEMBREE	T2	PA QL (24 MONTH THERAPY)
ORIAHNN	T2	PA QL (2 CAPSULES/DAY)
<b>ANTAGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), AGENTES SUPRESORES HIPOFISARIOS</b>		
CETROTIDE	T2	PA SP
<i>ganirelix acet 250 mcg/0.5 ml (Ganirelix Acetate)</i>	T1	PA SP
GANIRELIX ACET 250 MCG/0.5 ML ( <i>ganirelix acetate</i> )	T2	PA SP
ORLISSA 150 MG TABLET	T2	PA QL (1 tab/day)
ORLISSA 200 MG TABLET	T2	PA QL (6 months therapy/lifetime)
<b>SUP. HIPOF. AGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), PUBERTAD PRECOZ CENTRAL</b>		
FENSOLVI	T2	PA SP
LUPRON DEPOT-PED	T2	PA SP HD
<b>MINERALOCORTICOIDES</b>		
<i>fludrocortisone acetate</i>	T1	HD
<b>OXITÓCICOS</b>		
CERVIDIL	T3	
<i>methylergonovine maleate</i>	T1	
PREPIDIL	T3	
PROSTIN E2 VAGINAL SUPPOSITORY	T3	
<b>AGENTES SUPRESORES HIPOFISARIOS</b>		
<i>cabergoline</i>	T1	QL (16 tabs/28 days) HD
<i>danazol</i>	T1	HD
<b>AGENTES PROGESTACIONALES</b>		
AYGESTIN ( <i>norethindrone acetate</i> )	T3	HD
CRINONE 4% GEL	T3	PA HD
DEPO-PROVERA 400 MG/ML VIAL	T3	HD
<i>hydroxyprogesterone 1.25 g/5ml</i>	T1	HD
<i>medroxyprogesterone 10 mg tab (Provera)</i>	T1	HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

<b>HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>AGENTES PROGESTACIONALES (cont.)</b>		
<i>medroxyprogesterone 2.5 mg tab (Provera)</i>	T1	HD
<i>medroxyprogesterone 5 mg tab (Provera)</i>	T1	HD
<i>norethindrone acetate (Aygestin)</i>	T1	HD
<i>progesterone, micronized (Prometrium)</i>	T1	HD
PROMETRIUM ( <i>progesterone</i> )	T3	HD
PROVERA ( <i>medroxyprogesterone acetate</i> )	T3	HD
<b>AGENTES SOMATOSTÁTICOS</b>		
BYNFEZIA	T3	PA SP
<i>octreotide acetate</i>	T1	PA SP HD
<i>octreotide acetate (Sandostatin)</i>	T1	PA SP HD
SANDOSTATIN ( <i>octreotide acetate</i> )	T3	PA SP HD
SANDOSTATIN LAR DEPOT	T2	PA SP
SIGNIFOR	T3	PA SP
SIGNIFOR LAR	T3	PA SP
SOMATULINE DEPOT	T3	PA SP HD
<b>ESTRÓGENOS VAGINALES PARA DISFUNCIÓN SEXUAL</b>		
IMVEXXY 10 MCG MAINTENANCE PAK	T3	QL (16/28 days) HD
IMVEXXY 10 MCG STARTER PACK	T3	QL (36/28 days) HD
IMVEXXY 4 MCG MAINTENANCE PACK	T3	QL (16/28 days) HD
IMVEXXY 4 MCG STARTER PACK	T3	QL (36/28 days) HD
<b>PREPARACIONES DE ESTRÓGENOS VAGINALES</b>		
ESTRACE ( <i>estradiol</i> )	T3	HD
<i>estradiol</i>	T1	QL (36 tabs/28 days) HD
<i>estradiol 0.01% cream</i>	T1	HD
<i>estradiol 10 mcg vaginal insrt</i>	T1	QL (36 tabs/28 days) HD
ESTRING	T2	QL (2 rings/90 days) HD
FEMRING	T3	HD
PREMARIN	T2	HD
VAGIFEM ( <i>yuvafem</i> )	T3	QL (36 tabs/28 days) HD

## **HORMONAS (Infertilidad)**

### **PREPARACIONES PARA ESTIMULAR LA FERTILIDAD, SIN FSH**

<i>clomiphene citrate</i>	T1	
---------------------------	----	--

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

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

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

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



## Lista de medicamentos con receta

<b>HORMONAS (Infertilidad) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>HORMONAS FOLICULOESTIMULANTES Y LUTEINIZANTES</b>		
MENOPUR	T2	PA SP
<b>HORMONA FOLICULOESTIMULANTE (FSH)</b>		
FOLLISTIM AQ	T3	PA SP
GONAL-F	T2	PA SP
GONAL-F RFF	T2	PA SP
GONAL-F RFF REDI-JECT	T2	PA SP
<b>GONADOTROPINA CORIÓNICA HUMANA (HCG)</b>		
CHORIONIC GONAD 10,000 UNIT VL	T1	PA SP
CHORIONIC GONAD 12,000 UNIT VL	T1	SP
<b>AGENTES PARA FACILITAR/MANTENER EL EMBARAZO, HORMONALES</b>		
CRINONE 8% GEL	T3	PA
ENDOMETRIN	T3	
<i>hydroxyprogesterone 1,250 mg/5 ml</i>	T1	PA
<i>hydroxyprogesterone 250 mg/ml vial</i>	T1	PA
MAKENA	T3	PA
<b>HORMONAS (Varias)</b>		
<b>ANÁLOGOS DE LA HORMONA LEPTINA</b>		
MYALEPT	T3	PA SP HD
<b>HORMONAS (Productos para la osteoporosis)</b>		
<b>AGENTES QUE ESTIMULAN LA FORMACIÓN DE HUESO - PÉPTIDOS LIB. DE PTH</b>		
TYMLOS	T2	PA QL (1 pen/30 days) SP HD
<b>INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA</b>		
<i>calcitonin, salmon, synthetic</i>	T1	HD
RECLAST 5 MG/100 ML SOLUTION	T3	
MIACALCIN	T2	HD
ZOLEDRONIC ACID 4MG/100ML	T3	
<b>INMUNOSUPRESORES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)</b>		
<b>ANTAGONISTAS ALFA DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-4 (IL-4), ANTICUERPOS MONOCLONALES</b>		
DUPIXENT PEN	T2	PA SP HD
DUPIXENT SYRINGE	T2	PA SP HD
<b>INHIBIDORES DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-6 (IL-6)</b>		
ACTEMRA	T2	PA QL (4 syringes/28 days) SP HD
ACTEMRA ACTPEN	T2	PA QL (4 pens/28 days) SP HD
ENSPRYNG	T3	PA SP HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

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

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

#### INHIBIDORES DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-6 (IL-6) (cont.)

KEVZARA 150 MG/1.14 ML PEN INJ	T3	PA QL (2 pens/28 days) SP HD
KEVZARA 150 MG/1.14 ML SYRINGE	T3	PA QL (2 syringes/28 days) SP HD
KEVZARA 200 MG/1.14 ML PEN INJ	T3	PA QL (2 pens/28 days) SP HD
KEVZARA 200 MG/1.14 ML SYRINGE	T3	PA QL (2 syringes/28 days) SP HD

#### ANTICUERPOS MONOCLONALES-INHIB. DE LA INTERLEUCINA HUMANA I2/23

STELARA 45 MG/0.5 ML SYRINGE	T2	PA QL (1 syringe/84 days) SP HD
STELARA 45 MG/0.5 ML VIAL	T2	PA QL (1 vial/84 days) SP HD
STELARA 90 MG/ML SYRINGE	T2	PA QL (1 syringe/84 days) SP HD

### INMUNOSUPRESORES (Condiciones cutáneas)

#### AGENTES INMUNOSUPRESORES TÓPICOS

ELIDEL ( <i>pimecrolimus</i> )	T3	
<i>pimecrolimus</i> (Elidel)	T1	
PROTOPIC ( <i>tacrolimus</i> )	T3	
<i>tacrolimus</i> 0.03% ointment (Protopic)	T1	
<i>tacrolimus</i> 0.1% ointment (Protopic)	T1	

### INMUNOSUPRESORES (Medicamentos para trasplante)

#### INMUNOSUPRESORES

ASTAGRAF XL	T3	SP HD
AZASAN	T2	SP HD
<i>azathioprine</i> (Imuran)	T1	SP HD
CELLCEPT ( <i>mycophenolate mofetil</i> )	T3	SP HD
<i>cyclosporine</i> (Sandimmune)	T1	SP HD
<i>cyclosporine, modified</i>	T1	SP HD
<i>cyclosporine, modified</i> (Neoral)	T1	SP HD
ENVARUSUS XR	T3	SP HD
<i>everolimus</i> 0.25 mg tablet (Zortress)	T1	SP HD
<i>everolimus</i> 0.5 mg tablet (Zortress)	T1	SP HD
<i>everolimus</i> 0.75 mg tablet (Zortress)	T1	SP HD
IMURAN ( <i>azathioprine</i> )	T3	SP HD
<i>mycophenolate mofetil</i> (Cellcept)	T1	SP HD
<i>mycophenolate sodium</i> (Myfortic)	T1	SP HD
MYFORTIC ( <i>mycophenolic acid</i> )	T3	SP HD
PROGRAF	T3	SP HD
PROGRAF ( <i>tacrolimus</i> )	T3	SP HD
RAPAMUNE ( <i>sirolimus</i> )	T3	SP HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

### INMUNOSUPRESORES (Medicamentos para trasplante) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>INMUNOSUPRESORES (cont.)</b>		
<i>sirolimus</i> (Rapamune)	T1	SP HD
<i>tacrolimus 0.5 mg capsule</i> (ir) (Prograf)	T1	SP HD
<i>tacrolimus 1 mg capsule</i> (ir) (Prograf)	T1	SP HD

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

#### SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS

<i>tacrolimus 5 mg capsule</i> (ir) (Prograf)	T1	SP HD
ZORTRESS	T3	SP HD
ZORTRESS ( <i>everolimus</i> )	T3	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)
GE333 BLOOD GLUCOSE SYSTEM	T3	
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 ( <i>FOR HUMALOG</i> )	T1	
INPEN ( <i>FOR NOVOLOG OR FIASP</i> )	T1	
MOBILE LANCETS	T2	
NOVOPEN ECHO	T1	
OMNIPOD DASH 5 PACK POD	T2	PA QL (6 boxes/30 days)
ONETOUCH ULTRASOFT 2 LANCET	T2	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)</b>		
PRO COMFORT SAFETY LANCET	T2	
REPLACEMENT PEDIATRIC MONITOR	T1	
SEN-SERTER	T1	
V-GO 20	T2	
V-GO 30	T2	
V-GO 40	T2	
<b>AGUJAS/DISPOSITIVOS SIN AGUJA</b>		
ECLIPSE NEEDLE	T1	
EMBRACE PEN NEEDLE	T2	
FILTER NEEDLE	T1	
HYPODERMIC NEEDLE	T1	
INSUPEN PEN NEEDLE	T2	
MONOJECT BLOOD COLLECTION NEEDLE	T1	
NEEDLE	T1	
PEN NEEDLE	T1	
PHASEAL PROTECTOR	T1	
TERUMO SURGUARD2	T1	
VERIFINE PEN NEEDLE	T2	
<b>JERINGAS Y ACCESORIOS</b>		
ASSURE ID INSULIN SAFETY	T1	
INSULIN SYRINGE	T1	
INSULIN SYRINGE U-500	T1	
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG	T1	
MAGELLAN INSULIN SYRINGE	T1	
MINIMED RESERVOIR	T1	
MONOJECT	T1	
MONOJECT INSULIN SYRINGE	T1	
PARADIGM	T1	
SECURESAFE INSULIN SYRINGE	T2	

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

#### 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)

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AYUDAS, DISPOSITIVOS, EQUIPOS RESPIRATORIOS (cont.)</b>		
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)
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)

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AYUDAS, DISPOSITIVOS, EQUIPOS RESPIRATORIOS (cont.)</b>		
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

<i>baclofen</i>	T1	
<i>carisoprodol</i> (Soma)	T1	
<i>carisoprodol/aspirin</i>	T1	
<i>chlorzoxazone</i>	T1	
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	T1	
<i>cyclobenzaprine hcl</i> (Fexmid)	T1	
DANTRIUM ( <i>dantrolene sodium</i> )	T3	
<i>dantrolene sodium</i>	T1	
<i>dantrolene sodium</i> (Dantrium)	T1	
FEXMID ( <i>cyclobenzaprine hcl</i> )	T3	
<i>metaxalone</i>	T1	
<i>metaxalone</i> (Skelaxin)	T1	
<i>methocarbamol</i>	T1	
<i>methocarbamol</i> (Robaxin-750)	T1	
<i>orphenadrine citrate</i>	T1	
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	
<i>tizanidine hcl</i> (Zanaflex)	T1	
ZANAFLEX ( <i>tizanidine hcl</i> )	T3	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS PRENATALES (Nutritivas/alimenticias)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINAS PRENATALES</b>		
ATABEX EC	T2	
CITRANATAL 90 DHA	T2	
CITRANATAL ASSURE	T2	
CITRANATAL DHA	T2	
CITRANATAL HARMONY	T2	
CITRANATAL RX	T2	
OBSTETRIX EC	T2	
<b>MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar)<sup>8</sup></b>		
<b>ANTIDEPRESIVOS ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES ALFA 2</b>		
OBTRET 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 (Obtret 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	
<i>mirtazapine</i>	T1	HD
<i>mirtazapine (Remeron)</i>	T1	HD
<b>MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS - BENZODIAZEPINAS</b>		
<i>alprazolam</i>	T1	
<i>alprazolam (Xanax Xr)</i>	T1	
<i>alprazolam (Xanax)</i>	T1	
<i>chlordiazepoxide hcl</i>	T1	
<i>clorazepate dipotassium</i>	T1	
<i>clorazepate dipotassium (Tranxene T-tab)</i>	T1	
<i>diazepam 10 mg tablet (Valium)</i>	T1	
<i>diazepam 2 mg tablet (Valium)</i>	T1	
<i>diazepam 5 mg tablet (Valium)</i>	T1	
<i>diazepam 5 mg/5 ml solution</i>	T1	
<i>diazepam 5 mg/ml oral conc</i>	T1	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

<b>MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar)<sup>8</sup> (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS - BENZODIAZEPINAS (cont.)</b>		
<i>lorazepam</i>	T1	
<i>oxazepam</i>	T1	
TRANXENET-TAB ( <i>clorazepate dipotassium</i> )	T3	
VALIUM ( <i>diazepam</i> )	T3	
XANAX ( <i>alprazolam</i> )	T3	
XANAX XR ( <i>alprazolam xr</i> )	T3	
<b>MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS</b>		
<i>buspirone hcl</i>	T1	
<i>meprobamate</i>	T1	
<b>ANTIDEPRESIVOS - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES NMDA</b>		
SPRAVATO	T3	PA SP
<b>MEDICAMENTOS PARA TRASTORNO BIPOLAR</b>		
EQUETRO	T3	HD
<i>lithium carbonate</i>	T1	HD
<i>lithium carbonate</i> (Lithobid)	T1	HD
<i>lithium citrate</i>	T1	HD
<b>MAOI - ANTIDEPRESIVOS NO SELECTIVOS E IRREVERSIBLES</b>		
MARPLAN	T3	QL (12 tabs/day)
<i>phenelzine sulfate</i> (Nardil)	T1	
<i>tranylcypromine sulfate</i>	T1	
<b>ANTIDEPRESIVOS INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA (MAOI)</b>		
EMSAM 12 MG/24 HOURS PATCH	T3	QL (1 patch/day)
EMSAM 6 MG/24 HOURS PATCH	T3	QL (2 patches/day)
EMSAM 9 MG/24 HOURS PATCH	T3	QL (1 patch/day)
<b>INHIB. DE LA RECAPT. DE NOREPINEFRINA Y DOPAMINA (NDRI)</b>		
<i>bupropion hcl 100 mg tablet</i>	T1	QL (4 tabs/day) HD
<i>bupropion hcl 75 mg tablet</i>	T1	QL (6 tabs/day) HD
<i>bupropion hcl sr 100 mg tablet</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>	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>bupropion hcl xl 300 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<b>AGONISTAS INVERSOS SELECTIVOS DE SEROTONINA 5-HT<sub>2A</sub> (SSIA)</b>		
NUPLAZID	T3	PA SP HD
<b>INHIBIDOR SELECTIVO DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (SSRI)</b>		
<i>citalopram hbr 10 mg tablet</i> (Celexa)	T1	QL (6 tabs/day) HD

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

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

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

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



## Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>INHIBIDOR SELECTIVO DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (SSRI) (cont.)</b>		
<i>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>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>escitalopram 20 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>escitalopram 5 mg tablet</i>	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
<i>fluoxetine hcl 60 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>fluvoxamine er 100 mg capsule</i>	T1	QL (3 caps/day) HD
<i>fluvoxamine er 150 mg capsule</i>	T1	QL (2 caps/day) HD
<i>fluvoxamine maleate 100 mg tab</i>	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>fluvoxamine maleate 25 mg tab</i>	T1	QL (12 tabs/day) HD
<i>fluvoxamine maleate 50 mg tab</i>	T1	QL (6 tabs/day) HD
<i>paroxetine cr 12.5 mg tablet</i> (Paxil Cr)	T1	QL (6 tabs/day) HD
<i>paroxetine cr 25 mg tablet</i> (Paxil Cr)	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>paroxetine cr 37.5 mg tablet</i> (Paxil Cr)	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>paroxetine er 12.5 mg tablet</i> (Paxil Cr)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>paroxetine er 25 mg tablet</i> (Paxil Cr)	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>paroxetine er 37.5 mg tablet</i> (Paxil Cr)	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>paroxetine hcl 10 mg tablet</i> (Paxil)	T1	QL (6 tabs/day) HD
<i>paroxetine hcl 20 mg tablet</i> (Paxil)	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>paroxetine hcl 30 mg tablet</i> (Paxil)	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>paroxetine hcl 40 mg tablet</i> (Paxil)	T1	QL (1 tab/day) HD
SARAFEM ( <i>fluoxetine hcl</i> )	T3	ST HD
<i>sertraline 20 mg/ml oral conc</i> (Zoloft)	T1	QL (10ml/day) HD
<i>sertraline hcl 100 mg tablet</i> (Zoloft)	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>sertraline hcl 25 mg tablet</i> (Zoloft)	T1	QL (8 tabs/day) HD
<i>sertraline hcl 50 mg tablet</i> (Zoloft)	T1	QL (4 tabs/day) HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN/ANTAGONISTAS DE LA SEROTONINA-2 (SARI)</b>		
<i>nefazodone hcl</i>	T1	HD
<i>trazodone hcl</i>	T1	HD
<b>INHIB. DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA-NOREPINEFRINA (SNRI)</b>		
<i>desvenlafaxine 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
<i>duloxetine hcl dr 20 mg cap</i>	T1	QL (6 caps/day) HD
<i>duloxetine hcl dr 30 mg cap</i>	T1	QL (4 caps/day) HD
<i>duloxetine hcl dr 40 mg cap</i>	T1	QL (3 caps/day) HD
<i>duloxetine hcl dr 60 mg cap</i>	T1	QL (2 caps/day) HD
FETZIMA 20-40 MG TITRATION PAK	T3	QL (28 caps/180 days) ST HD
FETZIMA ER 120 MG CAPSULE	T3	QL (1 cap/day) ST HD
FETZIMA ER 20 MG CAPSULE	T3	QL (6 caps/day) ST HD
FETZIMA ER 40 MG CAPSULE	T3	QL (3 caps/day) ST HD
FETZIMA ER 80 MG CAPSULE	T3	QL (1 cap/day) ST HD
PRISTIQ ER 100 MG TABLET ( <i>desvenlafaxine succinate er</i> )	T3	QL (2 tabs/day) ST HD
PRISTIQ ER 25 MG TABLET ( <i>desvenlafaxine succinate er</i> )	T3	QL (16 tabs/day) ST HD
PRISTIQ ER 50 MG TABLET ( <i>desvenlafaxine succinate er</i> )	T3	QL (1 tab/day) ST 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

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

<b>MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar)<sup>8</sup> (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>SSRI Y ANTIDEPRESIVOS AGONISTAS PARCIALES DE 5HT1A</b>		
VIIBRYD 10 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST HD
VIIBRYD 10-20 MG STARTER PACK	T3	ST HD
VIIBRYD 20 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST HD
VIIBRYD 40 MG TABLET	T3	ST HD
<b>SSRI, ANTIDEPRESIVOS MODULADORES DE RECEPTORES DE SEROTONINA</b>		
TRINTELLIX 10 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST HD
TRINTELLIX 20 MG TABLET	T3	ST HD
TRINTELLIX 5 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST HD
<b>COMBINACIONES DE ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS-BENZODIAZEPINAS</b>		
<i>amitriptyline/chlordiazepoxide</i>	T1	HD
<b>COMBINACIONES DE ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS-FENOTIAZINAS</b>		
<i>perphenazine/amitriptyline hcl</i>	T1	HD
<b>ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS, INHIB. NO SELECT. DE LA RECAPTACIÓN REL.</b>		
<i>amitriptyline hcl</i>	T1	HD
<i>amoxapine</i>	T1	HD
<i>clomipramine hcl</i>	T1	HD
<i>desipramine hcl</i>	T1	HD
<i>desipramine hcl (Norpramin)</i>	T1	HD
<i>doxepin 10 mg capsule</i>	T1	HD
<i>doxepin 10 mg/ml oral conc</i>	T1	HD
<i>doxepin 100 mg capsule</i>	T1	HD
<i>doxepin 150 mg capsule</i>	T1	HD
<i>doxepin 25 mg capsule</i>	T1	HD
<i>doxepin 50 mg capsule</i>	T1	HD
<i>doxepin 75 mg capsule</i>	T1	HD
<i>imipramine hcl</i>	T1	HD
<i>imipramine pamoate</i>	T1	HD
<i>maprotiline hcl</i>	T1	HD
<i>nortriptyline hcl</i>	T1	HD
<i>protriptyline hcl</i>	T1	HD
<i>trimipramine maleate</i>	T1	HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ADRENÉRGICOS, AROMÁTICOS, SIN CATECOLAMINAS</b>		
MYDAYIS	T2	QL
VYVANSE 10 MG CAPSULE	T2	PA QL (1 cap/day)
VYVANSE 10 MG CHEWABLE TABLET	T2	PA QL (1 tab/day)
VYVANSE 20 MG CAPSULE	T2	PA QL (1 cap/day)
VYVANSE 20 MG CHEWABLE TABLET	T2	PA QL (1 tab/day)
VYVANSE 30 MG CAPSULE	T2	PA QL (1 cap/day)
VYVANSE 30 MG CHEWABLE TABLET	T2	PA QL (1 tab/day)
VYVANSE 40 MG CAPSULE	T2	PA QL (1 cap/day)
VYVANSE 40 MG CHEWABLE TABLET	T2	PA QL (1 tab/day)
VYVANSE 50 MG CAPSULE	T2	PA QL (1 cap/day)
VYVANSE 50 MG CHEWABLE TABLET	T2	PA QL (1 tab/day)
VYVANSE 60 MG CAPSULE	T2	PA QL (1 cap/day)
VYVANSE 60 MG CHEWABLE TABLET	T2	PA QL (1 tab/day)
VYVANSE 70 MG CAPSULE	T2	PA QL (1 cap/day)
<b>TRAT. PARA EL ADHD - AGONISTAS SELECTIVOS DE LOS RECEPTORES ALFA 2</b>		
<i>clonidine hcl</i> (Kapvay)	T1	
<i>guanfacine hcl</i> (Intuniv)	T1	
<b>TRAT. PARA EL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (ADHD)/NARCOLEPSIA</b>		
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 hcl</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dexmethylphenidate hcl</i> (Focalin)	T1	PA
FOCALIN ( <i>dexmethylphenidate hcl</i> )	T3	PA ST
METHYLIN ( <i>methylphenidate hcl</i> )	T3	PA
<i>methylphenidate er 10 mg cap</i>	T1	QL (1 per day)
<i>methylphenidate er 10 mg tab</i>	T1	PA QL (2 tabs/day)
<i>methylphenidate er 15 mg cap</i>	T1	QL (1 per day)
<i>methylphenidate er 18 mg tab</i>	T1	PA QL (1 tab/day)
<i>methylphenidate er 20 mg cap</i>	T1	QL (1 cap/day)
<i>methylphenidate er 20 mg tab</i>	T1	PA QL (3 tabs/day)
<i>methylphenidate er 27 mg tab</i>	T1	PA QL (1 per day)
<i>methylphenidate er 30 mg cap</i>	T1	QL (1 per day)
<i>methylphenidate er 36 mg tab</i>	T1	PA QL (1 per day)

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>TRAT. PARA EL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (ADHD)/NARCOLEPSIA (cont.)</b>		
<i>methylphenidate er 40 mg cap</i>	T1	QL (1 per day)
<i>methylphenidate er 50 mg cap</i>	T1	QL (1 per day)
<i>methylphenidate er 54 mg tab</i>	T1	PA QL (1 tab/day)
<i>methylphenidate er 60 mg cap</i>	T1	QL (1 per day)
<i>methylphenidate hcl</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>methylphenidate hcl (Methylin)</i>	T1	PA
<i>methylphenidate hcl (Ritalin)</i>	T1	PA
<i>methylphenidate la 10 mg cap</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>methylphenidate la 20 mg cap</i>	T1	PA QL (1 per day)
<i>methylphenidate la 30 mg cap</i>	T1	PA QL (1 per day)
<i>methylphenidate la 40 mg cap</i>	T1	PA QL (1 per 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)
RITALIN ( <i>methylphenidate hcl</i> )	T3	PA ST

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

<i>atomoxetine hcl 10 mg capsule (Strattera)</i>	T1	HD
<i>atomoxetine hcl 100 mg capsule (Strattera)</i>	T1	HD
<i>atomoxetine hcl 18 mg capsule (Strattera)</i>	T1	HD
<i>atomoxetine hcl 25 mg capsule (Strattera)</i>	T1	HD
<i>atomoxetine hcl 40 mg capsule (Strattera)</i>	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>atomoxetine hcl 60 mg capsule (Strattera)</i>	T1	HD
<i>atomoxetine hcl 80 mg capsule (Strattera)</i>	T1	HD
SUPARTZ FX 25MG/2.5ML SYR	T3	PA SP

### 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)<sup>8</sup>

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

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

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

ABILIFY MAINTENA	T2	
<i>asenapine maleate (Saphris)</i>	T1	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Esquizofrenia/antipsicóticos) <sup>B</sup> (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIPSICÓTICOS, ATÍPICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA (cont.)</b>		
CAPLYTA	T3	ST QL(1 TABS/CAPS/DAY)
<i>clozapine</i>	T1	
<i>clozapine</i> (Clozapine Odt)	T1	
<i>clozapine</i> (Clozaril)	T1	
CLOZAPINE ODT	T1	
FANAPT 1 MG TABLET	T3	QL (4 tabs/day) ST
FANAPT 10 MG TABLET	T3	QL (4 tabs/day) ST
FANAPT 12 MG TABLET	T3	ST
FANAPT 2 MG TABLET	T3	QL (4 tabs/day) ST
FANAPT 4 MG TABLET	T3	QL (4 tabs/day) ST
FANAPT 6 MG TABLET	T3	QL (4 tabs/day) ST
FANAPT 8 MG TABLET	T3	QL (4 tabs/day) ST
FANAPT TITRATION PACK	T3	QL (4 packs/year) ST
INVEGA ER 1.5 MG TABLET ( <i>paliperidone er</i> )	T3	ST
INVEGA ER 3 MG TABLET ( <i>paliperidone er</i> )	T3	QL (1 tab/day) ST
INVEGA ER 6 MG TABLET ( <i>paliperidone er</i> )	T3	ST
INVEGA ER 9 MG TABLET ( <i>paliperidone er</i> )	T3	ST
<i>lurasidone hcl 120 mg tablet (Latuda)</i>	T1	
<i>lurasidone hcl 20 mg tablet (Latuda)</i>	T1	
<i>lurasidone hcl 40 mg tablet (Latuda)</i>	T1	QL(1 TAB/DAY)
<i>lurasidone hcl 60 mg tablet (Latuda)</i>	T1	QL(1 TAB/DAY)
<i>lurasidone hcl 80 mg tablet (Latuda)</i>	T1	
<i>olanzapine</i>	T1	
<i>paliperidone er 1.5 mg tablet (Invega)</i>	T1	
<i>paliperidone er 3 mg tablet (Invega)</i>	T1	QL (1 tab/day)
<i>paliperidone er 6 mg tablet (Invega)</i>	T1	
<i>paliperidone er 9 mg tablet (Invega)</i>	T1	
<i>quetiapine fumarate (Seroquel Xr)</i>	T1	
<i>quetiapine fumarate (Seroquel)</i>	T1	
RISPERDAL ( <i>risperidone</i> )	T3	ST
<i>risperidone</i>	T1	
<i>risperidone</i> (Risperdal)	T1	
SAPHRIS ( <i>asenapine maleate</i> )	T3	ST

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

<b>MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Esquizofrenia/antipsicóticos)<sup>B</sup> (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTIPSICÓTICOS, ATÍPICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA (cont.)</b>		
SECUADO	T3	ST
SEROQUEL ( <i>quetiapine fumarate</i> )	T3	ST
SEROQUEL XR ( <i>quetiapine fumarate er</i> )	T3	ST
<i>ziprasidone hcl</i>	T1	
ZYPREXA	T3	
<b>ANTIPSICÓTICOS-ATÍPICOS, AG. PARCIAL DE D3/D2-5HT MIXTOS</b>		
VRAYLAR 1.5 MG CAPSULE	T3	QL (1 cap/day) ST
VRAYLAR 1.5 MG-3 MG PACK	T3	ST
VRAYLAR 3 MG CAPSULE	T3	QL (1 cap/day) ST
VRAYLAR 4.5 MG CAPSULE	T3	ST
VRAYLAR 6 MG CAPSULE	T3	ST
<b>ANTIPSICÓTICOS-ATÍPICOS, AG. PARCIAL DE D2/5HT MIXTOS</b>		
ABILIFY ASIMTUFII	T3	
<i>aripiprazole</i>	T1	
<i>aripiprazole 1 mg/ml solution</i>	T1	
<i>aripiprazole 10 mg tablet</i>	T1	
<i>aripiprazole 15 mg tablet</i>	T1	
<i>aripiprazole 2 mg tablet</i>	T1	
<i>aripiprazole 20 mg tablet</i>	T1	
<i>aripiprazole 30 mg tablet</i>	T1	
<i>aripiprazole 5 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
REXULTI 0.25 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST
REXULTI 0.5 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST
REXULTI 1 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST
REXULTI 2 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST
REXULTI 3 MG TABLET	T3	ST
REXULTI 4 MG TABLET	T3	ST
<b>ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA</b>		
<i>loxapine succinate</i>	T1	
<b>ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, TIOXANTENOS</b>		
<i>thiothixene</i>	T1	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

<b>MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Esquizofrenia/antipsicóticos)<sup>B</sup> (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, BUTIROFENONAS</b>		
<i>haloperidol</i>	T1	
<i>haloperidol lactate</i>	T1	
<b>ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, DIHIDROINDOLONAS</b>		
<i>molindone hcl</i>	T1	
<b>ANTIPSICÓTICOS, FENOTIAZINAS</b>		
<i>chlorpromazine hcl</i>	T1	
<i>fluphenazine hcl</i>	T1	
<i>perphenazine</i>	T1	
<i>thioridazine hcl</i>	T1	
<i>trifluoperazine hcl</i>	T1	
<b>SSRI-ANTIPSIC., ATÍPICOS, ANTAG. DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA</b>		
<i>olanzapine/fluoxetine hcl</i>	T1	
<i>olanzapine/fluoxetine hcl (Symbyax)</i>	T1	
<b>MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Trastornos del sueño/sedantes)</b>		
<b>AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA NARCOLEPSIA Y LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO</b>		
<i>armodafinil</i>	T1	PA
<i>modafinil</i>	T1	PA
SUNOSI	T2	PA QL (1 tab/day)
<b>AGENTE TIPO SEDANTE ANTINARCOLEPSIA Y ANTICATAPLEXIA</b>		
LUMRYZ	T3	PA QL (30 PKTS/30 DAYS) SP
SODIUM OXYBATE	T3	PA QL(18 MLS/DAY) SP HD
XYREM	T3	PA SP HD
XYWAV	T3	PA SP HD
<b>BARBITÚRICOS</b>		
<i>phenobarbital</i>	T1	
<i>secobarbital sodium</i>	T3	PA
<b>HIPNÓTICOS, AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA MELATONINA MT1/MT2</b>		
HETLIOZ	T3	PA SP HD
HETLIOZ LQ	T3	PA SP HD
<i>ramelteon (Rozerem)</i>	T1	QL (1 tab/day)
<i>tasimelteon</i>	T1	PA SP

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

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

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

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



## Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Trastornos del sueño/sedantes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>HIPNÓTICOS SEDANTES - BENZODIAZEPINAS</b>		
DORAL	T3	
<i>estazolam</i>	T1	
HALCION ( <i>triazolam</i> )	T3	
<i>midazolam hcl</i>	T1	
QUAZEPAM	T1	
<i>quazepam</i> (Quazepam)	T1	
<i>temazepam</i>	T1	
<i>triazolam</i>	T1	
<i>triazolam</i> (Halcion)	T1	
<b>HIPNÓTICOS SEDANTES, NO BARBITÚRICOS</b>		
DAYVIGO	T2	QL (1 tab/day) ST
<i>doxepin hcl 3 mg tablet</i> (Silenor)	T1	QL (1 tab/day)
<i>doxepin hcl 6 mg tablet</i> (Silenor)	T1	
<i>eszopiclone</i> (Lunesta)	T1	
<i>zaleplon</i>	T1	
<i>zolpidem tart er 12.5 mg tab</i>	T1	
<i>zolpidem tart er 6.25 mg tab</i>	T1	QL (1 tab/day)
<i>zolpidem tartrate</i>	T1	
<i>acetic acid</i>	T1	
<i>neomycin sulf/polymyxin b sulf</i>	T1	
PHYSIOLYTE	T3	
<b>PREPARACIONES CUTÁNEAS (Varias)</b>		
<b>IRRIGANTES</b>		
PHYSIOSOL	T3	
<i>ringer's solution</i>	T1	
<i>ringer's solution, lactated</i>	T1	
<i>sod, pot chlor/mag/sod, pot phos</i>	T3	
<i>sodium chloride irrig solution</i>	T1	
SORBITOL	T1	
SORBITOL-MANNITOL	T1	
VASHE WOUND	T3	
VASHE WOUND THERAPY	T3	
<i>water for irrigation, sterile</i>	T1	
<b>AGENTES OXIDANTES</b>		
SORBITOL	T1	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES ANTIPSORIÁSICOS, SISTÉMICOS</b>		
<i>acitretin</i>	T1	
COSENTYX	T3	PA QL SP
ILUMYA	T3	PA QL (1 syringe/84 days) SP HD
<i>methoxsalen</i> (Oxsoralen-ultra)	T1	
OXSORALEN-ULTRA ( <i>methoxsalen</i> )	T3	
SKYRIZI (2 SYRINGES) KIT	T2	PA QL (1 kit/84 days) SP HD
SILIQ	T3	PA QL (2 inj/15 days) SP HD
SOTYKTU	T3	PA QL (1 tab/day) SP HD
TALTZ AUTOINJECTOR	T2	PA QL (1 injector/28 days) SP HD
TALTZ AUTOINJECTOR (2 PACK)	T2	PA QL (1 injector/28 days) SP HD
TALTZ AUTOINJECTOR (3 PACK)	T2	PA QL (1 injector/28 days) SP HD
TALTZ SYRINGE	T2	PA QL (1 syringe/28 days) SP HD
TREMFYA 100 MG/ML INJECTOR	T2	PA QL (1 injector/56 days) SP HD
TREMFYA 100 MG/ML SYRINGE	T2	PA QL (1 syringe/56 days) SP HD
<b>ANTIINFLAMATORIOS TÓPICOS, ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS</b>		
DICLOFENAC EPOLAMINE	T3	PA QL (2 patches/day) HD
<i>diclofenac sodium 1% gel</i> (Voltaren)	T1	QL (1000gm/30 days) HD
FLECTOR	T2	PA QL (2 patches/day) HD
LICART 1.3% PATCH	T2	PA QL (1 patch/day) HD
VOLTAREN ( <i>diclofenac sodium</i> )	T3	PA QL (1000gm/30 days) HD
<b>PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas)</b>		
<b>AGENTES ANTIACNÉ, SISTÉMICOS</b>		
ACCUTANE	T1	
AMNESTEEM	T1	
CLARAVIS	T1	
isotretinoin	T1	
MYORISAN	T1	
ZENATANE	T1	
<b>AGENTES ANTIACNÉ, TÓPICOS</b>		
<i>adapalene/benzoyl peroxide</i>	T1	
<i>clindamycin phos/benzoyl perox</i>	T1	
<i>clindamycin/tretinoin</i>	T1	
<i>dapsone</i>	T1	
KLARON ( <i>sulfacetamide sodium</i> )	T3	
<i>sulfacetamide sodium</i> (Klaron)	T1	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTITRANSPIRANTES</b>		
DRYSOL	T2	
<b>ANTIPRURIGINOSOS, TÓPICOS</b>		
ALEVICYN PLUS	T3	
<b>AGENTES ANTIPSORIÁSICOS</b>		
<i>anthralin</i>	T1	
<i>calcipotriene 0.005% cream</i> (Dovonex)	T1	
CALCIPOTRIENE 0.005% FOAM	T3	
<i>calcipotriene 0.005% ointment</i>	T1	
<i>calcipotriene 0.005% solution</i>	T1	
<i>calcitriol 3 mcg/g ointment</i> (Vectical)	T1	QL (800gm/30 days)
DOVONEX ( <i>calcipotriene</i> )	T3	
<b>ANTISÉPTICOS, VARIOS</b>		
GUAIACOL	T1	
<b>AGENTES ANTISEBORREICOS</b>		
<i>tazarotene</i>	T1	
VECTICAL ( <i>calcitriol</i> )	T3	QL (800gm/30 days)
OVACE PLUS	T3	
<i>selenium sulfide</i>	T1	
<i>sulfacetamide sodium</i>	T1	
TERSI FOAM	T3	
<b>PREPARACIONES PARA ÚLCERAS POR DIABETES, TÓPICAS</b>		
REGRANEX	T3	PA QL (2 tubs/30 days)
<b>EMOLIENTES</b>		
<i>emollient combination no.60</i> (Restizan)	T3	
HALUCORT	T3	
MIMYX ( <i>prumyx</i> )	T3	
RESTIZAN	T1	
<i>vite ac/grape/hyaluronic acid</i> (Atopiclair)	T1	
XCLAIR	T3	
<b>INMUNOMODULADORES</b>		
<i>imiquimod</i>	T1	
<b>RUBEFIANTES/CONTRAIRRITANTES</b>		
<i>methyl salicylate</i>	T1	
QUTENZA	T3	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

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

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PROTECTORES</b>		
PHARMABASE BARRIER	T1	
<i>polydimethylsiloxanes/silicon</i>	T1	
<i>protectives2/ceramide 1,3,6-ii</i>	T1	
RADIAPLEXRX	T3	
<i>zinc oxide</i>	T1	
<b>AGENTES PARA LA ROSÁCEA, TÓPICOS</b>		
<i>azelaic acid</i>	T1	
<i>ivermectin</i>	T1	
<i>metronidazole</i>	T1	
<b>ADHESIVOS PARA TEJIDOS/HERIDAS</b>		
ARTISS	T3	
SURGISEAL STYLUS	T3	
SURGISEAL TEARDROP	T3	
SURGISEAL TWIST	T3	
TISSEEL VHSD	T3	
<b>ANTIINFLAM. TÓPICO, INHIB. DE LA FOSFODIESTERASA-4 (PDE4)</b>		
EUCRISA	T2	
<b>AGENTES TÓPICOS, VARIOS</b>		
GORDON'S UREA	T3	
MEDIHONEY	T3	
SAF-CLENS AF	T1	
<i>trichloroacetic acid</i>	T3	
TRICHLOROACETIC ACID	T1	
<b>DERIVADOS DE LA PLEUROMUTILINA, ANTIBIÓTICOS TÓPICOS</b>		
ALTABAX	T3	
<b>ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS</b>		
ALA-SCALP ( <i>scalacort</i> )	T3	ST
<i>alclometasone dipropionate</i>	T1	
<i>amcinonide</i>	T1	
AQUA GLYCOLIC HC	T3	
<i>betamethasone dipropionate</i>	T1	
<i>betamethasone valerate</i>	T1	
<i>betamethasone valerate (Luxiq)</i>	T1	
<i>betamethasone/propylene glyc</i>	T1	
<i>betamethasone/propylene glyc (Diprolene)</i>	T1	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS (cont.)</b>		
BRYHALI	T3	ST
CAPEX SHAMPOO	T3	ST
<i>clobetasol propionate</i>	T1	
<i>clobetasol propionate</i> (Temovate)	T1	
<i>clobetasol propionate/emoll</i>	T1	
CLOCORTOLONE PIVALATE	T1	
CLODAN 0.05% KIT	T3	ST
<i>clodan 0.05% shampoo</i>	T1	
CLODERM	T3	ST
DERMA-SMOOTHIE-FS ( <i>fluocinolone acetonide</i> )	T3	ST
DERMATOP ( <i>prednicarbate</i> )	T3	ST
<i>desonide</i>	T1	
<i>desonide</i> (Desowen)	T1	
DESOWEN ( <i>desonide</i> )	T3	ST
<i>desoximetasone</i> (Topicort)	T1	
DIPROLENE ( <i>betamethasone diprop augmented</i> )	T3	ST
<i>fluocinolone acetonide</i>	T1	
<i>fluocinolone acetonide</i> (Derma-smoothe-fs)	T1	
<i>fluocinolone acetonide</i> (Synalar)	T1	
<i>fluocinolone/shower cap</i> (Derma-smoothe-fs)	T1	
<i>fluocinonide</i>	T1	
<i>fluocinonide/emollient base</i>	T1	
<i>fluticasone prop 0.005% oint</i>	T1	
<i>fluticasone prop 0.05% cream</i>	T1	
<i>fluticasone prop 0.05% lotion</i>	T1	
<i>fluticasone propionate</i>	T1	
<i>halobetasol propionate</i> (Ultravate)	T1	
<i>hydrocortisone</i>	T1	
<i>hydrocortisone</i> (Ala-scalp)	T1	
<i>hydrocortisone butyrate</i>	T1	
<i>hydrocortisone valerate</i>	T1	
LUXIQ ( <i>betamethasone valerate</i> )	T3	ST
<i>mometasone furoate 0.1% cream</i>	T1	
<i>mometasone furoate 0.1% oint</i>	T1	
<i>mometasone furoate 0.1% soln</i>	T1	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS (cont.)</b>		
NUCORT	T3	ST
<i>prednicarbate</i> (Dermatop)	T1	
SCALACORT DK	T3	ST
SYNALAR	T3	ST
SYNALAR ( <i>fluocinolone acetonide</i> )	T3	ST
SYNALARTS	T3	ST
TEMOVATE ( <i>clobetasol propionate</i> )	T3	ST
TEXACORT	T3	ST
TOPICORT ( <i>desoximetasone</i> )	T3	ST
ULTRAVATE ( <i>halobetasol propionate</i> )	T3	ST
<b>ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS-ANESTÉSICOS LOCALES</b>		
ANALPRAM HC	T3	
EPIFOAM	T3	
<i>hydrocortisone/pramoxine</i> (Pramosone)	T1	
<i>lidocaine/hydrocortisone ac</i>	T1	
MEZPAROX-HC	T1	
PRAMOSONE 1% LOTION	T2	
PRAMOSONE 1%-1% CREAM	T2	
PRAMOSONE 1%-1% OINTMENT	T2	
PRAMOSONE 2.5%-1% CREAM	T3	
PRAMOSONE 2.5%-1% LOTION	T3	
PRAMOSONE 2.5%-1% OINTMENT	T2	
<b>ANTIPARASITARIOS TÓPICOS</b>		
<i>lindane</i>	T1	
<i>malathion</i> (Ovide)	T1	
OVIDE ( <i>malathion</i> )	T3	
<b>PREPARACIONES ANTIBACTERIANAS TÓPICAS</b>		
<i>dermazene cream</i>	T1	
DERMAZENE CREAM PACKET	T3	
<i>hydrocortisone/iodoquinol</i>	T1	
<i>hydrocortisone/iodoquinol/aloe</i>	T1	
<i>iodine/potassium iodide</i>	T1	
<i>iodine/sodium iodide</i>	T1	
IODOFLEX	T3	
IODOSORB	T3	
<i>silver nitrate</i>	T1	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANÁLOGOS DE VIT. D/ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS</b>		
<i>calcipotriene/betamethasone</i>	T1	
<b>ENZIMAS TÓPICAS/DE LAS MEMBR. MUCOSAS/ SUBCUT.</b>		
SANTYL	T2	QL (60gm/30 days)
<b>DERIVADOS DE LA VITAMINA A</b>		
<i>adapalene 0.1% cream</i>	T1	PA
<i>adapalene 0.3% gel pump</i>	T1	PA
PLIXDA	T1	PA
<i>tretinoin 0.01% gel</i>	T1	
<i>tretinoin 0.025% cream</i>	T1	PA
<i>tretinoin 0.025% gel</i>	T1	
<i>tretinoin 0.05% cream</i>	T1	PA
<i>tretinoin 0.05% gel</i>	T1	PA
<i>tretinoin 0.1% cream</i>	T1	PA
<i>tretinoin microspheres</i>	T1	PA
<b>AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR (Productos para dejar de fumar)<sup>8</sup></b>		
<b>AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR (ESTIM. GANGLIONARES, OTROS)</b>		
NICOTROL	T2	PPACA
NICOTROL NS	T2	PPACA
<b>AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR-AGONISTA PARCIAL DE LOS RECEPT. DE NICOTINA</b>		
CHANTIX	T2	
<b>AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR, OTROS</b>		
<i>bupropion hcl sr 150 mg tablet</i>	T1	PPACA
<b>PREPARACIONES PARA LA TIROIDES (Agentes hormonales)</b>		
<b>PREPARACIONES ANTITIROIDEAS</b>		
<i>methimazole (Tapazole)</i>	T1	HD
<i>propylthiouracil</i>	T1	HD
TAPAZOLE ( <i>methimazole</i> )	T3	HD
<b>HORMONAS TIROIDEAS</b>		
ARMOUR THYROID	T3	HD
CYTOMEL ( <i>liothyronine sodium</i> )	T3	HD
LEVOTHYROXINE	T3	HD
<i>levothyroxine sodium (Synthroid)</i>	T1	HD
<i>levothyroxine sodium (Synthroid)</i>	T3	HD
<i>liothyronine sodium (Cytomel)</i>	T1	HD

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

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

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

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



## Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>HORMONAS TIROIDEAS (cont.)</b>		
SYNTHROID ( <i>unithroid</i> )	T3	HD
<i>thyroid, pork</i>	T1	HD
<i>thyroid, pork</i> (Armour Thyroid)	T1	HD
<i>thyroid, pork</i> (Wp Thyroid)	T1	HD
THYROLAR-1	T2	HD
THYROLAR-1/2	T2	HD
THYROLAR-1/4	T2	HD
THYROLAR-2	T2	HD
THYROLAR-3	T2	HD
TIROSINT	T3	HD
TIROSINT-SOL	T3	HD
WP THYROID	T1	HD
WP THYROID ( <i>nature-throid</i> )	T1	HD
WP THYROID ( <i>westhroid</i> )	T1	HD

### PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (SIDA/VIH)

#### INHIBIDORES DEL CITOCROMO P450

TYBOST	T3	SP
--------	----	----

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

#### FIBROSIS QUÍSTICA-COMB. DE POTENCIADOR DE CFTR Y CORRECTOR

BRONCHITOL 40 MG INHALE CAPSULE	T3	PA SP
ORKAMBI 100 MG-125 MG TABLET	T3	PA QL (4 tabs/day) SP HD
ORKAMBI 100-125 MG GRANULE PKT	T3	PA QL (2 packs/day) SP HD
ORKAMBI 150-188 MG GRANULE PKT	T3	PA QL (2 packs/day) SP HD
ORKAMBI 200 MG-125 MG TABLET	T3	PA QL (4 tabs/day) SP HD
SYMDEKO	T3	PA QL (2 tabs/day) SP HD
TRIKAFTA 100-50-75 MG/150 MG	T3	PA QL(3 TABS/DAY) SP HD
TRIKAFTA 100-50-75 MG/75MG PKT	T3	PA QL(3 TABS/DAY) HD
TRIKAFTA 50-25-37.5 MG/75 MG	T3	PA QL(3 TABS/DAY) SP HD
TRIKAFTA 80-40-60MG/59.5MG PKT	T3	PA QL(3 TABS/DAY) HD

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

KALYDECO 150 MG TABLET	T3	PA QL (2 tabs/day) SP HD
KALYDECO 25 MG GRANULES PACKET	T3	PA QL (2 packs/day) SP HD
KALYDECO 50 MG GRANULES PACKET	T3	PA QL (2 packs/day) SP HD
KALYDECO 75 MG GRANULES PACKET	T3	PA QL (2 packs/day) SP HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>SURFACTANTES PULMONARES</b>		
CUROSURF	T3	
INFASURF	T3	
SURVANTA	T3	
<b>MUCOLÍTICOS</b>		
PULMOZYME	T2	PA SP HD
<b>FIBROSIS PULMONAR - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS</b>		
OFEV	T2	PA SP HD
<b>INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS</b>		
JOENJA	T3	PA QL SP
VIJOICE 125mg, 50mg	T3	PA QL (30 tabs/30 days) SP
VIJOICE 250mg	T3	PA QL (2tabs/30 days) SP
ZOKINVY	T3	PA QL (4 CAPS/DAY) SP
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)		
<b>INHIBIDORES DE LA TIROSINA QUINASA DEL BAZO</b>		
TAVALISSE	T3	PA SP
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)		
<b>ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA BRADIQUININA B2</b>		
<i>icatibant acetate</i>	T1	PA SP HD
<b>INHIBIDORES DE LA ESTERASA CI</b>		
BERINERT	T3	PA SP HD
CINRYZE	T3	PA SP HD
HAEGARDA	T3	PA SP HD
RUCONEST	T3	PA SP HD
<b>INHIBIDORES DE CALICREÍNA PLASMÁTICA</b>		
KALBITOR	T3	PA SP HD
ORLADEYO	T3	PA QL (1 CAPS/DAY) SP
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Cáncer)		
<b>AGENTES DE RESCATE/ANTÍDOTOS PARA QUIMIOTERAPIA</b>		
<i>leucovorin calcium</i>	T1	
MESNEX	T3	SP
VISTOGARD	T3	SP

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Productos dentales)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES Y AYUDAS DENTALES</b>		
<i>chlorhexidine gluconate</i> (Peridex)	T1	
PERIDEX ( <i>perio gard</i> )	T1	
<i>triamcinolone acetonide</i>	T1	
<b>INHIBIDORES DE LA COLAGENASA PERIODONTAL</b>		
<i>doxycycline hyclate</i>	T1	
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Disfunción eréctil)		
<b>MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL (ED)</b>		
CAVERJECT	T3	PA QL (6 injectors/30 days)
CIALIS 10 MG TABLET ( <i>tadalafil</i> )	T3	QL (6 tabs/30 days) ST
CIALIS 2.5 MG TABLET ( <i>tadalafil</i> )	T3	QL (8 tabs/30 days) ST
CIALIS 20 MG TABLET ( <i>tadalafil</i> )	T3	QL (6 tabs/30 days) ST
CIALIS 5 MG TABLET ( <i>tadalafil</i> )	T3	QL (8 tabs/30 days) ST
EDEX	T3	PA QL (6 injectors/30 days)
IFE-BIMIX 30/1	T2	
IFE-PG20	T2	
LEVITRA ( <i>var denafil hcl</i> )	T3	QL (10 tabs/30 days) ST
MUSE	T2	PA QL (6/30 days)
PAPAVERINE-ALPROSTADIL	T1	
PAPAVERINE-PHENTOLAMINE	T1	
PAPAVERINE-PHENTOLMN-ALPROSTDIL	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 (6 tabs/30 days)
<i>sildenafil 50 mg tablet</i> (Viagra)	T1	QL (6 tabs/30 days)
STENDRA	T3	QL (8 tabs/30 days) ST
<i>tadalafil 10 mg tablet</i> (Cialis)	T1	QL (10 tabs/30 days)
<i>tadalafil 2.5 mg tablet</i> (Cialis)	T1	QL (1 tab/day)
<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)
TRI-MIX ( <i>PAPVRN-PHNTLMN-PGE1</i> )	T3	
<i>var denafil hcl</i>	T1	QL (10 tabs/30 days)
<i>var denafil hcl</i> (Levitra)	T1	QL (10 tabs/30 days)
VIAGRA ( <i>sildenafil citrate</i> )	T3	QL (6 tabs/30 days) ST

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

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

AGE – Requisito de edad  
SP – Medicamentos de especialidad  
HD – Puede requerir entrega a 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 gastrointestinales/pirosis)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>CALCIMIMÉTICO, POTENCIADOR DEL CALCIO PARATIROIDEO</b>		
<i>cinacalcet hcl</i>	T1	SP
<b>AGENTES ORALES PARA LA MUCOSITIS/ESTOMATITIS</b>		
ORAMAGICRX	T3	
<b>AGENTES ESTIMULANTES DE LA SALIVA</b>		
NUMOISYN	T3	
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Agentes hormonales)		
<b>AGENTES QUE ESTIM. LA FORMACIÓN DE HUESO - HORMONA PARATIROIDEA</b>		
FORTEO	T2	PA QL (3ML/21 DAY) SP HD
<b>ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE LA HORMONA DE CRECIMIENTO</b>		
SOMAVERT	T2	PA SP HD
<b>AGENTES PARA EL TRAT. DEL HIPERPARATIROID. - TIPO ANÁLOGO DE VITAMINA D</b>		
<i>doxercalciferol</i>	T1	
PARICALCITOL 10MCG/2ML	T3	
PARICALCITOL 2MCG/ML VIAL	T3	
PARICALCITOL 5MCG/ML VIAL	T3	
RAYALDEE	T3	
ZEMPLAR ( <i>paricalcitol</i> )	T3	SP HD
<b>SUP. DE SÍNT. MENOPÁUSICOS-MODULADOR DE RECEPT. ESTROG. SELECT.</b>		
OSPHENA	T3	HD
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios)		
<b>ABORTIVOS-ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA PROGESTERONA</b>		
MIFEPREX	T3	
<i>mifepristone</i> (Mifeprex)	T1	
<b>AGENTES PARA TRATAR LA PARÁLISIS PERIÓDICA - INHIB. DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA</b>		
<i>dichlorphenamide</i> (Keveyis)	T1	PA SP
<b>INHIBIDORES DE AMONÍACO</b>		
CARBAGLU	T3	SP HD
<b>AGENTES PARA LA AMILOIDOSIS-SUPRESIÓN DE LA TRANSTIRETINA (TTR)</b>		
TEGSEDI	T3	PA SP HD
<b>PREPARACIONES ANTIALCOHÓLICAS</b>		
<i>acamprosate calcium</i>	T1	
ANTABUSE ( <i>disulfiram</i> )	T3	
<i>disulfiram</i> (Antabuse)	T1	
<b>ANTÍDOTOS, VARIOS</b>		
CETYLEV	T3	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>TRATAMIENTO ANTIFIBRÓTICO - ANÁLOGOS DE LA PIRIDONA</b>		
<i>pirfenidone 267 mg capsule (Esbriet)</i>	T1	PA SP HD
<b>AGENTES CRIOPRESERVANTES</b>		
<i>dimethyl sulfoxide</i>	T1	
<b>MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA TIROSINEMIA HEREDITARIA</b>		
<i>nitisinone (Orfadin)</i>	T1	PA SP HD
NITYR	T2	PA SP
ORFADIN	T3	PA SP
ORFADIN ( <i>nitisinone</i> )	T3	PA SP
<b>MEDICAMENTOS PARA TRATAR DIAG. DE GAUCHER TIPO I, REDUCTORES DE SUSTRATOS</b>		
CERDELGA	T2	PA SP HD
<i>miglustat (Zavesca)</i>	T1	PA SP HD
ZAVESCA ( <i>miglustat</i> )	T3	PA SP HD
<b>AGENTES PARA INHALACIÓN GENERALES</b>		
HYPER-SAL	T3	
<i>nebusal 3% vial</i>	T1	
NEBUSAL 6% VIAL	T3	
<i>sodium chloride for inhalation</i>	T1	
<i>sodium chloride for inhalation (Hyper-sal)</i>	T1	
<b>TRATAMIENTO DE TRASTORNO GENÉTICO - TRATAMIENTO POR DEFICIENCIA DE PROTEÍNA SMN</b>		
EVRYSDI	T3	PA SP HD
<b>INHIBIDORES DE LA INTERLEUCINA-13 (IL-13), ANTICUERPOS MONOCLONALES</b>		
ADBRY	T2	PA SP
<b>SUPRESORES DE LOS SÍNTOMAS MENOPÁUSICOS - SSRI</b>		
<i>paroxetine mesylate</i>	T1	QL(1 CAP/DAY) HD
<b>REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, ALFA-MANOSIDOSIS</b>		
LAMZEDE	T3	PA SP
<b>REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, HIPOFOSFATASIA</b>		
STRENSIQ	T2	PA SP
<b>REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, DEFICIENCIA DEL COFACTOR DE MOLIBDENO</b>		
NULIBRY	T3	PA SP
<b>AGENTES PARA TRATAR LA INTOXIC. POR METALES</b>		
CHEMET	T3	
<i>deferasirox (Exjade)</i>	T1	SP HD
<i>deferasirox (Jadenu Sprinkle)</i>	T1	SP HD
<i>deferasirox (Jadenu)</i>	T1	SP HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES PARA TRATAR LA INTOXIC. POR METALES (cont.)</b>		
<i>deferiprone (Ferriprox)</i>	T1	PA SP
EXJADE ( <i>deferasirox</i> )	T3	PA SP HD
FERRIPROX	T3	PA SP
FERRIPROX (2 TIMES A DAY)	T3	PA SP
GALZIN	T3	
JADENU ( <i>deferasirox</i> )	T3	PA SP HD
JADENU SPRINKLE ( <i>deferasirox</i> )	T3	PA SP HD
RADIOGARDASE	T3	
<i>trientine hcl</i>	T1	PA SP HD
<b>PÉPTIDOS NATRIURÉTICOS</b>		
VOXZOGO	T3	PA SP HD
<b>BASES PARA POMADAS/CREMAS</b>		
RADIAGEL	T1	
<b>CHAPERÓN FARMACOLÓGICO-ESTAB. DE LA ALFA-GALACTOSIDASA A</b>		
GALAFOLD	T3	PA SP HD
<b>AGENTE PARA TRATAR LA FENILCETONURIA-COFACTOR DE LA FENILALANINA HIDROXILASA</b>		
<i>javygtor 100 mg powder packet (Kuvan)</i>	T1	PA SP
<i>javygtor 100 mg tablet (Kuvan)</i>	T1	PA SP HD
<i>javygtor 500 mg powder packet (Kuvan)</i>	T1	PA SP
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	T1	PA SP HD
<b>ESTABILIZADORES DE PROTEÍNAS</b>		
VYNDAMAX	T3	PA QL (1 cap/day) SP HD
VYNDAQEL	T3	PA QL (4 caps/day) SP HD
<b>SOLVENTES</b>		
<i>isopropyl alcohol</i>	T1	
MURI-LUBE MINERAL OIL	T1	
<b>INHIBIDORES DE LA LINFOPOYETINA ESTROMAL TÍMICA (TSLP)</b>		
TEZSPIRE 210 MG/1.91 ML PEN	T2	PA QL(1 PEN/28 DAYS) SP HD
TEZSPIRE 210 MG/1.91 ML SYRING	T2	PA SP HD

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Productos para la osteoporosis)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>COMBINACIONES DE INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA Y VITAMINA D</b>		
FOSAMAX PLUS D	T3	ST HD
<b>INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA</b>		
ACTONEL ( <i>risedronate sodium</i> )	T3	ST HD
<i>alendronate sodium</i> (FOSAMAX)	T1	HD
<i>alendronate sodium</i>	T1	HD
AELVIA ( <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
<b>PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)</b>		
<b>ANTIINFLAM. ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-1</b>		
ARCALYST	T3	PA SP HD
<b>ANTIINFLAMATORIOS, BETABLOQUEANTES DE INTERLEUCINA-1</b>		
ILARIS	T3	PA SP HD
<b>AGENTES PARA LA FIBROMIALGIA, INHIB. DE LA RECAPT. DE SEROTONINA-NOREPINEFRINA</b>		
SAVELLA	T2	HD
<b>INMUNOMODULADORES, INHIB. ESPECÍF. DE ESTIM. DE LINFOCITOS B (BLYS)</b>		
BENLYSTA	T3	PA SP HD
<b>PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Abuso de sustancias)</b>		
<b>TRATAMIENTO PARA LA ABSTINENCIA DE OPIOIDES, AGONISTAS ADRENÉRGICOS ALFA 2</b>		
LUCEMYRA	T2	QL (168 tabs/14 days)
<b>AGENTES PARA EL TRATAMIENTO PARA LA ABSTINENCIA DE OPIOIDES, TIPO OPIOIDES</b>		
BUNAVAIL	T3	
<i>buprenorphine hcl</i>	T1	
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i>	T1	
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i> (Suboxone)	T1	
SUBOXONE ( <i>buprenorphine-naloxone</i> )	T3	
ZUBSOLV	T2	

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

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

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

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

## Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Medicamentos para trasplante)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>INHIBIDORES DE LA QUINASA RHO</b>		
REZUROCK	T3	PA SP HD
<b>PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones urinarias)</b>		
<b>AGENTES PARA LA HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA/MICCIÓN</b>		
<i>alfuzosin hcl</i> (Uroxatral)	T1	HD
AVODART ( <i>dutasteride</i> )	T3	HD
<i>dutasteride</i> (Avodart)	T1	HD
<i>finasteride</i> (Proscar)	T1	HD
FLOMAX ( <i>tamsulosin hcl</i> )	T3	HD
PROSCAR ( <i>finasteride</i> )	T3	HD
RAPAFLO 4 MG CAPSULE ( <i>silodosin</i> )	T3	QL (1 cap/day) HD
RAPAFLO 8 MG CAPSULE ( <i>silodosin</i> )	T3	HD
<i>silodosin 4 mg capsule</i> (Rapaflo)	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>silodosin 8 mg capsule</i> (Rapaflo)	T1	HD
<i>tamsulosin hcl</i> (Flomax)	T1	HD
UROXATRAL ( <i>alfuzosin hcl er</i> )	T3	HD
<b>INHIB. DE LA 5-ALFA REDUCTASA-ANTAG. ADRENÉRGICO ALFAI PARA TRATAR LA HPB</b>		
<i>dutasteride/tamsulosin hcl</i> (Jalyn)	T1	HD
JALYN ( <i>dutasteride-tamsulosin</i> )	T3	HD
<b>AGENTES QUE REDUCEN LA CISTINA, CISTINOSIS NEFROPÁTICA</b>		
CYSTAGON	T2	SP
<b>ANTIESPASMÓDICOS DE LAS VÍAS URINARIAS, ANTAG. SELECTIVO DE M(3)</b>		
<i>darifenacin er 15 mg tablet</i>	T1	HD
<i>darifenacin er 7.5 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>solifenacin 10 mg tablet</i>	T1	HD
<i>solifenacin 5 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<b>AGENTE ANTIESPASMÓDICO/ANTIINCONTINENCIA DE LAS VÍAS URINARIAS</b>		
<i>flavoxate hcl</i>	T1	HD
<i>oxybutynin 5 mg tablet</i>	T1	HD
<i>oxybutynin 5 mg/5 ml solution</i>	T1	HD
<i>oxybutynin 5 mg/5 ml syrup</i>	T1	HD
<i>oxybutynin chloride</i>	T1	HD
<i>tolterodine tart er 2 mg cap</i>	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>tolterodine tart er 4 mg cap</i>	T1	HD
<i>tolterodine tartrate</i>	T1	HD
<i>tropium chloride</i>	T1	HD

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

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

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

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



## Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Control del peso)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ESTIM. DEL APETITO PARA LA ANOREXIA, CAQUEXIA, SÍND. DE DESGASTE</b>		
<i>megestrol acetate</i>	T1	
<b>VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias)</b>		
<b>PREPARACIONES CON ÁCIDO FÓLICO</b>		
<i>folic acid</i>	T1	
<b>PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS</b>		
CITRANATAL MEDLEY	T3	
FOLET ONE	T2	
<i>mvn no.53/iron/folic/dss/dha</i>	T1	
OBSTETRIX ONE	T1	
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA B</b>		
POTABA	T2	HD
NIVA-FOL	T1	HD
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA B12</b>		
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12)</i>	T1	
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA D</b>		
<i>calcitriol 0.25 mcg capsule</i>	T1	HD
<i>calcitriol 0.5 mcg capsule</i>	T1	HD
<i>calcitriol 1 mcg/ml solution</i>	T1	HD
DRISDOL	T3	HD
<i>ergocalciferol (vitamin d2)</i>	T1	HD
ROCALTROL	T3	HD
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA K</b>		
MEPHYTON	T3	
<i>phytonadione 5mg tablet</i>	T1	

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

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

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

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

## Exclusiones y limitaciones de la cobertura

Los planes de beneficios de salud varían, pero en general, para que un medicamento esté cubierto, debe tener la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y debe ser recetado por un profesional de cuidado de la salud, comprado en una farmacia con licencia y médicamente necesario. Si su plan brinda cobertura para determinados medicamentos con receta preventivos sin que tenga que pagar ninguna parte del costo, es posible que deba usar una farmacia de la red para que le despachen la receta. Si usa una farmacia que no participa en la red de su plan, es posible que no se le cubra la receta. Es posible que para algunos medicamentos se necesite autorización previa o que estén sujetos a requisitos de tratamiento escalonado, límites a la cantidad u otros requisitos de administración de la utilización.

Por lo general, los planes no otorgan cobertura para los siguientes casos en virtud del beneficio de farmacia, a excepción de lo exigido por la ley estatal o federal, o por los términos de su plan específico:<sup>9</sup>

- medicamentos de venta libre (OTC), que pueden adquirirse sin receta, a excepción de la insulina, a menos que la ley estatal o federal exija que dichos medicamentos estén cubiertos;
  - medicamentos o suministros con receta para los que hay un equivalente terapéutico o una alternativa terapéutica disponible con receta o de venta libre;
  - medicamentos inyectables administrados por el médico que están cubiertos por el beneficio médico del Plan, a menos que estén cubiertos por la Lista de medicamentos con receta del Plan o que Cigna Healthcare lo apruebe;
  - dispositivos anticonceptivos implantables cubiertos por el beneficio médico del Plan;
  - medicamentos que no son médicamente necesarios;
  - medicamentos experimentales o en investigación, incluidos los medicamentos aprobados por la FDA utilizados con fines diferentes de los aprobados por la FDA, a menos que el medicamento esté reconocido para el tratamiento de la indicación particular;
  - medicamentos que no están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA);
  - dispositivos, suministros y aparatos con y sin receta, a excepción de los suministros para los que se indica específicamente que están cubiertos;
  - medicamentos usados para la fertilidad,<sup>10</sup> la disfunción sexual, con fines estéticos, para bajar de peso, para dejar de fumar<sup>10</sup> o para mejorar el desempeño atlético;
  - cualquier vitamina con receta (a excepción de las vitaminas prenatales) o suplementos alimenticios, a menos que la ley estatal o federal exija que dichos productos estén cubiertos;
  - agentes inmunizantes, productos biológicos para inmunización para la alergia, sueros biológicos, sangre, plasma sanguíneo y otros derivados hematológicos o fracciones sanguíneas y medicamentos usados para profilaxis en caso de viaje;
  - reemplazo de medicamentos con receta y suministros relacionados debido a pérdida o robo;
  - medicamentos que deba tomar o que se le deban administrar a una persona cubierta mientras sea paciente en un hospital con licencia, un centro de cuidados especiales, un hogar de ancianos u otra institución similar, que opere o permita que operen en su establecimiento instalaciones para despachar productos farmacéuticos;
  - recetas cuya fecha de emisión tenga más de un año de antigüedad;
  - la cobertura de productos farmacológicos con receta por una cantidad despachada (días de suministro) que supera el límite de suministro aplicable o es inferior a cualquier suministro mínimo aplicable indicado en el Programa, o que supera uno o más límites de cantidad o límites de dosis establecidos por el Comité de P&T;
  - más de una receta médica o renovación para un determinado período de suministro de recetas para el mismo producto farmacológico con receta indicado por uno o más médicos y despachado por una o más farmacias;
  - productos farmacológicos con receta despachados fuera de la jurisdicción de los Estados Unidos, salvo que se requieran para un tratamiento de emergencia o de cuidado de urgencia.
- Además de las exclusiones de farmacia estándares del plan, es posible que algunos productos farmacológicos nuevos aprobados por la FDA (inclusive, a modo de ejemplo, medicamentos, suministros médicos o dispositivos que están cubiertos por planes de beneficios de farmacia estándares) no estén cubiertos durante los primeros seis meses de disponibilidad en el mercado, a menos que Cigna Healthcare los apruebe por ser médicamente necesarios.

# Índice de medicamentos

## A

abacavir.....	58	ADDYI.....	121
abacavir/lamivudine/zidovudine.....	58	adefovir dipivoxil.....	61
abacavir sulfate/lamivudine.....	58	ADEMPAS.....	70
ABILIFY ASIMTUFII.....	123	ADIPEX-P.....	54
ABILIFY MAINTENA.....	121	ADRENALIN.....	91
abiraterone.....	48	ADRIAMYCIN.....	47
ACAM2000.....	66	ADVAIR HFA.....	27
acamprosate.....	136	ADVANCED DNA MEDICATED COLLECT.....	88
acarbose.....	42	ADZENYS.....	62
ACCOLATE.....	28	AEMCOLO.....	34
ACCUPRIL.....	74	AEROCHAMBER.....	112, 113
ACCURETIC.....	71	AEROTRACH.....	113
ACCUTANE.....	126	AEROVENT.....	113
ACD-A.....	37	AFINITOR.....	49
ACD SOLUTION A.....	37	AFINITOR DISPERZ.....	49
ACE AEROSOL.....	112	AFLURIA.....	64
acebutolol.....	76	AFLURIA QUAD.....	64
ACETAMIN-CAFF-DIHYDROCODEINE.....	20	AGRYLIN.....	57
acetamin-codein 300-30 mg/12.5.....	19	AIMOVIG.....	14, 18
acetaminop-codeine 120-12 mg/5.....	19	AIRDUO DIGIHALER.....	27
acetaminophen/caff/dihydrocod.....	20	AJOVY.....	14, 18
acetaminophen-cod.....	19, 20	AKTEN.....	92
acetazolamide.....	89	AKYNZEO.....	98
acetic.....	91, 125	ALA-SCALP.....	129
acetic acid/oxyquinoline.....	45	albendazole.....	45
acetylcysteine.....	28	ALBENZA.....	45
ACIPHEX.....	102	albuterol.....	26, 27
acitretin.....	126	ALBUTEROL.....	27
ACTEMRA.....	109	ALCAINE.....	92
ACTHIB.....	66	alclometasone.....	129
ACTIGALL.....	100	ALDACTAZIDE.....	90
ACTIMMUNE.....	53	ALECENSA.....	50
ACTIQ.....	20	alendronate.....	139
ACTIVELLA.....	104	ALEVICYN PLUS.....	127
ACTONEL.....	139	alfuzosin.....	140
ACTOPLUS MET.....	43	ALINIA.....	54
ACTOS.....	43	aliskiren.....	76
ACUVAIL.....	91	ALKERAN.....	47
acyclovir.....	59	allopurinol.....	24
ADACEL TDAP.....	66	almotriptan malate.....	14, 18
ADALAT CC.....	68	ALOCRIL.....	92
ADALIMUMAB-ADAZ.....	46	ALOMIDE.....	92
adapalene.....	126, 132	ALORA.....	104
adapalene/benzoyl peroxide.....	126	alose tron.....	101
ADBRY.....	137	alprazolam.....	115, 116
ADDERALL.....	62	ALREX.....	91
		ALTABAX.....	129
		ALTACE.....	74

## Índice de medicamentos

ALTAFLUOR BENOX.....	92	APRISO.....	100
ALTUVILLO.....	67	APTIOM.....	82
ALUNBRIG.....	50	APTIVUS.....	57
amantadine.....	55	AQUA GLYCOLIC HC.....	129
AMARYL.....	42	ARANESP.....	84
ambrisentan.....	71	ARAVA.....	24
amcinonide.....	129	ARCALYST.....	139
AMICAR.....	66	ARCAPTA NEOHALER.....	27
amiloride.....	90	ARGATROBAN.....	38
aminocaproic acid.....	66, 67	ARICEPT.....	62
amiodarone.....	68	ARIDOL.....	88
amitriptyline.....	119	ARIKAYCE.....	30
amitriptyline/chlordiazepoxide.....	119	ARIMIDEX.....	49
AMJEVITA.....	46	aripiprazole.....	123
amlodipine.....	68, 69, 71, 73, 74, 77	ARIXTRA.....	37
amlodipine-atorvast.....	77	armodafinil.....	124
amlodipine besylate/benazepril.....	71	ARMOUR THYROID.....	132
amlodipine besylate/valsartan.....	73	AROMASIN.....	49
amlodipine-olmesartan.....	73, 74	ARTHROTEC.....	25
amlodipine/valsartan/hcthiazid.....	73	ARTISS.....	129
AMNESTEEM.....	126	ARYMO ER.....	20
amoxapine.....	119	asenapine.....	121, 122
amoxicillin.....	34, 44	aspirin/dipyridamole.....	56
amphetamine.....	62, 63	ASSURE ID INSULIN SAFETY.....	112
AMPHETAMINE.....	62	ASTAGRAF XL.....	110
ampicillin.....	34	ASTRINGYN.....	67
ANADROL-50.....	103	ATABEX EC.....	115
anagrelide.....	57	ATACAND.....	73, 74
ANA-LEX.....	103	atazanavir.....	59
ANALPRAM HC.....	131	ATELVIA.....	139
ANAPROX DS.....	25	atenolol.....	76
anastrozole.....	49	atomoxetine.....	121
ANCOBON.....	39	atorvastatin.....	77, 78
ANDRODERM.....	103	atovaquone.....	45, 46
ANDROGEL.....	103	atovaquone/proguanil.....	45
ANDROID.....	103	atropine.....	94, 98, 99, 100
ANGELIQ.....	105	ATROPINE.....	94
ANNOVERA.....	85	ATROVENT HFA.....	26
ANORO ELLIPTA.....	27	AURYXIA.....	95
ANTABUSE.....	136	AUSTEDO.....	80
anthralin.....	127	AVALIDE.....	73
ANTICOAG SODIUM CITRATE.....	37	AVANDIA.....	43
ANZEMET.....	98	AVAPRO.....	74
APADAZ.....	20	AVAR.....	36
APOKYN.....	55	AVC.....	44
apraclonidine.....	93	AVELOX.....	34
aprepitant.....	98	AVITENE.....	67
APRETUDE.....	59	AVODART.....	140

## Índice de medicamentos

AVONEX .....	81	BETADINE .....	91
AVSOLA .....	46	betamethasone.....	39, 129, 130, 132
AYGESTIN.....	107	betamethasone/propylene glyc.....	129
AYVAKIT .....	50	BETASERON .....	81
AZASAN.....	110	betaxolol .....	76, 93
azathioprine.....	110	bethanechol.....	63
azelaic acid.....	129	BETIMOL.....	93
azelastine .....	41, 91	BETOPTIC S.....	93
AZILECT .....	55	BEVESPI AEROSPHERE .....	27
azithromycin .....	33	BEVYXXA.....	37
AZOR.....	74	bexarotene .....	47
<b>B</b>		BEXSERO.....	64
BACIGUENT .....	29	BEYAZ .....	85
bacitracin.....	29, 30	bicalutamide .....	48
bacitracin/polymyxin b sulfate.....	29	BIDIL .....	77
baclofen .....	114	BIJUVA.....	104
BACTRIM .....	30	BIKTARVY .....	59
BACTRIM DS.....	30	BILTRICIDE .....	45
BAFIERTAM.....	81	bimatoprost.....	93
BALCOLTRA.....	85	BINOSTO .....	139
balsalazide .....	100	bisac/nacl/naHco3/kcl/peg.....	101
BALVERSA .....	50	bisoprolol .....	76
BANZEL .....	82	BLEPH-10 .....	29
BAQSIMI .....	95	BLEPHAMIDE.....	29
BARACLUDE.....	61	BONIVA.....	139
BASAGLAR KWIKPEN.....	44	BONJESTA .....	98
BAXDELA.....	34	BOOSTRIX TDAP.....	66
BELBUCA .....	20	bosentan .....	71
BELVIQ .....	54	BOSULIF .....	50
BELVIQ XR.....	54	BRAFTOVI .....	49
benazepril .....	71, 72, 74	BREATHERITE.....	113
benazepril/hydrochlorothiazide.....	71	BREATHRITE.....	113
bendamustine.....	47	BREO ELLIPTA .....	27
BENICAR .....	73, 74	BREZTRI AEROSPHERE .....	27
BENLYSTA .....	139	BRILINTA.....	56
benoxinate hcl/fluorescein.....	92	brimonidine .....	93
BENZAMYCIN .....	36	brinzolamide.....	93
BENZEFOAM.....	128	BRIUMVI.....	81
BENZEPRO .....	128	BRIVIACT .....	82
BENZHYDROCODONE-ACETAMINOPHEN .....	20	bromfenac.....	91
BENZNIDAZOLE .....	46	bromocriptine .....	55, 56
benzonatate .....	87	brompheniramine/pseudoephed/dm .....	87
benzoyl peroxide.....	36, 126, 128	BROMSITE .....	91
benzphetamine.....	54	BRONCHITOL .....	133
benztropine.....	55	BRUKINSA .....	50
BEPREVE.....	41	BRYHALI .....	130
BERINERT.....	134	budesonide .....	27, 28, 103, 106
BESIVANCE .....	29	bumetanide .....	89

## Índice de medicamentos

BUNAVAIL.....	139	carbinoxamine.....	40
BUPHENYL.....	97	CARDIZEM LA.....	68, 69
buprenorphine.....	21, 139	CARDURA.....	72
bupropion.....	116, 132	CARDURA XL.....	72
bupirone.....	116	carisoprodol.....	22, 114
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	CAROSPIR.....	90
butalb-aspirin-caffe 50-325-40.....	14, 18	CAROSPIR SUSP.....	90
butalbit/acetamin/caff/codeine.....	22	carteolol.....	93
butalbital/acetaminophen.....	14, 18	carvedilol.....	72
butalbital-asa-caffeine cap (Fiorinal).....	14, 18	carvedilol er.....	72
butorphanol tartrate.....	21	CASODEX.....	48
BUTRANS.....	21	CATAPRES.....	75
BYDUREON.....	41	CAVERJECT.....	135
BYETTA.....	41	CAYA CONTOURED.....	87
BYNFEZIA.....	108	CAYSTON.....	32
BYSTOLIC.....	76	cefaclor.....	32
<b>C</b>		cefadroxil.....	32
CABENUVA.....	57	CEFAZOLIN.....	32
cabergoline.....	107	cefdinir.....	32
CABLIVI.....	66	cefditoren pivoxil.....	32
CABOMETYX.....	51	cefixime.....	32
CADUET.....	77	cefpodoxime proxetil.....	32
CAFERGOT.....	14, 18	cefprozil.....	32
caffeine.....	80	ceftriaxone.....	32
CALAN SR.....	68	cefuroxime.....	32
calcipotriene.....	127, 132	CELEBREX.....	26
CALCIPOTRIENE.....	127	celecoxib.....	26
calcitriol.....	127, 141	CELLCEPT.....	110
calcium acetate.....	95	CELONTIN.....	82
CALQUENCE.....	51	CENTANY.....	36
CAMZYOS.....	68	cephalexin.....	32
CANASA.....	100	CEQUA.....	94
candesartan cilexetil.....	74	CEQR SIMPLICITY.....	111
candesartan/hydrochlorothiazid.....	73	CERDELGA.....	137
capecitabine.....	48, 49	CERVIDIL.....	107
CAPEX.....	130	cetirizine.....	41
CAPLYTA.....	122	CETROTIDE.....	107
CAPRELSA.....	51	CETYLEV.....	136
captopril.....	71, 72, 74	cevimeline.....	63
captopril-hctz.....	71, 72	CHANTIX.....	132
CARAFATE.....	99	CHEMET.....	137
CARBAGLU.....	136	CHENODAL.....	100
carbamazepine.....	82, 83, 84	chlordiazepoxide.....	97, 115, 119
CARBATROL.....	82	chlordiazepoxide/clidinium br.....	97
carbidopa.....	55, 56	chlorhexidine gluconate.....	135
carbidopa/levodopa.....	55	chloroquine.....	45

## Índice de medicamentos

chlorpromazine.....	124	CLODAN.....	130
chlorpropamide.....	42	CLODERM.....	130
chlorthalidone.....	76, 90	clomiphene.....	108
chlorzoxazone.....	114	clomipramine.....	119
CHOLBAM.....	100	clonazepam.....	81, 82
cholestyramine.....	78, 79	clonidine.....	75, 120
choline salicyl/mag salicylate.....	14, 18	clopidogrel.....	57
CHORIONIC GONAD.....	109	clorazepate dipotassium.....	115, 116
CIALIS.....	135	clotrimazole.....	39
CIBINQO.....	24	clozapine.....	122
ciclodan.....	40	CLOZAPINE ODT.....	122
CICLODAN.....	40, 46	COARTEM.....	45
ciclopirox.....	40, 46	codeine/butalbital/asa/caffein.....	22
cilostazol.....	57	codeine sulfate.....	21
CILOXAN.....	29	colchicine.....	24, 26
CIMDUO.....	58	COLCRYST.....	24
cimetidine.....	101	colesevelam.....	79
CIMZIA.....	46	COLESTID.....	79
cinacalcet.....	136	colestipol.....	79
CINRYZE.....	134	COMBIPATCH.....	104
CIPRO.....	34	COMBIVENT RESPIMAT.....	27
CIPRODEX.....	29	COMETRIQ.....	51
ciprofloxacin.....	28, 29, 34	COMPACT SPACE CHAMBER.....	113
ciprofloxacin hcl.....	28, 29	COMPAZINE.....	98
CIPROFLOXACIN HCL-FLUOCINOLONE.....	29	COMPLERA.....	59
CISPLATIN.....	47	COMTAN.....	55
citalopram.....	116, 117	CONTRAVE.....	54
CITRANATAL.....	96, 115	COPIKTRA.....	51
CITRANATAL BLOOM.....	96	COREG.....	72
CITRANATAL MEDLEY.....	141	COREG CR.....	72
CITRATE PHOSPHATE DEXTROSE.....	37	coremino er.....	35
CLARAVIS.....	126	CORLANOR.....	70
CLARINEX.....	40, 41	CORTEF.....	106
clarithromycin.....	33	CORTENEMA.....	103
clemastine.....	40	cortisone.....	106
CLENPIQ.....	101	CORTISPORIN.....	35
CLEOCIN.....	32, 33, 36	COSENTYX.....	126
CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER.....	113	COZAAR.....	75
CLIMARA.....	104	CRESEMBA.....	39
CLINDACIN.....	36	CRINONE.....	107, 109
CLINDACIN ETZ.....	36	cromolyn.....	23, 28, 92
clindamycin.....	32, 33, 35, 36, 126	crotamiton.....	54
clindamycin palmitate.....	33	CUROSURF.....	134
clobazam.....	81, 82	CUVPOSA.....	97
clobetasol.....	130, 131	cyanocobalamin.....	141
clobetasol propionate/emoll.....	130	cyclobenzaprine.....	114
CLOCORTOLONE.....	130	CYCLOGYL.....	94
clodan.....	130	CYCLOMYDRIL.....	94

## Índice de medicamentos

cyclopentolate.....	94	desloratadine .....	41
cyclophosphamide .....	48	desmopressin.....	104
CYCLOPHOSPHAMIDE .....	47	desog-e.estradiol/e.estradiol .....	85
CYCLOSERINE.....	32	desogestrel-ethinyl estradiol .....	86
CYCLOSET .....	42	desonide.....	130
cyclosporine .....	110	DESOWEN.....	130
CYLTEZO .....	46	desoximetasone.....	130, 131
CYSTADROPS.....	94	desvenlafaxine succnt er.....	118
CYSTAGON.....	140	dexamethasone .....	29, 91, 106
CYSTARAN.....	94	DEXCOM G6.....	111
CYSTO-CONRAY II.....	89	DEXILANT .....	102
CYSTOGRAFIN.....	89	dexlansoprazole .....	102
CYTOMEL.....	132	dexmethylphenidate .....	120
CYTOTEC .....	99	dextroamp-amphet er.....	62
<b>D</b>		dextroamphetamine.....	62, 63
dalfampridine .....	81	dextroamphetamine er.....	62, 63
DALIRESP.....	28	DIACOMIT .....	82
danazol.....	107	DIASTAT .....	81
DANTRIUM .....	114	diatrizoate .....	89
dantrolene.....	114	diazepam .....	81, 82, 115, 116
dapsone.....	31, 126	diazoxide.....	95
DAPTACEL DTAP .....	66	DIBENZYLINE.....	63
DARAPRIM .....	45	dichlorphenamide .....	136
darifenacin er .....	140	DICLEGIS.....	98
DAURISMO .....	49	diclofenac.....	91, 126
DAXBIA.....	32	DICLOFENAC EPOLAMINE .....	126
DAYPRO .....	25	diclofenac potassium.....	19
DAYTRANA .....	120	diclofenac sod dr.....	25
DAYVIGO .....	125	diclofenac sod ec .....	25
deferasirox.....	137, 138	diclofenac sodium.....	25, 126
deferiprone.....	138	diclofenac sodium/misoprostol .....	25
DELSTRIGO .....	59	dicloxacillin .....	34
demeclocycline.....	35	dicyclomine hcl.....	98
DEMSER.....	75	diethylpropion .....	54
DEPAKOTE.....	82	DIFICID.....	33
DEPEN.....	23	diflunisal .....	14, 18
DEPO-ESTRADIOL .....	104	digoxin .....	70
DEPO-PROVERA .....	85, 107	dihydroergotamine.....	14, 18
DEPO-SUBQ PROVERA .....	85	DILANTIN.....	82
DEPO-TESTOSTERONE .....	103	DILATRATE-SR .....	70
DERMA-SMOOTH-ES .....	130	DILAUDID .....	21
DERMATOP .....	130	diltiazem .....	69
dermazene.....	131	dimethyl.....	81, 137
DERMAZENE.....	131	DIOVAN.....	73, 75
DERMOTIC .....	91	diphenoxylate hcl/atropine .....	98
DESCOVY .....	58	DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS-PED.....	66
desflurane .....	22	DIPROLENE.....	130
desipramine .....	119	dipyridamole.....	56, 57



## Índice de medicamentos

DISALCID .....	23	effer-k .....	96
disopyramide .....	68	EFFER-K .....	96
disulfiram .....	136	EFFIENT .....	57
DIURIL .....	90	EFUDEX .....	53
divalproex .....	82	EGRIFTA .....	106
DIVIGEL .....	104	ELESTRIN .....	104
dofetilide .....	68	eletriptan hydrobromide .....	14, 18
DOJOLVI .....	94	ELIDEL .....	110
donepezil .....	62	ELIMITE .....	54
DONNATAL .....	99	ELIQUIS .....	37
DOPTELET .....	85	ELLA .....	86
DORAL .....	125	ELMIRON .....	22
dorzolamide .....	93	EMCYT .....	53
DOVATO .....	57	EMEND .....	98
DOVONEX .....	127	EMFLAZA .....	106
doxazosin .....	72	EMGALITY .....	14, 18, 81
doxepin .....	119, 125	emollient combination no.60 .....	127
doxercalciferol .....	136	Empaveli .....	67
doxycycline .....	35, 135	EMSAM .....	116
doxylamine succinate/vit b6 .....	98	emtricitabine .....	58
DRISDOL .....	141	emtricitabine-tenofv .....	58
dronabinol .....	98	EMTRIVA .....	58
drosipir/eth estra/levomefol ca .....	86	EMVERM .....	45
DROXIA .....	67	enalapril .....	72, 74
droxidopa .....	63	enalapril/hydrochlorothiazide .....	72
DRYSOL .....	127	ENBREL .....	46
DUAVEE .....	105	ENDO-AVITENE .....	67
DUETACT .....	43	ENDOMETRIN .....	109
DULERA .....	27	ENGERIX-B .....	66
duloxetine .....	118	ENHERTU .....	53
DUOPA .....	55	ENLITE SERTER .....	111
DUPIXENT .....	109	enoxaparin .....	37, 38
DURAGESIC .....	21	ENSPRYNG .....	109
dutasteride .....	140	entacapone .....	55, 56
dutasteride/tamsulosin .....	140	entecavir .....	61
DYANAVAL XR .....	63	ENTERO VU .....	88
DYAZIDE .....	90	ENTOCORT EC .....	106
DYRENIUM .....	90	ENTRESTO .....	73
<b>E</b>		ENTYVIO .....	101
EASIVENT .....	113	ENVARBUS XR .....	110
ECLIPSE .....	112	ENZOCLEAR .....	128
EC-NAPROSYN .....	25	EPANED .....	74
econazole .....	40	EPCLUSA .....	60
ECOZA .....	40	EPIDIOLEX .....	82
EDARBI .....	75	EPIFOAM .....	131
EDEX .....	135	epinastine .....	41
EDURANT .....	58	epinephrine .....	62, 63, 91
efavirenz .....	58, 59	EPIVIR .....	61

## Índice de medicamentos

eplerenone.....	90	EXFORGE.....	73, 74
EPOGEN.....	84	EXFORGE HCT.....	73
eprosartan.....	75	EXJADE.....	138
EQUETRO.....	116	EXKIVITY.....	51
ergocalciferol.....	141	EXODERM.....	40
ergoloid.....	77	EYSUVIS.....	91
ergotamine tartrate/cafeine.....	14, 18	E-Z DISK.....	89
ERIVEDGE.....	49	ezetimibe.....	77, 79
ERLEADA.....	48	ezetimibe/simvastatin.....	77
ERYPED.....	33	EZ FLU.....	64
ery-tab dr.....	33	E-Z-HD.....	89
ERY-TAB DR.....	33	E-Z-PAQUE.....	89
erythromycin.....	29	E-Z-PASTE.....	89
erythromycin base.....	33, 36	E-Z SPACER.....	113
erythromycin ethylsuccinate.....	33	<b>F</b>	
erythromycin stearate.....	33	FACTIVE.....	34
escitalopram.....	117	famciclovir.....	59
ESGIC.....	14, 18	famotidine.....	101
esomeprazole dr.....	102	FANAPT.....	122
esomeprazole mag dr.....	102	FARESTON.....	53
ESOMEPRAZOLE STRONTIUM.....	102	FARXIGA.....	42
estazolam.....	125	FARYDAK.....	47
ESTRACE.....	105, 108	febuxostat.....	24
estradiol.....	85, 86, 87, 104, 105, 108	felbamate.....	82
ESTRING.....	108	FELDENE.....	25
ESTROGEL.....	105	felodipine.....	69
estrogen, ester/me-testosterone.....	104	FEMARA.....	49, 50
ESTROSTEP FE.....	86	FEMCAP.....	87
eszopiclone.....	125	FEMHRT.....	105
ethambutol.....	31	FEMRING.....	108
ethinyl estradiol/drospirenone.....	86	fenofibrate.....	79
ethosuximide.....	82, 84	fenofibric.....	79
etodolac.....	25	fenoprofen calcium.....	25
etonogestrel/ethinyl estradiol.....	85	FENSOLVI.....	107
EUCRISA.....	129	fentanyl.....	20, 21
EURAX.....	54	FENTORA.....	21
EVAMIST.....	105	FERAHEME.....	96
EVEKEO.....	63	FERRIPROX.....	138
everolimus.....	49, 50, 110, 111	FETZIMA.....	118
EVICEL.....	67	FETZIMA ER.....	118
EVISTA.....	139	FEXMID.....	114
EVOCLIN.....	36	FIBRICOR.....	79
EVOTAZ.....	59	FILTER.....	112
EVOXAC.....	63	finasteride.....	140
EVRYSDI.....	137	FINTEPLA.....	82
EXELON.....	62	FIORICET.....	14, 18, 22
exemestane.....	49	FIORINAL.....	14, 18

## Índice de medicamentos

Fiorinal With Codeine #3.....	22	FML .....	92
FIORINAL WITH CODEINE #3.....	22	FOCALIN .....	120
FIRDAPSE.....	81	FOLET ONE.....	141
FIRMAGON .....	50	folic acid.....	141
FIRVANQ.....	35	FOLLISTIM AQ .....	109
FLAGYL.....	31	fondaparinux.....	37
FLAREX.....	92	formaldehyde.....	46
flavoxate.....	140	FORTEO.....	136
flecainide.....	68	FOSAMAX.....	139
FLECTOR .....	126	fosamprenavir calcium .....	59
FLEXICHAMBER.....	113	fosaprepitant.....	98
FLOMAX.....	140	fosfomycin tromethamine.....	31
FLOVENT.....	28	fosinopril .....	72, 74
FLUAD.....	64, 65	fosinopril/hydrochlorothiazide.....	72
FLUAD QUAD.....	65	Fotivda.....	51
FLUARIX QUAD.....	65	FRAGMIN.....	37
FLUBLOK.....	65	FREESTYLE LIBRE .....	111
FLUCELVAX QUAD.....	65	frovatriptan succinate .....	18
fluconazole.....	39	ful-glo .....	88
flucytosine.....	39	FUL-GLO .....	88
fludrocortisone.....	107	FULPHILA .....	85
FLULAVAL QUAD .....	65	FURADANTIN.....	34
FLUMADINE.....	59	furosemide.....	90
FLUMIST QUAD .....	65	FUZEON .....	58
flunisolide .....	91	FYCOMPA.....	83
fluocinolone acetonide.....	91, 130, 131	<b>G</b>	
fluocinolone/shower cap.....	130	gabapentin.....	83
fluocinonide .....	130	GABITRIL .....	83
fluorescein.....	88, 92	GALAFOLD.....	138
fluoride.....	94, 95	galantamine.....	62
fluorometholone.....	92	galantamine er.....	62
FLUOROPLEX .....	53	GALZIN .....	138
fluorouracil .....	53	ganirelix acet.....	107
fluoxetine .....	117, 124	GANIRELIX ACET.....	107
fluphenazine .....	124	GARDASIL 9.....	66
flurbiprofen .....	25, 92	GASTROCROM.....	23
flutamide.....	48	GASTROGRAFIN .....	89
fluticasone.....	27, 91, 130	GASTROMARK.....	89
fluticasone propion/salmeterol.....	27	gatifloxacin.....	29, 30
FLUTICASONE-SALMETEROL .....	27	GATTEX.....	103
fluvastatin .....	78	GAVRETO .....	51
FLUVIRIN .....	65	gefitinib.....	51
flvoxamine .....	117	gelatin sponge, absorb/porcine.....	67
FLUZONE HIGH-DOSE.....	65	GELFILM .....	93
FLUZONE HIGH-DOSE QUAD.....	65	GELFOAM .....	67
FLUZONE INTRADERM QUAD.....	65	GEMCITABINE.....	48
FLUZONE QUAD.....	65	gemfibrozil.....	79
FLUZONE QUAD PEDI .....	65	GENERESS FE.....	86

## Índice de medicamentos

GENOTROPIN.....	106	HEPARIN.....	38
gentamicin.....	30, 36	HEPLISAV-B.....	66
gentamicin sulfate.....	29	HEPSERA.....	61
GENVOYA.....	59	HETLIOZ.....	124
GILENYA.....	81	HIBERIX.....	66
GILOTRIF.....	51	HIPREX.....	31
glatiramer.....	81	homatropine.....	88, 94
glatopa.....	81	HUMALOG.....	44, 111
GLEEVEC.....	51	HUMAPEN LUXURA.....	111
GLEOSTINE.....	48	HUMIRA.....	46, 47
glimepiride.....	42, 43	HUMULIN R.....	44
glipizide.....	42, 43	HYCAMTIN.....	50
GLUCAGEN.....	88, 95	HYCODAN.....	88
GLUCAGEN DIAGNOSTIC.....	88	hydalazine.....	75
glucagon.....	95	HYDREA.....	48
GLUCAGON.....	95	HYDRO 35.....	128
GLUCOCOM AUTOLINK.....	111	HYDRO 40.....	128
GLUCOPHAGE XR.....	42	hydrochlorothiazide.....	71, 72, 73, 75, 76, 90
GLUCOTROL.....	42	hydrocodone/acetaminophen.....	20
glyburide.....	42, 43	HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN.....	20
GLYCATÉ.....	97	hydrocodone bitartrate.....	21, 22
glycine.....	46	hydrocodone bit/homatrop me-br.....	88
glycopyrrolate.....	97	hydrocodone/chlorphen p-stirex.....	88
GLYNASE.....	42	hydrocodone/cpm/pseudoephed.....	88
GLYSET.....	42	HYDROCODONE-GUAIFENESIN.....	88
GLYXAMBI.....	43	hydrocodone-homatropine.....	88
GONAL-F.....	109	HYDROCODONE-HOMATROPINE.....	88
GORDON'S UREA.....	129	hydrocodone/ibuprofen.....	20
granisetron.....	98	hydrocortisone.....	91, 103, 106, 130, 131
GRANIX.....	85	hydrocortisone/acetic acid.....	91
GRASTEK.....	63	hydromorphone hcl.....	21
griseofulvin.....	39	hydroxychloroquine.....	45
GRIS-PEG.....	39	hydroxyprogest.....	109
GUAIACOL.....	127	hydroxyprogesterone.....	107
guanfacine.....	75, 120	hydroxyurea.....	48
guanidine.....	63	hydroxyzine.....	40
GUARDIAN.....	111	hyoscyamine.....	99
GUARDIAN RT.....	111	HYPER-SAL.....	137
GVOKE.....	95	HYPODERMIC NEEDLE.....	112
GYNAZOLE 1.....	39	HYRIMOZ.....	47
<b>H</b>		HYSINGLA ER.....	21
HAEGARDA.....	134	HYZAAR.....	73
HALCION.....	125	<b>I</b>	
haloperidol.....	124	ibandronate.....	139
HALUCORT.....	127	IBRANCE.....	51
HARVONI.....	60	IBUDONE.....	20
HEMLIBRA.....	67	ibuprofen.....	20, 25
heparin.....	37, 38	ibuprofen/oxycodone hcl.....	20

## Índice de medicamentos

icatibant .....	134	IPOL .....	64
ICLUSIG .....	51	ipratropium/albuterol sulfate .....	27
icosapent .....	97	ipratropium bromide .....	26, 91
IDHIFA .....	52	irbesartan .....	73, 74, 75
IFE .....	135	irbesartan/hydrochlorothiazide .....	73
ILARIS .....	139	IRESSA .....	51
ILEVRO .....	92	ISENTRESS .....	59
ILUMYA .....	126	isoflurane .....	22, 23
imatinib .....	51	isomethept/dichlphn/acetaminop .....	18
IMBRUVICA .....	51	isomethepten/caf/acetaminophen .....	18
IMCIVREE .....	54	isoniazid .....	31
imipramine .....	119	isopropyl alcohol .....	138
imiquimod .....	127	ISOPTO ATROPINE .....	94
IMPAVIDO .....	46	ISOPTO CARPINE .....	93
IMURAN .....	110	isosorbide .....	70, 77
IMVEXXY .....	108	isotretinoin .....	126
INBRIJA .....	55	isoxsuprine .....	77
INCRELEX .....	107	isradipine .....	69
INCRUSE ELLIPTA .....	26	ISTURISA .....	103
indapamide .....	90	itraconazole .....	39
INDICLOR .....	89	ivermectin .....	45, 54, 55, 129
indomethacin .....	25	<b>J</b>	
INFANRIX DTAP .....	66	JADENU .....	138
INFASURF .....	134	JAKAFI .....	49
INFLECTRA .....	47	JALYN .....	140
INGREZZA .....	80	JANSSEN COVID-19 VACCINE .....	64
INJECTAFER .....	96	JANUMET .....	43
INLYTA .....	51	JANUMET XR .....	43
INNOPRAN XL .....	76	JANUVIA .....	42
INOVA .....	128	JARDIANCE .....	42
INPEN .....	111	javygtor .....	138
INQOVI .....	48	JOENJA .....	134
INREBIC .....	51	JULUCA .....	57
INSPIRACHAMBER .....	113	JUXTAPID .....	78
INSPRA .....	90	JYNARQUE .....	90
INSULIN ASPART .....	44	JYNNEOS .....	66
INSULIN SYRINGE .....	112	<b>K</b>	
INSUPEN .....	112	KADIAN .....	21
INTRAROSA .....	103	KALBITOR .....	134
INTRON A .....	53	KALYDECO .....	133
INVEGA ER .....	122	KEFLEX .....	32
INVELTYS .....	92	KEPPRA .....	83
INVIRASE .....	59	KERAFOAM .....	128
iodine/potassium iodide .....	131	keralyt .....	128
iodine/sodium iodide .....	131	KERALYT .....	128
IODOFLEX .....	131	KERENDIA .....	90
IODOSORB .....	131	KESIMPTA .....	81
IOPIDINE .....	93	ketoconazole .....	39, 40

## Índice de medicamentos

ketoprofen.....	25	levabuterol hcl.....	27
ketorolac.....	19, 92	LEVBID.....	99
KEVZARA.....	110	LEVEMIR.....	44
KINERET.....	24	levetiracetam.....	83
KINRIX.....	66	LEVITRA.....	135
KISQALI.....	50, 51	levobunolol.....	93
KITABIS PAK.....	30	levofloxacin.....	29, 34
KLARON.....	126	levonorgestrel/ethin.estradiol.....	86
KLONOPIN.....	82	levothyroxine.....	132
klor-con.....	96	LEVOTHYROXINE.....	132
Kloxxado.....	38	LEVSIN.....	99
KORLYM.....	43	LEVULAN.....	53
KOSELUGO.....	49	LEXIVA.....	59
K-PHOS.....	96	LICART.....	126
KRINTAFEL.....	45	lidocaine.....	23, 88, 103, 131
K-TAB ER.....	96	lidocaine 5% ointment.....	23
KYLEENA.....	87	lidocaine hcl.....	23
KYNAMRO.....	78	LIDOCAINE-HYDROCORTISONE.....	103
KYNMOBI.....	55	LILETTA.....	87
<b>L</b>		lindane.....	131
LABETALOL.....	72	linezolid.....	34
LACRISERT.....	91	LINZESS.....	101
lactulose.....	97, 101	liothyronine.....	132
lamivudine.....	58, 61	LIPOFEN.....	79
lamivudine/zidovudine.....	58	LIQUID E-Z PAQUE.....	89
lamotrigine.....	83	LIQUID POLIBAR PLUS.....	89
LAMPIT.....	46	lisinopril.....	72, 74
LAMZEDE.....	137	lisinopril/hydrochlorothiazide.....	72
lansoprazole/amoxiciln/clarith.....	99	lissamine green.....	88
lansoprazole dr.....	102	LITEAIRE.....	113
lansoprazole odt.....	102	LITETOUCH.....	113
lanthanum.....	95	lithium.....	116
lapatinib.....	51, 52	LITHOSTAT.....	97
LASTACAFT.....	41	LIVALO.....	78
latanoprost.....	93	LIVTENCITY.....	59
LAZANDA.....	21	LOCORT.....	106
LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR.....	60	LODINE.....	25
leflunomide.....	24	LOESTRIN.....	86
lenalidomide.....	50	LOKELMA.....	95
LENVIMA.....	51	LOMAIRA.....	54
L.E.T.....	23	LOMOTIL.....	98
LETAIRIS.....	71	LONHALA MAGNAIR.....	26
letrozole.....	49	loperamide.....	98
leucovorin.....	134	LOPID.....	79
LEUKERAN.....	48	lopinavir/ritonavir.....	58
LEUKINE.....	85	LOPROX.....	40
leuprolide.....	50	lorazepam.....	116
LEUPROLIDE DEPOT.....	50	LORBRENA.....	51

## Índice de medicamentos

LORTAB.....	20	meloxicam.....	25
losartan/hydrochlorothiazide.....	73	melphalan.....	47, 48
losartan potassium.....	75	memantine.....	79, 80
LOSEASONIQUE.....	86	MENACTRA.....	64
LOTEMAX.....	92	MENEST.....	105
LOTENSIN.....	72, 74	MENOPUR.....	109
LOTENSIN HCT.....	72	MENOSTAR.....	105
LOTREL.....	71	MENQUADFI.....	64
lovastatin.....	78	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP.....	64
LOVAZA.....	97	meperidine hcl.....	21
LOVENOX.....	38	MEPHYTON.....	141
loxapine.....	123	meprobamate.....	116
lubiprostone.....	101	mercaptopurine.....	48
LUCEMYRA.....	139	meropenem.....	32
LULICONAZOLE.....	40	mesalamine.....	100
LUMRYZ.....	124	MESNEX.....	134
LUPANETA.....	107	MESTINON.....	62
LUPRON DEPOT.....	50, 107	metaxalone.....	114
LUXIQ.....	130	metformin.....	42, 43
LYNPARZA.....	51	methadone hcl.....	21
LYRICA.....	83	methamphetamine.....	63
LYSTEDA.....	67	methazolamide.....	89
LYTGOBI.....	51	methenamine hippurate.....	31
LYUMJEV.....	44	methenamine mandelate.....	31
<b>M</b>		methenam/m.blue/salicyl/hyoscy.....	31
MACROBID.....	34	methenam/sod phos/mblue/hyoscy.....	31
MACRODANTIN.....	34	methen/mblue/sal/sod phos/hyos.....	31
mafenide.....	36	methimazole.....	132
MAGELLAN INSULIN.....	112	METHITEST.....	103
MAKENA.....	109	meth/meblue/sod phos/psal/hyos.....	31
MALARONE.....	45	methocarbamol.....	114
malathion.....	131	methotrexate.....	48
maprotiline.....	119	methoxsalen.....	126
MARPLAN.....	116	methscopolamine.....	99
MATULANE.....	53	methyldopa.....	75
MAVENCLAD.....	81	methylergonovine.....	107
MAXIDEX.....	92	METHYLIN.....	120
MAXZIDE.....	90	methylphenidate.....	120, 121
MAYZENT.....	81	methylphenidate er.....	120, 121
meclufenamate sodium.....	25	methylprednisolone.....	106
MEDIHONEY.....	129	methyl salicylate.....	127
MEDROL.....	106	methyltestosterone.....	103, 104
medroxyprogesterone.....	85, 107, 108	metoclopramide.....	101
mefenamic acid.....	19	metolazone.....	90
mefloquine.....	45	METOPIRONE.....	89
megestrol.....	53, 141	metoprolol.....	76
MEKINIST.....	49	metoprolol/hydrochlorothiazide.....	76
MEKTOVI.....	49	metronidazole.....	31, 35, 129

## Índice de medicamentos

metyrosine.....	75	MORPHABOND ER.....	21
mexiletine.....	68	morphine sulfate.....	21
MEZPAROX-HC.....	131	MOTOFEN.....	98
MIACALCIN.....	109	MOVANTIK.....	38
MICARDIS.....	73, 75	MOXATAG.....	34
miconazole.....	39	MOXEZA.....	29
MICROCHAMBER.....	113	moxifloxacin.....	34
MICROGESTIN 24 FE.....	86	moxifloxacin hcl.....	30
MICROSPACER.....	113	MS CONTIN.....	21
midazolam.....	125	MULPLETA.....	85
midodrine.....	63	mupirocin.....	36
MIFEPREX.....	136	mupirocin calcium.....	36
mifepristone.....	136	MURI-LUBE.....	138
miglitol.....	42	MUSE.....	135
miglustat.....	137	mvn no.53/iron/folic/dss/dha.....	141
millipred.....	106	MYALEPT.....	109
MILLIPRED.....	106	MYAMBUTOL.....	31
MIMYX.....	127	mycophenolate.....	110
MINASTRIN 24 FE.....	86	MYDAYIS.....	120
MINIMED.....	112	MYDRIACYL.....	94
MINIPRESS.....	73	Myfembree.....	107
MINITRAN.....	70	MYFORTIC.....	110
MINIVELLE.....	105	MYLERAN.....	48
minocycline.....	35	MYORISAN.....	126
minocycline er.....	35	MYTESI.....	98
minoxidil.....	75	<b>N</b>	
MIRAPEX.....	55	nabumetone.....	25
MIRCERA.....	84	nadolol.....	76
MIRCETTE.....	86	naftifine.....	40
MIRENA.....	87	NAFTIN.....	40
mirtazapine.....	115	NALFON.....	25
misoprostol.....	25, 99	NALOCET.....	20
MITIGARE.....	24	naloxone.....	22, 38, 39, 139
MITOSOL.....	94	NALOXONE.....	38
M-M-R II VACCINE.....	66	naltrexone.....	39
MOBIC.....	25	NAMENDA.....	80
MOBILE LANCETS.....	111	NAMZARIC.....	80
modafinil.....	124	NAPROSYN.....	25
MODERNA COVID-19 VACCINE.....	64	naproxen.....	19, 25
moexipril.....	74	naratriptan hcl.....	18
molindone.....	124	NARCAN.....	39
MOLNUPIRAVIR.....	61	NATACYN.....	39
mometasone.....	91, 130	NATAZIA.....	86
MONOFERRIC.....	96	nateglinide.....	42
MONOJECT.....	112	NATROBA.....	54
MONSEL'S.....	67	NAYZILAM.....	82
montelukast sodium.....	28	NEBUPENT.....	46
MONUROL.....	31	nebusal.....	137



## Índice de medicamentos

NEBUSAL.....	137	norethind-eth estrad.....	86, 105
NEEDLE.....	112	norethindrone.....	86, 105, 107, 108
nefazodone.....	118	norgestrel-ethinyl estradiol.....	87
neomycin.....	29, 30, 125	NORLIQVA.....	69
neomycin/bacit/p-myx/hydrocort.....	29	NORPACE.....	68
neomycin/polymyxin b/dexametha.....	29	NORPACE CR.....	68
neomycin/polymyxin b/hydrocort.....	29	NORTHERA.....	63
neomycin/polymyxn b/gramicidin.....	30	nortriptyline.....	119
neomycin sulf/bacitracin/poly.....	30	NORVASC.....	69
NEO-SYNALAR.....	35	NORVIR.....	59
NERLYNX.....	51	NOURIANZ.....	56
NEULASTA.....	85	NUBEQA.....	48
NEULUMEX.....	89	NUCALA.....	28
NEUPOGEN.....	85	NUCORT.....	131
NEUPRO.....	56	NUCYNTA.....	21
NEURONTIN.....	83	NUCYNTA ER.....	21
nevirapine.....	58	NUEDEXTA.....	80
NEXIUM DR.....	102	NULEV.....	99
NEXLETOL.....	78	NULIBRY.....	137
NEXLIZET.....	78	NULYTELY.....	101
NEXPLANON.....	85	NUMOISYN.....	136
Nextstellis.....	86	NUPLAZID.....	116
niacin.....	79	NURTEC ODT.....	18
NIASPAN.....	79	NUVARING.....	85
nicardipine.....	69	NUZYRA.....	35
NICOTROL.....	132	NYMALIZE.....	69
nifedipine.....	68, 69	nystatin.....	39, 40
nilutamide.....	48	NYVEPRIA.....	85
nimodipine.....	69	<b>O</b>	
NINLARO.....	51	OBREDON.....	88
nisoldipine er.....	69	OBSTETRIX EC.....	115
nitazoxanide.....	54	OBSTETRIX ONE.....	141
nitisinone.....	137	OBTREX.....	115
NITRO-DUR.....	70	OCALIVA.....	100
nitrofurantoin.....	34	OCREVUS.....	81
nitroglycerin.....	70	octreotide.....	108
NITROLINGUAL.....	70	OCUFLOX.....	30
NITROMIST.....	70	ODACTRA.....	63
NITROSTAT.....	70	ODEFSEY.....	59
NITYR.....	137	ODOMZO.....	49
NIVA-FOL.....	141	OFEV.....	134
NIVESTYM.....	85	ofloxacin.....	30, 34
nizatidine.....	101	OGIVRI.....	50
NOCTIVA.....	104	olanzapine.....	122, 124
NORCO.....	20	olmesartan/amlodipin/hcthiazid.....	73
NORDITROPIN FLEXPRO.....	106	olmesartan-hctz.....	73
norelgestromin/ethin.estradiol.....	87	olmesartan medoxomil.....	74, 75
noreth-ethinyl estradiol/iron.....	86	olopatadine.....	41, 91

## Índice de medicamentos

OLUMIANT.....	24	oxycodone hcl/aspirin .....	20
omega-3 acid ethyl esters.....	97	OXYCODONE HCL ER .....	21
omeprazole dr.....	102	oxymorphone hcl.....	21
OMISIRGE.....	68	OZEMPIC .....	41
OMNIPRED .....	92	<b>P</b>	
ondansetron.....	99	pacerone.....	68
ONETOUCH .....	111	PACNEX.....	128
ONFI.....	82	PAIN EASE MEDIUM STREAM SPRAY.....	23
ONUREG .....	48	paliperidone er.....	122
OPDIVO.....	52	PALYNZIQ.....	64
opium.....	21, 98	PANCREAZE .....	101
opium/belladonna alkaloids.....	21	PANRETIN .....	53
OPSUMIT .....	71	pantoprazole.....	102
OPTICHAMBER.....	113	PAPAVERINE-ALPROSTADIL .....	135
ORACIT .....	96	PAPAVERINE-PHENTOLAMINE .....	135
ORALAIR.....	63	PAPAVERINE-PHENTOLMN-ALPROSTDIL.....	135
ORAMAGICRX.....	136	PARADIGM .....	112
ORAPRED ODT .....	106	PARAGARD .....	87
ORAVIG.....	39	paregoric.....	98
ORENCIA.....	24	PAREMYD .....	94
ORENITRAM ER .....	71	paricalcitol.....	136
ORFADIN.....	137	PARLODEL.....	56
ORGOVYX.....	50	paromomycin.....	45
ORIAHNN.....	107	paroxetine .....	117
ORILISSA.....	107	paroxetine cr .....	117
ORKAMBI.....	133	paroxetine er .....	117
ORLADEYO.....	134	PASER .....	31
orphenadrine .....	114	PATADAY.....	41
ORTHO MICRONOR.....	87	PATANASE.....	91
oseltamivir .....	60	PAXLOVID .....	61
OSMOLEX ER.....	56	PAZEO.....	41
OSPHENA .....	136	PCE .....	33
OTEZLA .....	24	PEDIARIX .....	66
OTOVEL.....	29	PEDVAXHIB.....	66
OTREXUP .....	24	peg3350/sod sulf, bicarb, cl/kcl .....	101
OVACE PLUS .....	127	peg3350/sod sul/nacl/kcl/asb/c .....	101
OVIDE .....	131	PEGANONE.....	83
oxandrolone .....	103	PEGASYS .....	61
oxaprozin.....	25	PEGINTRON .....	61
OXAYDO.....	21	PEMAZYRE .....	51
oxazepam.....	116	penicillamine .....	23, 24
oxcarbazepine .....	83	penicillin v potassium.....	34
OXERVATE.....	94	PEN NEEDLE .....	112
OXSORALEN-ULTRA .....	126	PENTACEL.....	66
OXTELLAR XR .....	83	pentamidine .....	46
oxybutynin.....	140	pentazocine hcl/naloxone hcl .....	22
oxycodone hcl.....	20, 21	pentoxifylline .....	67
oxycodone hcl/acetaminophen .....	20	PERCOCET.....	20

## Índice de medicamentos

PERIDEX.....	135	pnv/iron, carb/docusat/folic ac.....	115
perindopril.....	74	POCKET CHAMBER.....	113
permethrin.....	54	PODOCON-25.....	128
perphenazine.....	119, 124	podofilox.....	128
perphenazine/amitriptyline.....	119	POLIBAR ACB.....	89
PFIZER COVID-19 VACCINE.....	64	polydimethylsiloxanes/silicon.....	129
PHARMABASE BARRIER.....	129	POMALYST.....	50
PHASEAL PROTECTOR.....	112	Ponvory.....	81
phenazopyridine hcl.....	23	posaconazole dr.....	39
phendimetrazine.....	54	POTABA.....	141
phenelzine.....	116	potassium.....	19
phenobarb/hyoscy/atropine/scop.....	100	potassium bicarbonate/cit ac.....	96
phenobarbital.....	100, 124	potassium chloride.....	96
phenobarbital-belladonna.....	100	potassium citrate.....	96, 97
PHENOBARBITAL-BELLADONNA.....	100	potassium citrate/citric acid.....	97
phenoxybenzamine.....	63	potassium iodide/iodine.....	96
phentermine.....	54	pramipexole.....	55, 56
PHENTOLAMINE-ALPROSTADIL.....	135	pramipexole er.....	55, 56
phenylephrine.....	40, 93	PRAMOSONE.....	131
phenylephrine hcl/prometh hcl.....	40	prasugrel.....	57
PHENYTEK.....	83	pravastatin.....	78
phenytoin.....	82, 83	praziquantel.....	45
PHESGO.....	50	prazosin.....	73
PHOSLYRA.....	95	PR BENZOYL PEROXIDE.....	128
PHOSPHOLINE IODIDE.....	93	PRECOSE.....	42
PHYSIOLYTE.....	125	PRED MILD.....	92
PHYSIOSOL.....	125	prednicarbate.....	130, 131
phytonadione.....	141	prednisolone.....	29, 92, 106
PICATO.....	53	prednisone.....	106
PIFELTRO.....	58	PREFEST.....	105
pilocarpine.....	63, 93	pregabalin.....	83
pimecrolimus.....	110	PREMARIN.....	105, 108
pimozide.....	121	PREMPHASE.....	105
pindolol.....	76	PREMPRO.....	105
pioglitazone.....	43	prenatal 12/iron/folic/dss/om3.....	115
PIQRAY.....	51	PRENATAL 19.....	115
pirfenidone.....	137	prenatal 34/iron/folic/dss/dha.....	115
piroxicam.....	25, 26	prenatal vits15/iron/folic/dss.....	115
PLAQUENIL.....	45	PREPIDIL.....	107
PLAVIX.....	57	PREPOIK.....	101
PLEGRIDY.....	81	PRESTALIA.....	71
PLIXDA.....	132	PRETOMANID.....	32
PNEUMOVAX 23.....	64	PREVACID DR.....	102
pnv 22/iron, gluc/folic/dss/dha.....	115	PREVIDENT.....	94, 95
pnv 66/iron/folic/docusate/dha.....	115	PREVNAR 13.....	64
pnv 69/iron/folic/docusate/dha.....	115	PREVYMIS.....	60
pnv 80/iron fum/folic/dss/dha.....	115	PREZCOBIX.....	57
pnv/ferrous fum/docusate/folic.....	115	PREZISTA.....	57

## Índice de medicamentos

PRIFTIN.....	32	pyridostigmine.....	62
PRILOSEC DR.....	102	pyrimethamine.....	45
primaquine.....	45	<b>Q</b>	
PRIMAQUINE.....	45	QALSODY.....	80
PRIMEAIRE.....	113	QINLOCK.....	51
primidone.....	83	QMIIZ ODT.....	26
PRIMLEV.....	20	QSYMIA.....	54
PRIMSOL.....	31	QTERN.....	43
PRINIVIL.....	74	QUALAQUIN.....	45
PRISMASOL.....	96	QUARTETTE.....	87
PRISTIQ ER.....	118	quazepam.....	125
probenecid.....	26	QUAZEPAM.....	125
probenecid/colchicine.....	26	QUESTRAN.....	79
PROCARDIA.....	69	quetiapine.....	122, 123
PROCARE SPACER WITH ADULT MASK.....	113	QUILLICHEW ER.....	121
PROCARE SPACER WITH CHILD MASK.....	113	QUILLIVANT XR.....	121
PROCHAMBER.....	113	quinapril.....	71, 72, 74
prochlorperazine.....	98, 99	quinapril/hydrochlorothiazide.....	72
PRO COMFORT.....	112, 113	quinidine.....	68
PRO COMFORT SPACER WITH MASK.....	113	quinine.....	45
PROCORT.....	103	QUTENZA.....	127
PROCRIT.....	84	QVAR.....	28
PROCTOFOAM-HC.....	103	<b>R</b>	
PROGLYCEM.....	95	rabeprazole.....	102
PROGRAF.....	110	RADIAGEL.....	138
PROLENSA.....	92	RADIAPLEXRX.....	129
PROMACTA.....	85	RADICAVA ORS.....	80
promethazine.....	40, 87, 88, 99	RADIOGARDASE.....	138
PROMETRIUM.....	108	RAGWITEK.....	63
propafenone.....	68	raloxifene.....	139
propantheline.....	97	ramelteon.....	124
proparacaine.....	92	ramipril.....	74
propranolol.....	76	ranitidine.....	101
propylthiouracil.....	132	ranolazine.....	68
PROQUAD.....	66	RAPAFLO.....	140
PROSCAR.....	140	RAPAMUNE.....	110
PROSTIN E2.....	107	RAPLIXA.....	67
protectives2/ceramide 1,3,6-ii.....	129	rasagiline mesylate.....	55, 56
PROTONIX.....	102	RAVICTI.....	97
PROTOPIC.....	110	RAYALDEE.....	136
protriptyline.....	119	RAZADYNE ER.....	62
PROVERA.....	85, 107, 108	READI-CAT 2.....	89
PROVOCHOLINE.....	88	REBIF.....	81
PULMICORT.....	28	RECLAST.....	109
PULMOZYME.....	134	RECOMBIVAX HB.....	66
PURIXAN.....	48	RECOTHROM.....	67
pyrazinamide.....	32	RECTIV.....	101
PYRIDIUM.....	23	REDITREX.....	24

## Índice de medicamentos

regadenoson.....	88	ROCKLATAN.....	93
REGIMEX.....	54	ropinirole.....	56
REGLAN.....	101	ROSANIL.....	36
REGRANEX.....	127	rosuvastatin.....	78
RELAGARD.....	45	Roszet.....	77
RELENZA.....	60	ROTARIX.....	64
RELISTOR.....	38	ROTATEQ.....	64
REMICADE.....	47	ROXYBOND.....	22
RENACIDIN.....	97	ROZLYTREK.....	51
repaglinide.....	42, 43	RUBRACA.....	52
REPATHA.....	78	RUCONEST.....	134
RESPA A.R.....	87	rufinamide.....	82, 83
RESTASIS.....	94	RUKOBIA.....	58
RESTIZAN.....	127	RUZURGI.....	81
RETACRIT.....	84	RYBELSUS.....	41
RETEVMO.....	51	RYDAPT.....	52
REVLIMID.....	50	RYTARY.....	56
REXULTI.....	123	RYTHMOL SR.....	68
REYATAZ.....	59	<b>S</b>	
REZLIDHIA.....	52	SAF-CLENS AF.....	129
REZUROCK.....	140	SAFYRAL.....	87
RHOPRESSA.....	93	SALAGEN.....	63
ribasphere.....	61	salicylic acid.....	128
ribavirin.....	60, 61	SALIMEZ FORTE.....	128
RIDAURA.....	24	SALKERA.....	128
rifabutin.....	32	salsalate.....	23
RIFAMATE.....	32	SALVAX DUO PLUS.....	128
rifampin.....	32	SANCUSO.....	99
RIFATER.....	32	SANDOSTATIN.....	108
RILUTEK.....	80	SANTYL.....	132
riluzole.....	80	SAPHRIS.....	122
rimantadine.....	59, 60	sapropterin.....	138
RIMSO-50.....	22	SARAFEM.....	117
ringer's solution.....	125	SAVAYSA.....	37
RINVOQ.....	24	SAVELLA.....	139
RIOMET.....	42	SAXENDA.....	54
RIOMET ER.....	42	SCALACORT DK.....	131
risedronate.....	139	SCEMBLIX.....	52
RISPERDAL.....	122	scopolamine.....	99
risperidone.....	122	SEASONIQUE.....	87
RITALIN.....	121	secobarbital.....	124
RITEFLO.....	113	SECUADO.....	123
ritonavir.....	58, 59	SECURESAFE.....	112
rivastigmine.....	62	selegiline.....	56
rizatriptan benzoate.....	18	selenium.....	127
ROBAXIN-750.....	114	SELZENTRY.....	58
ROBINUL.....	97	SEMGLEE.....	44
ROCALTROL.....	141	SEN-SERTER.....	112

## Índice de medicamentos

SEREVENT DISKUS.....	27	SOMATULINE DEPOT .....	108
SEROQUEL .....	123	SOMAVERT .....	136
SEROQUEL XR.....	123	SORBITOL.....	125
SEROSTIM.....	106	sotalol.....	76
sertraline.....	117, 118	SOTYKTU .....	126
sevelamer.....	95	SOTYLIZE .....	76
sevoflurane.....	23	SOVALDI .....	60
SFROWASA.....	100	SPACE CHAMBER.....	113, 114
SHINGRIX.....	66	spinosad.....	54, 55
SIGNIFOR.....	108	SPIRIVA RESPIMAT .....	26
SIKLOS.....	67	spironolact/hydrochlorothiazid.....	90
sildenafil.....	70, 135	spironolactone .....	90
SILICONE MASK.....	113	SPRAVATO .....	116
SILIQ.....	126	SPRITAM.....	83
silodosin.....	140	SPRYCEL .....	52
SILVADENE.....	36	sps.....	96
silver nitrate .....	128, 131	SSKI .....	96
silver sulfadiazine.....	36	STALEVO.....	56
SIMBRINZA.....	93	STARLIX .....	42
SIMPONI.....	47	STELARA.....	110
simvastatin.....	77, 78	STENDRA.....	135
SINEMET.....	56	STIMATE .....	104
SINGULAIR .....	28	STIMUFEND.....	85
sirolimus.....	110, 111	STIOLTO RESPIMAT .....	27
SIRTURO .....	32	STRENSIQ .....	137
SITZMARKS .....	89	STRIBILD.....	59
SIVEXTRO .....	34	STROMECTOL .....	45
SKELAXIN .....	114	SUBOXONE .....	139
SKLICE .....	55	SUCRAID.....	100
SKYLA .....	87	sucalfate.....	99
SKYRIZI.....	126	SULAR .....	69
SKYTROFA .....	106	sulfacetamide .....	29
SLYND.....	87	sulfacetamide sodium .....	36, 126, 127
sodium chloride for inhalation.....	137	sulfacetamide sod/sulfur/urea.....	36
sodium chloride irrig solution .....	125	sulfacetamide/sulfur/cleansr23.....	36
sodium chloride/nahco3/kcl/peg.....	101	sulfact sod/sulur/avob/otn/oct.....	36
SODIUM CITRATE.....	37	sulfadiazine.....	30, 36
sodium fluoride/potassium nit .....	95	sulfamethoxazole/trimethoprim.....	30
SODIUM OXYBATE.....	124	SULFAMILYLON .....	36
sodium phenylbutyrate .....	97	sulfasalazine.....	100
sodium polystyrene .....	95, 96	sulindac.....	26
sodium polystyrene sulfon/sorb .....	95	sumatriptan .....	19
sod, pot chlor/mag/sod, pot phos .....	125	SUNLENCA .....	57
solifenacin.....	140	SUNOSI.....	124
SOLIQUA.....	41	SUPARTZ.....	121
SOLOSEC.....	30	SUPRANE.....	23
SOLTAMOX.....	53	SUPRAX.....	32
SOMA .....	114	SURGIFOAM .....	67

## Índice de medicamentos

SURGISEAL.....	129	telmisartan-amlodipine.....	74
SURVANTA.....	134	temazepam.....	125
SUTAB.....	101	TEMIXYS.....	58
SUTENT.....	52	TEMOVATE.....	131
SYMAX.....	100	temozolomide.....	48
SYMBICORT.....	27	TENIVAC.....	66
SYMDEKO.....	133	tenofovir disoproxil fumarate.....	58
SYMLINPEN.....	42	TEPMETKO.....	52
SYMPROIC.....	38	terazosin.....	73
SYMTUZA.....	57	terbinafine.....	39
SYNALAR.....	35, 131	terconazole.....	39
SYNAREL.....	107	teriflunomide.....	81
SYNERA.....	23	TERSİ FOAM.....	127
SYNJARDY.....	43	TERUMO SURGUARD2.....	112
SYNJARDY XR.....	43	TESSALON PERLE.....	87
SYNTHROID.....	133	testosterone.....	103, 104
SYRINGE AVITENE.....	67	TESTOSTERONE.....	103, 104
<b>T</b>		TESTRED.....	104
TABLOID.....	48	tetrabenazine.....	80
TABRECTA.....	52	tetracaine.....	92
TACHOSIL.....	67	tetracycline.....	35
tacrolimus.....	110, 111	tetradecyl.....	79
tadalafil.....	70, 135	TETRAVISC.....	92
TAFINLAR.....	49	TEXACORT.....	131
TAGITOL.....	89	TEZSPIRE.....	138
TAGRISSO.....	52	THALOMID.....	31
TAKHZYRO.....	64	THEO-24.....	28
TALTZ.....	126	theophylline.....	28
TALZENNA.....	52	thioridazine.....	124
TAMIFLU.....	60	thiothixene.....	123
tamoxifen.....	53	THROMBI-GEL.....	67
tamsulosin.....	140	THROMBIN-JMI.....	67
TAPAZOLE.....	132	THROMBI-PAD.....	67
TARGRETIN.....	47, 53	thyroid, pork.....	133
TARKA.....	71	THYROLAR.....	133
TASIGNA.....	52	tiagabine.....	83, 84
tasimelteon.....	124	TIAZAC.....	69
TASMAR.....	56	TIBSOVO.....	52
TAVALISSE.....	134	ticlopidine.....	57
TAYTULLA.....	87	TIGAN.....	99
tazarotene.....	127	TIGLUTIK.....	80
TAZVERIK.....	50	TIKOSYN.....	68
TC99M SULFUR COLLOID PREP.....	88	timolol.....	76, 93
TDVAX.....	66	TINDAMAX.....	45
TEGRETOL.....	83, 84	tinidazole.....	45
TEGSEDI.....	136	TIROSINT.....	133
TEKTRUNA.....	76, 77	TISSEEL VHSD.....	129
telmisartan.....	73, 74, 75	TIVICAY.....	59

## Índice de medicamentos

tizanidine .....	114	trifluridine .....	59
TOBI PODHALER .....	30	TRIGLIDE.....	79
TOBRADEX.....	29	trihexyphenidyl.....	55
TOBRADEX EYE DROPS.....	29	TRIJARDY XR .....	43
tobramycin.....	29, 30, 31	TRIKAFTA.....	133
TOBRAMYCIN .....	31	TRILIPIX.....	79
tobramycin/dexamethasone.....	29	trimethobenzamide.....	99
TOBREX.....	30	trimethoprim .....	30, 31
TOLAK.....	53	trimipramine.....	119
tolbutamide.....	42	TRI-MIX .....	135
tolcapone .....	56	TRIMO-SAN.....	45
tolmetin sodium .....	26	TRINTELLIX.....	119
tolterodine.....	140	TRIPTODUR.....	107
tolterodine tart er.....	140	TRIUMEQ.....	57
tolvaptan.....	89	tropicamide.....	94
TOLVAPTAN.....	89	tropium.....	140
TOPICORT.....	131	TRUDHESA.....	19
toremifene.....	53	TRULANCE.....	101
torse mide.....	90	TRULICITY.....	41
TRACLEER.....	71	TRUMENBA .....	64
tramadol er .....	22	TUKYSA .....	52
tramadol hcl.....	20, 22	TURALIO.....	52
TRAMADOL HCL.....	22	TUXARIN ER.....	88
tramadol hcl/acetaminophen .....	20	TUZISTRA XR.....	88
trandolapril .....	71, 74	TWINRIX.....	66
trandolapril/verapamil .....	71	TWIRLA .....	87
tranexamic acid.....	67	TYBLUME.....	87
TRANSDERM-SCOP .....	99	TYBOST.....	133
TRANXENE.....	116	TYKERB.....	52
tranylcypromine .....	116	TYMLOS.....	109
travoprost.....	93	TYVASO .....	71
trazodone.....	118	<b>U</b>	
TRECATOR.....	32	UBRELVY.....	19
TRELEGY ELLIPTA.....	27	UDENYCA .....	85
TREMFYA.....	126	UKONIQ .....	52
TRESIBA .....	44	ULESFIA .....	55
tretinoin.....	53, 126, 132	ULORIC.....	24
TREXALL .....	48	ULTANE.....	23
TREZIX .....	20	ULTRACET .....	20
triamcinolone.....	135	ULTRAFOAM.....	67
triamterene .....	90	ULTRAM.....	22
triazolam.....	125	ULTRAVATE.....	131
TRIBENZOR.....	73	UPTRAVI.....	71
trichloroacetic acid.....	129	URAMAXIN.....	128
TRICHLOROACETIC ACID.....	129	urea .....	36, 46, 128
TRICOR.....	79	URECHOLINE .....	63
trientine.....	138	URIBEL.....	31
trifluoperazine.....	124	UROCIT-K.....	97



## Índice de medicamentos

UROQID-ACID .....	97	VIEKIRA .....	60
UROXATRAL .....	140	vigabatrin .....	84
URSO .....	100	VIGAMOX .....	30
ursodiol .....	100	VIBRYD .....	119
UTA .....	31	VIJOICE .....	134
<b>V</b>		VIMPAT .....	84
VAGIFEM.....	108	VIKACE .....	101
valacyclovir .....	60	VIRAZOLE .....	60
VALCHLOR.....	53	VIREAD .....	58
valganciclovir .....	60	VISTARIL .....	40
VALIUM .....	116	VISTOGARD .....	134
valproic.....	84	VITAFOL FE .....	115
valsartan .....	73, 74, 75	vite ac/grape/hyaluronic acid.....	127
VALTOCO.....	82	VITRAKVI .....	52
VALTRESX .....	60	VIVELLE-DOT.....	105
vancomycin .....	35	VIZIMPRO .....	52
varденаfil .....	135	VOLTAREN.....	126
VARIBAR .....	89	voriconazole .....	39
VARIVAX VACCINE.....	66	VORTEX.....	114
VARUBI .....	99	VOSEVI .....	60
VASCEPA.....	97	VOTRIENT .....	52
VASERETIC .....	72	VOXZOGO .....	138
VASHE WOUND .....	125	VRAYLAR.....	123
VASOTEC .....	74	VUMERITY .....	81
VAXELIS .....	66	VYLEESI .....	121
VECAMYL .....	75	VYNDAMAX.....	138
VECTICAL.....	127	VYNDAQEL .....	138
VEGZELMA .....	47	VYTORIN.....	77
VELETRI .....	71	VYVANSE.....	120
VELPHORO.....	96	<b>W</b>	
VELTASSA .....	96	WAKIX .....	84
VELLIDY .....	61	warfarin.....	37
VENCLEXTA .....	52	water for irrigation, sterile .....	125
venlafaxine.....	118	Wegovy .....	54
VENTAVIS.....	71	WIDE SEAL DIAPHRAGM .....	87
verapamil .....	68, 69, 70, 71	WP THYROID .....	133
VEREGEN .....	61	<b>X</b>	
VERELAN .....	70	XACIATO.....	45
VERELAN PM.....	70	XADAGO .....	56
VERIFINE.....	112	XALKORI .....	52
VERQUVO .....	70	XANAX.....	116
VERZENIO .....	52	XARELTO .....	37
VFEND .....	39	XATMEP .....	49
V-GO.....	112	XCLAIR.....	127
VIAGRA.....	135	XCOPRI.....	84
VIBERZI.....	101	XELJANZ.....	24
VIBRAMYCIN .....	35	XELODA .....	49
VIDAZA.....	49	XELSTRYM.....	63

## Índice de medicamentos

XENICAL .....	54	ZITHROMAX .....	33
XENLETA.....	34	ZOHYDRO ER.....	22
XEPI .....	36	ZOKINVY.....	134
XERMELO.....	98	ZOLADEX.....	50
XIFAXAN.....	35	ZOLEDRONIC ACID.....	109
XIGDUO XR.....	43	ZOLINZA .....	47
XIIDRA .....	94	zolmitriptan .....	19
XOFLUZA .....	60	zolpidem .....	125
XOLAIR .....	28	zolpidem tart er.....	125
XOPENEX.....	27	zonisamide.....	84
XOSPATA.....	52	ZONTIVITY .....	57
XPOVIO.....	53	ZORBIVE.....	106
XTAMPZA ER.....	22	ZORTRESS.....	111
XTANDI.....	48	ZOSTAVAX.....	66
XULTOPHY .....	41	ZTLIDO.....	23
XUREA .....	128	ZUBSOLV.....	139
XURIDEN.....	95	ZYDELIG.....	52
XYREM.....	124	ZYKADIA.....	52
XYWAV .....	124	ZYLET .....	29
<b>Y</b>		ZYLOPRIM .....	24
YASMIN 28 .....	87	ZYNYZ .....	49
YAZ .....	87	ZYVOX.....	34
YERVOY .....	53		
<b>Z</b>			
zafirlukast.....	28		
zaleplon.....	125		
ZANAFLEX.....	114		
ZARONTIN .....	84		
ZARXIO.....	85		
ZAVESCA.....	137		
Zegalogue .....	95		
ZEJULA .....	52		
ZELBORAF .....	49		
ZEMPLAR.....	136		
ZENATANE .....	126		
ZENZEDI.....	63		
ZEPATIER.....	61		
ZERVIATE.....	41		
ZESTORETIC .....	72		
ZESTRIL.....	74		
ZETIA .....	79		
zidovudine .....	58		
ZIEXTENZO.....	85		
zileuton .....	26		
ZIMHI.....	39		
zinc oxide .....	129		
ziprasidone.....	123		
ZIRGAN.....	59		

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

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



1. Se aplican los términos de la aplicación/tienda en línea y los cargos de las compañías de telefonía celular/uso de datos. Los clientes menores de 13 años no podrán registrarse en **myCigna.com** (así como tampoco sus padres o tutores).
2. Los precios que se muestran en **myCigna** no están garantizados, y la cobertura está sujeta a los términos y las condiciones de su plan. Visite **myCigna** para obtener más información.
3. Sitio web de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos, "Generic Drugs: Questions and Answers". Última actualización de la página: 16 de marzo de 2021. <https://www.fda.gov/drugs/questions-answers/generic-drugs-questions-answers>.
4. No todos los planes ofrecen Express Scripts® Pharmacy y Accredo como opciones de farmacia cubiertas. Inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan, para obtener más información sobre las farmacias que pertenecen a la red de su plan. *Cigna Healthcare tiene una participación en la titularidad de los servicios de entrega a domicilio de Express Scripts® Pharmacy y los servicios de farmacia de especialidad de Accredo. Sin embargo, usted tiene derecho a despachar sus recetas en cualquier farmacia de la red de su plan. No se le aplicará ninguna penalidad, sin importar dónde despache sus recetas.*
5. Los costos de envío estándar están incluidos como parte de su plan de medicamentos con receta.
6. Algunos medicamentos no están disponibles en un suministro para 90 días y solo pueden envasarse en cantidades más reducidas. Por ejemplo, tres paquetes de anticonceptivos orales equivalen a un suministro para 84 días. Si bien no es un "suministro para 90 días", de todas maneras se considera una receta para 90 días.
7. Según lo permitido por ley. Para los medicamentos administrados por un proveedor de cuidado de la salud, Accredo enviará el medicamento directamente al consultorio de su médico.
8. **Para los planes asegurados que deben cumplir con las leyes de seguro del estado de Delaware:** los medicamentos antidepresivos, para dejar de fumar, para el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y antipsicóticos de marca que no tengan un equivalente genérico disponible estarán cubiertos como medicamentos del Nivel 2 (de marca preferida). Esto es así aunque el medicamento esté incluido en el Nivel 3 (marca no preferida) en la Lista de medicamentos de su plan. Para averiguar cómo su plan específico cubre estos medicamentos, inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com**, o llame a Servicio al Cliente al número que aparece en su tarjeta de ID.
9. Los costos y detalles completos de la cobertura de medicamentos con receta del plan se encuentran en los documentos del plan. En caso de discrepancia entre la información proporcionada aquí y los documentos del plan, prevalecerá sin excepciones la información incluida en los documentos del plan.
10. **Para los planes que deben cumplir con leyes de seguro estatales, como Delaware:** Es posible que su plan cubra medicamentos para la infertilidad y para dejar de fumar aunque en esta Lista de medicamentos se indique que su plan tal vez no los cubra. Para averiguar si su plan específico cubre estos medicamentos, inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan.

**Para obtener ayuda en español, llame al número que aparece en su tarjeta de Cigna Healthcare.**

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

Los productos y servicios de Cigna Healthcare se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de The Cigna Group, que incluyen a Cigna Health and Life Insurance Company (CHLIC), Connecticut General Life Insurance Company, Express Scripts, Inc. o sus afiliadas, y HMO subsidiarias o compañías de servicios subsidiarias de Cigna Health Corporation, incluidas Cigna Healthcare of Arizona, Inc., Cigna Healthcare of California, Inc., Cigna Healthcare of Colorado, Inc., Cigna Healthcare of Connecticut, Inc., Cigna Healthcare of Florida, Inc., Cigna Healthcare of Georgia, Inc., Cigna Healthcare of Illinois, Inc., Cigna Healthcare of Indiana, Inc., Cigna Healthcare of St. Louis, Inc., Cigna Healthcare of North Carolina, Inc., Cigna Healthcare of New Jersey, Inc., Cigna Healthcare of South Carolina, Inc., Cigna Healthcare of Tennessee, Inc. (CHC-TN) y Cigna Healthcare of Texas, Inc. Formularios de pólizas: OK: HP-APP-1 y otros; OR: HP-POL38 02-13; TN: HP-POL43/HC-CER1V1 y otros (CHLIC); GSA-COVER y otros (CHC-TN).

# LA DISCRIMINACIÓN ES ILEGAL

## Cobertura médica

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

Cigna:

- Brinda asistencia y servicios gratuitos para que las personas con discapacidades puedan comunicarse de manera eficaz con nosotros; por ejemplo:
  - intérpretes de lenguaje de señas calificados;
  - información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios de asistencia lingüística gratuita a personas cuyo idioma primario no es el inglés, como por ejemplo:
  - intérpretes calificados
  - información escrita en otros idiomas.

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

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

Cigna  
Nondiscrimination Complaint Coordinator  
PO Box 188016  
Chattanooga, TN 37422

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

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

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



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

## Proficiency of Language Assistance Services

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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