



Lista de medicamentos con receta Standard de 4 niveles de Cigna Healthcare

Cobertura a partir del 1 de enero de 2024

Para el estado de California

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

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

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

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

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

Ofrecido por: Cigna Health and Life Insurance Company, Connecticut General Life Insurance Company o sus afiliadas.
927830SP h CA Standard 4-Tier 08/23 © 2023 Cigna Healthcare.





¿Qué encontrará adentro?

Información sobre esta Lista de medicamentos	3
Preguntas frecuentes	3
Palabras que quizás necesite conocer	9
Acerca de esta Lista de medicamentos	10
Cómo leer esta Lista de medicamentos	10
Cómo encontrar su medicamento	14
Lista de medicamentos con receta	18
Exclusiones y limitaciones de la cobertura	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 myCigna¹ o myCigna.com. Haga clic en la pestaña *Find Care & Costs* (Dónde atenderse y cuánto cuesta). Luego, seleccione *Price a Medication* (Conozca los precios de los medicamentos) y escriba el nombre de su medicamento.



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

¿Tiene preguntas?

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

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

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

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes

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

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

R. Para asegurarnos de que usted pueda acceder a una cobertura de medicamentos seguros, clínicamente eficaces y de bajo costo, Cigna Healthcare revisa y actualiza regularmente la Lista de medicamentos con receta. Hacemos cambios por varios motivos, como cuando surge algún medicamento nuevo, cuando algún medicamento deja de estar disponible o cuando cambia el precio de un medicamento. Estos cambios pueden incluir:

- **Pasar un medicamento a un nivel de costos más bajo.** Esto puede suceder en cualquier momento del año.
- **Pasar un medicamento de marca a un nivel de costos más alto cuando haya un genérico disponible.** Esto puede suceder en cualquier momento del año.
- **Pasar un medicamento a un nivel de costos más alto y/o dejar de cubrir un medicamento.** Esto suele suceder dos veces al año, el 1 de enero y el 1 de julio.
- **Agregar requisitos de cobertura adicionales para un medicamento.**

Cuando hacemos un cambio que afecta la cobertura de un medicamento que está tomando, le avisamos antes de que el cambio entre en vigor. De esta manera, usted tiene tiempo de hablar con su médico sobre las opciones disponibles. Solo usted y su médico pueden decidir qué es lo mejor para su tratamiento.

P. ¿Por qué mi plan no cubre determinados medicamentos?

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

También hay determinados medicamentos y productos que no pueden estar cubiertos por su plan por ningún motivo, porque se consideran una

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

P. ¿Cómo deciden qué medicamentos cubrir?

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

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

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

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

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

P. ¿Qué tipos de medicamentos generalmente necesitan aprobación?

R. Medicamentos que:

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

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

R. Medicamentos que:

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

P. ¿Qué tipos de medicamentos requieren tratamiento escalonado?

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

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

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

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

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

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

Cigna Healthcare revisará la información que nos envíe su médico para asegurarse de que su medicamento cumpla con los requisitos de cobertura. Les enviaremos una carta a usted y a su médico para comunicarles la decisión y los próximos pasos.

Esto puede demorar entre 1 y 5 días hábiles. Puede comunicarse con el consultorio de su médico para averiguar si ya se tomó una decisión. También puede iniciar sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com** para consultar el estado de su aprobación. Haga clic en *Prescriptions* (Recetas) y seleccione *My Medications* (Mis medicamentos) del menú desplegable. Del lado izquierdo de la página, abajo de *Prior Authorization* (Autorización previa), haga clic en el botón *View List* (Ver lista).

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

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

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

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

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

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

- **Para las solicitudes no urgentes**, Cigna Healthcare les informará la decisión a usted y a su médico dentro de las 72 horas. Si se aprueba, la cobertura se proporcionará hasta que se extinga la receta (incluidas las renovaciones).
- **Para las solicitudes urgentes basadas en circunstancias apremiantes**, Cigna Healthcare les informará la decisión a usted y a su médico dentro de las 24 horas. Si se aprueba, la cobertura se proporcionará mientras duren las circunstancias apremiantes. **Es importante saber que cuando se aprueban los medicamentos, la cobertura suele ser por un año.** Si su

medicamento se aprueba por menos tiempo, esto se debe a que hay un motivo clínico basado en los requisitos de cobertura de Cigna Healthcare para el medicamento y/o el médico revisor.

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

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

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

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

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

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

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

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

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

R. Cuando su farmacéutico trate de despacharle la receta, verá que el medicamento necesita la aprobación previa de Cigna Healthcare. Como usted

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

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

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

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

R. Sí.

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

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

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

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

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

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

los precios de los medicamentos) para saber cuánto cuesta su medicamento antes de ir a la farmacia o incluso antes de irse del consultorio de su médico.²

P. ¿Qué es el costo compartido?

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

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

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

P. ¿Qué es un medicamento genérico?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

P. ¿Me pueden despachar mis recetas por correo?

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

Express Scripts® Pharmacy para medicamentos de mantenimiento

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

- Es muy fácil pedir, administrar, hacer el seguimiento y pagar sus medicamentos en su teléfono o en Internet
- Envío estándar sin costo adicional⁵
- Renovaciones automáticas o recordatorios de renovaciones
- Obtenga un suministro máximo para 90 días de una vez⁶
- Amables farmacéuticos las 24 horas, los 7 días de la semana
- Opciones de pago flexibles

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

Estas son tres maneras sencillas de comenzar.

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

Accredo® para medicamentos de especialidad

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

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

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

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

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

Estas son tres maneras sencillas de comenzar.

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

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

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

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

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

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

Es posible que también pueda usar Accredo para despachar su receta.⁴ Accredo tiene acceso a la mayoría de los medicamentos de especialidad. Llame

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

al **877.826.7657** para obtener más información. Sus representantes atienden de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 10:00 p.m., hora del Centro, y los sábados, de 7:00 a.m. a 4:00 p.m., hora del Centro.

P. ¿Cómo despacho mi receta?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

cuánto pagará por su medicamento, según el nivel al que pertenezca, incluido el máximo costo compartido permitido:

1. Revise su tarjeta de ID de Cigna Healthcare. Indica su costo compartido para los medicamentos del Nivel 1, del Nivel 2, del Nivel 3 y del Nivel 4.
2. Inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com** para ver información sobre su cobertura de farmacia. También puede usar la herramienta *Price a Medication* (Conozca los precios de los medicamentos) para ver cuánto puede costarle su medicamento en las diferentes farmacias de la red de su plan.²
3. Consulte el documento de cobertura denominado Resumen de beneficios.

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

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

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

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

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

(\$0). Esto se debe a un requisito federal para las HSA.

- **Para los planes con un deducible combinado (incluidas las Cuentas de reembolso de salud [HRA, por sus siglas en inglés] con un deducible combinado):** Usted pagará primero el deducible de su plan. Después de ello, estos medicamentos tendrán cobertura del 100% o sin costos compartidos (\$0).
- **Para los planes con un deducible dividido (incluidas las Cuentas de reembolso de salud [HRA] con un deducible dividido):** Estos medicamentos tendrán cobertura del 100% o sin costos compartidos (\$0).

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

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

P. ¿Qué son los medicamentos preventivos?

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Palabras que quizás necesite conocer (cont.)

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

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

Cómo leer esta Lista de medicamentos

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

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

Niveles

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

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

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

** Los medicamentos de especialidad orales están cubiertos en un nivel inferior (Niveles 1 a 3).

Información sobre esta Lista de medicamentos

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

Las abreviaturas al lado del nombre de los medicamentos

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

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

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

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Cómo leer esta Lista de medicamentos (cont.)

Use la tabla incluida abajo para leer esta Lista de medicamentos

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

ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)			Categoría terapéutica y clase describe la condición para cuyo tratamiento se usa el medicamento.
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura	
ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS Y BARBITÚRICOS			Requisitos y límites de cobertura le informa si su plan tiene requisitos adicionales antes de cubrir el medicamento.
<i>butalbital/acetaminophen</i>	T1		
ANALGÉSICOS, COMB. DE SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS			Nivel del medicamento le da una idea de cuánto puede llegar a pagar por un medicamento.
<i>butalb-aspirin-caffe 50-325-40</i>	T1	QL (6 tabs/day)	
<i>butalbital-asa-caffeine cap</i> (Fiorinal) FIORINAL (<i>butalbital-aspirin-caffeine</i>)	T1 T3	QL (6 caps/day) QL (6 caps/day)	
ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS			Nombre del medicamento con receta es el nombre del medicamento.
<i>butalb/acetaminophen/caffeine</i>	T3		
<i>butalb/acetaminophen/caffeine</i> (Esgic)	T3	QL (6 caps/day)	
<i>butalb-acetamin-caff 50-300-40</i> (Fioricet)	T1	QL (6 caps/day)	
<i>butalb-acetamin-caff 50-325-40</i> (Esgic)	T1	QL (6 tabs/day)	
ESGIC 50-325-40 MG TABLET (<i>butalbital-acetaminophen-caffe</i>)	T3	QL (6 tabs/day)	
ESGIC CAPSULE (<i>zebutal</i>) FIORICET (<i>phrenilin forte</i>)	T3 T1	QL (6 caps/day) QL (6 caps/day)	
ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS, SALICILATOS			Los medicamentos están enumerados en orden alfabético (según el inglés) dentro de cada columna.
<i>choline salicyl/mag salicylate</i> <i>diflunisal</i>	T1 T1	HD HD	
PREPARACIONES ANTIMIGRAÑOSAS			Los medicamentos de marca están escritos en MAYÚSCULA .
AIMOVIG AUTOINJECTOR AJOVY AUTOINJECTOR AJOVY SYRINGE	T2 T2 T2	PA PA PA	
<i>almotriptan malate</i>	T1	QL (12 tabs/30 days)	Los medicamentos genéricos están escritos en minúscula cursiva
CAFERGOT (<i>ergotamine-caffeine</i>)	T3	QL (40 tabs/28 days)	
<i>dihydroergotamine 1 mg/ml amp</i> <i>eletriptan hydrobromide</i>	T1 T1	QL (10 amps/30 days) 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 Standard de 4 niveles de Cigna Healthcare realmente cubre estos medicamentos.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Cómo encontrar su medicamento

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

Condición	Página	Condición	Página
Analgésicos (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	18-22	Antineoplásicos (cáncer)	47-52
Analgésicos (condiciones urinarias)	22	Antineoplásicos (condiciones cutáneas)	52-53
Anestésicos (varios)	22	Medicamentos contra la obesidad (control del peso)	53
Anestésicos (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	23	Antiparasitarios (infecciones)	54
Anestésicos (condiciones urinarias)	23	Medicamentos antiparkinsonianos (enfermedad de Parkinson)	54-56
Antialérgicos (alergia y rociadores nasales)	23	Medicamentos antiplaquetarios (diluyentes de la sangre/anticoagulantes)	56
Antiartríticos (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	23-26	Antivíricos (SIDA/VIH)	56-59
Antiasmáticos (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	26-28	Antivíricos (condiciones oculares)	59
Antibióticos (alergia/rociadores nasales)	28	Antivíricos (infecciones)	59-61
Antibióticos (medicamentos para los oídos)	29	Antivíricos (condiciones cutáneas)	61
Antibióticos (condiciones oculares)	29-30	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (alergia/rociadores nasales)	61
Antibióticos (infecciones)	30-35	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (enfermedad de Alzheimer)	61
Antibióticos (condiciones cutáneas)	36	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (trastorno de déficit de atención e hiperactividad)	62
Anticoagulantes (diluyentes de la sangre/ anticoagulantes)	36-38	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	62
Antídotos (condiciones gastrointestinales/ pirosis)	38	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (condiciones urinarias)	63
Antídotos (abuso de sustancias)	38	Productos biológicos (alergia/rociadores nasales)	63
Antimicóticos (condiciones oculares)	38	Productos biológicos (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	63
Antimicóticos (productos femeninos)	38	Productos biológicos (varios)	63
Antimicóticos (infecciones)	38-39	Productos biológicos (vacunas)	63-65
Antimicóticos (condiciones cutáneas)	39-40	Sangre (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)	65-66
Antihistamínicos y descongestivos combinados (alergia/rociadores nasales)	40	Sangre (diluyentes de la sangre/ anticoagulantes)	66
Antihistamínicos (condiciones oculares)	40	Medicamentos para enfermedades cardíacas (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	66-69
Antihiperglucémicos (diabetes)	41-44	Cardiovasculares (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	69-70
Antiinfecciosos (productos femeninos)	44	Cardiovasculares (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	70-76
Antiinfecciosos (infecciones)	44		
Antiinfecciosos/Varios (productos femeninos)	44		
Antiinfecciosos/Varios (infecciones)	44-45		
Antiinfecciosos/Varios (varios)	45-46		
Antiinfecciosos/Varios (condiciones cutáneas)	46		
Agentes inhibidores del factor de necrosis tumoral antiinflamatorios (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	46-47		

Información sobre esta Lista de medicamentos

Cómo encontrar su medicamento *(cont.)*

Condición	Página	Condición	Página
Cardiovasculares (medicamentos para el colesterol)	76-78	Gastrointestinales (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	102
Medicamentos para el sistema nervioso central (enfermedad de Alzheimer)	78-79	Hormonas (agentes hormonales)	102-107
Medicamentos para el sistema nervioso central (varios)	79	Hormonas (infertilidad)	108
Medicamentos para el sistema nervioso central (esclerosis múltiple)	79-80	Hormonas (varias)	108
Medicamentos para el sistema nervioso central (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	80	Hormonas (productos para la osteoporosis)	108
Medicamentos para el sistema nervioso central (Trastornos convulsivos)	80-83	Inmunosupresores (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	108-109
Medicamentos para el sistema nervioso central (trastornos del sueño/sedantes)	83	Inmunosupresores (condiciones cutáneas)	109
Factores estimulantes de colonias (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)	83-84	Inmunosupresores (medicamentos para trasplante)	109-110
Anticonceptivos (productos anticonceptivos)	84-86	Dispositivos y suministros médicos varios, no farmacológicos (diabetes)	110-111
Preparaciones para la tos/el resfrío (alergia/rociadores nasales)	86	Dispositivos y suministros médicos varios, no farmacológicos (varios)	111-113
Preparaciones para la tos/el resfrío (medicamentos para la tos/el resfrío)	86-87	Relajantes musculares (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	113
Diagnóstico (varios)	87-88	Vitaminas prenatales (nutritivas/alimenticias)	114
Diuréticos (diuréticos)	89-90	Medicamentos psicoterapéuticos (ansiedad/depresión/trastorno bipolar)	114-119
Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (alergia/rociadores nasales)	90	Medicamentos psicoterapéuticos (trastorno de déficit de atención e hiperactividad)	119-120
Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (medicamentos para los oídos)	90	Medicamentos psicoterapéuticos (varios)	120
Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (condiciones oculares)	91-93	Medicamentos psicoterapéuticos (esquizofrenia/antipsicóticos)	121-123
Elect./calóricos/H2O (medicamentos para el colesterol)	93	Medicamentos psicoterapéuticos (trastornos del sueño/sedantes)	123-124
Elect./calóricos/H2O (productos dentales)	93-94	Preparaciones cutáneas (varias)	124-125
Elect./calóricos/H2O (diabetes)	94	Preparaciones cutáneas (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	125
Elect./calóricos/H2O (varios)	94	Preparaciones cutáneas (condiciones cutáneas)	125-131
Elect./calóricos/H2O (nutritivos/alimenticios)	95	Agentes para dejar de fumar (productos para dejar de fumar)	132
Elect./calóricos/H2O (condiciones urinarias)	96	Preparaciones para la tiroides (agentes hormonales)	132
Gastrointestinales (medicamentos para el colesterol)	96	Productos farmacológicos no clasificados (SIDA/VIH)	133
Gastrointestinales (condiciones gastrointestinales/pirosis)	96-102	Productos farmacológicos no clasificados (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	133
		Productos farmacológicos no clasificados (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)	133

Información sobre esta Lista de medicamentos

Cómo encontrar su medicamento *(cont.)*

Condición	Página	Condición	Página
Productos farmacológicos no clasificados (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	133-134	Productos farmacológicos no clasificados (nutritivos/alimenticios)	138
Productos farmacológicos no clasificados (cáncer)	134	Productos farmacológicos no clasificados (productos para la osteoporosis)	138
Productos farmacológicos no clasificados (productos dentales)	134	Productos farmacológicos no clasificados (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	138-139
Productos farmacológicos no clasificados (disfunción eréctil)	134-135	Productos farmacológicos no clasificados (abuso de sustancias)	139
Productos farmacológicos no clasificados (condiciones gastrointestinales/pirosis)	135	Productos farmacológicos no clasificados (medicamentos para trasplante)	139
Productos farmacológicos no clasificados (agentes hormonales)	135	Productos farmacológicos no clasificados (condiciones urinarias)	139-140
Productos farmacológicos no clasificados (varios)	135-138	Productos farmacológicos no clasificados (control del peso)	140
		Vitaminas (nutritivas/alimenticias)	140-141

Lista de medicamentos con receta

ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS Y BARBITÚRICOS		
<i>butalbital/acetaminophen</i>	T1	
ANALGÉSICOS, COMB. DE SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
<i>butalb-aspirin-caffe 50-325-40</i>	T1	QL (6 tabs/day)
<i>butalbital-asa-caffeine cap</i> (Fiorinal)	T1	QL (6 caps/day)
FIORINAL (<i>butalbital-aspirin-caffeine</i>)	T3	QL (6 caps/day)
ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
<i>butalb/acetaminophen/caffeine</i>	T3	
<i>butalb/acetaminophen/caffeine</i> (Esgic)	T3	QL (6 caps/day)
<i>butalb-acetamin-caff 50-300-40</i> (Fioricet)	T1	QL (6 caps/day)
<i>butalb-acetamin-caff 50-325-40</i> (Esgic)	T1	QL (6 tabs/day)
ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS, SALICILATOS		
<i>choline salicyl/mag salicylate</i>	T1	HD
<i>diflunisal</i>	T1	HD
PREPARACIONES ANTIMIGRAÑOSAS		
AIMOVIG AUTOINJECTOR	T2	PA
AJOVY AUTOINJECTOR	T2	PA
AJOVY SYRINGE	T2	PA
<i>almotriptan malate</i>	T1	QL (12 tabs/30 days)
CAFERGOT (<i>ergotamine-caffeine</i>)	T3	QL (40 tabs/28 days)
<i>dihydroergotamine 1 mg/ml amp</i>	T1	QL (10 amps/30 days)
<i>eletriptan hydrobromide</i>	T1	QL (6 tabs/30 days)
EMGALITY PEN	T2	PA
EMGALITY SYRINGE	T2	PA
<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	T1	
<i>ergotamine tartrate/caffeine</i> (Cafergot)	T1	QL (40 tabs/28 days)
<i>frovatriptan succinate</i>	T1	QL (18 tabs/30 days)
<i>isomethept/dichlphn/acetaminop</i>	T1	
<i>isomethepten/caf/acetaminophen</i>	T1	
<i>naratriptan hcl</i> (Amerge)	T1	QL (9 tabs/30 days)
NURTEC ODT	T2	PA QL (16 tabs/30 days)
<i>sumatriptan</i>	T1	QL (2 boxes/30 days)
<i>sumatriptan 4 mg/0.5 ml cart</i>	T1	QL (4ml/30 days)

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

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

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

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

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

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

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANALGÉSICOS OPIOIDES (cont.)		
<i>oxymorphone hcl</i>	T1	PA
<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)
<i>tramadol hcl (Ultram)</i>	T1	QL (8 tabs/day)
TRAMADOL HCL ER 100 MG CAPSULE	T1	QL (1 cap/day)
<i>tramadol hcl er 100 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
TRAMADOL HCL ER 150 MG CAPSULE	T1	QL (1 cap/day)
TRAMADOL HCL ER 200 MG CAPSULE	T1	QL (1 cap/day)
<i>tramadol hcl er 200 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
TRAMADOL HCL ER 300 MG CAPSULE	T1	QL (1 cap/day)
<i>tramadol hcl er 300 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
ULTRAM (<i>tramadol hcl</i>)	T3	QL (8 tabs/day)
XTAMPZA ER	T2	PA
ZOHYDRO ER (<i>hydrocodone bitartrate er</i>)	T3	PA
ANALGÉSICOS OPIOIDES Y SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
<i>codeine/butalbital/asa/caffein (Fiorinal With Codeine #3)</i>	T1	PA
FIORINAL WITH CODEINE #3 (<i>butalbital compound-codeine</i>)	T3	PA
ANALGÉSICOS OPIOIDES, NO SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
<i>butalbit/acetamin/caff/codeine</i>	T1	PA
<i>butalbit/acetamin/caff/codeine (Fioricet With Codeine)</i>	T1	PA
RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS, ANALGÉSICOS SALICILATOS, OPIOIDES		
<i>carisoprodol/aspirin/codeine</i>	T1	PA
ANALGÉSICOS (Condiciones urinarias)		
AGENTES ANALGÉSICOS DE LAS VÍAS URINARIAS		
ELMIRON	T2	
RIMSO-50	T2	
ANESTÉSICOS (Varios)		
ANESTÉSICOS GENERALES, PARA INHALACIÓN		
<i>desflurane (Suprane)</i>	T1	

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

ANESTÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANESTÉSICOS GENERALES, PARA INHALACIÓN		
<i>isoflurane</i>	T1	
<i>isoflurane</i>	T3	
<i>sevoflurane</i> (Ultane)	T1	
SUPRANE	T3	
ULTANE (<i>sevoflurane</i>)	T3	
ANESTÉSICOS LOCALES		
<i>lidocaine hcl</i>	T1	
ANESTÉSICOS LOCALES TÓPICOS		
<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	
ZTLIDO	T2	
ANESTÉSICOS (Condiciones urinarias)		
AGENTES ANESTÉSICOS/ANALGÉSICOS DE LAS VÍAS URINARIAS (COLORANTES AZODERIVADOS)		
<i>phenazopyridine hcl</i> (Pyridium)	T1	
PYRIDIUM (<i>phenazopyridine hcl</i>)	T3	
ANTIALÉRGICOS (Alergia/rociadores nasales)		
ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS		
<i>cromolyn 100 mg/5 ml oral conc</i> (Gastrocrom)	T1	
GASTROCROM (<i>cromolyn sodium</i>)	T3	
ANTIARTRÍTICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS, SALICILATOS		
DISALCID (<i>salsalate</i>)	T3	HD
<i>salsalate</i> (Disalcid)	T1	HD
AGENTES ANTIARTRÍTICOS Y QUELANTES		
DEPEN (<i>penicillamine</i>)	T3	PA SP
<i>penicillamine</i>	T1	PA SP

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

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

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIARTRÍTICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK)		
XELJANZ 5 MG TABLET	T2	PA QL (2 tabs/day) SP HD
XELJANZ XR	T2	PA QL (1 tab/day) SP HD
ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (INHIB. NO ESPECÍFICOS DE LA COX) Y ANÁLOGOS DE LA PROSTAGLANDINA		
ARTHROTEC 50 (<i>diclofenac sodium-misoprostol</i>)	T3	ST HD
ARTHROTEC 75 (<i>diclofenac sodium-misoprostol</i>)	T3	ST HD
<i>diclofenac sodium/misoprostol</i> (Arthrotec 50)	T1	HD
<i>diclofenac sodium/misoprostol</i> (Arthrotec 75)	T1	HD
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA		
ANAPROX DS (<i>naproxen sodium ds</i>)	T3	ST HD
DAYPRO (<i>oxaprozin</i>)	T3	ST HD
<i>diclofenac sod dr 25 mg tab</i>	T1	HD
<i>diclofenac sod dr 50 mg tab</i>	T1	HD
<i>diclofenac sod dr 75 mg tab</i>	T1	HD
<i>diclofenac sod ec 25 mg tab</i>	T1	HD
<i>diclofenac sod ec 50 mg tab</i>	T1	HD
<i>diclofenac sod ec 75 mg tab</i>	T1	HD
<i>diclofenac sodium</i>	T1	HD
EC-NAPROSYN (<i>naproxen</i>)	T3	ST HD
<i>etodolac</i>	T1	HD
<i>etodolac</i> (Lodine)	T1	HD
FELDENE (<i>piroxicam</i>)	T3	ST HD
<i>fenoprofen calcium</i> (Nalfon)	T1	HD
<i>flurbiprofen</i>	T1	HD
<i>ibuprofen</i>	T1	HD
<i>indomethacin</i>	T1	HD
<i>ketoprofen 25 mg. 75 mg capsule</i>	T1	HD
LODINE (<i>etodolac</i>)	T3	ST HD
<i>meclofenamate sodium</i>	T1	HD
<i>meloxicam</i> (Mobic)	T1	HD
MOBIC (<i>meloxicam</i>)	T3	ST HD
<i>nabumetone</i>	T1	HD
NALFON 600 MG TABLET (<i>profeno</i>)	T1	ST HD
NAPROSYN TABLET (<i>naproxen</i>)	T3	ST HD
<i>naproxen tablet</i>	T1	HD

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

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

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

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

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

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

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

HD – Puede requerir entrega a 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
ADRENÉRGICOS BETA-ANTICOLINÉRGICOS-GLUCOCORT., INHALADOS		
BREZTRI AEROSPHERE	T2	
TRELEGY ELLIPTA	T2	
GLUCOCORTICOIDES, PARA INHALACIÓN ORAL		
ALVESCO	T2	
ASMANEX HFA/TWISTHALER	T2	QL
<i>budesonide</i> (Pulmicort)	T1	HD
FLOVENT DISKUS	T2	HD
PULMICORT (<i>budesonide</i>)	T3	HD
QVAR REDHALER	T2	HD
ANTAGONISTAS ALFA DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-5 (IL-5), ANTICUERPOS MONOCLONALES		
FASENRA PEN	T4	PA SP HD
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LEUCOTRIENOS		
ACCOLATE (<i>zafirlukast</i>)	T3	HD
<i>montelukast sodium</i> (Singulair)	T1	HD
SINGULAIR (<i>montelukast sodium</i>)	T3	HD
<i>zafirlukast</i> (Accolate)	T1	HD
ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS, INHALADOS ORALMENTE		
<i>cromolyn 20 mg/2 ml neb soln</i>	T1	QL (480ml/30 days) HD
ANTICUERPOS MONOCLONALES A LA INMUNOGLOBULINA E (IGE)		
XOLAIR	T4	PA SP HD
ANTICUERPOS MONOCLONALES - ANTAGONISTAS DE LA INTERLEUCINA-5		
NUCALA	T4	PA SP HD
MUCOLÍTICOS		
<i>acetylcysteine</i>	T1	
INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA-4 (PDE4)		
DALIRESP 250 MCG TABLET	T3	QL (28 tabs/180 days) HD
DALIRESP 500 MCG TABLET	T3	QL (2 tabs/day) HD
XANTINAS		
THEO-24	T2	HD
<i>theophylline anhydrous</i>	T1	HD
ANTIBIÓTICOS (Alergia/rociadores nasales)		
PREPARACIONES NASALES ANTIBIÓTICAS		
BACTROBAN NASAL	T2	

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Medicamentos para los oídos)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIBIÓTICAS		
<i>ciprofloxacin hcl</i>	T1	
CORTISPORIN-TC	T3	
<i>neomycin/polymyxin b/hydrocort</i>	T1	
<i>ofloxacin</i>	T1	
PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIBIÓTICOS ANTIINFLAMATORIOS		
CIPRO HC	T2	
CIPRODEX (<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>)	T3	
<i>ciprofloxacin hcl/dexameth</i> (Ciprodex)	T1	
CIPROFLOXACIN HCL-FLUOCINOLONE	T3	
OTOVEL	T3	
ANTIBIÓTICOS (Condiciones oculares)		
COMBINACIONES DE ANTIBIÓTICOS PARA LOS OJOS Y GLUCOCORTICOIDES		
<i>neomycin/bacit/p-myx/hydrocort</i>	T1	
<i>neomycin/polymyxin b/dexametha</i> (Maxitrol)	T1	
<i>neomycin/polymyxin b/hydrocort</i>	T1	
<i>tobramycin/dexamethasone</i> (Tobradex)	T1	
ZYLET	T3	
SULFONAMIDAS PARA LOS OJOS		
BLEPH-10 (<i>sulfacetamide sodium</i>)	T3	
BLEPHAMIDE	T2	
<i>sulfacetamide sodium</i>	T1	
<i>sulfacetamide sodium</i> (Bleph-10)	T1	
<i>sulfacetamide/prednisolone sp</i>	T1	
ANTIBIÓTICOS OFTÁLMICOS		
AZASITE	T2	
<i>bacitracin</i> (Baciguent)	T1	
<i>bacitracin/polymyxin b sulfat</i>	T1	
BESIVANCE	T2	
<i>ciprofloxacin hcl</i> (Ciloxan)	T1	
<i>erythromycin base</i>	T1	
<i>gatifloxacin</i> (Zymaxid)	T1	
<i>gentamicin sulfate</i>	T1	
<i>levofloxacin</i>	T1	
MOXEZA (<i>moxifloxacin</i>)	T3	
<i>moxifloxacin hcl</i> (Moxeza)	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Condiciones oculares) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS OFTÁLMICOS (cont.)		
<i>moxifloxacin hcl</i> (Vigamox)	T1	
<i>neomycin sulf/bacitracin/poly</i>	T1	
<i>neomycin/polymyxn b/gramicidin</i>	T1	
<i>ofloxacin</i> (Ocuflox)	T1	
<i>polymyxin b sulf/trimethoprim</i> (Polytrim)	T1	
<i>tobramycin 0.3% eye drop</i>	T1	
TOBEX 0.3% EYE OINTMENT	T2	
ANTIBIÓTICOS (Infecciones)		
AGENTES ANTIBACTERIANOS TIPO SULFONAMIDAS ABSORBIBLES		
BACTRIM (<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>)	T3	
BACTRIM DS (<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>)	T3	
<i>sulfadiazine</i>	T1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	T1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	T3	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i> (Bactrim Ds)	T1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i> (Bactrim)	T1	
ANTIBIÓTICOS AMINOGLUCÓSIDOS		
ARIKAYCE	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	
<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	T1	PA QL (10ml/day) SP HD

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIBACTERIANOS-ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS		
FLAGYL (<i>metronidazole</i>)	T3	
<i>metronidazole</i> (Flagyl)	T1	
ANTIBIÓTICOS, ANTIBACTERIANOS, VARIOS		
<i>fosfomicin tromethamine</i> (Monurol)	T1	
HIPREX (<i>methenamine hippurate</i>)	T3	
<i>meth/meblue/sod phos/psal/hyos</i>	T1	
<i>meth/meblue/sod phos/psal/hyos</i>	T2	
<i>meth/meblue/sod phos/psal/hyos</i> (Uribel)	T1	
<i>methen/mblue/sal/sod phos/hyos</i>	T1	
<i>methenam/m.blue/salicyl/hyoscy</i>	T1	
<i>methenam/sod phos/mblue/hyoscy</i>	T1	
<i>methenam/sod phos/mblue/hyoscy</i>	T3	
<i>methenamine hippurate</i> (Hiprex)	T1	
<i>methenamine mandelate</i>	T1	
MONUROL (<i>fosfomicin tromethamine</i>)	T3	
PRIMSOL	T2	
<i>trimethoprim</i>	T1	
TRIMPEX	T2	
URIBEL	T3	
UTA	T3	
ANTILEPROSOS		
<i>dapsone</i>	T1	
THALOMID	T2	PA SP HD
AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS		
<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
<i>pyrazinamide</i>	T1	HD
<i>rifabutin</i>	T1	HD
TRECTOR	T2	HD
ANTIBIÓTICOS ANTITUBERCULOSOS		
CYCLOSERINE	T1	

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS ANTITUBERCULOSOS		
PRETOMANID	T3	PA QL (1 tab/day)
PRIFTIN	T3	
RIFAMATE	T2	
<i>rifampin</i>	T1	
RIFATER	T2	
SIRTURO	T3	SP
BETALACTAMASAS		
CAYSTON	T3	PA QL (3ml/day) SP HD
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 1.ª GENERACIÓN		
<i>cefadroxil</i>	T1	
<i>cephalexin</i>	T1	
<i>cephalexin</i> (Keflex)	T1	
DAXBIA	T3	
KEFLEX (<i>cephalexin</i>)	T3	
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 2.ª GENERACIÓN		
<i>cefaclor</i>	T1	
<i>cefprozil</i>	T1	
<i>cefuroxime axetil</i>	T1	
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 3.ª GENERACIÓN		
<i>cefdinir</i>	T1	
<i>cefditoren pivoxil</i>	T1	
<i>cefixime</i> (Suprax)	T1	
<i>cefpodoxime proxetil</i>	T1	
<i>ceftriaxone sodium</i>	T1	
SUPRAX	T3	
SUPRAX (<i>cefixime</i>)	T3	
ANTIBIÓTICOS LINCOSAMIDAS		
CLEOCIN HCL 150 MG CAPSULE (<i>clindamycin hcl</i>)	T3	
CLEOCIN HCL 300 MG CAPSULE (<i>clindamycin hcl</i>)	T3	
CLEOCIN HCL 75 MG CAPSULE (<i>clindamycin hcl</i>)	T2	
CLEOCIN PEDIATRIC (<i>clindamycin (pediatric)</i>)	T3	
<i>clindamycin hcl</i> (Cleocin Hcl)	T1	
<i>clindamycin palmitate hcl</i> (Cleocin Pediatric)	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS MACRÓLIDOS		
<i>azithromycin 1 gm pwd packet (Zithromax)</i>	T1	
<i>azithromycin 100 mg/5 ml susp (Zithromax)</i>	T1	
<i>azithromycin 200 mg/5 ml susp (Zithromax)</i>	T1	
<i>azithromycin 200 mg/5 ml susp (Zithromax)</i>	T1	
<i>azithromycin 250 mg tablet (Zithromax)</i>	T1	
<i>azithromycin 500 mg tablet (Zithromax Tri-pak)</i>	T1	
<i>azithromycin 600 mg tablet</i>	T1	
<i>clarithromycin</i>	T1	
DIFICID 200 MG TABLET	T3	QL (28 tabs/28 days)
DIFICID 40 MG/ML SUSPENSION	T3	QL (5ML/Day)
ERYPED 200 (<i>erythromycin ethylsuccinate</i>)	T3	
<i>ery-tab dr 250 mg tablet</i>	T3	
<i>ery-tab dr 333 mg tablet</i>	T2	
ERY-TAB DR 500 MG TABLET (<i>erythromycin</i>)	T3	
<i>erythromycin base</i>	T1	
<i>erythromycin base (Ery-tab)</i>	T1	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	T1	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	T2	
<i>erythromycin ethylsuccinate (Eryped 200)</i>	T1	
<i>erythromycin stearate</i>	T1	
PCE	T3	
ZITHROMAX 1 GM POWDER PACKET (<i>azithromycin</i>)	T3	
ZITHROMAX 100 MG/5 ML SUSP (<i>azithromycin</i>)	T3	
ZITHROMAX 200 MG/5 ML SUSP (<i>azithromycin</i>)	T3	
ZITHROMAX 200 MG/5 ML SUSP (<i>azithromycin</i>)	T3	
ZITHROMAX 250 MG TABLET (<i>azithromycin</i>)	T3	
ZITHROMAX 250 MG Z-PAK TABLET (<i>azithromycin</i>)	T3	
ZITHROMAX 500 MG TABLET (<i>azithromycin</i>)	T3	
ZITHROMAX TRI-PAK (<i>azithromycin</i>)	T3	
AGENTES ANTIBACTERIANOS DERIVADOS DE NITROFURANOS		
FURADANTIN (<i>nitrofurantoin</i>)	T3	
MACROBID (<i>nitrofurantoin mono-macro</i>)	T3	
MACRODANTIN (<i>nitrofurantoin</i>)	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS OXAZOLIDINONAS		
<i>linezolid</i> (Zyvox)	T1	PA
SIVEXTRO	T3	PA
ZYVOX (<i>linezolid</i>)	T3	PA
ANTIBIÓTICOS DE PENICILINA		
<i>amoxicillin</i>	T1	
<i>amoxicillin/potassium clav</i>	T1	
<i>ampicillin trihydrate</i>	T1	
<i>dicloxacillin sodium</i>	T1	
MOXATAG	T3	
<i>penicillin v potassium</i>	T1	
DERIVADOS DE LA PLEUROMUTILINA		
XENLETA	T3	PA QL (10 tabs/30 days)
ANTIBIÓTICOS DE QUINOLONAS		
AVELOX (<i>moxifloxacin hcl</i>)	T3	
BAXDELA	T3	PA
CIPRO 10% SUSPENSION (<i>ciprofloxacin</i>)	T2	
CIPRO 250 MG TABLET (<i>ciprofloxacin hcl</i>)	T3	
CIPRO 5% SUSPENSION (<i>ciprofloxacin</i>)	T2	
CIPRO 500 MG TABLET (<i>ciprofloxacin hcl</i>)	T3	
<i>ciprofloxacin</i> (Cipro)	T1	
<i>ciprofloxacin hcl</i>	T1	
<i>ciprofloxacin hcl</i> (Cipro)	T1	
<i>ciprofloxacin/ciprofloxa hcl</i>	T1	
FACTIVE	T3	
<i>levofloxacin</i>	T1	
<i>moxifloxacin hcl</i> (Avelox)	T1	
<i>ofloxacin</i>	T1	
RIFAMICINAS Y ANTIBIÓTICOS DERIVADOS AFINES		
AEMCOLO	T3	QL (12 tabs/3 days)
XIFAXAN 200 MG TABLET	T2	
XIFAXAN 550 MG TABLET	T2	QL (126 tabs/year)
ANTIBIÓTICOS DE TETRACICLINA		
<i>coremino er 135 mg tablet</i>	T1	
<i>coremino er 45 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS DE TETRACICLINA (cont.)		
<i>coremino er 90 mg tablet</i>	T1	
<i>demeclocycline hcl</i>	T1	
<i>doxycycline hyclate</i>	T1	
<i>minocycline er 135 mg tablet</i>	T1	
<i>minocycline er 45 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
<i>minocycline er 55 mg tablet</i>	T1	
<i>minocycline er 65 mg tablet</i>	T1	
<i>minocycline er 80 mg tablet</i>	T1	
<i>minocycline er 90 mg tablet</i>	T1	
<i>minocycline hcl</i>	T1	
NUZYRA	T3	PA QL (30 tablets/28 days) SP
<i>tetracycline hcl</i>	T1	
VIBRAMYCIN 50 MG/5 ML SYRUP	T2	
ANTIBIÓTICOS VAGINALES		
<i>clindamycin phosphate (Cleocin)</i>	T1	
<i>metronidazole (Metrogel-vaginal)</i>	T1	
ANTIBIÓTICOS DE VANCOMICINA Y DERIVADOS		
FIRVANQ	T2	
<i>vancomycin hcl</i>	T1	
<i>vancomycin hcl (Firvanq)</i>	T1	
ANTIBIÓTICOS TÓPICOS Y ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS		
CORTISPORIN	T3	
NEO-SYNALAR	T3	
ANTIBIÓTICOS TÓPICOS		
BENZAMYCIN (<i>erythromycin-benzoyl peroxide</i>)	T3	
CENTANY	T3	
CENTANY AT	T3	
CLEOCIN T (<i>clindamycin phosphate</i>)	T3	
CLINDACIN ETZ KIT	T3	
CLINDACIN PAC	T3	
<i>clindamycin phosphate</i>	T1	
<i>clindamycin phosphate (Cleocin T)</i>	T1	
<i>clindamycin phosphate (Evoclin)</i>	T1	
<i>erythromycin base in ethanol</i>	T1	

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Condiciones cutáneas)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS TÓPICOS (cont.)		
<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	
SULFONAMIDAS TÓPICAS		
AVAR 9.5-5% CLEANSING PADS	T3	
<i>avar cleanser</i> (Rosanil)	T1	
AVAR LS	T3	
AVAR-E	T1	
<i>mafenide acetate</i>	T1	
<i>mafenide acetate</i> (Sulfamylon)	T1	
ROSANIL (<i>sodium sulfacetamide-sulfur</i>)	T1	
SILVADENE (ssd)	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	T2	
ANTICOAGULANTES (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)		
ANTICOAGULANTES CUMARÍNICOS		
<i>warfarin sodium</i>	T1	HD
CITRATOS COMO ANTICOAGULANTES		
ACD SOLUTION A	T3	
ACD-A	T3	
ANTICOAG SODIUM CITRATE 4% SOL	T3	
CITRATE PHOSPHATE DEXTROSE	T1	
INHIBIDORES DIRECTOS DEL FACTOR XA		
BEVYXXA	T3	QL (42 caps/42 days)

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

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

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

HD – Puede requerir entrega a 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
INHIBIDORES DIRECTOS DEL FACTOR XA (cont.)		
ELIQUIS	T2	PA
SAVAYSA 15 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day)
SAVAYSA 30 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day)
SAVAYSA 60 MG TABLET	T3	PA
XARELTO	T2	PA
HEPARINA Y PREPARACIONES RELACIONADAS		
ARIXTRA (<i>fondaparinux sodium</i>)	T3	QL (1 syringe/day) SP
<i>enoxaparin 100 mg/ml syringe</i> (Lovenox)	T1	QL (2 syringes/day) SP
<i>enoxaparin 120 mg/0.8 ml syr</i> (Lovenox)	T1	QL (2 syringes/day) SP
<i>enoxaparin 150 mg/ml syringe</i> (Lovenox)	T1	QL (2 syringes/day) SP
<i>enoxaparin 30 mg/0.3 ml syr</i> (Lovenox)	T1	QL (2 syringes/day) SP
<i>enoxaparin 300 mg/3 ml vial</i> (Lovenox)	T1	QL (1 vial/day) SP
<i>enoxaparin 40 mg/0.4 ml syr</i> (Lovenox)	T1	QL (2 syringes/day) SP
<i>enoxaparin 60 mg/0.6 ml syr</i> (Lovenox)	T1	QL (2 syringes/day) SP
<i>enoxaparin 80 mg/0.8 ml syr</i> (Lovenox)	T1	QL (2 syringes/day) SP
<i>fondaparinux sodium</i> (Arixtra)	T1	QL (1 syringe/day) SP
<i>heparin 10,000 unit/10 ml vial</i>	T1	
<i>heparin 30,000 unit/30 ml vial</i>	T1	
<i>heparin 40,000 unit/4 ml vial</i>	T1	
<i>heparin 50,000 unit/10 ml vial</i>	T1	
<i>heparin 50,000 unit/5 ml vial</i>	T1	
<i>heparin sod 1,000 unit/ml vial</i>	T1	
<i>heparin sod 10,000 unit/ml vl</i>	T1	
<i>heparin sod 2,000 unit/2ml vial</i>	T1	
<i>heparin sod 20,000 unit/ml vl</i>	T1	
<i>heparin sod 5,000 unit/0.5 ml</i>	T1	
HEPARIN SOD 5,000 UNIT/0.5 ML	T1	
<i>heparin sod 5,000 unit/0.5 ml</i> (Heparin Sodium)	T1	
<i>heparin sod 5,000 unit/ml syrg</i>	T3	
<i>heparin sod 5,000 unit/ml vial</i>	T1	
LOVENOX 100 MG/ML SYRINGE (<i>enoxaparin sodium</i>)	T3	QL (2 syringes/day) SP
LOVENOX 120 MG/0.8 ML SYRINGE (<i>enoxaparin sodium</i>)	T3	QL (2 syringes/day) SP
LOVENOX 150 MG/ML SYRINGE (<i>enoxaparin sodium</i>)	T3	QL (2 syringes/day) SP

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

ANTICOAGULANTES (diluyentes de la sangre/anticoagulantes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HEPARINA Y PREPARACIONES RELACIONADAS (cont.)		
LOVENOX 30 MG/0.3 ML SYRINGE (<i>enoxaparin sodium</i>)	T3	QL (2 syringes/day) SP
LOVENOX 300 MG/3 ML VIAL (<i>enoxaparin sodium</i>)	T3	QL (1 vial/day) SP
LOVENOX 40 MG/0.4 ML SYRINGE (<i>enoxaparin sodium</i>)	T3	QL (2 syringes/day) SP
LOVENOX 60 MG/0.6 ML SYRINGE (<i>enoxaparin sodium</i>)	T3	QL (2 syringes/day) SP
LOVENOX 80 MG/0.8 ML SYRINGE (<i>enoxaparin sodium</i>)	T3	QL (2 syringes/day) SP
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)
<i>naloxone 0.4 mg/ml carpject</i>	T1	
<i>naloxone 0.4 mg/ml vial</i>	T1	
NALOXONE 2 MG AUTO-INJECTOR	T3	QL (0.8ml/day)
<i>naloxone 2 mg/2 ml syringe</i>	T1	
<i>naloxone 4 mg/10 ml vial</i>	T1	
<i>naltrexone hcl</i>	T1	QL (180 tabs/30 days)
NARCAN	T2	QL (2 units/30 days)
ZIMHI	T3	QL (2 units/30 days)
ANTIMICÓTICOS (Condiciones oculares)		
AGENTES ANTIMICÓTICOS OFTÁLMICOS		
NATACYN	T2	
ANTIMICÓTICOS (Productos femeninos)		
ANTIMICÓTICOS VAGINALES		
GYNAZOLE 1	T1	
<i>miconazole nitrate</i>	T1	
<i>terconazole</i>	T1	
ANTIMICÓTICOS (Infecciones)		
AGENTES ANTIMICÓTICOS		
ANCOBON (<i>flucytosine</i>)	T3	
<i>clotrimazole</i>	T1	

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIMICÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIMICÓTICOS (cont.)		
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	
<i>terbinafine hcl</i>	T1	
VFEND (<i>voriconazole</i>)	T3	PA
<i>voriconazole</i> (Vfend)	T1	PA
ANTIBIÓTICOS ANTIMICÓTICOS		
GRIS-PEG (<i>griseofulvin ultramicrosize</i>)	T3	
<i>nystatin</i>	T1	
ANTIMICÓTICOS (Condiciones cutáneas)		
ANTIMICÓTICO TÓPICO/ANTIINFLAMATORIO, AGENTE ESTEROIDE		
<i>clotrimazole/betamethasone dip</i>	T1	
ANTIMICÓTICOS TÓPICOS		
<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</i> (Loprox)	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</i> (Naftin)	T1	

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIMICÓTICOS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIMICÓTICOS TÓPICOS (cont.)		
NAFTIN (<i>naftifine hcl</i>)	T2	
<i>nystatin</i>	T1	
<i>nystatin/triamcinolone acet</i>	T1	
ANTIHIAMÍNICOS Y DESCONGESTIVOS COMBINADOS (Alergia/rociadores nasales)		
COMBINACIÓN DE ANTIHIAMÍNICOS DE 1.ª GENERACIÓN Y DESCONGESTIVOS		
<i>phenylephrine hcl/prometh hcl</i>	T1	
COMBINACIÓN DE ANTIHIAMÍNICOS DE 2.ª GENERACIÓN Y DESCONGESTIVOS		
CLARINEX-D 12 HOUR	T3	
ANTIHIAMÍNICOS - 1.ª GENERACIÓN		
<i>carbinoxamine maleate</i>	T1	
<i>clemastine fumarate</i>	T1	
<i>cyproheptadine hcl</i> (Cyproheptadine Hcl)	T1	
<i>hydroxyzine hcl</i>	T1	
<i>hydroxyzine pamoate</i>	T1	
<i>hydroxyzine pamoate</i> (Vistaril)	T1	
<i>promethazine hcl</i>	T1	
VISTARIL (<i>hydroxyzine pamoate</i>)	T3	
ANTIHIAMÍNICOS - 2.ª GENERACIÓN		
<i>cetirizine hcl</i>	T1	HD
CLARINEX (<i>desloratadine</i>)	T3	HD
<i>desloratadine 2.5 mg odt</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>desloratadine 5 mg odt</i>	T1	HD
<i>desloratadine 5 mg tablet</i> (Clarinet)	T1	HD
ANTIHIAMÍNICOS (Condiciones oculares)		
ANTIHIAMÍNICOS PARA LOS OJOS		
<i>azelastine hcl 0.05% drops</i>	T1	
<i>epinastine hcl</i>	T1	
LASTACAFT	T3	
<i>olopatadine hcl 0.1% eye drops</i>	T1	
<i>olopatadine hcl 0.2% eye drop</i> (Pataday)	T1	
PATADAY (<i>olopatadine hcl</i>)	T3	
PAZEO	T2	
ZERVIAE	T2	

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, MIMÉTICOS DE INCRETINA (AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-I)		
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
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INSULINA, ACCIÓN PROLONGADA-AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-I		
SOLIQUA 100-33	T2	HD
XULTOPHY 100-3.6	T2	HD
ANTIHIPERGLUCÉM.-INHIB. DEL COTRANSPORT. DE SOD./GLUC. TIPO 2 (SGLT-2)		
FARXIGA	T2	QL (1 tab/day) ST HD
JARDIANCE	T2	QL (1 tab/day) ST HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE DOPAMINA		
CYCLOSET	T3	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE LA ALFA-GLUCOSIDASA		
<i>acarbose (Precose)</i>	T1	HD
<i>GLYSET (miglitol)</i>	T3	HD
<i>miglitol (Glyset)</i>	T1	HD
<i>PRECOSE (acarbose)</i>	T3	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO ANÁLOGOS DE AMILINA		
SYMLINPEN 120	T2	HD
SYMLINPEN 60	T2	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO BIGUANIDAS		
<i>GLUCOPHAGE XR (metformin hcl er)</i>	T3	HD
<i>metformin hcl</i>	T1	HD
<i>metformin hcl (Glucophage Xr)</i>	T1	HD
<i>metformin hcl (Riomet)</i>	T1	HD
<i>RIOMET (metformin hcl)</i>	T3	HD

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

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

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, ESTIM. DE LIBERACIÓN DE INSULINA-BIGUANIDAS (cont.)		
<i>glyburide/metformin hcl</i>	T1	HD
<i>repaglinide/metformin hcl</i>	T1	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS (AGONISTAS DE PPARG)		
ACTOS (<i>pioglitazone hcl</i>)	T3	HD
AVANDIA	T3	HD
<i>pioglitazone hcl</i> (Actos)	T1	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS-BLOQUEADORES DE LOS RECEPTORES DE GLUCOCORTICOIDES		
KORLYM	T3	PA SP
ANTIHIPERGLUCÉMICOS-COMB. DE INHIBIDORES DE SGLT-2 Y BIGUANIDAS		
INVOKAMET	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
SYNJARDY	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
SYNJARDY XR 10-1,000 MG TABLET	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
SYNJARDY XR 12.5-1,000 MG TAB	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
SYNJARDY XR 25-1,000 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day) ST HD
SYNJARDY XR 5-1,000 MG TABLET	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
XIGDUO XR 10 MG-1,000 MG TAB	T2	QL (1 tab/day) ST HD
XIGDUO XR 10 MG-500 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day) ST HD
XIGDUO XR 2.5 MG-1,000 MG TAB	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
XIGDUO XR 5 MG-1,000 MG TABLET	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
XIGDUO XR 5 MG-500 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day) ST HD
ANTIHIPERGLUCÉM.-COMB. DE INHIB. DE SGLT-2, INHIB. DE DPP-4 Y BIGUANIDAS		
TRIJARDY XR	T2	QL (1 tab/day) ST HD
INSULINAS		
BASAGLAR KWIKPEN U-100	T2	QL (1.5ml/day) HD
HUMALOG 100 UNIT/ML CARTRIDGE	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

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INSULINAS (cont.)		
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
INSULIN GLARGINE YFGN (SEMGLEE-YFGN), VIAL, PEN	T2	QL (1.5ml/day) HD
INSULIN LISPRO (HUMALOG) (U-100 VIAL)	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	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
ANTIINFECCIOSOS (Productos femeninos)		
SULFONAMIDAS VAGINALES		
AVC	T3	
ANTIINFECCIOSOS (Infecciones)		
ANTIBIÓTICOS DE PENICILINA		
<i>amoxicillin</i>	T1	
ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Productos femeninos)		
ANTISÉPTICOS VAGINALES		
<i>acetic acid/oxyquinoline</i> (Relagard)	T1	
RELAGARD (<i>fem ph</i>)	T3	
TRIMO-SAN	T3	
ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Infecciones)		
ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS DE 2.ª GENERACIÓN- ANTIBACTERIANOS		
TINDAMAX (<i>tinidazole</i>)	T3	
<i>tinidazole</i>	T1	
<i>tinidazole</i> (Tindamax)	T1	
AMEBICIDAS		
<i>paromomycin sulfate</i>	T1	

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTHELMÍNTICOS		
<i>albendazole</i> (Albenza)	T1	
ALBENZA (<i>albendazole</i>)	T3	
BILTRICIDE (<i>praziquantel</i>)	T3	
EMVERM	T1	
<i>ivermectin</i> (Stromectol)	T1	
<i>praziquantel</i> (Biltricide)	T1	
STROMECTOL (<i>ivermectin</i>)	T3	PA
MEDICAMENTOS CONTRA LA MALARIA		
<i>atovaquone/proguanil hcl</i> (Malarone)	T1	
<i>chloroquine ph 250 mg tablet</i>	T1	
<i>chloroquine ph 500 mg tablet</i>	T1	QL (28 tabs/365 days)
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
<i>pyrimethamine 25 mg tablet</i> (Daraprim)	T1	PA SP
QUALAQUIN (<i>quinine sulfate</i>)	T3	PA
<i>quinine sulfate</i> (Qualaquin)	T1	
MEDICAMENTOS ANTIPROTOZOARIOS, VARIOS		
<i>atovaquone</i>	T1	
BENZNIDAZOLE	T3	
IMPAVIDO	T3	PA
LAMPIT	T3	
NEBUPENT (<i>pentamidine isethionate</i>)	T3	
<i>pentamidine isethionate</i> (Nebupent)	T1	
ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Varios)		
AGENTES ANTIBACTERIANOS, VARIOS		
<i>glycine urologic solution</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIBACTERIANOS, VARIOS (cont.)		
<i>glycine urologic solution</i>	T3	
AGENTES SECADORES ANTISÉPTICOS TÓPICOS		
<i>formaldehyde</i>	T1	
ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Condiciones cutáneas)		
ANTIMICÓTICOS TÓPICOS		
CICLODAN 8% KIT	T3	
<i>ciclopirox/urea/camph/men/euc</i> (Ciclodan)	T1	
AGENTES INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL ANTIINFLAMATORIOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
ANTIINFLAMATORIOS INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL		
ADALIMUMAB-ADAZ	T2	PA QL 2 (doses/ 28 days) SP
AVSOLA	T2	PA SP
CIMZIA 200 MG VIAL KIT	T4	PA QL (1 kit/28 days) SP HD
CIMZIA 2X200 MG/ML SYRINGE KIT	T4	PA QL (1 kit/28 days) SP HD
CIMZIA 2X200 MG/ML(X3) START KT	T4	PA QL (1 kit/year) SP HD
CYLTEZO	T2	PA QL (2 doses/ 28 days) SP
ENBREL 25 MG KIT	T4	PA QL (8 vials/28 days) SP HD
ENBREL 25 MG/0.5 ML SYRINGE	T4	PA QL (8 syringes/28 days) SP HD
ENBREL 25 MG/0.5 ML VIAL	T4	PA QL (4 ML/28 Days) SP HD
ENBREL 50 MG/ML SYRINGE	T4	PA QL (4 syringes/28 days) SP HD
ENBREL MINI	T4	PA QL (4 cartridges/28 days) SP HD
ENBREL SURECLICK	T4	PA QL (4 syringes/28 days) SP HD
HUMIRA	T2	PA QL (2 syringes/28 days) SP HD
HUMIRA PEN	T2	PA QL (2 pens/28 days) SP HD
HUMIRA PEN CROHN'S-UC-HS	T2	PA QL (1 kit/year) SP HD
HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS	T2	PA QL (1 kit/year) SP HD
HUMIRA(CF)	T2	PA QL (2 syringes/28 days) SP HD
HUMIRA(CF) PEDIATRIC CROHN'S	T2	PA QL (1 kit/year) SP HD
HUMIRA(CF) PEN 40 MG/0.4 ML	T2	PA QL (2 pens/28 days) SP HD
HUMIRA(CF) PEN 80 MG/0.8 ML	T2	PA QL (1 kit/year) SP HD
HUMIRA(CF) PEN CROHN'S-UC-HS	T2	PA QL (1 kit/year) SP HD
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC	T2	PA QL (4 KITS/365 DAYS) SP HD
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS	T2	PA QL (1 kit/year) SP HD
HYRIMOZ	T2	PA QL (2 doses/28 days) SP HD
INFLECTRA	T2	PA SP HD

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

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

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

HD – Puede requerir entrega a 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
ANTIINFLAMATORIOS INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL (cont.)		
REMICADE	T3	PA SP HD
SIMPONI 100 MG/ML PEN INJECTOR	T4	PA QL (1 inyectador/28 días) SP HD
SIMPONI 100 MG/ML SYRINGE	T4	PA QL (1 jeringa/28 días) SP HD
SIMPONI 50 MG/0.5 ML PEN INJEC	T3	PA QL (1 inyectador/28 días) SP HD
SIMPONI 50 MG/0.5 ML SYRINGE	T3	PA QL (1 jeringa/28 días) SP HD
SIMPONI ARIA	T4	PA SP HD

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer)

ANP - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES X RETINOIDES (RXR) SELECTIVOS

<i>bexarotene</i> (Targretin)	T1	PA SP HD
TARGRETIN 75 MG CAPSULE (<i>bexarotene</i>)	T3	PA SP HD

ANTINEOPLÁSICOS., INHIBIDORES DE LA HISTONA DEACETILASA (HDAC)

FARYDAK	T3	PA SP HD
ZOLINZA	T2	PA SP HD

AGENTES ANTINEOPLÁSICOS - ALQUILANTES

ALKERAN (<i>melphalan</i>)	T3	SP
<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	
TEMODAR (<i>temozolomide</i>)	T3	PA SP HD
<i>temozolomide</i>	T1	PA SP HD
<i>temozolomide</i> (Temodar)	T1	PA SP HD

AGENTES ANTINEOPLÁSICOS - ANTIANDROGÉNICOS

<i>abiraterone acetate</i>	T1	PA SP HD
<i>bicalutamide</i> (Casodex)	T1	
CASODEX (<i>bicalutamide</i>)	T3	
ERLEADA 240 MG TABLET	T2	PA QL(1 TAB/DAY) SP HD CSL
ERLEADA 60 MG TABLET	T2	PA SP HD CSL
<i>flutamide</i>	T1	

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

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

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

HD – Puede requerir entrega a 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
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS - ANTIANDROGÉNICOS (cont.)		
<i>nilutamide</i>	T1	QL (4 tabs/day)
NUBEQA	T2	PA SP HD
XTANDI	T2	PA SP HD
ANTINEOPLÁSTICOS - ANTIMETABOLITOS		
<i>capecitabine (Xeloda)</i>	T1	PA SP HD
INQOVI	T3	PA SP HD
LONSURF	T3	PA SP HD
<i>mercaptopurine</i>	T1	
<i>methotrexate sodium</i>	T1	
<i>methotrexate sodium/pf</i>	T1	
ONUREG	T3	PA QL (14 tabs/28 Days) SP
PURIXAN	T3	SP
TABLOID	T3	
TREXALL	T2	
XATMEP	T3	
XELODA (<i>capecitabine</i>)	T3	PA SP HD
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA AROMATASA		
<i>anastrozole (Arimidex)</i>	T1	HD PPACA
ARIMIDEX (<i>anastrozole</i>)	T3	HD
AROMASIN (<i>exemestane</i>)	T3	HD
<i>exemestane (Aromasin)</i>	T1	HD PPACA
FEMARA (<i>letrozole</i>)	T3	HD
<i>letrozole (Femara)</i>	T1	HD
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA BRAF		
BRAFTOVI	T3	PA SP HD
TAFINLAR	T3	PA SP HD
ZELBORAF	T3	PA SP HD
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA VÍA DE HEDGEHOG		
DAURISMO	T3	PA SP HD
ERIVEDGE	T2	PA SP HD
ODOMZO	T3	PA SP HD
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK)		
JAKAFI	T3	PA SP HD

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDOR DE LA PROTEÍNA KRAS		
LUMAKRAS 120 MG TABLET	T3	PA SP QL (8 tabs per day) HD
LUMAKRAS 320 MG TABLET	T3	PA SP QL (3 tabs per day) HD
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA MEKI Y MEK2		
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
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA MTOR		
AFINITOR	T3	PA SP HD
AFINITOR (<i>everolimus</i>)	T3	PA SP HD
AFINITOR DISPERZ	T3	PA SP
<i>everolimus 2.5 mg tablet</i> (Afinitor)	T1	PA SP HD
<i>everolimus 5 mg tablet</i> (Afinitor)	T1	PA SP HD
<i>everolimus 7.5 mg tablet</i> (Afinitor)	T1	PA SP HD
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA PROTEÍNA METILTRANSFERASA		
TAZVERIK	T3	PA SP
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA TOPOISOMERASA I		
HYCANTIN	T3	PA SP HD
ANTINEOPLÁSTICOS COMB. - INHIBIDORES DE LA QUINASA Y LA AROMATASA		
KISQALI 200 MG DAILY DOSE	T2	PA QL (21 per 28 days) SP HD
KISQALI 400 MG DAILY DOSE	T2	PA QL (42 per 28 days) SP HD
KISQALI 600 MG DAILY DOSE	T2	PA QL (63 per 28 days) SP HD
KISQALI Femara Co-Pack- One pack	T2	PA QL (63 per 28 days) SP HD
ANTINEOPLÁSTICOS - ANTICUERPOS MONOCLONALES BLOQUEADORES DE LOS RECEPTORES DEL EGF		
PHESGO	T3	PA SP HD
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS INMUNOMODULADORES		
lenalidomide	T1	PA QL(1 TAB/DAY) SP HD CSL
POMALYST	T3	PA SP HD
REVLIMID	T2	PA QL(1 TAB/DAY) SP HD CSL
AGONISTAS DE LHRH (GNRH) ANTINEOPLÁSTICOS, SUPR. HIPOFISARIOS		
<i>leuprolide acetate</i>	T1	PA SP HD
LEUPROLIDE DEPOT	T3	PA SP HD
LUPRON DEPOT	T2	PA SP HD

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGONISTAS DE LHRH (GNRH) ANTINEOPLÁSICOS, SUPR. HIPOFISARIOS (cont.)		
ZOLADEX	T2	PA SP HD
ANTAGONISTAS DE LHRH (GNRH) ANTINEOPLÁSICOS, SUPR. HIPOFISARIOS		
FIRMAGON	T3	PA SP HD
ORGOVYX	T3	PA SP
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS		
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
BRUKINSA	T2	PA QL (4 caps/day) SP
CABOMETYX	T3	PA SP HD
CALQUENCE	T3	PA SP
CAPRELSA	T3	PA SP
COMETRIQ	T3	PA SP HD
COPIKTRA	T3	PA SP
<i>erlotinib hcl</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	T3	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

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS (cont.)		
LYNPARZA	T2	PA SP HD
LYTGOBI 12 MG DAILY DOSE PACK	T3	PA QL(3 TABS/DAY) SP CSL
LYTGOBI 16 MG DAILY DOSE PACK	T3	PA QL(4 TABS/DAY) SP CSL
LYTGOBI 20 MG DAILY DOSE PACK	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
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
TABRECTA	T3	PA QL (4 tabs/day) SP HD
TAGRISSO	T3	PA SP HD
TALZENNA	T3	PA SP HD
TASIGNA	T2	PA SP HD
TEPMETKO	T3	PA QL (2 tabs/day) SP
TUKYSA	T3	PA SP
TURALIO	T3	PA QL(4 CAPS/DAY) SP CSL
TYKERB (<i>lapatinib</i>)	T3	PA SP HD
UKONIQ	T3	PA QL (4 tabs/day) SP
VERZENIO	T2	PA QL 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

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS (cont.)		
ZYDELIG	T3	PA SP HD
ZYKADIA	T3	PA SP HD
ANTINEOPLÁSICOS, ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-MUERTE PROGRAMADA-I (PD-I)		
OPDIVO	T3	PA SP HD
ANTINEOPLÁSICOS-INHIBIDORES DE LINFOMA DE CÉLULAS B-2 (BCL-2)		
VENCLEXTA	T3	PA SP
VENCLEXTA STARTING PACK	T3	PA SP
ANTINEOPLÁSICOS-INHIBIDORES DE LA ISOCITRATO DESHIDROGENASA		
IDHIFA	T3	PA SP HD
REZLIDHIA	T3	PA QL(2 CAPS/DAY) SP CSL
TIBSOVO	T3	PA SP
FÁRMACOS INMUNOCONJUGADOS ANTINEOPLÁSICOS		
ENHERTU	T3	PA SP HD
ANTINEOPLÁSICOS, VARIOS		
<i>etoposide</i>	T1	SP HD
LYSODREN	T2	
MATULANE	T2	SP
<i>tretinoin 10 mg capsule</i>	T1	PA
ANTINEOPLÁSICOS-INHIB. SELECT. DE LA EXP. NUCLEAR (SINE)		
XPOVIO	T3	PA SP
ANTICUERPO MONOCLONAL AL RECEPTOR ANTÍGENO DEL LINFOCITO T CITOTÓXICO (CTLA-4)		
YERVOY	T3	PA SP HD
INMUNOMODULADORES		
ACTIMMUNE	T4	PA SP HD
MODULADORES SELECTIVOS DE RECEPTORES ESTROGÉNICOS (SERM)		
FARESTON (<i>toremifene citrate</i>)	T3	QL (2 tabs/day) HD
SOLTAMOX	T3	HD
<i>tamoxifen citrate</i>	T1	HD PPACA
<i>toremifene citrate (Fareston)</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
ANTINEOPLÁSICOS ESTEROIDES		
EMCYT	T2	SP HD
<i>megestrol acetate</i>	T1	
ANTINEOPLÁSICOS (Condiciones cutáneas)		
ANTINEOPLÁSICOS TÓPICOS FOTOACT., LESIONES PREMALIGNAS		
LEVULAN	T3	SP

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS TÓPICOS PARA LESIONES PREMALIGNAS		
EFUDEX (<i>fluorouracil</i>)	T3	
FLUOROPLEX	T2	
<i>fluorouracil</i>	T1	
<i>fluorouracil</i> (Efudex)	T1	
PANRETIN	T3	SP HD
PICATO	T2	
TARGRETIN 1% GEL	T3	SP HD
TOLAK	T3	
VALCHLOR	T3	SP HD
MEDICAMENTOS CONTRA LA OBESIDAD (Control del peso)		
ANOREXÍGENOS CONTRA LA OBESIDAD		
ADIPEX-P (<i>phentermine hcl</i>)	T3	PA
<i>benzphetamine hcl</i>	T1	
<i>benzphetamine hcl</i> (Regimex)	T1	
<i>diethylpropion hcl</i>	T1	
LOMAIRA	T1	
<i>phendimetrazine tartrate</i>	T1	
<i>phentermine hcl</i>	T1	
<i>phentermine hcl</i> (Adipex-p)	T1	
QSYMIA	T3	PA
REGIMEX (<i>benzphetamine hcl</i>)	T3	
AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA MELANOCORTINA 4 CONTRA LA OBESIDAD		
IMCIVREE	T4	PA QL (9 ML/22 DAYS) SP
AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DEL PÉPTIDO SIMILAR AL GLUCAGÓN TIPO I CONTRA LA OBESIDAD		
SAXENDA	T3	PA
WEGOVY	T2	PA QL (1 BOX/MONTH)
AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA SEROTONINA 2C CONTRA LA OBESIDAD		
BELVIQ	T3	PA
BELVIQ XR	T3	PA
ANTAG. OPIOIDES-INHIB. DE LA RECAPT. DE NOREPINEFRINA Y DOPAMINA CONTRA LA OBESIDAD		
CONTRAVE	T3	PA
AGENTES QUE REDUCEN LA ABSORCIÓN DE GRASAS		
XENICAL	T3	PA

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

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

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

HD – Puede requerir entrega a 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)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIPARASITARIOS		
ALINIA	T3	
ALINIA (<i>nitazoxanide</i>)	T3	
<i>nitazoxanide</i> (Alinia)	T1	
ANTIPARASITARIOS TÓPICOS		
<i>crotamiton</i> (Eurax)	T1	
ELIMITE (<i>permethrin</i>)	T3	
EURAX 10% CREAM	T2	
EURAX 10% LOTION	T3	
<i>ivermectin</i> (Sklice)	T1	PA
NATROBA (<i>spinosad</i>)	T3	
<i>permethrin</i> (Elimite)	T1	
ANTIPARASITARIOS TÓPICOS (cont.)		
SKLICE (<i>ivermectin</i>)	T3	
<i>spinosad</i> (Natroba)	T1	
ULESFIA	T3	
MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS (Enfermedad de Parkinson)		
MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, ANTICOLINÉRGICOS		
<i>benztropine mesylate</i>	T1	HD
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	T1	HD
MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, OTROS		
<i>amantadine hcl</i>	T1	HD
APOKYN	T4	PA SP HD
AZILECT 0.5 MG TABLET (<i>rasagiline mesylate</i>)	T3	QL (1 tab/day) HD
AZILECT 1 MG TABLET (<i>rasagiline mesylate</i>)	T3	HD
<i>bromocriptine mesylate</i> (Parlodel)	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa</i>	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa</i> (Sinemet 10-100)	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa</i> (Sinemet 25-100)	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa</i> (Sinemet 25-250)	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i> (Stalevo 100)	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i> (Stalevo 125)	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i> (Stalevo 150)	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i> (Stalevo 200)	T1	HD

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS (Enfermedad de Parkinson) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, OTROS (cont.)		
<i>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
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

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS (Enfermedad de Parkinson) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, OTROS (cont.)		
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
INHIBIDORES DE LA DESCARBOXILASA		
<i>carbidopa</i>	T1	
MEDICAMENTOS ANTIPLAQUETARIOS (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)		
INHIBIDORES DE LA AGRUPACIÓN PLAQUETARIA		
<i>aspirin/dipyridamole</i>	T1	HD
BRILINTA	T2	HD
<i>cilostazol</i>	T1	HD
<i>clopidogrel bisulfate</i>	T1	HD
<i>clopidogrel bisulfate</i> (Plavix)	T1	HD
<i>dipyridamole</i>	T1	HD
EFFIENT (<i>prasugrel hcl</i>)	T3	HD
PLAVIX (<i>clopidogrel</i>)	T3	HD
<i>prasugrel hcl</i> (Effient)	T1	HD
<i>ticlopidine hcl</i>	T1	HD
ZONTIVITY	T3	HD
AGENTES REDUCTORES DE PLAQUETAS		
AGRYLIN (<i>anagrelide hcl</i>)	T3	
<i>anagrelide hcl</i>	T1	
<i>anagrelide hcl</i> (Agrylin)	T1	
ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH)		
ANTIRRETROVIRALES-INHIBIDORES DE LA CÁPSIDE		
SUNLENCA 463.5 MG/1.5 ML VIAL	T3	PA SP
SUNLENCA TABLET	T3	PA QL(5 TABS/180 DAYS) SP

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIRRETROVIRALES-COMB. DE INHIBIDORES DE LA INTEGRASA Y NNRTI		
CABENUVA	T3	PA SP
JULUCA	T2	SP
ANTIRRETROVIRALES-COMB. DE INHIBIDORES DE LA INTEGRASA Y NRTI		
DOVATO	T2	SP
ANTIRRETROVIRALES-COMB. DE NRTI E INHIBIDORES DE LA INTEGRASA		
TRIUMEQ	T2	SP
ANTIRRETROVIRALES-NUCLEÓSIDOS, NUCLEÓTIDOS, INHIB. DE LA PROTEASA		
SYM TUZA	T2	SP
ANTIVÍRICOS - ESPEC. PARA VIH, INHIB. DE LA PROTEASA NO PEPTÍDICOS		
APTIVUS	T2	PA SP
ANTIVÍRICOS - ESPEC. PARA VIH, INHIB. DE LA PROTEASA NO PEPTÍDICOS (cont.)		
PREZCOBIX	T3	PA SP
PREZISTA	T2	SP
ANTIVÍRICOS - ESPEC. PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS-NUCLEÓTIDOS		
CIMDUO	T3	PA SP
DESCOVY	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
ANTIVÍRICOS - ESPEC. PARA VIH, COMB. ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS, RTI		
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	T1	PA SP
<i>abacavir/lamivudine/zidovudine</i>	T1	PA SP
<i>lamivudine/zidovudine</i>	T1	SP
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, ANTAG. DEL CO-RECEPTOR CCR5		
SELZENTRY	T2	PA SP
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA FIJACIÓN DE LA CD4		
RUKOBIA	T3	PA QL (2 SYRINGE/DAY) SP
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA FUSIÓN		
FUZEON	T4	PA SP
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, NO NUCLEÓSIDOS, RTI		
EDURANT	T3	PA SP
<i>efavirenz</i>	T1	PA SP
INTELENCE	T3	PA SP

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, NO NUCLEÓSIDOS, RTI (cont.)		
<i>nevirapine</i>	T1	PA SP
PIFELTRO	T3	PA SP
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS, RTI		
<i>abacavir sulfate</i>	T1	PA SP
<i>emtricitabine (Emtriva)</i>	T1	PA SP
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	T2	PA SP
EMTRIVA 200 MG CAPSULE (<i>emtricitabine</i>)	T3	PA SP
<i>lamivudine 10 mg/ml oral soln</i>	T1	SP
<i>lamivudine 150 mg tablet</i>	T1	SP
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS, RTI		
<i>lamivudine 300 mg tablet</i>	T1	PA SP
<i>zidovudine</i>	T1	SP
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓTIDOS, RTI		
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	T1	PA SP
VIREAD	T2	PA SP
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, COMB. DE INHIBIDORES DE LA PROTEASA		
<i>lopinavir/ritonavir</i>	T1	SP
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA PROTEASA		
<i>atazanavir sulfate</i>	T1	PA SP
<i>efavirenz</i>		
EVOTAZ	T3	PA SP
<i>fosamprenavir calcium</i>	T1	PA SP
INVIRASE	T2	PA SP
LEXIVA	T2	PA SP
NORVIR	T2	SP
REYATAZ	T2	PA SP
<i>ritonavir</i>	T1	SP
ANTIVÍRICOS - INHIBIDORES DE LA TRANSFERENCIA DE CADENA DE LA INTEGRASA DEL VIH-I		
APRETUDE	T3	PA SP
ISENTRESS	T2	SP
ISENTRESS HD	T2	PA SP
TIVICAY	T2	SP
TIVICAY PD	T2	SP

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

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

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

HD – Puede requerir entrega a 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
ANTIRRETROV., COMB. DE NUCLEÓSIDOS, NUCLEÓTIDOS Y RTI NO NUCLEÓSIDOS		
ATRIPLA (<i>efavirenz-emtricit-tenofov disop</i>)	T3	PA SP
COMPLERA	T3	PA SP
DELSTRIGO	T3	PA SP
<i>efavirenz/emtricit/tenofovr df</i> (Atripla)	T1	PA SP
<i>efavirenz/lamivu/tenofov disop</i> (Symfi Lo)	T1	SP
<i>efavirenz/lamivu/tenofov disop</i> (Symfi)	T1	SP
ODEFSEY	T3	PA SP
ANTIRRETROV.-NUCLEÓSIDOS, RTI NUCLEÓTIDOS, INHIBIDORES DE LA INTEGRASA		
BIKTARVY	T2	SP
GENVOYA	T2	SP
STRIBILD	T3	PA SP
ANTIVÍRICOS (Condiciones oculares)		
ANTIVÍRICOS PARA LOS OJOS		
<i>trifluridine</i>	T1	
ZIRGAN	T3	
ANTIVÍRICOS (Infecciones)		
ANTIVÍRICOS, GENERALES		
<i>acyclovir</i>	T1	
<i>famciclovir</i>	T1	
FLUMADINE (<i>rimantadine hcl</i>)	T3	
LIVTENCITY	T3	PA QL (4 tabs/day) SP
<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)
PREVMIS	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)

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIVÍRICOS, GENERALES (cont.)		
<i>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)
HEP. C - COMB. DE INHIB. DE NS5A, NS3/4A, NS5B NO NUC.		
VIEKIRA PAK	T3	PA SP HD
HEP. C - COMBO DE INHIB. DE NS5A, NS3/4A, NS5B NUCLEÓTIDOS		
VOSEVI	T2	PA SP HD
VIRUS DE LA HEP. C, INH. DE LA POLIMERASA NS5B ANÁLOGA DE NUCLEÓTIDOS		
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
VIRUS DE LA HEP. C - COMBO DE INHIB. DE LA POLIMERASA NS5B Y NS5A		
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
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS B		
PEGASYS	T4	PA SP HD
PEGINTRON	T4	PA SP HD
<i>ribasphere 200 mg capsule</i>	T1	SP HD
<i>ribasphere 200 mg tablet</i>	T1	SP HD
<i>ribasphere 400 mg tablet</i>	T1	SP
<i>ribasphere 600 mg tablet</i>	T1	SP
<i>ribasphere ribapak 200-400 mg</i>	T1	SP HD
<i>ribasphere ribapak 400-400 mg</i>	T1	SP HD
<i>ribasphere ribapak 600-400 mg</i>	T1	SP HD
<i>ribasphere ribapak 600-600 mg</i>	T1	SP HD
<i>ribavirin</i>	T1	SP HD

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
VIRUS DE LA HEPATITIS C - COMB. DE INHIB. DE NS5A Y NS3/4A		
MAVYRET	T2	PA SP HD
ZEPATIER	T3	PA SP HD
INHIBIDOR DE LA PROTEASA PRINCIPAL (MPRO)		
PAXLOVID	T2	QL (1 pkg/120 days)
INHIBIDOR DE LA ARN POLIMERASA		
MOLNUPIRAVIR	T3	QL (1 pkg/120 days)
ANTIVÍRICOS (Condiciones cutáneas)		
AGENTES TÓPICOS PARA EL TRATAMIENTO DE VERRUGAS GENITALES-VPH		
VEREGEN	T3	
MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Alergia/rociadores nasales)		
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANAFILAXIA		
<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		
ADLARITY	T1	PA QL (4 patcher/28 days)
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

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Trastorno de déficit de atención e hiperactividad)⁸

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
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)
<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</i> (Adderall)	T1	PA
DYANAVAL 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</i> (Northera)	T1	SP HD
<i>midodrine hcl</i>	T1	
NORTHERA (<i>droxidopa</i>)	T3	PA SP HD

AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA

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

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

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

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

HD – Puede requerir entrega a 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 (Condiciones urinarias)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARASIMPATICOMIMÉTICOS		
<i>cevimeline hcl</i> (Evoxac)	T1	HD
EVOXAC (<i>cevimeline hcl</i>)	T3	HD
<i>guanidine hcl</i>	T1	HD
<i>pilocarpine hcl</i> (Salagen)	T1	HD
SALAGEN (<i>pilocarpine hcl</i>)	T3	HD
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)
PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)		
INHIBIDORES DE CALICREÍNA PLASMÁTICA		
TAKHZYRO	T4	PA SP HD
PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Varios)		
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA FENILCETONURIA - FENILALANINA AMONIO LIASA		
PALYNZIQ	T4	PA SP HD
PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas)		
VACUNAS CONTRA EL COVID-19		
JANSSEN COVID-19 VACCINE (EUA)	T2	PPACA
MODERNA COVID-19 VACCINE (EUA)	T2	PPACA
PFIZER COVID-19 VACCINE (EUA)	T2	PPACA
VACUNAS CONTRA VIRUS ENTÉRICOS		
IPOL	T2	PPACA
ROTARIX	T3	PPACA
ROTATEQ	T3	PPACA
VACUNAS CONTRA COCOS GRAMNEGATIVOS		
BEXSERO	T2	PPACA
MENACTRA	T2	PPACA
MENQUADFI	T2	PPACA
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP	T2	PPACA
TRUMENBA	T2	PPACA

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
VACUNAS CONTRA COCOS GRAMPOSITIVOS		
PNEUMOVAX 23	T2	PPACA
PREVNAR 13	T2	PPACA
VACUNAS CONTRA EL VIRUS DE LA INFLUENZA		
FLUAD	T2	PPACA
FLUAD QUAD	T2	PPACA
FLUARIX QUAD	T2	PPACA
FLUBLOK	T2	PPACA
FLUBLOK QUAD	T2	PPACA
FLUCELVAX QUAD	T2	PPACA
FLULAVAL QUAD	T2	PPACA
FLUMIST QUAD	T3	PPACA
FLUVIRIN	T2	PPACA
FLUZONE HIGH-DOSE	T2	PPACA
FLUZONE HIGH-DOSE QUAD	T2	PPACA
FLUZONE INTRADERM QUAD	T2	PPACA
FLUZONE QUAD	T2	PPACA
FLUZONE QUAD PEDI	T2	PPACA
PREPARACIONES, COMBINACIONES DE VACUNAS/TOXOIDES		
ACTHIB	T2	PPACA
ADACEL TDAP	T2	PPACA
BOOSTRIX TDAP	T2	PPACA
DAPTACEL DTAP	T2	PPACA
DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS-PED	T2	PPACA
HIBERIX	T2	PPACA
INFANRIX DTAP	T2	PPACA
KINRIX	T2	PPACA
M-M-R II VACCINE	T2	PPACA
PEDVAXHIB	T2	PPACA
PENTACEL	T2	PPACA
PENTACEL ACTHIB COMPONENT	T2	PPACA
PROQUAD	T2	PPACA
QUADRACEL DTAP-IPV	T2	PPACA
TDVAX	T2	PPACA
TENIVAC	T2	PPACA

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES, COMBINACIONES DE VACUNAS/TOXOIDES (cont.)		
VAXELIS	T2	PPACA
VACUNAS ANTIVIRALES/DE CÉLULAS TUMORÍGENAS		
ACAM2000 (NATIONAL STOCKPILE)	T3	PPACA
ENGERIX-B ADULT	T2	PPACA
ENGERIX-B PEDIATRIC-ADOLESCENT	T2	PPACA
GARDASIL 9	T2	PPACA
HEPLISAV-B	T2	PPACA
JYNNEOS	T3	PPACA
PEDIARIX	T2	PPACA
RECOMBIVAX HB	T2	PPACA
SHINGRIX	T2	QL (2 doses/lifetime) PPACA
TWINRIX	T2	PPACA
VARIVAX VACCINE	T2	PPACA
ZOSTAVAX	T2	PPACA
SANGRE (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)		
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA TROMBÓTICA		
CABLIVI	T3	PA SP
AGENTES ANTIFIBRINOLÍTICOS		
AMICAR (<i>aminocaproic acid</i>)	T3	SP HD
<i>aminocaproic acid</i> (Amicar)	T1	SP HD
LYSTEDA (<i>tranexamic acid</i>)	T3	SP
<i>tranexamic acid</i> (Lysteda)	T1	SP
FACTORES ANTIHEMOFÍLICOS		
ALTUVIHO	T2	PA SP HD
INHIBIDORES DEL COMPLEMENTO (C3)		
EMPAVELI	T2	PA SP
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEMOFILIA, SIN REEMPLAZO DE FACTOR		
HEMLIBRA	T4	PA SP HD
AGENTES PARA LA ANEMIA DREPANOCÍTICA		
DROXIA	T2	
SIKLOS	T3	PA
HEMOSTÁTICOS TÓPICOS		
ASTRINGYN	T3	
AVITENE	T3	

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

SANGRE (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HEMOSTÁTICOS TÓPICOS (cont.)		
ENDO-AVITENE	T3	
EVICEL	T3	
<i>gelatin sponge, absorb/porcine (Gelfoam)</i>	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	

SANGRE (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)

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

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

AGENTES ANTIANGINOSOS Y ANTIISQUÉMICOS, NO HEMODINÁMICOS		
<i>ranolazine (Ranexa)</i>	T1	QL (4 tabs/day) HD

ANTIARRÍTMICOS		
<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

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

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

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

HD – Puede requerir entrega a 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
ANTIARRÍTMICOS (cont.)		
<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
<i>RHYTHMOL SR (propafenone hcl er)</i>	T3	PA HD
<i>TIKOSYN 125 MCG CAPSULE (dofetilide)</i>	T3	PA QL (8 caps/day) HD
<i>TIKOSYN 250 MCG CAPSULE (dofetilide)</i>	T3	PA QL (4 caps/day) HD
<i>TIKOSYN 500 MCG CAPSULE (dofetilide)</i>	T3	PA QL (2 caps/day) HD
AGENTES BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO		
<i>ADALAT CC (nifedipine er)</i>	T3	HD
<i>amlodipine besylate (Norvasc)</i>	T1	HD
<i>CALAN SR (verapamil er)</i>	T3	HD
<i>CAMZYOS</i>	T3	PA QL (30caps/30days) SP
<i>CARDIZEM LA 180 MG TABLET (matzim la)</i>	T3	HD
<i>CARDIZEM LA 240 MG TABLET (matzim la)</i>	T3	HD
<i>CARDIZEM LA 300 MG TABLET (matzim la)</i>	T3	HD
<i>CARDIZEM LA 360 MG TABLET (matzim la)</i>	T3	HD
<i>CARDIZEM LA 420 MG TABLET (matzim la)</i>	T3	HD
<i>diltiazem hcl</i>	T1	HD
<i>diltiazem hcl (Cardizem La)</i>	T1	QL(1 TAB/DAY) HD
<i>diltiazem hcl (Tiazac)</i>	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 (Adalat Cc)</i>	T1	HD
<i>nifedipine (Procardia XI)</i>	T1	HD
<i>nifedipine (Procardia)</i>	T1	HD
<i>nimodipine</i>	T1	HD
<i>nisoldipine er 17 mg tablet (Sular)</i>	T1	HD
<i>nisoldipine er 20 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA ENFERMEDADES CARDÍACAS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO (cont.)		
<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 (Sular)</i>	T1	HD
<i>nisoldipine er 40 mg tablet</i>	T1	HD
<i>nisoldipine er 8.5 mg tablet (Sular)</i>	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 (Calan Sr)</i>	T1	HD
<i>verapamil hcl (Verelan Pm)</i>	T1	HD
<i>verapamil hcl (Verelan)</i>	T1	HD
VERELAN (<i>verapamil hcl</i>)	T3	HD
VERELAN (<i>verapamil sr</i>)	T3	HD
VERELAN PM (<i>verapamil er pm</i>)	T3	HD
GLUCÓSIDOS DIGITÁLICOS		
<i>digoxin</i>	T1	HD
REDUCTORES DE LA FRECUENCIA CARDÍACA, INHIB. SELECTIVOS DE LA CORRIENTE I (F) DEL SA		
CORLANOR	T2	PA HD
ESTIMULADOR DE LA GUANILATO CICLASA SOLUBLE (SGC)		
VERQUVO	T2	PA QL HD
VASODILADORES, CORONARIOS		
DILATRATE-SR	T3	HD
<i>isosorbide dinitrate</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

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

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

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

HD – Puede requerir entrega a 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) <i>(cont.)</i>		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
VASODILADORES, CORONARIOS <i>(cont.)</i>		
NITRO-DUR 0.6 MG/HR PATCH	T3	HD
NITRO-DUR 0.8 MG/HR PATCH	T2	HD
<i>nitroglycerin</i>	T1	HD
<i>nitroglycerin</i> (Nitro-dur)	T1	HD
<i>nitroglycerin</i> (Nitrolingual)	T1	HD
<i>nitroglycerin</i> (Nitromist)	T1	HD
<i>nitroglycerin</i> (Nitrostat)	T1	HD
NITROLINGUAL (<i>nitroglycerin</i>)	T3	HD
NITROMIST (<i>nitroglycerin</i>)	T3	HD
NITROSTAT (<i>nitroglycerin</i>)	T3	HD
CARDIOVASCULARES (Asma/EPOC/condiciones respiratorias)		
ANTIHIP. PULM., ESTIMULADOR DE LA GUANILATO CICLASA SOLUBLE		
ADEMPAS	T3	PA SP HD
ANTIHIP. PULM., INHIB. SEL. DE LA FOSFODIESTERASA T5 DE C-GMP		
<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
ANTIHIP. PULMONAR, ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES DE ENDOTELINA		
<i>ambrisentan</i> (Letairis)	T1	PA SP HD
<i>bosentan</i> (Tracleer)	T1	PA SP HD
LETAIRIS (<i>ambrisentan</i>)	T3	PA SP HD
OPSUMIT	T2	PA SP HD
TRACLEER 125 MG TABLET (<i>bosentan</i>)	T3	PA SP HD
TRACLEER 32 MG TABLET FOR SUSP	T2	PA SP HD
TRACLEER 62.5 MG TABLET (<i>bosentan</i>)	T3	PA SP HD
ANTIHIPERTENSIVOS PULMONARES, TIPO PROSTACICLINAS		
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 DPI	T3	PA SP HD

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERTENSIVOS PULMONARES, TIPO PROSTACICLINAS (cont.)		
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
VENTAVIS	T3	PA SP HD
CARDIOVASCULARES (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)		
COMBINACIÓN DE INHIBIDORES DE LA ECA-BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO		
<i>amlodipine besylate/benazepril</i>	T1	HD
<i>amlodipine besylate/benazepril</i> (Lotrel)	T1	HD
LOTREL (<i>amlodipine besylate-benazepril</i>)	T3	HD
PRESTALIA 14 MG-10 MG TABLET	T3	HD
COMBINACIÓN DE INHIBIDORES DE LA ECA-BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO (cont.)		
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
INHIBIDOR DE LA ECA-TIAZIDA O DIURÉTICO TIAZÍDICO		
ACCURETIC (<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>)	T3	ST HD
<i>benazepril/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>benazepril/hydrochlorothiazide</i> (Lotensin Hct)	T1	HD
<i>captopril-hctz 25-15 mg tablet</i>	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>captopril-hctz 25-25 mg tablet</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>captopril-hctz 50-15 mg tablet</i>	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>captopril-hctz 50-25 mg tablet</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>enalapril/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>enalapril/hydrochlorothiazide</i> (Vaseretic)	T1	HD
<i>fosinopril/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i> (Zestoretic)	T1	HD
LOTENSIN HCT (<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>)	T3	ST HD
<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i> (Accuretic)	T1	HD
VASERETIC (<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>)	T3	ST HD
ZESTORETIC (<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>)	T3	ST HD

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA/BETA		
<i>carvedilol</i> (Coreg)	T1	HD
<i>carvedilol er 10 mg capsule</i> (Coreg Cr)	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>carvedilol er 20 mg capsule</i> (Coreg Cr)	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>carvedilol er 40 mg capsule</i> (Coreg Cr)	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>carvedilol er 80 mg capsule</i> (Coreg Cr)	T1	HD
COREG (<i>carvedilol</i>)	T3	ST HD
COREG CR 10 MG CAPSULE (<i>carvedilol er</i>)	T3	QL (1 cap/day) ST HD
COREG CR 20 MG CAPSULE (<i>carvedilol er</i>)	T3	QL (1 cap/day) ST HD
COREG CR 40 MG CAPSULE (<i>carvedilol er</i>)	T3	QL (1 cap/day) ST HD
COREG CR 80 MG CAPSULE (<i>carvedilol er</i>)	T3	ST HD
<i>labetalol hcl</i>	T1	HD
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA		
CARDURA (<i>doxazosin mesylate</i>)	T3	HD
CARDURA XL	T3	HD
<i>doxazosin mesylate</i> (Cardura)	T1	HD
MINIPRESS (<i>prazosin hcl</i>)	T3	HD
<i>prazosin hcl</i> (Minipress)	T1	HD
<i>terazosin hcl</i>	T1	HD
ANTAG. DE RECEPT. DE ANGIOTENSINA-BLOQ. DE LOS CANALES DE CALCIO-TIAZIDAS		
<i>amlodipine/valsartan/hcthiazid</i> (Exforge Hct)	T1	HD
<i>olmesartan/amlodipin/hcthiazid</i> (Tribenzor)	T1	HD
TRIBENZOR (<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i>)	T3	HD
COMB. INHIBIDOR DEL RECEPT. DE ANGIOTENSINA-DE LA NEPRILISINA (ARNI)		
ENTRESTO	T2	HD
COMB. DE ANTAG. DE RECEPT. DE ANGIOTENSINA-DIURÉTICOS TIAZÍDICOS		
ATACAND HCT (<i>candesartan-hydrochlorothiazid</i>)	T3	ST HD
AVALIDE (<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>)	T3	ST HD
BENICAR HCT 20-12.5 MG TABLET (<i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i>)	T3	QL (1 tab/day) ST HD
BENICAR HCT 40-12.5 MG TABLET (<i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i>)	T3	ST HD
BENICAR HCT 40-25 MG TABLET (<i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i>)	T3	ST HD
<i>candesartan/hydrochlorothiazid</i> (Atacand Hct)	T1	HD
DIOVAN HCT (<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>)	T3	ST HD
HYZAAR (<i>losartan-hydrochlorothiazide</i>)	T3	ST HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
COMB. DE ANTAG. DE RECEPT. DE ANGIOTENSINA-DIURÉTICOS TIAZÍDICOS (cont.)		
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide (Avalide)</i>	T1	HD
<i>losartan/hydrochlorothiazide (Hyzaar)</i>	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 (Benicar Hct)</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>olmesartan-hctz 40-12.5 mg tab (Benicar Hct)</i>	T1	HD
<i>olmesartan-hctz 40-25 mg tab (Benicar Hct)</i>	T1	HD
<i>telmisartan-hctz 40-12.5 mg tb (Micardis Hct)</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>telmisartan-hctz 80-12.5 mg tb (Micardis Hct)</i>	T1	HD
<i>telmisartan-hctz 80-25 mg tab (Micardis Hct)</i>	T1	HD
<i>valsartan/hydrochlorothiazide (Diovan Hct)</i>	T1	HD
BLOQ. DE RECEPTORES DE ANGIOTENSINA-BLOQ. DE LOS CANALES DE CALCIO		
<i>amlodipine besylate/valsartan (Exforge)</i>	T1	HD
<i>amlodipine-olmesartan 10-20 mg (Azor)</i>	T1	HD
<i>amlodipine-olmesartan 10-40 mg (Azor)</i>	T1	HD
<i>amlodipine-olmesartan 5-20 mg (Azor)</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<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
ANTIHIPERTENSIVOS, INHIBIDORES DE LA ECA		
ACCUPRIL (<i>quinapril hcl</i>)	T3	ST HD
ALTACE (<i>ramipril</i>)	T3	ST HD
<i>benazepril hcl</i>	T1	HD
<i>benazepril hcl (Lotensin)</i>	T1	HD
<i>captopril</i>	T1	HD

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

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

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERTENSIVOS, ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ANGIOTENSINA (cont.)		
<i>telmisartan 20 mg tablet</i> (Micardis)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>telmisartan 40 mg tablet</i> (Micardis)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>telmisartan 80 mg tablet</i> (Micardis)	T1	HD
<i>valsartan</i> (Diovan)	T1	HD
ANTIHIPERTENSIVOS, BLOQUEADORES GANGLIONARES		
<i>VECAMYL</i>	T1	
ANTIHIPERTENSIVOS, VARIOS		
<i>DEMSEER (metyrosine)</i>	T3	HD
<i>metyrosine</i> (Demser)	T1	HD
ANTIHIPERTENSIVOS, SIMPATOLÍTICOS		
<i>CATAPRES (clonidine hcl)</i>	T3	HD
<i>CATAPRES-TTS 1 (clonidine)</i>	T3	HD
<i>CATAPRES-TTS 2 (clonidine)</i>	T3	HD
<i>CATAPRES-TTS 3 (clonidine)</i>	T3	HD
<i>clonidine (Catapres-tts 1)</i>	T1	HD
<i>clonidine (Catapres-tts 2)</i>	T1	HD
<i>clonidine (Catapres-tts 3)</i>	T1	HD
<i>clonidine hcl</i> (Catapres)	T1	HD
<i>guanfacine hcl</i>	T1	HD
<i>methyl dopa</i>	T1	HD
<i>methyl dopa/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
ANTIHIPERTENSIVOS, VASODILATADORES		
<i>hydralazine hcl</i>	T1	HD
<i>minoxidil</i>	T1	HD
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS BETA		
<i>acebutolol hcl</i>	T1	HD
<i>atenolol</i> (Tenormin)	T1	HD
<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
<i>INDERAL LA (propranolol hcl er)</i>	T3	ST HD

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS BETA (cont.)		
INDERAL XL	T3	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
TENORMIN (<i>atenolol</i>)	T3	ST HD
<i>timolol maleate</i>	T1	HD
BETABLOQUEANTES Y TIAZIDAS, DIURÉTICOS TIAZÍDICOS		
<i>atenolol/chlorthalidone</i> (Tenoretic 100)	T1	HD
<i>atenolol/chlorthalidone</i> (Tenoretic 50)	T1	HD
<i>bisoprolol/hydrochlorothiazide</i> (Ziac)	T1	HD
METOPROLOL SUCCINATE ER-HCTZ	T1	HD
<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>nadolol/bendroflumethiazide</i>	T1	HD
<i>propranolol/hydrochlorothiazid</i>	T1	HD
INHIBIDOR DE LA RENINA, DIRECTO		
<i>aliskiren 150 mg tablet</i> (Tekturna)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>aliskiren 300 mg tablet</i> (Tekturna)	T1	HD
TEKTURNA 150 MG TABLET (<i>aliskiren</i>)	T3	QL (1 tab/day) HD
TEKTURNA 300 MG TABLET (<i>aliskiren</i>)	T3	HD
COMB. DE INHIBIDORES DIRECTOS DE LA RENINA Y DIURÉTICOS TIAZÍDICOS		
TEKTURNA HCT 150-12.5 MG TAB	T2	QL (1 tab/day) HD
TEKTURNA HCT 150-25 MG TABLET	T2	HD
TEKTURNA HCT 300-12.5 MG TAB	T2	HD
TEKTURNA HCT 300-25 MG TABLET	T2	HD
COMBINACIÓN DE VASODILADORES		
BIDIL	T3	QL (6 tabs/day)

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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
VASODILADORES, PERIFÉRICOS		
<i>ergoloid mesylates</i>	T1	
<i>isoxsuprine hcl</i>	T1	
CARDIOVASCULARES (Medicamentos para el colesterol)		
ANTIHIPERLIP. - INHIB. DE HMG-COA REDUCT.-INHIB. DE AB. DE COLEST.		
<i>ezetimibe/simvastatin (Vytorin)</i>	T1	HD
ROSZET	T3	PA HD
VYTORIN (<i>ezetimibe-simvastatin</i>)	T3	ST HD
ANTIHIPERLIP. - INHIB. DE HMG-COA REDUCT.-BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO		
<i>amlodipine-atorvast 10-10 mg (Caduet)</i>	T1	HD
<i>amlodipine-atorvast 10-20 mg (Caduet)</i>	T1	HD
<i>amlodipine-atorvast 10-40 mg (Caduet)</i>	T1	HD
<i>amlodipine-atorvast 10-80 mg (Caduet)</i>	T1	HD
<i>amlodipine-atorvast 2.5-10 mg</i>	T1	HD
<i>amlodipine-atorvast 2.5-20 mg</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>amlodipine-atorvast 2.5-40 mg</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>amlodipine-atorvast 5-10 mg (Caduet)</i>	T1	HD
<i>amlodipine-atorvast 5-20 mg (Caduet)</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>amlodipine-atorvast 5-40 mg (Caduet)</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>amlodipine-atorvast 5-80 mg (Caduet)</i>	T1	HD
CADUET 10 MG-10 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	HD
CADUET 10 MG-20 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	HD
CADUET 10 MG-40 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	HD
CADUET 10 MG-80 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	HD
CADUET 5 MG-10 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	HD
CADUET 5 MG-20 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	QL (1 tab/day) HD
CADUET 5 MG-40 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	QL (1 tab/day) HD
CADUET 5 MG-80 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	HD
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIB. DE LA SÍNTESIS DE LA APO B-100		
KYNAMRO	T4	PA SP
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDOR DE ATP-CITRATO LIASA		
NEXLETOL	T2	PA QL (1 tab/day)
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDORES DE PCSK9		
REPATHA PUSHTRONEX	T2	PA

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para el colesterol) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDORES DE PCSK9 (cont.)		
REPATHA SURECLICK	T2	PA
REPATHA SYRINGE	T2	PA
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDOR DE LA ABSORCIÓN DE ACLY Y COLEST.		
NEXLIZET	T2	PA QL (1 SYRINGE/DAY)
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS-INHIB. DE LA HMG-COA REDUCTASA (Estatinas)		
ALTOPREV 20 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST HD
ALTOPREV 40 MG TABLET	T3	ST HD
ALTOPREV 60 MG TABLET	T3	ST HD
atorvastatin 10 mg tablet	T1	HD PPACA
atorvastatin 20 mg tablet	T1	HD PPACA
atorvastatin 40 mg tablet	T1	HD
atorvastatin 80 mg tablet	T1	HD
fluvastatin sodium	T1	HD PPACA
fluvastatin sodium (Lescol XI)	T1	HD PPACA
lovastatin 10 mg tablet	T1	HD
lovastatin 20 mg tablet	T1	HD PPACA
lovastatin 40 mg tablet	T1	HD PPACA
pravastatin sodium	T1	HD PPACA
pravastatin sodium (Pravachol)	T1	HD PPACA
rosuvastatin calcium 10 mg tab (Crestor)	T1	QL (1 tab/day) HD PPACA
rosuvastatin calcium 20 mg tab (Crestor)	T1	QL (1 tab/day) HD
rosuvastatin calcium 40 mg tab (Crestor)	T1	HD
rosuvastatin calcium 5 mg tab (Crestor)	T1	QL (1 tab/day) HD PPACA
simvastatin 10 mg tablet (Zocor)	T1	HD PPACA
simvastatin 20 mg tablet (Zocor)	T1	HD PPACA
simvastatin 40 mg tablet (Zocor)	T1	HD PPACA
simvastatin 5 mg tablet	T1	HD
SECUESTRADORES DE SALES BILIARES		
cholestyramine (with sugar) (Questran)	T1	HD
cholestyramine/aspartame	T1	HD
cholestyramine/aspartame (Questran Light)	T1	HD
colesevelam hcl (Welchol)	T1	HD
COLESTID 1 GM TABLET (colestipol hcl)	T3	HD
COLESTID FLAVORED GRANULES	T2	HD

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

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

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

HD – Puede requerir entrega a 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
SECUESTRADORES DE SALES BILIARES (cont.)		
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
LIPOTRÓPICOS		
<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

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
<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

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

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

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

TRATAMIENTO DEL ALZHEIMER, ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES NMDA (cont.)

NAMENDA 10 MG TABLET (<i>memantine hcl</i>)	T3	HD
NAMENDA 5 MG TABLET (<i>memantine hcl</i>)	T3	HD
NAMENDA 5-10 MG TITRATION PK	T2	HD
NAMENDA XR 14 MG CAPSULE (<i>memantine hcl er</i>)	T3	QL (1 cap/day) HD
NAMENDA XR 21 MG CAPSULE (<i>memantine hcl er</i>)	T3	HD
NAMENDA XR 28 MG CAPSULE (<i>memantine hcl er</i>)	T3	HD
NAMENDA XR 7 MG CAPSULE (<i>memantine hcl er</i>)	T3	QL (1 cap/day) HD
NAMENDA XR TITRATION PACK	T3	QL (112/365 days) HD

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

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

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Varios)

AGENTES PARA LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA

RADICAVA ORS	T3	PA QL (50ml/28 days) SP
RILUTEK (<i>riluzole</i>)	T3	SP HD
<i>riluzole</i> (Rilutek)	T1	SP HD
TIGLUTIK	T3	PA SP

MEDICAMENTOS PARA TRATAR TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO

AUSTEDO	T3	PA SP HD
INGREZZA	T3	PA SP
<i>tetrabenazine</i>	T1	PA SP HD

AGENTES PARA EL AFECTO PSEUDOBULBAR (PBA), ANTAGONISTAS DE NMDA

NUEDEXTA	T3	QL (4 caps/day)
----------	----	-----------------

XANTINAS

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

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Esclerosis múltiple)

AGENTES PARA TRATAR LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

AVONEX	T2	PA SP HD
AVONEX PEN	T2	PA SP HD
BAFIERTAM	T2	PA SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Esclerosis múltiple) (cont.)

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

AGENTES PARA TRATAR LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE (cont.)

BETASERON	T4	PA SP HD
<i>dimethyl fumarate</i>	T1	PHD
GILENYA	T2	PA SP HD
<i>glatiramer acetate</i>	T1	HD
glatopa	T1	HD
KESIMPTA PEN	T2	PA SP HD
MAVENCLAD	T3	PA SP HD
MAYZENT	T2	PA SP HD
PLEGRIDY	T2	PA SP HD
PLEGRIDY PEN	T2	PA SP HD
PONVORY	T2	PA SP HD
REBIF	T2	PA SP HD
REBIF REBIDOSE	T2	PA SP HD
<i>teriflunomide</i> (Aubagio)	T1	SP HD
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</i> (Onfi)	T1	HD
<i>clonazepam</i>	T1	HD
<i>clonazepam</i> (Klonopin)	T1	HD
DIASTAT (<i>diazepam</i>)	T3	PA HD
DIASTAT ACUDIAL (<i>diazepam</i>)	T3	PA HD
<i>diazepam 10 mg rectal gel syst</i> (Diastat Acudial)	T1	HD
<i>diazepam 2.5 mg rectal gel sys</i> (Diastat)	T1	HD
<i>diazepam 20 mg rectal gel syst</i> (Diastat Acudial)	T1	HD
KLONOPIN (<i>clonazepam</i>)	T3	PA HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos convulsivos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONVULSIVOS - TIPO BENZODIAZEPINAS (cont.)		
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
ANTICONVULSIVOS - TIPO CANNABINOIDES		
EPIDIOLEX	T3	PA SP HD
ANTICONVULSIVOS		
APTiom 200 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day) HD
APTiom 400 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day) HD
APTiom 600 MG TABLET	T3	PA HD
APTiom 800 MG TABLET	T3	PA HD
BANZEL 200 MG TABLET	T3	PA QL (16 tabs/day) HD
BANZEL 40 MG/ML SUSPENSION (<i>rufinamide</i>)	T3	PA QL (80ml/day) HD
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

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos convulsivos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONVULSIVOS (cont.)		
FINTEPLA	T3	PA SP HD
FYCOMPA 0.5 MG/ML ORAL SUSP	T2	PA HD
FYCOMPA 10 MG TABLET	T2	PA HD
FYCOMPA 12 MG TABLET	T2	PA HD
FYCOMPA 2 MG TABLET	T2	PA HD
FYCOMPA 4 MG TABLET	T2	PA QL (1 tab/day) HD
FYCOMPA 6 MG TABLET	T2	PA QL (1 tab/day) HD
FYCOMPA 8 MG TABLET	T2	PA HD
<i>gabapentin</i>	T1	HD
<i>gabapentin</i> (Neurontin)	T1	HD
GABITRIL 12 MG TABLET (<i>tiagabine hcl</i>)	T3	PA QL (8 tabs/day) HD
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
<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</i> (Mysoline)	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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos convulsivos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONVULSIVOS (cont.)		
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</i>	T1	HD
<i>topiramate er (Troken di XR)</i>	T1	QL(1 cap/day) HD
<i>valproic acid</i>	T1	HD
<i>valproic acid</i> (as sodium salt)	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
ZTALMY	T3	PA QL (1800mg/day) SP

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos del sueño/sedantes)		
TRATAMIENTO DE LA NARCOLEPSIA-ANTAGONISTAS/AGONISTAS INVERSOS DE LOS RECEPT. H3		
WAKIX	T3	PA QL (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

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

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

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

HD – Puede requerir entrega a 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
ERITROPOYESIS-AGENTES ESTIMULANTES (cont.)		
RETACRIT	T2	PA SP
ESTIMULANTES DE LEUCOCITOS (RECuento DE GLÓBULOS BLANCOS)		
FULPHILA	T4	PA SP
GRANIX	T3	PA SP
LEUKINE	T2	SP
NEULASTA	T2	PA SP
NEULASTA ONPRO	T2	PA SP HD
NEUPOGEN	T3	PA SP
NIVESTYM	T2	SP
NYVEPRIA	T4	PA SP
STIMUFEND	T4	PA SP
UDENYCA	T2	PA SP
ZARXIO	T2	SP HD
AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE TROMBOPOYETINA		
DOPTELET	T3	PA SP HD
MULPLETA	T3	PA SP HD
PROMACTA	T3	PA SP HD
ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos)		
ANTICONCEPTIVOS, INTRAVAGINALES, SISTÉMICOS		
<i>etonogestrel</i>	T3	
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol (Nuvaring)</i>	T1	PPACA
NUVARING (<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>)	T3	
ANTICONCEPTIVOS, IMPLANTABLES		
NEXPLANON	T4	SP PPACA
ANTICONCEPTIVOS, INYECTABLES		
DEPO-PROVERA 150 MG/ML SYRINGE (<i>medroxyprogesterone acetate</i>)	T3	
DEPO-PROVERA 150 MG/ML VIAL (<i>medroxyprogesterone acetate</i>)	T3	
DEPO-SUBQ PROVERA 104	T2	
<i>medroxyprogesterone 150 mg/ml (Depo-provera)</i>	T1	PPACA
ANTICONCEPTIVOS, ORALES		
BALCOLTRA	T3	HD
BEYAZ (<i>rajani</i>)	T3	HD
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol (Mircette)</i>	T1	HD PPACA
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	T1	HD PPACA

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONCEPTIVOS, ORALES (cont.)		
<i>norethindrone-ethin. estradiol</i>	T1	HD PPACA
<i>norethin-ee 1.5-0.03 mg(21) tb (Loestrin)</i>	T1	HD PPACA
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	T1	HD PPACA
<i>norgestrel-ethinyl estradiol</i>	T1	HD PPACA
ORTHO MICRONOR (<i>tulana</i>)	T3	HD
QUARTETTE (<i>rivelsa</i>)	T3	HD
SAFYRAL (<i>tydemy</i>)	T3	HD
SEASONIQUE (<i>simpesse</i>)	T3	HD
SLYND	T3	HD
TAYTULLA (<i>norethin-eth estra-ferrous fum</i>)	T3	HD
TYBLUME	T3	HD
YASMIN 28 (<i>zumandimine</i>)	T3	HD
YAZ (<i>vestura</i>)	T3	HD
ANTICONCEPTIVOS TRANSDÉRMICOS		
<i>norelgestromin/ethin.estradiol</i>	T1	HD PPACA
TWIRLA	T3	HD PPACA
DIAFRAGMAS/CAPUCHONES CERVICALES		
CAYA CONTOURED	T1	PPACA
FEMCAP	T1	PPACA
WIDE SEAL DIAPHRAGM	T1	PPACA
DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)		
KYLEENA	T3	SP PPACA
LILETTA	T3	SP PPACA
MIRENA	T3	SP PPACA
PARAGARDT 380-A	T3	SP PPACA
SKYLA	T3	SP PPACA
PREPARACIONES PARA LA TOS/EL RESFRÍO (Alergia/rociadores nasales)		
COMB. DE ANTIHIST.-DESCONGEST.-ANTICOLINÉRGICOS DE I.ª GENERACIÓN		
RESPA A.R.	T3	
PREPARACIONES PARA LA TOS/EL RESFRÍO (Medicamentos para la tos/el resfrío)		
ANTITUSIVOS NO OPIOIDES		
<i>benzonatate</i>	T1	
<i>benzonatate (Tessalon Perle)</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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
ANTITUSIVOS NO OPIOIDES (cont.)		
TESSALON PERLE (<i>benzonatate</i>)	T3	
ANTITUS. NO OPIOIDES-ANTIISTAMÍNICOS DE I.ª GENERACIÓN-DESCONGESTIVOS		
<i>brompheniramine/pseudoephed/dm</i> (Bromfed Dm)	T1	
COMB. DE ANTITUSIVOS NO OPIOIDES-ANTIISTAMÍNICOS DE I.ª GENERACIÓN		
<i>promethazine/dextromethorphan</i>	T1	
ANTITUSIVOS OPIOIDES- ANTIISTAMÍNICOS DE I.ª GENERACIÓN-DESCONGEST.		
<i>hydrocodone/cpm/pseudoephed</i>	T1	PA
<i>promethazine/phenyleph/codeine</i>	T1	PA QL (480ML/22 DAYS)
<i>promethazine/phenyleph/codeine</i>	T1	PA QL (480ml/30 days)
ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTIISTAMÍNICOS DE I.ª GENERACIÓN		
<i>hydrocodone/chlorphen p-stirex</i>	T1	PA
<i>promethazine-codeine solution</i>	T1	PA QL (480ML/22 Days)
<i>promethazine-codeine syrup</i>	T1	PA QL (480ml/30 days)
TUXARIN ER	T3	PA QL (2 tabs/day)
TUZISTRA XR	T3	PA QL (960ml/30 days)
COMBINACIONES DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTICOLINÉRGICOS		
HYCODAN (<i>hydromet</i>)	T3	PA QL (480ML/22 DAYS)
<i>hydrocodone bit/homatrop me-br</i> (Hycodan)	T1	PA QL (480ML/22 DAYS)
<i>hydrocodone-homatropine 5-1.5</i>	T1	PA QL (180 tabs/30 days)
<i>hydrocodone-homatropine soln</i> (Hycodan)	T1	PA QL (480ml/30 days)
HYDROCODONE-HOMATROPINE SYRUP	T1	PA QL (480ml/30 days)
COMBINACIÓN DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-EXPECTORANTES		
HYDROCODONE-GUAIFENESIN	T1	PA QL (960ml/30 days)
OBREDON	T3	PA QL (960ml/30 days)
DIAGNÓSTICO (Varios)		
PREPARACIONES DE DIAGNÓSTICO, VARIAS		
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	

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

DIAGNÓSTICO (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA EL DIAGNÓSTICO OCULAR		
<i>fluorescein sodium</i>	T1	
<i>ful-glo 1 mg ophth strip</i>	T1	
FUL-GLO EYE STRIPS	T3	
<i>lissamine green</i>	T1	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOPACOS GASTROINTESTINALES		
ENTERO VU	T3	
E-Z DISK	T3	
E-Z-HD	T3	
E-Z-PAQUE	T3	
E-Z-PASTE	T3	
GASTROMARK	T3	
LIQUID E-Z PAQUE	T3	
LIQUID POLIBAR PLUS	T3	
NEULUMEX	T3	
POLIBAR ACB	T3	
READI-CAT 2	T3	
SITZMARKS	T3	
TAGITOL V	T3	
VARIBAR HONEY	T3	
VARIBAR NECTAR	T3	
VARIBAR PUDDING	T3	
VARIBAR THIN HONEY	T3	
VARIBAR THIN LIQUID	T3	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO DE LA FUNCIÓN METABÓLICA		
METOPIRONE	T2	
ELEMENTOS RADIOFARMACÉUTICOS		
INDICLOR	T3	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOPACOS URINARIOS		
CYSTO-CONRAY II	T3	
CYSTOGRAFIN	T3	
CYSTOGRAFIN-DILUTE	T3	
<i>diatrizoate meglumine, sodium</i> (Gastrografin)	T1	
GASTROGRAFIN (<i>md-gastroview</i>)	T3	

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

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

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

HD – Puede requerir entrega a 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)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ARGININA VASOPRESINA (AVP)		
TOLVAPTAN 15 MG TABLET	T3	SP
<i>tolvaptan 30 mg tablet (Samsca)</i>	T1	SP
INHIBIDORES DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA		
<i>acetazolamide</i>	T1	HD
<i>methazolamide</i>	T1	HD
DIURÉTICOS DE ASA		
<i>bumetanide</i>	T1	HD
<i>furosemide</i>	T1	HD
<i>furosemide (Lasix)</i>	T1	HD
<i>toremide</i>	T1	HD
AGENTE DE LA ENFERMEDAD RENAL POLIQUÍSTICA, ANTAG. DE LOS RECEP. DE LA AVP		
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
DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO		
<i>amiloride hcl</i>	T1	HD
CAROSPIR	T2	HD
DYRENIUM (<i>triamterene</i>)	T3	HD
<i>eplerenone (Inspra)</i>	T1	HD
INSPRA (<i>eplerenone</i>)	T3	HD
KERENDIA	T2	PA QL (30 tabs/30 days)
<i>spironolactone (Aldactone)</i>	T1	HD
<i>triamterene (Dyrenium)</i>	T1	HD
DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO EN COMBINACIÓN		
ALDACTAZIDE	T3	HD
ALDACTAZIDE (<i>spironolactone-hctz</i>)	T3	HD
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
DYAZIDE (<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>)	T3	HD
MAXZIDE (<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>)	T3	HD
MAXZIDE-25 MG (<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>)	T3	HD

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

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

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

HD – Puede requerir entrega a 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
DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO EN COMBINACIÓN (cont.)		
<i>spironolact/hydrochlorothiazid (Aldactazide)</i>	T1	HD
<i>triamterene/hydrochlorothiazid (Dyazide)</i>	T1	HD
<i>triamterene/hydrochlorothiazid (Maxzide)</i>	T1	HD
<i>triamterene/hydrochlorothiazid (Maxzide-25 Mg)</i>	T1	HD
TIAZIDA Y DIURÉTICOS AFINES		
<i>chlorthalidone</i>	T1	HD
DIURIL	T2	HD
<i>hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>indapamide</i>	T1	HD
<i>metolazone</i>	T1	HD
PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Alergia/rociadores nasales)		
ANTIISTAMÍNICOS NAALES		
<i>azelastine 0.1% (137 mcg) spry</i>	T1	HD
<i>azelastine 0.15% nasal spray</i>	T1	HD
<i>olopatadine 665 mcg nasal spry (Patanase)</i>	T1	HD
PATANASE (<i>olopatadine hcl</i>)	T3	HD
COMB. DE ANTIISTAMÍNICOS NAALES Y ANTIINFLAM. ESTEROIDEOS		
<i>azelastine/fluticasone</i>	T1	HD
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS NAALES		
<i>flunisolide</i>	T1	HD
<i>fluticasone prop 50 mcg spray</i>	T1	HD
<i>mometasone furoate 50 mcg spry</i>	T1	QL (4 bots/30 days) HD
PREPARACIONES NAALES, VARIAS (CON RECETA)		
<i>ipratropium bromide</i>	T1	HD
PREPARACIONES NAALES, VASOCONSTRICTORES (CON RECETA)		
ADRENALIN CHLORIDE	T3	
<i>epinephrine hcl (Adrenalin Chloride)</i>	T1	
PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Medicamentos para los oídos)		
PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIINFLAMATORIAS		
DERMOTIC (<i>fluocinolone acetamide oil</i>)	T3	
<i>fluocinolone acetamide oil (Dermotic)</i>	T1	
PREPARACIONES ÓTICAS, VARIAS, ANTIINFECCIOSOS		
<i>acetic acid</i>	T1	
<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Condiciones oculares)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
LÁGRIMAS ARTIFICIALES		
LACRISERT	T2	
ANTIINFECCIOSOS PARA LOS OJOS (CON RECETA ÚNICAMENTE)		
BETADINE	T2	
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS PARA LOS OJOS		
ACUVAIL	T3	
ALREX	T3	
<i>bromfenac sodium</i>	T1	
BROMSITE	T2	
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	T1	
<i>diclofenac 0.1% eye drops</i>	T1	
EYSUVIS	T2	QL (8.3ML/14 DAYS)
FLAREX	T2	
<i>fluorometholone (Fml)</i>	T1	
<i>flurbiprofen sodium</i>	T1	
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	T3	
<i>loteprednol etabonate (Lotemax)</i>	T1	
OMNIPRED (<i>prednisolone acetate</i>)	T3	
<i>prednisolone acetate (Pred Forte)</i>	T1	
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	T1	
PROLENSA	T3	
ANESTÉSICOS LOCALES PARA LOS OJOS		
AKTEN	T3	
ALCAINE (<i>proparacaine hcl</i>)	T3	
ALTAFLUOR BENOX (<i>flurox</i>)	T3	
<i>benoxinate hcl/fluorescein sod (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	

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

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

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

HD – Puede requerir entrega a 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
ANESTÉSICOS LOCALES PARA LOS OJOS (cont.)		
TETRAVISC	T2	
TETRAVISC FORTE	T2	
ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS PARA LOS OJOS		
<i>cromolyn 4% eye drops</i>	T1	
PREPARACIONES OCULARES, VARIAS (SIN RECETA)		
GELFILM	T3	
VASOCONSTRICTORES PARA LOS OJOS		
<i>phenylephrine hcl</i>	T1	
MIÓTICOS Y OTROS REDUCTORES DE LA PRESIÓN INTRAOCULAR		
<i>apraclonidine hcl (Iopidine)</i>	T1	HD
<i>betaxolol hcl</i>	T1	HD
BETOPTIC S	T2	HD
<i>bimatoprost</i>	T1	QL (10 gm/30 days) HD
<i>brimonidine tartrate</i>	T1	HD
<i>brimonidine tartrate (Alphagan P)</i>	T1	HD
<i>brinzolamide (Azopt)</i>	T1	HD
<i>carteolol hcl</i>	T1	HD
<i>dorzolamide hcl (Trusopt)</i>	T1	HD
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate (Cosopt)</i>	T1	HD
<i>dorzolamide/timolol/pf (Cosopt Pf)</i>	T1	HD
IOPIDINE 0.5% EYE DROPS (<i>apraclonidine hcl</i>)	T3	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 (Isopto Carpine)</i>	T1	HD
RHOPRESSA	T3	HD
ROCKLATAN	T3	HD
SIMBRINZA	T2	HD
<i>timolol maleate (Istalol)</i>	T1	HD
<i>timolol maleate (Timoptic)</i>	T1	HD
<i>timolol maleate (Timoptic-xe)</i>	T1	HD
<i>timolol maleate/pf (Timoptic Ocudose)</i>	T1	HD
<i>travoprost</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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
MIDRIÁTICOS		
<i>atropine sulfate</i>	T1	HD
<i>atropine sulfate</i> (Isopto Atropine)	T1	HD
CYCLOGYL 0.5% EYE DROPS (<i>cyclopentolate hcl</i>)	T2	HD
CYCLOGYL 1% EYE DROPS	T3	HD
CYCLOGYL 1% EYE DROPS (<i>cyclopentolate hcl</i>)	T3	HD
CYCLOGYL 2% EYE DROPS (<i>cyclopentolate hcl</i>)	T3	HD
CYCLOMYDRIL	T2	HD
<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
AGENTES ANTIFIBRÓTICOS OFTÁLMICOS		
MITOSOL	T3	
ANTIINFLAMATORIOS OFTÁLMICOS, TIPO INMUNOMODULADOR		
CEQUA	T3	HD
RESTASIS	T2	HD
RESTASIS MULTIDOSE	T2	HD
XIIDRA	T2	HD
AGENTES OFTÁLMICOS REDUCTORES DE LA CISTINA		
CYSTADROPS	T3	PA QL (20ML/21 DAYS) SP
CYSTARAN	T3	PA QL (120ml/28 days) SP
FACTOR DE CRECIMIENTO DEL NERVIÓ OFTÁLMICO HUMANO (HNGF)		
OXERVATE	T3	PA SP HD
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Medicamentos para el colesterol)		
SUPLEMENTOS DE LÍPIDOS ORALES		
DOJOLVI	T3	PA SP HD
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Productos dentales)		
PREPARACIONES CON FLÚOR		
CLINPRO 5000	T3	
<i>fluoride</i> (sodium) (<i>Prevident 5000 Ortho Defense</i>)	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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
PREPARACIONES CON FLÚOR (cont.)		
<i>fluoride</i> (sodium) (Prevident 5000 Plus)	T1	
<i>fluoride</i> (sodium) (Prevident 5000)	T1	
<i>fluoride</i> (sodium) (Prevident)	T1	
FLUORIDEX	T1	
FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF	T3	
PREVIDENT 0.2% RINSE	T2	
PREVIDENT 1.1% GEL (<i>sodium fluoride</i>)	T3	
PREVIDENT 5000	T3	
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

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Nutritivos/alimenticios)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
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	
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	T1	
<i>sps 15 gm/60 ml suspension</i>	T1	
<i>sps 30 gm/120 ml enema susp</i>	T3	
VELPHORO	T2	
VELTASSA	T2	
AGENTES QUE CONTIENEN YODO		
<i>potassium iodide/iodine</i>	T1	
SSKI	T1	
REPOSICIÓN DE HIERRO		
CITRANATAL BLOOM	T3	
REPOSICIÓN DE POTASIO		
EFFER-K 10 MEQ TABLET EFF	T3	
EFFER-K 20 MEQ TABLET EFF	T3	
<i>effe-r-k 25 meq tablet eff</i>	T1	
<i>klor-con 10 meq tablet (K-tab Er)</i>	T1	
<i>klor-con 10 meq tablet (K-tab Er)</i>	T3	
<i>klor-con 8 meq tablet</i>	T1	
<i>klor-con 8 meq tablet</i>	T3	
K-TAB ER	T3	
K-TAB ER (<i>potassium chloride</i>)	T3	
<i>potassium bicarbonate/cit ac</i>	T1	
<i>potassium chloride</i>	T1	
<i>potassium chloride</i>	T2	
<i>potassium chloride</i>	T3	
<i>potassium chloride (K-tab Er)</i>	T1	

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Condiciones urinarias)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SOLUCIONES PARA DIÁLISIS		
PRISMASOL	T3	
MODIFICADORES DEL PH URINARIO		
K-PHOS NO.2	T2	HD
K-PHOS ORIGINAL	T2	HD
ORACIT	T3	HD
<i>potassium citrate</i> (Urocit-k)	T1	HD
<i>potassium citrate/citric acid</i>	T1	HD
RENACIDIN	T3	HD
UROCI-K (<i>potassium citrate er</i>)	T3	HD
UROQID-ACID NO.2	T2	HD
GASTROINTESTINALES (Medicamentos para el colesterol)		
LIPOTRÓPICOS		
<i>icosapent ethyl</i> (Vascepa)	T1	HD
<i>omega-3 acid ethyl esters</i> (Lovaza)	T1	HD
VASCEPA	T2	PA HD
GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis)		
INHIBIDORES DE AMONIACO		
BUPHENYL 500 MG TABLET (<i>sodium phenylbutyrate</i>)	T3	SP HD
BUPHENYL POWDER (<i>sodium phenylbutyrate</i>)	T2	SP HD
<i>lactulose</i>	T1	HD
<i>lactulose 10 gm/15 ml solution</i>	T1	HD
LITHOSTAT	T2	HD
RAVICTI	T3	PA SP HD
<i>sodium phenylbutyrate</i> (Buphenyl)	T1	SP HD
ANTICOLINÉRGICOS, AMONIO CUATERNARIO		
<i>chlordiazepoxide/clidinium br</i>	T1	
CUVPOSA	T3	
GLYCATÉ	T3	
<i>glycopyrrolate</i> (Glycate)	T1	
<i>glycopyrrolate</i> (Robinul Forte)	T1	
<i>glycopyrrolate</i> (Robinul)	T1	
<i>propantheline bromide</i>	T1	

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

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

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

HD – Puede requerir entrega a 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
ANTICOLINÉRGICOS, AMONIO CUATERNARIO (cont.)		
ROBINUL (<i>glycopyrrolate</i>)	T3	
ROBINUL FORTE (<i>glycopyrrolate</i>)	T3	
ANTICOLINÉRGICOS/ANTIESPASMÓDICOS		
<i>dicyclomine hcl</i>	T1	
ANTIDIARREICOS - INHIBIDORES DE CANALES DE CLORURO G.I.		
MYTESI	T3	
ANTIDIARREICOS - INHIBIDORES DE LA TRIPTÓFANO HIDROXILASA		
XERMELO	T3	PA SP
ANTIDIARREICOS		
<i>diphenoxylate hcl/atropine</i>	T1	
<i>diphenoxylate hcl/atropine</i> (Lomotil)	T1	
LOMOTIL (<i>diphenoxylate-atropine</i>)	T3	
<i>loperamide hcl</i>	T1	
MOTOFEN	T3	
<i>opium tincture</i>	T1	PA
<i>paregoric</i>	T1	
ANTIEMÉTICOS - TIPO CANNABINOIDES		
<i>dronabinol</i>	T1	
AGENTES ANTIEMÉTICOS/ANTIVÉRTIGO		
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)

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIEMÉTICOS/ANTIVÉRTIGO (cont.)		
<i>fosaprepitant dimeglumine (Emend)</i>	T1	PA
<i>granisetron hcl</i>	T1	
<i>granisetron hcl/pf</i>	T1	
<i>ondansetron</i>	T1	
<i>ondansetron hcl</i>	T1	
<i>ondansetron hcl/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)
PREPARACIONES ANTIULCEROSAS		
CARAFATE (<i>sucralfate</i>)	T3	HD
CYTOTEC (<i>misoprostol</i>)	T3	HD
<i>misoprostol (Cytotec)</i>	T1	HD
<i>sucralfate (Carafate)</i>	T1	HD
ANTIULCEROSOS-AGENTES CONTRA LA H. PYLORI		
<i>bismuth/metronid/tetracycline (Pylera)</i>	T1	
<i>lansoprazole/amoxicilin/clarith</i>	T1	
ALCALOIDES DE BELLADONA		
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

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ALCALOIDES DE BELLADONA (cont.)		
LEVBIID (<i>symax-sr</i>)	T3	HD
LEVSIN (<i>oscimin</i>)	T3	HD
LEVSIN-SL (<i>symax-sl</i>)	T3	HD
<i>methscopolamine bromide</i>	T1	HD
NULEV (<i>symax</i>)	T1	HD
<i>phenobarb/hyoscy/atropine/scop</i> (Donnatal)	T1	HD
<i>phenobarb/hyoscy/atropine/scop</i> (Phenobarbital-belladonna)	T1	HD
<i>phenobarbital-belladonna elixr</i> (Donnatal)	T1	HD
<i>phenobarbital-belladonna elixr</i> (Phenobarbital-belladonna)	T1	HD
PHENOBARBITAL-BELLADONNA ELIXR (<i>phenohytr</i>)	T3	HD
SYMAX DUOTAB	T2	HD
SALES BILIARES		
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
INFLAM. CRÓNICA DIAG. DE COLON, 5-A-SALICILATO, TRAT. RECTAL		
CANASA (<i>mesalamine</i>)	T3	
<i>mesalamine 1,000 mg supp</i> (Canasa)	T1	
<i>mesalamine 4 gm/60 ml enema</i> (Sfrowasa)	T1	
<i>mesalamine 4 gm/60 ml kit</i>	T1	
SFROWASA (<i>mesalamine</i>)	T3	
TRAT. FARMAC.-INFLAM. CRÓNICA DIAG. DE COLON, 5-AMINOSALICILATO		
APRISO (<i>mesalamine er</i>)	T3	HD
AZULFIDINE (<i>sulfasalazine dr</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

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

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

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

HD – Puede requerir entrega a 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
TRAT. FARMAC.-INFLAM. CRÓNICA DIAG. DE COLON, 5-AMINOSALICILATO (cont.)		
<i>sulfasalazine</i> (Azulfidine)	T1	HD
AGONISTAS DEL RECEPTOR X FARNESOIDE (FXR), ANÁLOGOS DEL ÁCIDO BILIAR		
OCALIVA	T3	PA SP HD
ENZIMAS GÁSTRICAS		
SUCRAID	T3	PA SP
INHIBIDORES DE LOS RECEPTORES DE HISTAMINA H2		
<i>cimetidine</i>	T1	HD
<i>cimetidine hcl</i>	T1	HD
<i>famotidine</i>	T1	HD
<i>nizatidine</i>	T1	HD
<i>ranitidine hcl</i>	T1	HD
AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE, COMB. DE AGONISTAS/ANTAGONISTAS DE RECEPT. OPIOIDES		
VIBERZI	T2	HD
AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE-C/CIC, AGONISTAS DE LA GUANILATO CICLASA C		
LINZESS	T2	
TRULANCE	T2	
ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE LA INTEGRINA, ANTICUERPOS MONOCLONALES		
ENTYVIO	T2	PA SP HD
ESTIMULANTES DE LA MOTILIDAD INTESTINAL		
<i>metoclopramide hcl</i>	T1	
<i>metoclopramide hcl</i> (Reglan)	T1	
REGLAN (<i>metoclopramide hcl</i>)	T3	
AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE, ANTAGONISTAS DEL 5-HT3		
<i>alosetron hcl</i>	T1	SP HD
LAXANTES Y CATÁRTICOS		
<i>bisac/nacl/nahco3/kcl/peg 3350</i>	T1	PPACA
CLENPIQ	T2	PPACA
<i>lactulose</i>	T1	
<i>lactulose 10 gm/15 ml solution</i>	T1	
<i>lactulose 20 gm/30 ml solution</i>	T1	
<i>lubiprostone</i> (Amitiza)	T1	
NULYTELY	T3	PPACA
<i>peg3350/sod sul/nacl/kcl/asb/c</i>	T1	PPACA

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
LAXANTES Y CATÁRTICOS (cont.)		
<i>peg3350/sod sulf, bicarb, cl/kcl</i>	T1	PPACA
PREPOIK	T2	PPACA
<i>sodium chloride/nahco3/kcl/peg</i>	T1	PPACA
SUTAB	T2	PPACA
PREPARACIONES ANORRECTALES LOCALES CON NITRATO		
RECTIV	T3	
ENZIMAS PANCREÁTICAS		
PANCREAZE	T2	HD
VIOKACE	T3	HD
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES		
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 (Dexilant)</i>	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 (Prevacid)</i>	T1	QL (2 caps/day) HD
<i>lansoprazole dr 30 mg capsule (Prevacid)</i>	T1	QL (30 caps/30 days) HD
<i>lansoprazole odt 15 mg tablet</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
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	HD
<i>omeprazole dr 40 mg capsule</i>	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>pantoprazole 40 mg suspension (Protonix)</i>	T1	QL (1 dose/day) HD
<i>pantoprazole sod dr 20 mg tab (Protonix)</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>pantoprazole sod dr 40 mg tab (Protonix)</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
PREVACID DR 15 MG CAPSULE (<i>lansoprazole</i>)	T3	QL (60 caps/30 days) ST HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (cont.)		
PREVACID 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
PREPARACIONES RECTALES		
<i>hydrocortisone acetate</i>	T1	
SBS - ANÁLOGOS DEL PÉPTIDO SIMILAR AL GLUCAGÓN TIPO 2 (GLP-2)		
GATTEX	T4	PA SP HD
GASTROINTESTINALES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
PREP. PARA LAS HEMORROIDES, ANTIINFLAM. ESTEROIDEOS-ANEST. LOCALES		
ANA-LEX	T1	
<i>hydrocortisone/lidocaine/aloe</i>	T1	
<i>hydrocortisone/pramoxine</i> (Analpram Hc)	T1	
<i>lidocaine/hydrocortisone ac</i>	T1	
LIDOCAINE-HYDROCORTISONE	T1	
PROCORT	T3	
PROCTOFOAM-HC	T2	
PREP. RECTALES/DE COLON, GLUCOCORT. (NO HEMORR.)		
<i>budesonide 2 mg rectal foam</i>	T1	QL(2 KITS/180 DAYS)
CORTENEMA (<i>hydrocortisone</i>)	T3	
<i>hydrocortisone</i> (Cortenema)	T1	
HORMONAS (Agentes hormonales)		
INHIBIDORES DE ESTEROIDES ADRENALES		
ISTURISA	T3	PA QL (2 TABS/DAY) SP
PREP. DE ANDRÓGENOS/ESTRÓGENOS PARA DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA		
INTRAROSA	T3	
AGENTES ANDROGÉNICOS		
ANADROL-50	T2	PA
ANDRODERM	T2	PA QL (1 patch/day)
ANDROGEL 1% (25 MG/2.5 G) PKT (<i>testosterone</i>)	T3	PA QL (150gm/30 days)

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANDROGÉNICOS (cont.)		
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</i> (Testred)	T1	
<i>oxandrolone</i>	T1	PA
<i>testosterone 1% (25mg/2.5g) pk</i> (Androgel)	T1	PA QL (150gm/30 days)
<i>testosterone 1% (50 mg/5 g) pk</i> (Testosterone)	T1	PA QL (2 packs/day)
<i>testosterone 1.62% (2.5 g) pkt</i> (Androgel)	T1	PA QL (150gm/30 days)
<i>testosterone 1.62% gel pump</i> (Androgel)	T1	PA QL (150gm/30 days)
<i>testosterone 1.62%(1.25 g) pkt</i> (Androgel)	T1	PA QL (2 packs/day)
<i>testosterone 10 mg gel pump</i>	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)
TESTRED (<i>methyltestosterone</i>)	T3	
HORMONAS ANTIDIURÉTICAS Y VASOCONSTRICTORAS		
<i>desmopressin</i> (nonrefrigerated)	T1	
<i>desmopressin acetate</i>	T1	
NOCTIVA	T3	PA
STIMATE	T2	SP
COMBINACIONES DE ESTRÓGENOS Y PROGESTINAS		
BIJUVA	T3	
COMBINACIONES DE ESTRÓGENOS/ANDRÓGENOS		
<i>estrogen, ester/me-testosterone</i>	T1	HD
AGENTES ESTROGÉNICOS		
ACTIVELLA (<i>mimvey lo</i>)	T3	HD

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ESTROGÉNICOS (cont.)		
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 (Climara)</i>	T1	HD
<i>estradiol (Vivelle-dot)</i>	T1	QL (8 PATCHES/21) DAYS HD
<i>estradiol (Vivelle-dot)</i>	T1	QL (16 patches/28 days) HD
<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</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>Jyllana</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>Jyllana</i>)	T3	QL (16 patches/28 days) HD

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
COMB. DE ESTRÓGENOS-PROGESTINAS CON ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES PARA MINERALOCORTICOIDES		
ANGELIQ	T3	HD
COMB. DE ESTRÓGENOS Y MOD. SELECTIVOS DE RECEPTORES ESTROGÉN. (SERM)		
DUAVEE	T2	
GLUCOCORTICOIDES		
<i>budesonide</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	
HORMONA LIBERADORA DE HORMONA DEL CRECIMIENTO (GHRH) Y ANÁLOGOS		
EGRIFTA	T4	PA SP HD
EGRIFTA SV	T4	PA SP HD
HORMONAS DEL CRECIMIENTO		
GENOTROPIN	T4	PA SP HD

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HORMONAS DEL CRECIMIENTO (cont.)		
NORDITROPIN FLEXPRO	T4	PA SP HD
SEROSTIM	T4	PA SP
SKYTROFA	T4	PA SP
ZORBTIVE	T2	PA SP HD
HORMONAS DE FACTOR DE CRECIMIENTO INSULÍNICO TIPO I (IGF-I)		
INCRELEX	T4	PA SP HD
COMB. DE PROGESTINA Y ANÁLOGOS AGONISTAS DE LA LHRH (GNRH)		
LUPANETA PACK	T3	PA SP HD
ANÁLOGOS AGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), SUPRESORES HIPOFISARIOS		
LUPRON DEPOT	T2	PA SP HD
COMB. DE PROGESTINA Y ESTRÓGENOS ANTAGONISTAS DE LA LHRH (GNRH)		
MYFEMBREE	T2	PA QL (24 MONTH THERAPY)
ORIAHNN	T2	PA QL (2 CAPSULES/DAY)
ANTAGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), AGENTES SUPRESORES HIPOFISARIOS		
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)
SUP. HIPOF. AGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), PUBERTAD PRECOZ CENTRAL		
FENSOLVI	T3	PA SP
LUPRON DEPOT-PED	T2	PA SP HD
MINERALOCORTICOIDES		
<i>fludrocortisone acetate</i>	T1	HD
OXITÓCICOS		
CERVIDIL	T3	
<i>methylergonovine maleate</i>	T1	
PREPIDIL	T3	
PROSTIN E2 VAGINAL SUPPOSITORY	T3	
AGENTES SUPRESORES HIPOFISARIOS		
<i>cabergoline</i>	T1	QL (16 tabs/28 days) HD
<i>danazol</i>	T1	HD
AGENTES PROGESTACIONALES		
AYGESTIN (<i>norethindrone acetate</i>)	T3	HD

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PROGESTACIONALES (cont.)		
CRINONE 4% GEL	T3	PA HD
DEPO-PROVERA 400 MG/ML VIAL	T3	HD
<i>medroxyprogesterone 10 mg tab</i> (Provera)	T1	HD
<i>medroxyprogesterone 2.5 mg tab</i> (Provera)	T1	HD
<i>medroxyprogesterone 5 mg tab</i> (Provera)	T1	HD
<i>norethindrone acetate</i> (Aygestin)	T1	HD
<i>progesterone, micronized</i> (Prometrium)	T1	HD
PROMETRIUM (<i>progesterone</i>)	T3	HD
PROVERA (<i>medroxyprogesterone acetate</i>)	T3	HD
AGENTES SOMATOSTÁTICOS		
BYNFEZIA	T4	PA SP
<i>octreotide acetate</i>	T1	PA SP HD
<i>octreotide acetate</i> (Sandostatin)	T1	PA SP HD
SANDOSTATIN (<i>octreotide acetate</i>)	T3	PA SP HD
SANDOSTATIN LAR DEPOT	T2	PA SP
SIGNIFOR	T4	PA SP
SIGNIFOR LAR	T3	PA SP
SOMATULINE DEPOT	T2	PA SP HD
ESTRÓGENOS VAGINALES PARA DISFUNCIÓN SEXUAL		
IMVEXXY 10 MCG MAINTENANCE PAK	T3	QL (16/28 days) HD
IMVEXXY 10 MCG STARTER PACK	T3	QL (36/28 days) HD
IMVEXXY 4 MCG MAINTENANCE PACK	T3	QL (16/28 days) HD
IMVEXXY 4 MCG STARTER PACK	T3	QL (36/28 days) HD
PREPARACIONES DE ESTRÓGENOS VAGINALES		
ESTRACE (<i>estradiol</i>)	T3	HD
<i>estradiol</i> (Vagifem)	T1	QL (36 tabs/28 days) HD
<i>estradiol 0.01% cream</i> (Estrace)	T1	HD
<i>estradiol 10 mcg vaginal insrt</i> (Vagifem)	T1	QL (36 tabs/28 days) HD
ESTRING	T2	QL (2 rings/90 days) HD
FEMRING	T3	HD
PREMARIN	T2	HD
VAGIFEM (<i>yuvafem</i>)	T3	QL (36 tabs/28 days) HD

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Infertilidad)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES PARA ESTIMULAR LA FERTILIDAD, SIN FSH		
<i>clomiphene citrate</i>	T1	
HORMONAS FOLICULOESTIMULANTES Y LUTEINIZANTES		
MENOPUR	T2	PA SP
HORMONA FOLICULOESTIMULANTE (FSH)		
FOLLISTIM AQ	T3	PA SP
GONAL-F	T2	PA SP
GONAL-F RFF	T2	PA SP
GONAL-F RFF REDI-JECT	T2	PA SP
GONADOTROPINA CORIÓNICA HUMANA (HCG)		
CHORIONIC GONAD 10,000 UNIT VL	T1	PA SP
CHORIONIC GONAD 12,000 UNIT VL	T1	SP
CHORIONIC GONAD 6,000 UNIT VL	T1	SP
NOVAREL	T2	PA SP
OVIDREL	T2	PA SP
PREGNYL	T2	PA SP
AGENTES PARA FACILITAR/MANTENER EL EMBARAZO, HORMONALES		
CRINONE 8% GEL	T3	
ENDOMETRIN	T2	
HORMONAS (Varias)		
ANÁLOGOS DE LA HORMONA LEPTINA		
MYALEPT	T4	PA SP HD
HORMONAS (Productos para la osteoporosis)		
AGENTES QUE ESTIMULAN LA FORMACIÓN DE HUESO - PÉPTIDOS LIB. DE PTH		
TYMLOS	T4	PA QL (1 pen/30 days) SP HD
INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA		
<i>calcitonin, salmon, synthetic</i>	T1	HD
MIACALCIN	T2	HD
INMUNOSUPRESORES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
ANTAGONISTAS ALFA DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-4 (IL-4), ANTICUERPOS MONOCLONALES		
DUPIXENT PEN	T2	PA SP HD
DUPIXENT SYRINGE	T2	PA SP HD
INTERLEUKIN-6 (IL INHIBIDORES DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-6 (IL-6)-6) RECEPTOR INHIBITORS		
ACTEMRA	T4	PA QL (4 syringes/28 days) SP HD

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

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

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

HD – Puede requerir entrega a 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.)

ACTEMRA ACTPEN	T4	PA QL (4 pens/28 days) SP HD
ENSPRYNG	T4	PA SP HD
KEVZARA 150 MG/1.14 ML PEN INJ	T3	PA QL (2 pens/28 days) SP HD
KEVZARA 150 MG/1.14 ML SYRINGE	T3	PA QL (2 syringes/28 days) SP HD
KEVZARA 200 MG/1.14 ML PEN INJ	T3	PA QL (2 pens/28 days) SP HD
KEVZARA 200 MG/1.14 ML SYRINGE	T3	PA QL (2 syringes/28 days) SP HD

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

STELARA 45 MG/0.5 ML SYRINGE	T4	PA QL (1 syringe/84 days) SP HD
STELARA 45 MG/0.5 ML VIAL	T4	PA QL (1 vial/84 days) SP HD
STELARA 90 MG/ML SYRINGE	T4	PA QL (1 syringe/84 days) SP HD

INMUNOSUPRESORES (Condiciones cutáneas)

AGENTES INMUNOSUPRESORES TÓPICOS

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

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 0.25 mg tablet</i> (Zortress)	T1	SP HD
<i>everolimus 0.5 mg tablet</i> (Zortress)	T1	SP HD
<i>everolimus 0.75 mg tablet</i> (Zortress)	T1	SP HD
IMURAN (<i>azathioprine</i>)	T3	SP HD
<i>mycophenolate mofetil</i> (Cellcept)	T1	SP HD
<i>mycophenolate sodium</i> (Myfortic)	T1	SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

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

INMUNOSUPRESORES (cont.)		
MYFORTIC (<i>mycophenolic acid</i>)	T3	SP HD
NEORAL (<i>engraf</i>)	T3	SP HD
PROGRAF	T3	SP HD
PROGRAF (<i>tacrolimus</i>)	T3	SP HD
RAPAMUNE (<i>sirolimus</i>)	T3	SP HD
<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
<i>tacrolimus 5 mg capsule</i> (ir) (Prograf)	T1	SP HD
ZORTRESS	T3	SP HD
ZORTRESS (<i>everolimus</i>)	T3	SP HD

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes)

SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS		
CEQR SIMPLICITY	T3	
CEQR SIMPLICITY INSERTER	T3	
DEXCOM G6 RECEIVER	T2	PA QL (1 syringe/365 days)
DEXCOM G6 SENSOR	T2	PA QL (3/30 days)
DEXCOM G6 TRANSMITTER	T2	PA QL (1 syringe/67 days)
DEXCOM G7 RECEIVER	T2	PA QL(1 unit/365 days)
DEXCOM G7 SENSOR	T2	PA QL(3 sensors/30 days)
ENLITE SERTER	T1	
FREESTYLE LIBRE 10 DAY READER	T2	PA QL (1 READER/DAY)
FREESTYLE LIBRE 10 DAY SENSOR	T2	PA QL (3/30 days)
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER	T2	PA QL (1 READER/DAY)
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR	T2	PA QL (2/28 days)
FREESTYLE LIBRE 2 READER	T2	PA QL (1 READER/DAY)
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR	T2	PA QL (2 SENSORS/21 DAYS)
GLUCOCOM AUTOLINK	T1	
GUARDIAN RT CHARGER	T1	
GUARDIAN RT STARTER KIT	T1	
GUARDIAN RT SYSTEM	T1	
GUARDIAN TEST PLUG	T1	
HUMAPEN LUXURA HD	T1	

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)		
INPEN (FOR HUMALOG)	T1	
INPEN (FOR NOVOLOG OR FIASP)	T1	
NOVOPEN ECHO	T1	
OMNIPOD CLASSIC (GEN 3 & 4) kit	T2	PA QL (1 kit/365 days)
OMNIPOD CLASSIC (GEN 3 & 4) pods	T2	PA QL (30 pods/30 days)
OMNIPOD DASH 5 PACK POD	T2	PA QL (6 boxes/30 days)
REPLACEMENT PEDIATRIC MONITOR	T1	
SEN-SERTER	T1	
V-GO 20, 30, 40	T2	
JERINGAS Y ACCESORIOS		
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		
VERIFINE PEN NEEDLE	T1	
DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Varios)		
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I)		
MOBILE LANCETS	T1	
ONETOUCH ULTRASOFT 2 LANCET	T1	
PRO COMFORT SAFETY LANCET	T1	
AYUDAS, DISPOSITIVOS, EQUIPOS RESPIRATORIOS		
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER	T2	QL (1 unit/year)
AEROCHAMBER MINI	T2	QL (1 unit/year)
AEROCHAMBER MV	T2	QL (1 unit/year)
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU	T2	QL (1 unit/year)
AEROCHAMBER WITH FLOWSIGNAL	T2	QL (1 unit/year)
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS	T2	QL (1 unit/year)

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

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

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

HD – Puede requerir entrega a 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
AYUDAS, DISPOSITIVOS, EQUIPOS RESPIRATORIOS (cont.)		
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)

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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
AYUDAS, DISPOSITIVOS, EQUIPOS RESPIRATORIOS (cont.)		
SPACE CHAMBER	T2	QL (1 unit/year)
SPACE CHAMBER-LARGE MASK	T2	QL (1 unit/year)
SPACE CHAMBER-MEDIUM MASK	T2	QL (1 unit/year)
SPACE CHAMBER-SMALL MASK	T2	QL (1 unit/year)
VORTEX	T2	QL (1 unit/year)
VORTEX HOLDING CHAMBER-CHILD	T2	QL (1 unit/year)
VORTEX HOLDING CHAMBER-TODDLER	T2	QL (1 unit/year)
VORTEX VHC FROG MASK	T2	QL (1 unit/year)
VORTEX VHC LADYBUG MASK	T2	QL (1 unit/year)

RELAJANTES MUSCULARES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)

RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS		
<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

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

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

HD – Puede requerir entrega a 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
PREPARACIONES DE VITAMINAS PRENATALES		
ATABEX EC	T2	
CITRANATAL 90 DHA	T2	
CITRANATAL ASSURE	T2	
CITRANATAL DHA	T2	
CITRANATAL HARMONY	T2	
CITRANATAL RX	T2	
OBSTETRIX EC	T2	
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 (Obtrex Dha)</i>	T1	
PRENATAL 19	T1	
<i>prenatal 34/iron/folic/dss/dha</i>	T1	
<i>prenatal vits15/iron/folic/dss</i>	T1	
VITAFOL FE+	T2	
MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar)⁸		
ANTIDEPRESIVOS ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES ALFA 2		
<i>mirtazapine</i>	T1	HD
<i>mirtazapine (Remeron)</i>	T1	HD
MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS - BENZODIAZEPINAS		
<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	

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar) ⁸ (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS - BENZODIAZEPINAS (cont.)		
<i>diazepam 5 mg/5 ml solution</i>	T1	
<i>diazepam 5 mg/ml oral conc</i>	T1	
<i>lorazepam</i>	T1	
<i>oxazepam</i>	T1	
TRANXENE T-TAB (<i>clorazepate dipotassium</i>)	T3	
VALIUM (<i>diazepam</i>)	T3	
XANAX (<i>alprazolam</i>)	T3	
XANAX XR (<i>alprazolam xr</i>)	T3	
MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS		
<i>buspirone hcl</i>	T1	
<i>meprobamate</i>	T1	
ANTIDEPRESIVOS - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES NMDA		
SPRAVATO	T3	PA SP
MEDICAMENTOS PARA TRASTORNO BIPOLAR		
EQUETRO	T3	HD
<i>lithium carbonate</i>	T1	HD
<i>lithium carbonate (Lithobid)</i>	T1	HD
<i>lithium citrate</i>	T1	HD
MAOI - ANTIDEPRESIVOS NO SELECTIVOS E IRREVERSIBLES		
MARPLAN	T3	QL (12 tabs/day)
<i>phenelzine sulfate (Nardil)</i>	T1	
<i>tranylcypromine sulfate</i>	T1	
ANTIDEPRESIVOS INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA (MAO)		
EMSAM 12 MG/24 HOURS PATCH	T3	QL (1 patch/day)
EMSAM 6 MG/24 HOURS PATCH	T3	QL (2 patches/day)
EMSAM 9 MG/24 HOURS PATCH	T3	QL (1 patch/day)
INHIB. DE LA RECAPT. DE NOREPINEFRINA Y DOPAMINA (NDRI)		
<i>bupropion hcl 100 mg tablet</i>	T1	QL (4 tabs/day) HD
<i>bupropion hcl 75 mg tablet</i>	T1	QL (6 tabs/day) HD
<i>bupropion hcl sr 100 mg tablet (Wellbutrin Sr)</i>	T1	QL (4 tabs/day) HD
<i>bupropion hcl sr 150 mg tablet (Wellbutrin Sr)</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>bupropion hcl sr 200 mg tablet (Wellbutrin Sr)</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>bupropion hcl xl 150 mg tablet</i>	T1	QL (3 tabs/day) HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar) ⁸ (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIB. DE LA RECAPT. DE NOREPINEFRINA Y DOPAMINA (NDRI) (cont.)		
<i>bupropion hcl xl 300 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
BUPROPION HCL XL 450 MG TABLET	T1	QL (1 tab/day) HD
AGONISTAS INVERSOS SELECTIVOS DE SEROTONINA 5-HT2A (SSIA)		
NUPLAZID	T3	PA SP HD
INHIBIDOR SELECTIVO DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (SSRI)		
<i>citalopram hbr 10 mg tablet (Celexa)</i>	T1	QL (6 tabs/day) HD
<i>citalopram hbr 10 mg/5 ml soln</i>	T1	QL (30ml/day) HD
<i>citalopram hbr 20 mg tablet (Celexa)</i>	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>citalopram hbr 20 mg/10 ml sol</i>	T1	QL (30ml/day) HD
<i>citalopram hbr 40 mg tablet (Celexa)</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>escitalopram 10 mg tablet</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 (Prozac)</i>	T1	QL (8 caps/day) HD
<i>fluoxetine hcl 10 mg tablet (Sarafem)</i>	T1	HD
<i>fluoxetine hcl 20 mg capsule (Prozac)</i>	T1	QL (4 caps/day) HD
<i>fluoxetine hcl 20 mg tablet</i>	T1	HD
<i>fluoxetine hcl 40 mg capsule (Prozac)</i>	T1	QL (2 caps/day) HD
<i>fluoxetine hcl 60 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>fluvoxamine er 100 mg capsule</i>	T1	QL (3 caps/day) HD
<i>fluvoxamine er 150 mg capsule</i>	T1	QL (2 caps/day) HD
<i>fluvoxamine maleate 100 mg tab</i>	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>fluvoxamine maleate 25 mg tab</i>	T1	QL (12 tabs/day) HD
<i>fluvoxamine maleate 50 mg tab</i>	T1	QL (6 tabs/day) HD
<i>paroxetine cr 12.5 mg tablet (Paxil Cr)</i>	T1	QL (6 tabs/day) HD
<i>paroxetine cr 25 mg tablet (Paxil Cr)</i>	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>paroxetine cr 37.5 mg tablet (Paxil Cr)</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>paroxetine er 12.5 mg tablet (Paxil Cr)</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>paroxetine er 25 mg tablet (Paxil Cr)</i>	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>paroxetine er 37.5 mg tablet (Paxil Cr)</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>paroxetine hcl 10 mg tablet (Paxil)</i>	T1	QL (6 tabs/day) HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar) ⁸ (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDOR SELECTIVO DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (SSRI) (cont.)		
<i>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
INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN/ANTAGONISTAS DE LA SEROTONINA-2 (SARI)		
<i>nefazodone hcl</i>	T1	HD
<i>trazodone hcl</i>	T1	HD
INHIB. DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA-NOREPINEFRINA (SNRI)		
<i>desvenlafaxine 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 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

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIB. DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA-NOREPINEFRINA (SNRI) (cont.)		
<i>venlafaxine hcl er 37.5 mg cap</i> (Effexor Xr)	T1	QL (8 caps/day) HD
<i>venlafaxine hcl er 37.5 mg tab</i>	T1	QL (8 tabs/day) HD
<i>venlafaxine hcl er 75 mg cap</i> (Effexor Xr)	T1	QL (4 caps/day) HD
<i>venlafaxine hcl er 75 mg tab</i>	T1	QL (4 tabs/day) HD
SSRI Y ANTIDEPRESIVOS AGONISTAS PARCIALES DE 5HT1A		
VIIBRYD 10 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) 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
SSRI, ANTIDEPRESIVOS MODULADORES DE RECEPTORES DE SEROTONINA		
TRINTELLIX 10 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST HD
TRINTELLIX 20 MG TABLET	T3	ST HD
TRINTELLIX 5 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST HD
COMBINACIONES DE ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS-BENZODIAZEPINAS		
<i>amitriptyline/chlordiazepoxide</i>	T1	HD
COMBINACIONES DE ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS-FENOTIAZINAS		
<i>perphenazine/amitriptyline hcl</i>	T1	HD
ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS, INHIB. NO SELECT. DE LA RECAPTACIÓN REL.		
<i>amitriptyline hcl</i>	T1	HD
<i>amoxapine</i>	T1	HD
<i>clomipramine hcl</i>	T1	HD
<i>desipramine hcl</i>	T1	HD
<i>desipramine hcl</i> (Norpramin)	T1	HD
<i>doxepin 10 mg capsule</i>	T1	HD
<i>doxepin 10 mg/ml oral conc</i>	T1	HD
<i>doxepin 100 mg capsule</i>	T1	HD
<i>doxepin 150 mg capsule</i>	T1	HD
<i>doxepin 25 mg capsule</i>	T1	HD
<i>doxepin 50 mg capsule</i>	T1	HD
<i>doxepin 75 mg capsule</i>	T1	HD
<i>imipramine hcl</i>	T1	HD
<i>imipramine pamoate</i>	T1	HD
<i>maprotiline hcl</i>	T1	HD
<i>nortriptyline hcl</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

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

ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS, INHIB. NO SELECT. DE LA RECAPTACIÓN REL. (cont.)

<i>protriptyline hcl</i>	T1	HD
<i>trimipramine maleate</i>	T1	HD

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Trastorno de déficit de atención e hiperactividad)⁸

ADRENÉRGICOS, AROMÁTICOS, SIN CATECOLAMINAS

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)

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

<i>clonidine hcl</i> (Kapvay)	T1	
<i>guanfacine hcl</i> (Intuniv)	T1	

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

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)

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Trastorno de déficit de atención e hiperactividad)⁸ (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
TRAT. PARA EL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (ADHD)/NARCOLEPSIA (cont.)		
<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)
<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
<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

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Varios)

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

ADDY1	T3	PA QL (1 tab/day)
VYLEESI	T4	PA QL (8 injectors/30 days) SP

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Esquizofrenia/antipsicóticos) ⁸		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIPSIC., ANTAG. DE LA DOPAMINA, DIFENILBUTILPIPERIDINAS		
<i>pimozide</i>	T1	
ANTIPSICÓTICOS, ATÍPICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA		
CAPLYTA	T3	ST QL(1 TABS/CAPS/DAY)
<i>lurasidone hcl tablet</i>	T1	QL(1 tab/day)
<i>asenapine maleate</i> (Saphris)	T1	
<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
LATUDA 120 MG TABLET	T2	
LATUDA 20 MG TABLET	T2	
LATUDA 40 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day)
LATUDA 60 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day)
LATUDA 80 MG TABLET	T2	
<i>olanzapine</i>	T1	
<i>paliperidone er 1.5 mg tablet</i> (Invega)	T1	
<i>paliperidone er 3 mg tablet</i> (Invega)	T1	QL (1 tab/day)
<i>paliperidone er 6 mg tablet</i> (Invega)	T1	
<i>paliperidone er 9 mg tablet</i> (Invega)	T1	
<i>quetiapine fumarate</i> (Seroquel Xr)	T1	
<i>quetiapine fumarate</i> (Seroquel)	T1	

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Esquizofrenia/antipsicóticos)⁸ (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIPSICÓTICOS, ATÍPICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA (cont.)		
RISPERDAL (<i>risperidone</i>)	T3	ST
<i>risperidone</i>	T1	
<i>risperidone</i> (Risperdal)	T1	
SAPHRIS (<i>asenapine maleate</i>)	T3	ST
SECUADO	T3	ST
SEROQUEL (<i>quetiapine fumarate</i>)	T3	ST
SEROQUEL XR (<i>quetiapine fumarate er</i>)	T3	ST
<i>ziprasidone hcl</i>	T1	
ANTIPSICÓTICOS-ATÍPICOS, AG. PARCIAL DE D3/D2-5HT MIXTOS		
VRAYLAR 1.5 MG CAPSULE	T3	QL (1 cap/day) ST
VRAYLAR 1.5 MG-3 MG PACK	T3	ST
VRAYLAR 3 MG CAPSULE	T3	QL (1 cap/day) ST
VRAYLAR 4.5 MG CAPSULE	T3	ST
VRAYLAR 6 MG CAPSULE	T3	ST
ANTIPSICÓTICOS-ATÍPICOS, AG. PARCIAL DE D2/5HT MIXTOS		
<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
ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA		
<i>loxapine succinate</i>	T1	
ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, TIOXANTENOS		
<i>thiothixene</i>	T1	

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Esquizofrenia/antipsicóticos)⁸ (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, BUTIROFENONAS		
<i>haloperidol</i>	T1	
<i>haloperidol lactate</i>	T1	
ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, DIHIDROINDOLONAS		
<i>molindone hcl</i>	T1	
ANTIPSICÓTICOS, FENOTIAZINAS		
<i>chlorpromazine hcl</i>	T1	
<i>fluphenazine hcl</i>	T1	
<i>perphenazine</i>	T1	
<i>thioridazine hcl</i>	T1	
<i>trifluoperazine hcl</i>	T1	
SSRI-ANTIPSIC., ATÍPICOS, ANTAG. DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA		
<i>olanzapine/fluoxetine hcl</i>	T1	
<i>olanzapine/fluoxetine hcl (Symbyax)</i>	T1	
MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Trastornos del sueño/sedantes)		
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA NARCOLEPSIA Y LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO		
<i>armodafinil</i>	T1	PA
<i>modafinil</i>	T1	PA
SUNOSI	T2	PA QL (1 tab/day)
AGENTE TIPO SEDANTE ANTINARCOLEPSIA Y ANTICATAPLEXIA		
LUMRYZ	T3	PA QL (30 pkts/30 days) SP
XYREM	T3	PA SP HD
XYWAV	T3	PA SP HD
BARBITÚRICOS		
<i>phenobarbital</i>	T1	
<i>secobarbital sodium</i>	T3	PA
HIPNÓTICOS, AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA MELATONINA MT1/MT2		
HETLIOZ	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 HD
HIPNÓTICOS SEDANTES - BENZODIAZEPINAS		
DORAL	T3	
<i>estazolam</i>	T1	

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Trastornos del sueño/sedantes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HIPNÓTICOS SEDANTES - BENZODIAZEPINAS		
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	
HIPNÓTICOS SEDANTES, NO BARBITÚRICOS		
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	
SILENOR 6 MG TABLET (<i>doxepin hcl</i>)	T3	ST
<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	
AGENTE TIPO SEDANTE ANTINARCOLEPSIA Y ANTICATAPLEXIA		
SODIUM OXYBATE	T3	PA QL(18 MLS/DAY) SP HD
PREPARACIONES CUTÁNEAS (Varias)		
IRRIGANTES		
<i>acetic acid</i>	T1	
<i>neomycin sulf/polymyxin b sulf</i>	T1	
PHYSIOLYTE	T3	
PHYSIOSOL	T3	
<i>ringer's solution</i>	T1	
<i>ringer's solution, lactated</i>	T1	
<i>sod, pot chlor/mag/sod, pot phos</i>	T3	
<i>sodium chloride irrig solution</i>	T1	
SORBITOL	T1	
SORBITOL-MANNITOL	T1	
VASHE WOUND	T3	
VASHE WOUND THERAPY	T3	
<i>water for irrigation, sterile</i>	T1	

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Varias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES OXIDANTES		
<i>hydrogen peroxide</i>	T1	
PREPARACIONES CUTÁNEAS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
AGENTES ANTIPSORIÁSICOS, SISTÉMICOS		
<i>acitretin</i>	T1	
COSENTYX	T3	PA QL SP
ILUMYA	T3	PA QL (1 syringe/84 days) SP HD
SILIQ	T4	PA QL (2 syringes/15 days) SP
<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
SOTYKTU	T3	PA QL (1 tab/day) SP
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	T4	PA QL (1 injector/56 days) SP HD
TREMFYA 100 MG/ML SYRINGE	T4	PA QL (1 syringe/56 days) SP HD
ANTIINFLAMATORIOS TÓPICOS, ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS		
<i>diclofenac sodium 1% gel</i> (Voltaren)	T1	QL (1000gm/30 days) HD
LICART	T2	PA QL (1 patch/day) HD
PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas)		
AGENTES ANTIACNÉ, SISTÉMICOS		
ACCUTANE	T1	
AMNESTEEM	T1	
CLARAVIS	T1	
isotretinoin	T1	
MYORISAN	T1	
ZENATANE	T1	
AGENTES ANTIACNÉ, TÓPICOS		
<i>adapalene/benzoyl peroxide</i>	T1	
<i>clindamycin phos/benzoyl perox</i>	T1	
<i>clindamycin/tretinoin</i>	T1	
<i>dapsone</i>	T1	

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIACNÉ, TÓPICOS (cont.)		
KLARON (<i>sulfacetamide sodium</i>)	T3	
<i>sulfacetamide sodium</i> (Klaron)	T1	
ANTITRANSPIRANTES		
DRYSOL	T2	
ANTIPRURIGINOSOS, TÓPICOS		
ALEVICYN PLUS	T3	
AGENTES ANTIPSORIÁSICOS		
<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	
AGENTES ANTISEBORREICOS		
<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	
ANTISÉPTICOS, VARIOS		
GUAIACOL	T1	
PREPARACIONES PARA ÚLCERAS POR DIABETES, TÓPICAS		
REGRANEX	T3	PA QL (2 tubs/30 days)
EMOLIENTES		
ATOPICLAIR	T3	
<i>emollient combination no.35</i> (Mimyx)	T1	
<i>emollient combination no.60</i> (Restizan)	T1	
<i>emollient combination no.60</i> (Restizan)	T3	
HALUCORT	T3	
MIMYX (<i>prumyx</i>)	T3	
RESTIZAN	T1	
<i>vite ac/grape/hyaluronic acid</i> (Atopiclair)	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EMOLIENTES (cont.)		
XCLAIR	T3	
INMUNOMODULADORES		
<i>imiquimod</i>	T1	
RUBEFACIENTES/CONTRAIRRITANTES		
<i>methyl salicylate</i>	T1	
QUTENZA	T3	
QUERATOLÍTICOS		
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	

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
QUERATOLÍTICOS (cont.)		
URAMAXIN	T3	
URAMAXIN (<i>urea</i>)	T3	
<i>urea</i>	T1	
<i>urea</i> (Hydro 35)	T1	
<i>urea</i> (Hydro 40)	T3	
<i>urea</i> (Uramaxin)	T1	
<i>urea</i> (Xurea)	T1	
XUREA	T3	
PROTECTORES		
PHARMABASE BARRIER	T1	
<i>polydimethylsiloxanes/silicon</i>	T1	
<i>protectives2/ceramide 1,3,6-ii</i>	T1	
RADIAPLEXRX	T3	
<i>zinc oxide</i>	T1	
AGENTES PARA LA ROSÁCEA, TÓPICOS		
<i>azelaic acid</i>	T1	
<i>ivermectin</i>	T1	
<i>metronidazole</i>	T1	
ADHESIVOS PARA TEJIDOS/HERIDAS		
ARTISS	T3	
SURGISEAL STYLUS	T3	
SURGISEAL TEARDROP	T3	
SURGISEAL TWIST	T3	
TISSEEL VHSD	T3	
ANTIINFLAM. TÓPICO, INHIB. DE LA FOSFODIESTERASA-4 (PDE4)		
EUCRISA	T2	
AGENTES TÓPICOS, VARIOS		
GORDON'S UREA	T3	
MEDIHONEY	T3	
SAF-CLENS AF	T1	
<i>trichloroacetic acid</i>	T3	
TRICHLOROACETIC ACID	T1	
DERIVADOS DE LA PLEUROMUTILINA, ANTIBIÓTICOS TÓPICOS		
ALTABAX	T3	

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS		
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</i> (Luxiq)	T1	
<i>betamethasone/propylene glyc</i>	T1	
<i>betamethasone/propylene glyc</i> (Diprolene)	T1	
BRYHALI	T3	ST
CAPEX SHAMPOO	T3	ST
<i>clobetasol propionate</i>	T1	
<i>clobetasol propionate</i> (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
DESONATE (<i>desonide</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	

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS (cont.)		
<i>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 prop 0.05% cream</i>	T1	
<i>halobetasol prop 0.05% ointmnt</i>	T1	
<i>hydrocortisone</i>	T1	
<i>hydrocortisone (Ala-scalp)</i>	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	
NUCORT	T3	ST
<i>prednicarbate (Dermatop)</i>	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
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS-ANESTÉSICOS LOCALES		
ANALPRAM HC	T3	
EPIFOAM	T3	
<i>hydrocortisone/pramoxine (Pramosone)</i>	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	

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS-ANESTÉSICOS LOCALES (cont.)		
PRAMOSONE 2.5%-1% LOTION	T3	
PRAMOSONE 2.5%-1% OINTMENT	T2	
ANTIPARASITARIOS TÓPICOS		
<i>lindane</i>	T1	
<i>malathion</i> (Ovide)	T1	
OVIDE (<i>malathion</i>)	T3	
PREPARACIONES ANTIBACTERIANAS TÓPICAS		
<i>dermazene cream</i>	T1	
DERMAZENE CREAM PACKET	T3	
<i>hydrocortisone/iodoquinol</i>	T1	
<i>hydrocortisone/iodoquinol/aloe</i>	T1	
<i>iodine/potassium iodide</i>	T1	
<i>iodine/sodium iodide</i>	T1	
IODOFLEX	T3	
IODOSORB	T3	
<i>silver nitrate</i>	T1	
ANÁLOGOS DE VIT. D/ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS		
<i>calcipotriene/betamethasone</i>	T1	
ENZIMAS TÓPICAS/DE LAS MEMBR. MUCOSAS/ SUBCUT.		
SANTYL	T2	QL (60gm/30 days)
DERIVADOS DE LA VITAMINA A		
<i>adapalene</i>	T1	PA
<i>adapalene</i> (Plixda)	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

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

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

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

HD – Puede requerir entrega a 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 PARA DEJAR DE FUMAR (Productos para dejar de fumar) ⁸		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR (ESTIM. GANGLIONARES, OTROS)		
NICOTROL	T2	PPACA
NICOTROL NS	T2	PPACA
AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR-AGONISTA PARCIAL DE LOS RECEPT. DE NICOTINA		
CHANTIX	T2	
AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR, OTROS		
<i>bupropion hcl sr 150 mg tablet</i>	T1	PPACA
PREPARACIONES PARA LA TIROIDES (Agentes hormonales)		
PREPARACIONES ANTITIROIDEAS		
<i>methimazole (Tapazole)</i>	T1	HD
<i>propylthiouracil</i>	T1	HD
TAPAZOLE (<i>methimazole</i>)	T3	HD
HORMONAS TIROIDEAS		
ARMOUR THYROID	T3	HD
CYTOMEL (<i>liothyronine sodium</i>)	T3	HD
LEVOTHYROXINE	T3	HD
<i>levothyroxine sodium (Synthroid)</i>	T1	HD
<i>levothyroxine sodium (Synthroid)</i>	T3	HD
<i>liothyronine sodium (Cytomel)</i>	T1	HD
SYNTHROID (<i>unithroid</i>)	T3	HD
<i>thyroid, pork</i>	T1	HD
<i>thyroid, pork (Armour Thyroid)</i>	T1	HD
<i>thyroid, pork (Wp Thyroid)</i>	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

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (SIDA/VIH)

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

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 CAP	T3	PA SP HD
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	T3	PA QL (3 tabs/day) SP HD

FIB. QUÍSTICA-POTENCIADOR DE LA REG. DE LA CONDUCC. 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

SURFACTANTES PULMONARES

CUROSURF	T3	
INFASURF	T3	
SURVANTA	T3	

MUCOLÍTICOS

PULMOZYME	T2	PA SP HD
-----------	----	----------

FIBROSIS PULMONAR - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS

OFEV	T2	PA SP HD
------	----	----------

INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS

JOENJA	T3	PA QL SP
VIJOICE 125mg,50mg	T3	PA QL (30tabs/30days) SP
VIJOICE 250mg	T3	PA QL (2 tabs/30 days) SP
ZOKINVY	T3	PA QL (4 CAPS/DAY) SP

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

INHIBIDORES DE LA TIROSINA QUINASA DEL BAZO

TAVALISSE	T3	PA SP
-----------	----	-------

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

ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA BRADIQUININA B2

<i>icatibant acetate</i>	T4	PA SP HD
--------------------------	----	----------

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

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

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

INHIBIDORES DE LA ESTERASA CI

BERINERT	T3	PA SP HD
CINRYZE	T3	PA SP HD
HAEGARDA	T4	PA SP HD
RUCONEST	T3	PA SP HD

INHIBIDORES DE CALICREÍNA PLASMÁTICA

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

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Cáncer)

AGENTES DE RESCATE/ANTÍDOTOS PARA QUIMIOTERAPIA

<i>leucovorin calcium</i>	T1	
MESNEX	T3	SP
VISTOGARD	T3	SP

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Productos dentales)

PREPARACIONES Y AYUDAS DENTALES

<i>chlorhexidine gluconate</i> (Peridex)	T1	
PERIDEX (<i>periogard</i>)	T1	
<i>triamcinolone acetonide</i>	T1	

INHIBIDORES DE LA COLAGENASA PERIODONTAL

<i>doxycycline hyclate</i>	T1	
----------------------------	----	--

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Disfunción eréctil)

MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL (ED)

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>varденаfil hcl</i>)	T3	QL (10 tabs/30 days) ST
MUSE	T2	PA QL (6/30 days)
PAPAVERINE-PHENTOLMN-ALPROSTDIL	T1	
PHENTOLAMINE-ALPROSTADIL	T1	

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Disfunción eréctil) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL (ED) (cont.)		
<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)
<i>vardenafil hcl</i>	T1	QL (10 tabs/30 days)
<i>vardenafil hcl</i> (Levitra)	T1	QL (10 tabs/30 days)
VIAGRA (<i>sildenafil citrate</i>)	T3	QL (6 tabs/30 days) ST
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones gastrointestinales/pirosis)		
CALCIMIMÉTICO, POTENCIADOR DEL CALCIO PARATIROIDEO		
<i>cinacalcet hcl</i>	T1	SP
AGENTES ORALES PARA LA MUCOSITIS/ESTOMATITIS		
ORAMAGICRX	T3	
AGENTES ESTIMULANTES DE LA SALIVA		
NUMOISYN	T3	
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Agentes hormonales)		
AGENTES QUE ESTIM. LA FORMACIÓN DE HUESO - HORMONA PARATIROIDEA		
FORTEO	T4	PA QL (3ML/21 DAY) SP HD
ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE LA HORMONA DE CRECIMIENTO		
SOMAVERT	T4	PA SP HD
AGENTES PARA EL TRAT. DEL HIPERPARATIROID. - TIPO ANÁLOGO DE VITAMINA D		
<i>doxercalciferol</i>	T1	
<i>paricalcitol</i>	T1	SP HD
<i>paricalcitol</i> (Zemplar)	T1	SP HD
RAYALDEE	T3	
ZEMPLAR (<i>paricalcitol</i>)	T3	SP HD
SUP. DE SÍNT. MENOPÁUSICOS-MODULADOR DE RECEPT. ESTROG. SELECT.		
OSPHENA	T3	HD
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios)		
ABORTIVOS-ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA PROGESTERONA		
MIFEPREX	T3	

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

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

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

HD – Puede requerir entrega a 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
ABORTIVOS-ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA PROGESTERONA (cont.)		
<i>mifepristone</i> (Mifeprex)	T1	
AGENTES PARA TRATAR LA PARÁLISIS PERIÓDICA - INHIB. DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA		
<i>dichlorphenamide</i> (Keveyis)	T1	PA SP
INHIBIDORES DE AMONÍACO		
CARBAGLU	T3	SP HD
AGENTES PARA LA AMILOIDOSIS-SUPRESIÓN DE LA TRANSTIRETINA (TTR)		
TEGSEDI	T4	PA SP HD
PREPARACIONES ANTIALCOHÓLICAS		
<i>acamprosate calcium</i>	T1	
ANTABUSE (<i>disulfiram</i>)	T3	
<i>disulfiram</i> (Antabuse)	T1	
ANTÍDOTOS, VARIOS		
CETYLEV	T3	
TRATAMIENTO ANTIFIBRÓTICO - ANÁLOGOS DE LA PIRIDONA		
<i>pirfenidone 267 mg capsule</i> (Esbriet)	T1	PA SP HD
AGENTES CRIOPRESERVANTES		
<i>dimethyl sulfoxide</i>	T1	
MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA TIROSINEMIA HEREDITARIA		
<i>nitisinone</i> (Orfadin)	T1	PA SP HD
NITYR	T2	PA SP
ORFADIN	T3	PA SP
ORFADIN (<i>nitisinone</i>)	T3	PA SP
MEDICAMENTOS PARA TRATAR DIAG. DE GAUCHER TIPO I, REDUCTORES DE SUSTRATOS		
CERDELGA	T2	PA SP HD
<i>miglustat</i> (Zavesca)	T1	PA SP HD
ZAVESCA (<i>miglustat</i>)	T3	PA SP HD
AGENTES PARA INHALACIÓN GENERALES		
HYPER-SAL	T3	
<i>nebusal 3% vial</i>	T1	
NEBUSAL 6% VIAL	T3	
<i>sodium chloride for inhalation</i>	T1	
<i>sodium chloride for inhalation</i> (Hyper-sal)	T1	
TRATAMIENTO DE TRASTORNO GENÉTICO - TRATAMIENTO POR DEFICIENCIA DE PROTEÍNA SMN		
EVRYSDI	T3	PA SP HD

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

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

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

HD – Puede requerir entrega a 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
INHIBIDORES DE LA INTERLEUCINA-13 (IL-13), ANTICUERPOS MONOCLONALES		
ADBRY	T2	PA SP HD
SUPRESORES DE LOS SÍNTOMAS MENOPÁUSICOS - SSRI		
<i>paroxetine mesylate</i>	T1	QL (1 cap/day) HD
REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, HIPOFOSFATASIA		
STRENSIQ	T4	PA SP
REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, DEFICIENCIA DEL COFACTOR DE MOLIBDENO		
NULIBRY	T3	PA SP
AGENTES PARA TRATAR LA INTOXIC. POR METALES		
CHEMET	T3	
<i>deferasirox (Exjade)</i>	T1	SP HD
<i>deferasirox (Jadenu Sprinkle)</i>	T1	SP HD
<i>deferasirox (Jadenu)</i>	T1	SP HD
<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
PÉPTIDOS NATRIURÉTICOS		
VOXZOGO	T4	PA SP HD
BASES PARA POMADAS/CREMAS		
RADIAGEL	T1	
CHAPERÓN FARMACOLÓGICO-ESTAB. DE LA ALFA-GALACTOSIDASA A		
GALAFOLD	T3	PA SP HD
AGENTE PARA TRATAR LA FENILCETONURIA-COFACTOR DE LA FENILALANINA HIDROXILASA		
<i>javygtor powder pkt</i>	T1	PA SP
<i>javygtor tablet</i>	T1	PA SP HD
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	T1	PA SP HD
ESTABILIZADORES DE PROTEÍNAS		
VYNDAMAX	T3	PA QL (1 cap/day) SP HD
VYNDAQEL	T3	PA QL (4 caps/day) SP HD

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

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

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

HD – Puede requerir entrega a 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
SOLVENTES		
<i>isopropyl alcohol</i>	T1	
MURI-LUBE MINERAL OIL	T1	
INHIBIDORES DE LA LINFOPOYETINA ESTROMAL TÍMICA (TSLP)		
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
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Nutritivos/alimenticios)		
AGENTES PARA DEFICIENCIAS METABÓLICAS		
CYSTADANE	T2	SP
<i>levocarnitine</i> (Carnitor Sf)	T1	
<i>levocarnitine</i> (Carnitor)	T1	
<i>levocarnitine</i> (with sugar) (Carnitor)	T1	
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Productos para la osteoporosis)		
COMBINACIONES DE INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA Y VITAMINA D		
FOSAMAX PLUS D	T3	ST HD
INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA		
ACTONEL (<i>risedronate sodium</i>)	T3	ST HD
<i>alendronate sodium</i> (Fosamax)	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
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
ANTIINFLAM. ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-I		
ARCALYST	T4	PA SP HD
ANTIINFLAMATORIOS, BETABLOQUEANTES DE INTERLEUCINA-I		
ILARIS	T3	PA SP HD

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA LA FIBROMIALGIA, INHIB. DE LA RECAPT. DE SEROTONINA-NOREPINEFRINA		
SAVELLA	T2	HD
INMUNOMODULADORES, INHIB. ESPECÍF. DE ESTIM. DE LINFOCITOS B (BLYS)		
BENLYSTA	T4	PA SP HD
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Abuso de sustancias)		
TRATAMIENTO PARA LA ABSTINENCIA DE OPIOIDES, AGONISTAS ADRENÉRGICOS ALFA 2		
LUCEMYRA	T2	QL (168 tabs/14 days)
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO PARA LA ABSTINENCIA DE OPIOIDES, TIPO OPIOIDES		
BUNAVAIL	T3	
<i>buprenorphine hcl</i>	T1	
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i>	T1	
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i> (Suboxone)	T1	
SUBOXONE (<i>buprenorphine-naloxone</i>)	T3	
ZUBSOLV	T2	
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Medicamentos para trasplante)		
INHIBIDORES DE LA QUINASA RHO		
REZUROCK	T3	PA SP HD
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones urinarias)		
AGENTES PARA LA HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA/MICCIÓN		
<i>alfuzosin hcl</i> (Uroxatral)	T1	HD
AVODART (<i>dutasteride</i>)	T3	HD
<i>dutasteride</i> (Avodart)	T1	HD
<i>finasteride</i> (Proscar)	T1	HD
FLOMAX (<i>tamsulosin hcl</i>)	T3	HD
PROSCAR (<i>finasteride</i>)	T3	HD
RAPAFLO 4 MG CAPSULE (<i>silodosin</i>)	T3	QL (1 cap/day) HD
RAPAFLO 8 MG CAPSULE (<i>silodosin</i>)	T3	HD
<i>silodosin 4 mg capsule</i> (Rapaflo)	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>silodosin 8 mg capsule</i> (Rapaflo)	T1	HD
<i>tamsulosin hcl</i> (Flomax)	T1	HD
UROXATRAL (<i>alfuzosin hcl er</i>)	T3	HD

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones urinarias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIB. DE LA 5-ALFA REDUCTASA-ANTAG. ADRENÉRGICO ALFAI PARA TRATAR LA HPB		
<i>dutasteride/tamsulosin hcl</i> (Jalyn)	T1	HD
JALYN (<i>dutasteride-tamsulosin</i>)	T3	HD
AGENTES QUE REDUCEN LA CISTINA, CISTINOSIS NEFROPÁTICA		
CYSTAGON	T2	SP
ANTIESPASMÓDICOS DE LAS VÍAS URINARIAS, ANTAG. SELECTIVO DE M(3)		
<i>darifenacin er 15 mg tablet</i>	T1	HD
<i>darifenacin er 7.5 mg tablet</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
AGENTE ANTIESPASMÓDICO/ANTIINCONTINENCIA DE LAS VÍAS URINARIAS		
<i>flavoxate hcl</i>	T1	HD
<i>oxybutynin</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
AGENTE ANTIESPASMÓDICO/ANTIINCONTINENCIA DE LAS VÍAS URINARIAS (cont.)		
<i>tolterodine tartrate</i>	T1	HD
<i>tropium chloride</i>	T1	HD
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Control del peso)		
ESTIM. DEL APETITO PARA LA ANOREXIA, CAQUEXIA, SÍND. DE DESGASTE		
<i>megestrol acetate</i>	T1	
VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias)		
PREPARACIONES CON ÁCIDO FÓLICO		
<i>folic acid</i>	T1	
PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS		
CITRANATAL MEDLEY	T3	
CONCEPT DHA CAPSULE	T3	
FOLET ONE	T2	
<i>mvn no.53/iron/folic/dss/dha</i>	T1	
OBSTETRIX ONE	T1	
PREPARACIONES DE VITAMINA B		
POTABA	T2	HD
PREPARACIONES DE VITAMINA B12		
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12)</i>	T1	

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA D		
<i>calcitriol 0.25 mcg capsule</i> (Rocaltrol)	T1	HD
<i>calcitriol 0.5 mcg capsule</i> (Rocaltrol)	T1	HD
<i>calcitriol 1 mcg/ml solution</i> (Rocaltrol)	T1	HD
DRISDOL (<i>vitamin d2</i>)	T3	HD
<i>ergocalciferol</i> (<i>vitamin d2</i>) (Drisdol)	T1	HD
ROCALTROL (<i>calcitriol</i>)	T3	HD
PREPARACIONES DE VITAMINA K		
MEPHYTON (<i>phytonadione</i>)	T3	
<i>phytonadione</i> (<i>vit k1</i>) (Mephyton)	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Exclusiones y limitaciones de la cobertura

Los planes de beneficios de salud varían, pero en general, para que un medicamento esté cubierto, debe tener la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y debe ser recetado por un profesional de cuidado de la salud, comprado en una farmacia con licencia y médicamente necesario. Si su plan brinda cobertura para determinados medicamentos con receta preventivos sin que tenga que pagar ninguna parte del costo, es posible que deba usar una farmacia de la red para que le despachen la receta. Si usa una farmacia que no participa en la red de su plan, es posible que no se le cubra la receta. Es posible que para algunos medicamentos se necesite autorización previa o que estén sujetos a requisitos de tratamiento escalonado, límites a la cantidad u otros requisitos de administración de la utilización.

Por lo general, los planes no otorgan cobertura para los siguientes casos en virtud del beneficio de farmacia, a excepción de lo exigido por la ley estatal o federal, o por los términos de su plan específico:⁹

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

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

Índice de medicamentos

A

abacavir.....	57, 58	ADVAIR.....	27
abacavir/lamivudine/zidovudine.....	57	ADVANCED DNA MEDICATED COLLECT.....	87
abacavir sulfate/lamivudine.....	57	ADZENYS.....	62
abiraterone.....	47	AEMCOLO.....	34
ACAM2000.....	65	AEROCHAMBER.....	111
acamprosate.....	136	AEROTRACH.....	112
acarbose.....	41	AEROVENT.....	112
ACCOLATE.....	28	AFINITOR.....	49
ACCUPRIL.....	72	AGRYLIN.....	56
ACCURETIC.....	70	AIMOVIG.....	14, 18
ACCUTANE.....	125	AIRDUO.....	27
ACD.....	36	AIRDUO DIGIHALER.....	27
ACE.....	111	AJOVY.....	14, 18
acebutolol.....	74	AKTEN.....	91
ACETAMIN-CAFF-DIHYDROCODEINE.....	20	AKYNZEO.....	97
acetamin-codein.....	19	ALA-SCALP.....	129
acetaminop-codeine.....	19	albendazole.....	45
acetaminophen/caff/dihydrocod.....	20	ALBENZA.....	45
acetaminophen-cod.....	19	albuterol.....	26, 27
acetazolamide.....	89	ALBUTEROL.....	27
acetic.....	44, 90, 124	ALCAINE.....	91
acetic acid/oxyquinoline.....	44	alclometasone.....	129
acetylcysteine.....	28	ALDACTAZIDE.....	89
ACIPHEX.....	101	ALECENSA.....	50
acitretin.....	125	alendronate.....	138
ACTEMRA.....	108, 109	ALEVICYN.....	126
ACTHIB.....	64	alfuzosin.....	139
ACTIGALL.....	99	ALINIA.....	54
ACTIMMUNE.....	52	aliskiren.....	75
ACTIQ.....	20	ALKERAN.....	47
ACTIVELLA.....	103, 104	allopurinol.....	24
ACTONEL.....	138	almotriptan.....	18
ACTOPLUS.....	42	almotriptan malate.....	14
ACTOS.....	43	ALORA.....	104
ACUVAIL.....	91	alosetron.....	100
acyclovir.....	59	alprazolam.....	114, 115
ADACEL.....	64	ALREX.....	91
ADALAT.....	67	ALTABAX.....	128
ADALIMUMAB-ADAZ.....	46	ALTACE.....	72
adapalene.....	125, 131	ALTAFLUOR.....	91
adapalene/benzoyl peroxide.....	125	ALTOPREV.....	77
ADBRY.....	137	ALTUVIIIIO.....	65
ADDERALL.....	62	ALUNBRIG.....	50
ADDYI.....	120	ALVESCO.....	28
ADEMPAS.....	69	amantadine.....	54
ADIPEX-P.....	53	AMARYL.....	42
ADLARITY.....	61	ambrisentan.....	69
ADRENALIN.....	90	amcinonide.....	129
		AMICAR.....	65

Índice de medicamentos

amiloride.....	89	armodafinil.....	123
aminocaproic.....	65	ARMOUR.....	132
amiodarone.....	66	AROMASIN.....	48
amitriptyline.....	118	ARTHROTEC.....	25
amlodipine.....	67, 68, 70, 71, 72, 76	ARTISS.....	128
amlodipine/valsartan/hcthiazyd.....	71	ARYMO ER.....	20
AMNESTEEM.....	125	asenapine.....	121, 122
amoxapine.....	118	ASMANEX.....	28
amoxicillin.....	34, 44	aspirin/dipyridamole.....	56
amoxicillin/potassium clav.....	34	ASSURE.....	111, 114
amphetamine.....	62	ASTAGRAF.....	109
AMPHETAMINE.....	62	ASTRINGYN.....	65
ampicillin.....	34	ATABEX.....	114
ANADROL.....	102	ATACAND.....	71, 73
anagrelide.....	56	atazanavir.....	58
ANA-LEX.....	102	ATELVIA.....	138
ANALPRAM.....	130	atenolol.....	74, 75
ANAPROX.....	25	atomoxetine.....	120
anastrozole.....	48	ATOPICLAIR.....	126
ANCOBON.....	38	atorvastatin.....	76, 77
ANDRODERM.....	102	atovaquone.....	45
ANDROGEL.....	102, 103	atovaquone/proguanil.....	45
ANDROID.....	103	ATRIPLA.....	59
ANGELIQ.....	105	atropine.....	93, 97, 99
ANORO.....	27	ATROPINE.....	93
ANTABUSE.....	136	ATROVENT.....	26
anthralin.....	126	AURYXIA.....	95
ANTICOAG.....	36	AUSTEDO.....	79
ANZEMET.....	97	AVALIDE.....	71
APADAZ.....	20	AVANDIA.....	43
APOKYN.....	54	AVAPRO.....	73
apraclonidine.....	92	avar.....	36
aprepitant.....	97	AVAR.....	36
APRETUDE.....	58	AVC.....	44
APRISO.....	99	AVELOX.....	34
APTIOM.....	81	AVITENE.....	65, 66
APTIVUS.....	57	AVODART.....	139
AQUA GLYCOLIC.....	129	AVONEX.....	79
ARANESP.....	83	AVSOLA.....	46
ARAVA.....	24	AYGESTIN.....	106
ARCALYST.....	138	AYVAKIT.....	50
ARCAPTA.....	27	AZASAN.....	109
ARICEPT.....	61	AZASITE.....	29
ARIDOL.....	87	azathioprine.....	109
ARIKAYCE.....	30	azelaic.....	128
ARIMIDEX.....	48	azelastine.....	40, 90
aripiprazole.....	122	AZILECT.....	54
ARIXTRA.....	37	azithromycin.....	33

Índice de medicamentos

AZOR.....	72	BILTRICIDE	45
AZULFIDINE.....	99	bimatoprost.....	92
B		BINOSTO	138
bacitracin.....	29, 30	bisac/nacl/nahco3/kcl/peg.....	100
baclufen	113	bismuth.....	98
BACTRIM	30	bisoprolol	74, 75
BACTROBAN	28	BLEPH-10.....	29
BAFIERTAM.....	79	BLEPHAMIDE.....	29
BALCOLTRA.....	84	BONIVA.....	138
balsalazide.....	99	BONJESTA.....	97
BALVERSA	50	BOOSTRIX.....	64
BANZEL	81	bosentan	69
BAQSIMI	94	BOSULIF.....	50
BASAGLAR.....	43	BRAFTOVI	48
BAXDELA.....	34	BREATHERITE.....	112
BELBUCA	20	BREATHRITE.....	112
BELVIQ.....	53	BREO ELLIPTA.....	27
benazepril	70, 72, 73	BREZTRI	28
benazepril/hydrochlorothiazide.....	70	BRILINTA.....	56
BENICAR.....	71, 73	brimonidine.....	92
BENLYSTA	139	brinzolamide.....	92
benoxinate.....	91	BRIVIACT	81
BENZAMYCIN	35	bromfenac.....	91
BENZEFOAM.....	127	bromocriptine.....	54, 55
BENZEPRO.....	127	brompheniramine/pseudoephed/dm.....	87
BENZHYDROCODONE-ACETAMINOPHEN.....	20	BROMSITE	91
BENZNIDAZOLE.....	45	BRONCHITOL.....	133
benzonatate.....	86, 87	BROVANA	27
benzoyl peroxide.....	35, 36, 125, 127	BRUKINSA	50
BENZOYL PEROXIDE.....	127	BRYHALI.....	129
benzphetamine.....	53	budesonide.....	28, 105
benztropine.....	54	budesonide 2 mg rectal foam.....	102
BERINERT.....	134	bumetanide.....	89
BESIVANCE.....	29	BUNAVAIL.....	139
BETADINE.....	91	BUPHENYL.....	96
betamethasone.....	39, 129, 130, 131	buprenorphine.....	21, 139
BETASERON.....	80	bupropion.....	115, 116, 132
betaxolol	74, 92	BUPROPION.....	116
bethanechol.....	63	buspirone.....	115
BETOPTIC.....	92	butalb-acetamin-caff 50-300-40.....	14, 18
BEVYXXA.....	36	butalb-acetamin-caff 50-325-40.....	14, 18
bexarotene.....	47	butalb/acetaminophen/caffeine.....	14, 18
BEXSERO.....	63	butalb-aspirin-caffe.....	18
BEYAZ.....	84	butalb-aspirin-caffe 50-325-40.....	14
bicalutamide.....	47	butalbit/acetamin/caff/codeine.....	22
BIDIL.....	75	butalbital/acetaminophen.....	14, 18
BIJUVA.....	103	butalbital-asa-caffeine cap.....	18
BIKTARVY	59	butalbital-asa-caffeine cap (Fiorinal).....	14
		butorphanol.....	21

Índice de medicamentos

BUTRANS.....	21	cefadroxil.....	32
BYDUREON.....	41	cefdirir.....	32
BYETTA.....	41	cefditoren.....	32
BYNFEZIA.....	107	cefixime.....	32
BYSTOLIC.....	74	cefepodoxime.....	32
C		cefprozil.....	32
CABENUVA.....	57	ceftriaxone.....	32
cabergoline.....	106	cefuroxime.....	32
CABLIVI.....	65	CELEBREX.....	26
CABOMETYX.....	50	celecoxib.....	26
CADUET.....	76	CELLCEPT.....	109
CAFERGOT.....	14, 18	CELONTIN.....	81
caffeine.....	18, 79	CENTANY.....	35
CALAN.....	67	cephalexin.....	32
calcipotriene.....	126, 131	CEQUA.....	93
CALCIPOTRIENE.....	126	CEQR.....	110
calcitonin.....	108	CERDELGA.....	136
calcitriol.....	126, 141	CERVIDIL.....	106
CALQUENCE.....	50	cetirizine.....	40
CAMZYOS.....	67	CETROTIDE.....	106
CANASA.....	99	CETYLEV.....	136
candesartan.....	71, 73	cevimeline.....	63
candesartan/hydrochlorothiazid.....	71	CHANTIX.....	132
capecitabine.....	48	CHEMET.....	137
CAPEX.....	129	CHENODAL.....	99
CAPLYTA.....	121	chlordiazepoxide.....	96, 114, 118
CAPRELSA.....	50	chlordiazepoxide/clidinium.....	96
captopril.....	70, 72	chlorhexidine.....	134
CARAFATE.....	98	chloroquine.....	45
CARBAGLU.....	136	chlorpromazine.....	123
carbamazepine.....	81, 82, 83	chlorpropamide.....	42
CARBATROL.....	81	chlorthalidone.....	75, 90
carbidopa.....	54, 55, 56	chlorzoxazone.....	113
carbidopa/levodopa.....	54, 55	CHOLBAM.....	99
carbidopa/levodopa/entacapone.....	54, 55	cholestyramine.....	77, 78
carbinoxamine.....	40	cholestyramine/aspartame.....	77
CARDIZEM.....	67	choline salicyl/mag salicylate.....	14, 18
CARDURA.....	71	CHORIONIC GONAD.....	108
carisoprodol.....	22, 113	CIALIS.....	134
carisoprodol/aspirin/codeine.....	22	ciclodan.....	39
CAROSPIR.....	89	CICLODAN.....	39, 46
carteolol.....	92	ciclopirox.....	39, 46
carvedilol.....	71	cilostazol.....	56
CASODEX.....	47	CIMDUO.....	57
CATAPRES.....	74	cimetidine.....	100
CAVERJECT.....	134	CIMZIA.....	46
CAYA CONTOURED.....	86	cinacalcet.....	135
CAYSTON.....	32	CINRYZE.....	134
cefaclor.....	32	CIPRO.....	29, 34

Índice de medicamentos

CIPRODEX	29	CONCEPT DHA CAPSULE	140
ciprofloxacin	29, 34	CONTRAVE	53
CIPROFLOXACIN	29	COPIKTRA	50
citalopram	116	COREG	71
CITRANATAL	95, 114	coremino	34, 35
CITRATE	21, 36	CORLANOR	68
CLARAVIS	125	CORTEF	105
CLARINEX	40	CORTENEMA	102
CLARINEX-D	40	cortisone	105
clarithromycin	33	CORTISPORIN	29, 35
clemastine	40	COSENTYX	125
CLENPIQ	100	COTELLIC	49
CLEOCIN	32, 35	COZAAR	73
CLEVER	112	CRESEMBA	39
CLIMARA	104	CRINONE	107, 108
CLINDACIN	35	cromolyn	23, 28, 92
clindamycin	32, 35, 36, 125	crotamiton	54
CLINPRO	93	CUROSURF	133
clobazam	80, 81	CUVPOSA	96
clobetasol	129, 130	cyanocobalamin	140
CLOCORTOLONE	129	cyclobenzaprine	113
clodan	129	CYCLOGYL	93
CLODAN	129	CYCLOMYDRIL	93
CLODERM	129	cyclopentolate	93
clomiphene	108	cyclophosphamide	47
clomipramine	118	CYCLOSERINE	31
clonazepam	80	CYCLOSET	41
clonidine	74, 119	cyclosporine	109
clopidogrel	56	CYLTEZO	46
clorazepate	114, 115	cyproheptadine	40
clotrimazole	38, 39	CYSTADANE	138
clozapine	121	CYSTADROPS	93
CLOZAPINE	121	CYSTAGON	140
COARTEM	45	CYSTARAN	93
codeine	19, 21, 22, 87	CYSTO-CONRAY	88
colchicine	24, 26	CYSTOGRAFIN	88
COLCHICINE	24	CYTOMEL	132
COLCRYS	24	CYTOTEC	98
colesevelam	77	D	
COLESTID	77, 78	dalfampridine	80
colestipol	77, 78	DALIRESP	28
COMBIPATCH	104	danazol	106
COMBIVENT	27	DANTRIUM	113
COMETRIQ	50	dantrolene	113
COMPACT SPACE CHAMBER	112	dapsone	31, 125
COMPAZINE	97	DAPTACEL	64
COMPLERA	59	DARAPRIM	45
COMTAN	55	darifenacin	140
CONCEPT	140	DAURISMO	48

Índice de medicamentos

DAXBIA.....	32	dicyclomine.....	97
DAYPRO.....	25	diethylpropion.....	53
DAYTRANA.....	119	DIFICID.....	33
DAYVIGO.....	124	diflunisal.....	14, 18
deferasirox.....	137	digoxin.....	68
deferiprone.....	137	dihydroergotamine.....	14, 18
DELSTRIGO.....	59	DILANTIN.....	81
demeclocycline.....	35	DILATRATE.....	68
DEMSER.....	74	DILAUDID.....	21
DEPAKOTE.....	81	diltiazem.....	67
DEPEN.....	23	dimethyl.....	80, 136
DEPO-ESTRADIOL.....	104	DIOVAN.....	71, 73
DEPO-PROVERA.....	84, 107	diphenoxylate.....	97
DEPO-SUBQ PROVERA.....	84	DIPHThERIA.....	64
DEPO-TESTOSTERONE.....	103	DIPROLENE.....	129
DERMA.....	129	dipyridamole.....	56
DERMATOP.....	129	DISALCID.....	23
dermazene.....	131	disopyramide.....	66
DERMAZENE.....	131	disulfiram.....	136
DERMOTIC.....	90	DIURIL.....	90
DESCOVY.....	57	divalproex.....	81
desflurane.....	22	DIVIGEL.....	104
desipramine.....	118	dofetilide.....	66, 67
desloratadine.....	40	DOJOLVI.....	93
desmopressin.....	103	donepezil.....	61
desog-e.estradiol/e.estradiol.....	84	DONNATAL.....	98
desogestrel-ethinyl.....	84	DOPTELET.....	84
DESONATE.....	129	DORAL.....	123
desonide.....	129	dorzolamide.....	92
DESOWEN.....	129	DOVATO.....	57
desoximetasone.....	129, 130	DOVONEX.....	126
desvenlafaxine.....	117	doxazosin.....	71
dexamethasone.....	29, 91, 105	doxepin.....	118, 124
DEXCOM.....	110	doxercalciferol.....	135
dexlansoprazole.....	101	doxycycline.....	35, 134
dexmethylphenidate.....	119	doxylamine.....	97
dextroamp-amphet.....	62	DRISDOL.....	141
dextroamphetamine.....	62	dronabinol.....	97
DIACOMIT.....	81	drospir/eth estra/levomefol ca.....	85
DIASTAT.....	80	DROXIA.....	65
diatrizoate.....	88	droxidopa.....	62
diazepam.....	80, 114, 115	DRYSOL.....	126
diazoxide.....	94	DUAVEE.....	105
DIBENZYLINE.....	62	DUETACT.....	42
dichlorphenamide.....	136	DULERA.....	27
DICLEGIS.....	97	duloxetine.....	117
diclofenac.....	19, 25, 91, 125	DUOPA.....	55
dicloxacillin.....	34	DUPIXENT.....	108
		DURAGESIC.....	21

Índice de medicamentos

dutasteride.....	139, 140	ENTRESTO.....	71
DYANAVAL.....	62	ENTYVIO.....	100
DYAZIDE.....	89	ENVARBUS.....	109
DYRENIUM.....	89	ENZOCLEAR.....	127
E		EPANED.....	73
EASIVENT.....	112	EPCLUSA.....	60
EC-NAPROSYN.....	25	EPIDIOLEX.....	81
econazole.....	39	EPIFOAM.....	130
ECOZA.....	39	epinastine.....	40
EDARBI.....	73	epinephrine.....	61, 90
EDEX.....	134	eplerenone.....	89
EDURANT.....	57	EPOGEN.....	83
efavirenz.....	57, 58, 59	eprosartan.....	73
effer-k.....	95	EQUETRO.....	115
EFFER-K.....	95	ergocalciferol.....	141
EFFIENT.....	56	ergoloid.....	76
EFUDEX.....	53	ergotamine tartrate/caffeine.....	14, 18
EGRIFTA.....	105	ERIVEDGE.....	48
ELESTRIN.....	104	ERLEADA.....	47
eletriptan.....	18	erlotinib.....	50
eletriptan hydrobromide.....	14	ERYPED.....	33
ELIDEL.....	109	ery-tab dr.....	33
ELIMITE.....	54	ERY-TAB DR.....	33
ELIQUIS.....	37	erythromycin.....	29, 33, 35, 36
ELLA.....	85	escitalopram.....	116
ELMIRON.....	22	ESGIC.....	14
EMCYT.....	52	esomeprazole.....	101
EMEND.....	97	ESOMEPRAZOLE.....	101
EMFLAZA.....	105	estazolam.....	123
EMGALITY.....	14, 18, 80	ESTRACE.....	104, 107
emollient.....	126, 129	estradiol.....	84, 85, 86, 104, 107
Empaveli.....	65	ESTRING.....	107
EMSAM.....	115	ESTROGEL.....	104
emtricitabine.....	57, 58	estrogen.....	103
EMTRIVA.....	58	ESTROSTEP.....	85
EMVERM.....	45	eszopiclone.....	124
enalapril.....	70, 73	ethambutol.....	31
enalapril/hydrochlorothiazide.....	70	ethinyl.....	84, 85, 86, 104
ENBREL.....	46	ethinyl estradiol/drospirenone.....	85
ENDO-AVITENE.....	66	ethosuximide.....	81, 83
ENDOMETRIN.....	108	ethynodiol.....	85
ENGERIX-B.....	65	etodolac.....	25
ENHERTU.....	52	etonogestrel/ethinyl estradiol.....	84
ENLITE.....	110	etoposide.....	52
enoxaparin.....	37, 38	EUCRISA.....	128
ENSPRYNG.....	109	EURAX.....	54
entacapone.....	54, 55, 56	EVAMIST.....	104
ENTERO.....	88	EVEKEO.....	62
ENTOCORT.....	105	everolimus.....	49, 109, 110

Índice de medicamentos

EVICEL	66	FIRMAGON	50
EVISTA	138	FIRVANQ	35
EVOCLIN	36	FLAGYL	31
EVOTAZ	58	FLAREX	91
EVOXAC	63	flavoxate	140
EVRYSDI	136	flecainide	66
EXELON	61	FLEXICHAMBER	112
exemestane	48	FLOMAX	139
EXFORGE	72	FLOVENT	28
EXJADE	137	FLUAD	64
EXKIVITY	50	FLUARIX	64
EXODERM	39	FLUBLOK	64
EYSUVIS	91	FLUCELVAX	64
E-Z	88, 112	fluconazole	39
ezetimibe	76, 78	flucytosine	38, 39
ezetimibe/simvastatin	76	fludrocortisone	106
F		FLULAVAL	64
FACTIVE	34	FLUMADINE	59
famciclovir	59	FLUMIST	64
famotidine	100	flunisolide	90
FANAPT	121	fluocinolone	90, 129, 130
FARESTON	52	fluocinonide	129
FARXIGA	41	fluorescein	88, 91
FARYDAK	47	fluoride	93, 94
FASENRA	28	FLUORIDEX	94
febuxostat	24	fluorometholone	91
felbamate	81	FLUROPLEX	53
FELDENE	25	fluorouracil	53
felodipine	67	fluoxetine	116, 117, 123
FEMARA	48	fluphenazine	123
FEMCAP	86	flurbiprofen	25, 91
FEMHRT	104	flutamide	47
FEMRING	107	fluticasone	27, 90, 130
fenofibrate	78	fluvastatin	77
fenofibric	78	FLUVIRIN	64
fenoprofen	25	fluvoxamine	116
FENSOLVI	106	FLUZONE	64
fentanyl	20, 21	FOCALIN	119
FENTANYL	21	FOLET	140
FENTORA	21	folic	114, 140
FERRIPROX	137	FOLLISTIM	108
FETZIMA	117	fondaparinux	37
FEXMID	113	formaldehyde	46
FIBRICOR	78	FORTEO	135
finasteride	139	FOSAMAX	138
FINTEPLA	82	fosamprenavir	58
FIORICET	14	fosaprepitant	97, 98
FIORINAL	14, 18, 22	fosfomicin	31
FIRDAPSE	80	fosinopril	70, 73

Índice de medicamentos

fosinopril/hydrochlorothiazide.....	70	glyburide.....	42, 43
Fotivda.....	50	GLYCATE.....	96
FREESTYLE.....	110	glycine urologic solution.....	45, 46
frovatriptan.....	18	glycopyrrolate.....	96, 97
ful-glo.....	88	GLYNASE.....	42
FUL-GLO.....	88	GLYSET.....	41
FULPHILA.....	84	GLYXAMBI.....	42
FURADANTIN.....	33	GONAL.....	108
furosemide.....	89	GORDON'S.....	128
FUZEON.....	57	granisetron.....	98
FYCOMPA.....	82	GRANIX.....	84
G		GRASTEK.....	63
gabapentin.....	82	griseofulvin.....	39
GABITRIL.....	82	GRIS-PEG.....	39
GALAFOLD.....	137	GUAIACOL.....	126
galantamine.....	61	guanfacine.....	74, 119
GALZIN.....	137	guanidine.....	63
ganirelix acet.....	106	GUARDIAN.....	110
GANIRELIX ACET.....	106	GVOKE.....	94
GARDASIL.....	65	GYNAZOLE.....	38
GASTROCROM.....	23	H	
GASTROGRAFIN.....	88	HAEGARDA.....	134
GASTROMARK.....	88	HALCION.....	124
gatifloxacin.....	29	halobetasol.....	130
GATTEX.....	102	haloperidol.....	123
GAVRETO.....	50	HALUCORT.....	126
gefitinib.....	50	HARVONI.....	60
gelatin sponge.....	66	HEMLIBRA.....	65
GELFILM.....	92	heparin.....	37
GELFOAM.....	66	HEPARIN.....	37
gemfibrozil.....	78	HEPLISAV.....	65
GENERESS.....	85	HETLIOZ.....	123
GENOTROPIN.....	105	HIBERIX.....	64
gentamicin.....	29, 30, 36	HIPREX.....	31
GENVOYA.....	59	homatropine.....	93
GILENYA.....	80	HUMALOG.....	43, 111
GILOTRIF.....	50	HUMAPEN.....	110
glatiramer.....	80	HUMIRA.....	46
glatopa.....	80	HUMULIN.....	43
GLEEVEC.....	50	HYCANTIN.....	49
GLEOSTINE.....	47	hydralazine.....	74
glimepiride.....	42	HYDREA.....	47
glipizide.....	42	HYDRO.....	127
GLUCAGEN.....	87, 94	hydrochlorothiazide.....	70, 71, 72, 74, 75, 89, 90
glucagon.....	94	hydrocodone.....	20, 21, 22, 87
GLUCAGON.....	94	HYDROCODONE.....	20, 87
GLUCOCOM.....	110	hydrocodone/acetaminophen.....	20
GLUCOPHAGE.....	41	HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN.....	20
GLUCOTROL.....	42	hydrocodone/ibuprofen.....	20

Índice de medicamentos

hydrocortisone.....	90, 102, 105, 130, 131	INREBIC.....	50
hydrogen peroxide.....	125	INSPIRACHAMBER.....	112
hydromorphone.....	21	INSPIRA.....	89
hydroxychloroquine.....	45	INSULIN.....	44, 111
hydroxyurea.....	47	INSULIN ASPART.....	44
hydroxyzine.....	40	INSULIN SYRINGE.....	111
hyoscyamine.....	98	INTRAROSA.....	102
HYPER-SAL.....	136	INVEGA.....	121
HYRIMOZ.....	46	INVELTYS.....	91
HYSINGLA.....	21	INVIRASE.....	58
HYZAAR.....	71	INVOKAMET.....	43
I		iodine.....	95, 131
ibandronate.....	138	IODOFLEX.....	131
IBRANCE.....	50	IODOSORB.....	131
IBUDONE.....	20	IOPIDINE.....	92
ibuprofen.....	20, 25	IPOL.....	63
ibuprofen/oxycodone.....	20	ipratropium.....	26, 27, 90
icatibant.....	133	irbesartan.....	71, 72, 73
ICLUSIG.....	50	irbesartan/hydrochlorothiazide.....	72
icosapent.....	96	IRESSA.....	50
IDHIFA.....	52	ISENTRESS.....	58
IFE.....	134	isoflurane.....	23
ILARIS.....	138	isomethept/dichlphn/acetaminop.....	18
ILEVRO.....	91	isomethepten/caf/acetaminophen.....	18
ILUMYA.....	125	isoniazid.....	31
imatinib.....	50	isopropyl alcohol.....	138
IMBRUVICA.....	50	ISOPTO.....	92, 93
IMCIVREE.....	53	isosorbide.....	68
imipramine.....	118	isotretinoin.....	125
imiquimod.....	127	isoxsuprine.....	76
IMPAVIDO.....	45	isradipine.....	67
IMURAN.....	109	ISTURISA.....	102
IMVEXXY.....	107	itraconazole.....	39
INBRIJA.....	55	ivermectin.....	45, 54, 128
INCRELEX.....	106	J	
INCRUSE ELLIPTA.....	26	JADENU.....	137
indapamide.....	90	JAKAFI.....	48
INDERAL.....	74, 75	JALYN.....	140
INDICLOR.....	88	JANSSEN.....	63
indomethacin.....	25	JANUMET.....	42
INFANRIX.....	64	JANUVIA.....	42
INFASURF.....	133	JARDIANCE.....	41
INFLECTRA.....	46	javygtor.....	137
INGREZZA.....	79	JOENJA.....	133
INLYTA.....	50	JULUCA.....	57
INNOPRAN.....	75	JYNARQUE.....	89
INOVA.....	127	JYNNEOS.....	65
INPEN.....	111	K	
INQOVI.....	48	KADIAN.....	21

Índice de medicamentos

KALBITOR	134	LEUKERAN	47
KALYDECO	133	LEUKINE	84
KEFLEX	32	leuprolide	49
KERAFOAM	127	LEUPROLIDE	49
keralyt	127	levabuterol	27
KERALYT	127	LEVBID	99
KERENDIA	89	levetiracetam	82
KESIMPTA	80	LEVITRA	134
ketoconazole	39	levobunolol	92
ketoprofen	25	levocarnitine	138
ketorolac	19, 91	levofloxacin	29, 34
KEVZARA	109	levonorgestrel	85
KINERET	24	levothyroxine	132
KINRIX	64	LEVOTHYROXINE	132
KISQALI	50	LEVSIN	99
KITABIS	30	LEVULAN	52
KLARON	126	LEXIVA	58
KLONOPIN	80	LICART	125
klor-con	95	lidocaine	23, 87, 102, 130
Kloxxado	38	LIDOCAINE	102
KORLYM	43	lidocaine hcl	23
KOSELUGO	49	LIDODERM	23
K-PHOS	96	LILETTA	86
KRINTAFEL	45	lindane	131
K-TAB	95	linezolid	34
KYLEENA	86	LINZESS	100
KYNAMRO	76	lithyronine	132
KYNMOBI	55	LIPOFEN	78
L		LIQUID	21, 88
LACRISERT	91	lisinopril	70, 73
lactulose	96, 100	lisinopril/hydrochlorothiazide	70
lamivudine	57, 58	lissamine	88
lamivudine/zidovudine	57	LITEAIRE	112
lamotrigine	82	LITETOUCH	112
LAMPIT	45	lithium	115
lansoprazole	98, 101, 102	LITHOSTAT	96
lansoprazole/amoxiciln/clarith	98	LIVTENCITY	59
lanthanum	95	l-norgest	85
lapatinib	50, 51	LOCORT	105
LASTACAFT	40	LODINE	25
latanoprost	92	LOESTRIN	85
LATUDA	121	LOKELMA	95
LAZANDA	21	LO LOESTRIN	85
leflunomide	24	LOMAIRA	53
lenalidomide	49	LOMOTIL	97
LENVIMA	50	LONHALA	26
LETAIRIS	69	LONSURF	48
letrozole	48	loperamide	97
leucovorin	134	LOPID	78

Índice de medicamentos

lopinavir/ritonavir	58	mefenamic	19
LOPROX	39	mefloquine	45
lorazepam	115	megestrol	52, 140
LORBRENA	50	MEKINIST	49
LORTAB	20	MEKTOVI	49
losartan	71, 72, 73	meloxicam	25
losartan/hydrochlorothiazide	72	melphalan	47
LOSEASONIQUE	85	memantine	78, 79
LOTEMAX	91	MENACTRA	63
LOTENSIN	70, 73	MENEST	104
loteprednol	91	MENOPUR	108
LOTREL	70	MENOSTAR	104
lovastatin	77	MENQUADFI	63
LOVENOX	37, 38	MENVEO	63
loxapine	122	meperidine	21
lubiprostone	100	MEPHYTON	141
LUCEMYRA	139	meprobamate	115
LULICONAZOLE	39	mercaptopurine	48
Lumakras	49	mesalamine	99
LUMRYZ	123	MESNEX	134
LUPANETA	106	MESTINON	61
LUPRON	49, 106	metaproterenol	27
lurasidone	121	metaxalone	113
LUXIQ	130	metformin	41, 42, 43
LYNPARZA	51	methadone	21
LYRICA	82	methamphetamine	62
LYSODREN	52	methazolamide	89
LYSTEDA	65	methenamine	31
LYTGOBI	51	methenamine hippurate	31
LYTGOBI 12 MG DAILY DOSE PACK	51	methenam/m.blue/salicyl/hyoscy	31
LYUMJEV	44	methenam/sod phos/mblue/hyoscy	31
M		methen/mblue/sal/sod phos/hyos	31
MACROBID	33	methimazole	132
MACRODANTIN	33	METHITEST	103
mafenide	36	meth/meblue/sod phos/psal/hyos	31
MAGELLAN	111	methocarbamol	113
MALARONE	45	methotrexate	48
malathion	131	methoxsalen	125
maprotiline	118	methscopolamine	99
MARPLAN	115	methyl	127
MATULANE	52	methyldopa	74
MAVENCLAD	80	methyldopa/hydrochlorothiazide	74
MAVYRET	61	methylergonovine	106
MAXZIDE	89	METHYLIN	119
MAYZENT	80	methylphenidate	119, 120
meclofenamate	25	methylprednisolone	105
MEDIHONEY	128	methyltestosterone	103
MEDROL	105	metoclopramide	100
medroxyprogesterone	84, 107	metolazone	90

Índice de medicamentos

METOPIRONE.....	88	MONUROL.....	31
metoprolol.....	75	MORPHABOND.....	21
METOPROLOL.....	75	morphine.....	21
metronidazole.....	31, 35, 128	MOTOFEN.....	97
metyrosine.....	74	MOVANTI.....	38
mexiletine.....	66	MOXATAG.....	34
MEZPAROX.....	130	MOXEZA.....	29
MIACALCIN.....	108	moxifloxacin.....	29, 30, 34
MICARDIS.....	72, 73	MS CONTIN.....	21
miconazole.....	38	MULPLETA.....	84
MICROCHAMBER.....	112	mupirocin.....	36
MICROGESTIN.....	85	MURI-LUBE.....	138
MICROSPACER.....	112	MUSE.....	134
midazolam.....	124	mvn.....	140
midodrine.....	62	MYALEPT.....	108
MIFEPREX.....	135	MYAMBUTOL.....	31
mifepristone.....	136	mycophenolate.....	109
miglitol.....	41	MYDAYIS.....	119
miglustat.....	136	MYDRIACYL.....	93
millipred.....	105	Myfembree.....	106
MILLIPRED.....	105	MYFORTIC.....	110
MIMYX.....	126	MYLERAN.....	47
MINASTRIN.....	85	MYORISAN.....	125
MINIMED.....	111	MYTESI.....	97
MINIPRESS.....	71	N	
MINITRAN.....	68	nabumetone.....	25
MINIVELLE.....	104	nadolol.....	75
minocycline.....	35	naftifine.....	39, 40
minocycline er.....	35	NAFTIN.....	40
minoxidil.....	74	NALFON.....	25
MIRAPEX ER.....	55	NALOCET.....	20
MIRCERA.....	83	naloxone.....	22, 38, 139
MIRCETTE.....	85	NALOXONE.....	38
MIRENA.....	86	naltrexone.....	38
mirtazapine.....	114	NAMENDA.....	79
misoprostol.....	25, 98	NAMZARIC.....	79
MITIGARE.....	24	NAPROSYN.....	25
MITOSOL.....	93	naproxen.....	19, 25, 26
M-M-R II VACCINE.....	64	naratriptan.....	18
MOBIC.....	25	NARCAN.....	38
modafinil.....	123	NATACYN.....	38
MODERNA.....	63	NATAZIA.....	85
moexipril.....	73	nateglinide.....	42
molindone.....	123	NATROBA.....	54
MOLNUPIRAVIR.....	61	NAYZILAM.....	81
mometasone.....	90, 130	NEBUPENT.....	45
MONOJECT.....	111	nebusal.....	136
MONSEL'S.....	66	NEBUSAL.....	136
montelukast.....	28	nefazodone.....	117

Índice de medicamentos

neomycin	29, 30, 124	norgestimate.....	86
neomycin/bacit/p-myx/hydrocort.....	29	norgestrel	86
neomycin/polymyxin b/dexametha	29	NORLIQVA.....	68
neomycin/polymyxin b/hydrocort.....	29	NORPACE.....	66
neomycin sulf/bacitracin/poly	30	NORTHERA	62
NEORAL.....	110	nortriptyline.....	118
NEO-SYNALAR.....	35	NORVASC.....	68
NERLYNX	51	NORVIR.....	58
NEULASTA	84	NOURIANZ.....	55
NEULUMEX.....	88	NOVAREL.....	108
NEUPOGEN.....	84	NOVOPEN	111
NEUPRO.....	55	NUBEQA	48
NEURONTIN.....	82	NUCALA.....	28
NEXIUM.....	101	NUCORT.....	130
NEXLETOL.....	76	NUCYNTA	21
NEXLIZET.....	77	NUDEXTA.....	79
NEXPLANON.....	84	NULEV.....	99
Nextstellis.....	85	NULIBRY	137
niacin.....	78	NULYTELY	100
NIASPAN.....	78	NUMOISYN.....	135
nicardipine.....	67	NUPLAZID.....	116
NICOTROL.....	132	NURTEC	18
nifedipine.....	67, 68	NUVARING.....	84
nilutamide.....	48	NUZYRA	35
nimodipine.....	67	NYMALIZE	68
NINLARO	51	nystatin	39, 40
nisoldipine.....	67, 68	NYVEPRIA.....	84
nitazoxanide.....	54	O	
nitisinone	136	OBREDON	87
NITRO-DUR.....	68, 69	OBSTETRIX.....	114, 140
nitrofurantoin.....	33	OBTREX.....	114
nitroglycerin.....	69	OCALIVA	100
NITROLINGUAL.....	69	octreotide.....	107
NITROMIST.....	69	ODACTRA.....	63
NITROSTAT.....	69	ODEFSEY.....	59
NITYR.....	136	ODOMZO	48
NIVESTYM.....	84	OFEV.....	133
nizatidine	100	ofloxacin.....	29, 30, 34
NOCTIVA.....	103	olanzapine	121, 123
NORCO.....	20	olmesartan.....	71, 72, 73
NORDITROPIN.....	106	olmesartan/amlodipin/hctiazid	71
norelgestromin	86	olmesartan-hctz.....	72
noreth-ethinyl estradiol/iron	85	olopatadine.....	40, 90
norethind-eth estrad.....	85, 104	omega-3 acid.....	96
norethind-eth estrad 1-0.02 mg	85	omeprazole	101
norethindrone.....	85, 86, 104, 106, 107	OMNIPOD.....	111
norethindrone ac-eth estradiol.....	85, 104	ondansetron.....	98
norethin-ee.....	86	ONFI.....	81
norethin-eth estrad.....	104	ONUREG.....	48

Índice de medicamentos

OPDIVO.....	52	PALYNZIQ.....	63
opium.....	21, 97	PANCREAZE.....	101
opium/belladonna alkaloids.....	21	PANRETIN.....	53
OPSUMIT.....	69	pantoprazole.....	101, 102
OPTICHAMBER.....	112	PAPAVERINE.....	134
ORACIT.....	96	PARADIGM.....	111
ORALAIR.....	63	PARAGARD.....	86
ORAMAGICRX.....	135	paregoric.....	97
ORAPRED.....	105	PAREMYD.....	93
ORAVIG.....	39	paricalcitol.....	135
ORENCIA.....	24	PARLODEL.....	55
ORENITRAM.....	69	paromomycin.....	44
ORFADIN.....	136	paroxetine.....	116, 117, 137
ORGOVYX.....	50	PASER.....	31
ORIAHNN.....	106	PATADAY.....	40
ORILISSA.....	106	PAXLOVID.....	61
ORKAMBI.....	133	PAZEO.....	40
ORLADEYO.....	134	PCE.....	33
orphenadrine.....	113	PEDIARIX.....	65
ORTHO.....	86, 94	PEDVAXHIB.....	64
oseltamivir.....	59	peg3350/sod sulf, bicarb.....	101
OSMOLEX ER.....	55	peg3350/sod sul/nacl/kcl/asb/c.....	100
OSPHENA.....	135	PEGANONE.....	82
OTEZLA.....	24	PEGASYS.....	60
OTOVEL.....	29	PEGINTRON.....	60
OTREXUP.....	24	PEMAZYRE.....	51
OVACE.....	126	penicillamine.....	23, 24
OVIDE.....	131	penicillin v potassium.....	34
OVIDREL.....	108	PENTACEL.....	64
oxandrolone.....	103	pentamidine.....	45
oxaprozin.....	25, 26	pentazocine hcl/naloxone hcl.....	22
OXAYDO.....	21	pentoxifylline.....	66
oxazepam.....	115	PERCOCET.....	20
oxcarbazepine.....	82	PERIDEX.....	134
OXERVATE.....	93	perindopril.....	73
OXSORALEN.....	125	permethrin.....	54
OXTELLAR.....	82	perphenazine.....	118, 123
oxybutynin.....	140	PFIZER.....	63
oxycodone.....	20, 21	PHARMABASE.....	128
OXYCODONE.....	21	phenazopyridine.....	23
oxycodone hcl/acetaminophen.....	20	phendimetrazine.....	53
oxycodone hcl/aspirin.....	20	phenelzine.....	115
oxymorphone.....	22	phenobarb/hyoscy/atropine/scop.....	99
OZEMPIC.....	41	phenobarbital.....	99, 123
P		phenobarbital-belladonna.....	99
pacerone.....	66, 67	PHENOBARBITAL-BELLADONNA.....	99
PACNEX.....	127	phenoxybenzamine.....	62
PAIN.....	23	phentermine.....	53
paliperidone.....	121	PHENTOLAMINE.....	134

Índice de medicamentos

phenylephrine.....	40, 92	pregabalin.....	82
phenylephrine hcl/prometh.....	40	PREGNYL.....	108
PHENYTEK.....	82	PREMARIN.....	104, 107
phenytoin.....	81, 82	PREMPHASE.....	104
PHESGO.....	49	PREMPRO.....	104
PHOSLYRA.....	95	prenatal.....	114
PHOSPHOLINE.....	92	PRENATAL.....	114
PHYSIOLYTE.....	124	PREPIDIL.....	106
PHYSIOSOL.....	124	PREPOIK.....	101
phytonadione.....	141	PRESTALIA.....	70
PICATO.....	53	PRETOMANID.....	32
pilocarpine.....	63, 92	PREVACID.....	101, 102
pimecrolimus.....	109	PREVIDENT.....	94
pimozide.....	121	PREVNAR.....	64
pindolol.....	75	PREVYMIS.....	59
pioglitazone.....	42, 43	PREZCOBIX.....	57
pioglitazone hcl/glimepiride.....	42	PREZISTA.....	57
pioglitazone hcl/metformin hcl.....	42	PRIFTIN.....	32
PIQRAY.....	51	PRILOSEC.....	102
pirfenidone.....	136	primaquine.....	45
piroxicam.....	25, 26	PRIMAQUINE.....	45
PLAQUENIL.....	45	PRIMEAIRE.....	112
PLAVIX.....	56	primidone.....	82
PLEGRIDY.....	80	PRIMLEV.....	20
PLIXDA.....	131	PRIMSOL.....	31
PNEUMOVAX.....	64	PRINIVIL.....	73
pnv.....	114	PRISMASOL.....	96
POCKET CHAMBER.....	112	PRISTIQ.....	117
PODOCON.....	127	probenecid.....	26
podofilox.....	127	PROCARDIA.....	68
POLIBAR.....	88	PROCARE.....	112
polydimethylsiloxanes.....	128	PROCHAMBER.....	112
POMALYST.....	49	prochlorperazine.....	97, 98
Ponvory.....	80	PRO COMFORT.....	112
posaconazole.....	39	PROCORT.....	102
POTABA.....	140	PROCRIT.....	83
potassium.....	19, 34, 73, 94, 95, 96, 131	PROCTOFOAM.....	102
potassium iodide.....	95, 131	progesterone.....	107
pramipexole.....	55	PROGLYCEM.....	94
PRAMOSONE.....	130, 131	PROGRAF.....	110
prasugrel.....	56	PROLENSA.....	91
pravastatin.....	77	PROMACTA.....	84
praziquantel.....	45	promethazine.....	40, 87, 98
prazosin.....	71	PROMETRIUM.....	107
PRECOSE.....	41	propafenone.....	67
prednicarbate.....	129, 130	propantheline.....	96
prednisolone.....	29, 91, 105	proparacaine.....	91
prednisone.....	105	propranolol.....	74, 75
PREFEST.....	104	propylthiouracil.....	132

Índice de medicamentos

PROQUAD	64	RAPAMUNE	110
PROSCAR	139	RAPLIXA	66
PROSTIN	106	rasagiline.....	54, 55
protectives2	128	RAVICTI	96
PROTONIX	102	RAYALDEE	135
PROTOPIC	109	RAZADYNE	61
protriptyline	119	READI-CAT	88
PROVERA	84, 107	REBIF	80
PROVOCHOLINE	87	RECOMBIVAX	65
PULMICORT	28	RECOTHROM	66
PULMOZYME	133	RECTIV	101
PURIXAN	48	REDITREX	24
pyrazinamide	31	REGIMEX	53
PYRIDIUM	23	REGLAN	100
pyridostigmine.....	61	REGRANEX	126
pyrimethamine	45	RELAGARD	44
Q		RELENZA.....	59
QINLOCK	51	RELISTOR	38
QMIIZ	26	REMICADE	47
QSYMIA	53	RENACIDIN	96
QTERN	42	repaglinide	42, 43
QUADRACEL	64	REPATHA.....	76, 77
QUALAQUIN	45	REPLACEMENT PEDIATRIC MONITOR.....	111
QUARTETTE	86	RESPA	86
quazepam	124	RESTASIS	93
QUAZEPAM.....	124	RESTIZAN	126
QUESTRAN	78	RETACRIT	84
quetiapine.....	121, 122	RETEVMO	51
QUILLICHEW	120	REVLIMID	49
QUILLIVANT	120	REXULTI	122
quinapril.....	70, 72, 73	REYATAZ	58
quinapril/hydrochlorothiazide	70	REZUROCK.....	139
quinidine	67	RHOPRESSA	92
quinine	45	ribasphere	60
QUTENZA.....	127	ribavirin	59, 60
QVAR	28	RIDAURA	24
R		rifabutin.....	31
rabeprazole	101, 102	RIFAMATE	32
RADIAGEL	137	rifampin.....	32
RADIAPLEXRX	128	RIFATER.....	32
RADICAVA.....	79	RILUTEK	79
RADIOGARDASE	137	riluzole.....	79
RAGWITEK.....	63	rimantadine	59
raloxifene	138	RIMSO	22
ramelteon.....	123	ringer's.....	124
ramipril.....	72, 73	RIOMET.....	41, 42
ranitidine.....	100	risedronate	138
ranolazine	66	RISPERDAL	122
RAPAFLO.....	139	risperidone	122

Índice de medicamentos

RITALIN.....	120	SECURESAFE INSULIN SYRINGE.....	111
RITEFLO.....	112	selegiline.....	55
ritonavir.....	58	selenium.....	126
rivastigmine.....	61	SELZENTRY.....	57
ROBAXIN.....	113	SEMGLEE.....	44
ROBINUL.....	97	SEN-SERTER.....	111
ROCALTROL.....	141	SEROQUEL.....	122
ROCKLATAN.....	92	SEROSTIM.....	106
ropinirole.....	55	sertraline.....	117
ROSANIL.....	36	sevelamer.....	95
rosuvastatin.....	77	sevoflurane.....	23
Roszet.....	76	SFROWASA.....	99
ROTARIX.....	63	SHINGRIX.....	65
ROTATEQ.....	63	SIGNIFOR.....	107
ROXYBOND.....	22	SIKLOS.....	65
ROZLYTREK.....	51	sildenafil.....	69, 135
RUBRACA.....	51	SILENOR.....	124
RUCONEST.....	134	SILICONE MASK.....	112
rufinamide.....	81, 82	SILIQ.....	125
RUKOBIA.....	57	silodosin.....	139
RUZURGI.....	80	SILVADENE.....	36
RYBELSUS.....	41	silver nitrate.....	127, 131
RYDAPT.....	51	silver sulfadiazine.....	36
RYTARY.....	55	SIMBRINZA.....	92
RYTHMOL.....	67	SIMPONI.....	47
S		simvastatin.....	76, 77
SAF-CLENS.....	128	SINEMET.....	55
SAFYRAL.....	86	SINGULAIR.....	28
SALAGEN.....	63	sirolimus.....	110
salicylic.....	127	SIRTURO.....	32
SALIMEZ.....	127	SITZMARKS.....	88
SALKERA.....	127	SIVEXTRO.....	34
salsalate.....	23	SKELAXIN.....	113
SALVAX.....	127	SKLICE.....	54
SANCUSO.....	98	SKYLA.....	86
SANDOSTATIN.....	107	SKYRIZI.....	125
SANTYL.....	131	SKYTROFA.....	106
SAPHRIS.....	122	SLYND.....	86
sapropterin.....	137	SODIUM.....	36
SARAFEM.....	117	sodium chloride.....	101, 124, 136
SAVAYSA.....	37	sodium chloride/nahco3/kcl/peg.....	101
SAVELLA.....	139	sodium fluoride/potassium.....	94
SAXENDA.....	53	SODIUM OXYBATE.....	124
SCALACORT.....	130	sodium phenylbutyrate.....	96
SCEMBLIX.....	51	sodium polystyrene.....	95
scopolamine.....	98	sod, pot chlor/mag/sod.....	124
SEASONIQUE.....	86	solifenacin.....	140
secobarbital.....	123	SOLIQUA.....	41
SECUADO.....	122	SOLTAMOX.....	52

Índice de medicamentos

SOMA	113	SUTAB.....	101
SOMATULINE.....	107	SUTENT.....	51
SOMAVERT	135	SYMAX	99
SORBITOL.....	124	SYMDEKO	133
sotalol.....	75	SYMLINPEN	41
SOTYKTU	125	SYMPROIC.....	38
SOTYLIZE.....	75	SYMTUZA	57
SOVALDI	60	SYNALAR.....	35, 130
SPACE CHAMBER.....	112, 113	SYNJARDY	43
spinosad.....	54	SYNTHROID	132
SPIRIVA.....	26	SYRINGE	18, 37, 38, 46, 47, 57, 66, 77, 80, 84, 94, 108, 109, 111, 125
spironolact/hydrochlorothiazid.....	90	T	
spironolactone	89	TABLOID.....	48
SPRAVATO.....	115	TABRECTA.....	51
SPRITAM.....	82	TACHOSIL.....	66
SPRYCEL	51	tacrolimus	109, 110
sps.....	95	tadalafil	69, 134, 135
SSKI	95	TAFINLAR	48
STALEVO.....	56	TAGITOL	88
STARLIX	42	TAGRISSO	51
STELARA.....	109	TAKHZYRO.....	63
STENDRA.....	135	TALTZ	125
STIMATE	103	TALZENNA.....	51
STIMUFEND	84	TAMIFLU	59
STIOLTO	27	tamoxifen.....	52
STIVARGA.....	51	tamsulosin	139, 140
STRENSIQ	137	TAPAZOLE.....	132
STRIBILD.....	59	TARGRETIN	47, 53
STRIVERDI.....	27	TARKA.....	70
STROMECTOL	45	TASIGNA	51
SUBOXONE	139	tasimelteon.....	123
SUCRAID.....	100	TASMAR	56
sucrafate.....	98	TAVALISSE	133
SULAR	68	TAYTULLA.....	86
sulfacetamide	29, 36, 126	tazarotene	126
sulfact sod/sulur/avob/otn/oct.....	36	TAZVERIK.....	49
sulfadiazine	30, 36	TC99M SULFUR COLLOID PREP	87
sulfamethoxazole/trimethoprim.....	30	TDVAX.....	64
SULFAMYLON	36	TEGRETOL	82, 83
sulfasalazine.....	99, 100	TEGSEDI.....	136
sulindac	26	TEKTURNA.....	75
sumatriptan	18, 19	telmisartan.....	72, 73, 74
SUNLENCA	56	telmisartan-hctz.....	72
SUNOSI.....	123	temazepam	124
SUPRANE.....	23	TEMIXYS.....	57
SUPRAX.....	32	TEMODAR.....	47
SURGIFOAM	66	TEMOVATE.....	130
SURGISEAL.....	128	temozolomide.....	47
SURVANTA.....	133	TENIVAC.....	64

Índice de medicamentos

tenofovir disoproxil.....	58	tolbutamide.....	42
TENORMIN.....	75	tolcapone.....	56
TEPMETKO.....	51	tolmetin.....	26
terazosin.....	71	tolterodine.....	140
terbinafine.....	39	tolvaptan.....	89
terbutaline.....	27	TOLVAPTAN.....	89
terconazole.....	38	TOPICORT.....	130
teriflunomide.....	80	topiramate.....	83
TERSI.....	126	toremifene.....	52
TESSALON.....	87	toremide.....	89
testosterone.....	102, 103	TRACLEER.....	69
TESTOSTERONE.....	103	tramadol.....	20, 22
TESTRED.....	103	TRAMADOL.....	22
tetrabenazine.....	79	tramadol hcl/acetaminophen.....	20
tetracaine.....	91	trandolapril.....	70, 73
tetracycline.....	35	tranexamic.....	65
TETRAVISC.....	92	TRANSDERM.....	98
TEXACORT.....	130	TRANXENE.....	115
TEZSPIRE.....	138	tranylcypromine.....	115
THALOMID.....	31	travoprost.....	92
THEO.....	28	trazodone.....	117
theophylline.....	28	TRECTOR.....	31
thioridazine.....	123	TRELEGY.....	28
thiothixene.....	122	TREMFYA.....	125
THROMBI.....	66	TRESIBA.....	44
THROMBI-GEL.....	66	tretinoin.....	52, 125, 131
THROMBIN.....	66	TREXALL.....	48
thyroid.....	132	TREZIX.....	20
THYROID.....	132	triamcinolone.....	134
THYROLAR.....	132	triamterene.....	89, 90
tiagabine.....	82, 83	triazolam.....	124
TIAZAC.....	68	TRIBENZOR.....	71
TIBSOVO.....	52	trichloroacetic.....	128
ticlopidine.....	56	TRICHLOROACETIC.....	128
TIGAN.....	98	TRICOR.....	78
TIGLUTIK.....	79	trientine.....	137
TIKOSYN.....	67	trifluoperazine.....	123
timolol.....	75, 92	trifluridine.....	59
TINDAMAX.....	44	TRIGLIDE.....	78
tinidazole.....	44	trihexyphenidyl.....	54
TIROSINT.....	132	TRIJARDY.....	43
TISSEEL.....	128	TRIKAFTA.....	133
TIVICAY.....	58	TRILIPIX.....	78
tizanidine.....	113	trimethobenzamide.....	98
TOBI.....	30	trimethoprim.....	30, 31
tobramycin.....	29, 30	trimipramine.....	119
tobramycin/dexamethasone.....	29	TRIMO-SAN.....	44
TOBEX.....	30	TRIMPEX.....	31
TOLAK.....	53	TRINTELLIX.....	118

Índice de medicamentos

TRIUMEQ.....	57	vardenafil.....	134, 135
tropicamide.....	93	VARIBAR.....	88
trospium.....	140	VARIVAX.....	65
TRUDHESA.....	19	VARUBI.....	98
TRULANCE.....	100	VASCEPA.....	96
TRULICITY.....	41	VASERETIC.....	70
TRUMENBA.....	63	VASHE.....	124
TUKYSA.....	51	VASOTEC.....	73
TURALIO.....	51	VAXELIS.....	65
TUXARIN.....	87	VECAMYL.....	74
TUZISTRA.....	87	VECTICAL.....	126
TWINRIX.....	65	VELPHORO.....	95
TWIRLA.....	86	VELTASSA.....	95
TYBLUME.....	86	VENCLEXTA.....	52
TYBOST.....	133	venlafaxine.....	117, 118
TYKERB.....	51	VENTAVIS.....	70
TYMLOS.....	108	verapamil.....	67, 68, 70
TYVASO.....	69, 70	VEREGEN.....	61
U		VERELAN.....	68
UBRELVY.....	19	VERIFINE.....	111
UDENYCA.....	84	VERQUVO.....	68
UKONIQ.....	51	VERZENIO.....	51
ULESFIA.....	54	VFEND.....	39
ULORIC.....	24	V-GO.....	111
ULTANE.....	23	VIBERZI.....	100
ULTRACET.....	20	VIBRAMYCIN.....	35
ULTRAFOAM.....	66	VIEKIRA.....	60
ULTRAM.....	22	vigabatrin.....	83
UPTRAVI.....	70	VIIBRYD.....	118
URAMAXIN.....	128	VIJOICE.....	133
urea.....	36, 46, 128	VIMPAT.....	83
URECHOLINE.....	63	VIOKACE.....	101
URIBEL.....	31	VIRAZOLE.....	60
UROCI-T-K.....	96	VIREAD.....	58
UROQID.....	96	VISTARIL.....	40
URSO.....	99	VISTOGARD.....	134
ursodiol.....	99	VITAFOL.....	114
UTA.....	31	vite ac/grape/hyaluronic acid.....	126
V		VITRAKVI.....	51
valacyclovir.....	60	VIVELLE.....	104
VALCHLOR.....	53	VIZIMPRO.....	51
valganciclovir.....	60	voriconazole.....	39
VALIUM.....	115	VORTEX.....	113
valproic.....	83	VOSEVI.....	60
valsartan.....	71, 72, 73, 74	VOTRIENT.....	51
valsartan/hydrochlorothiazide.....	72	VOXZOGO.....	137
VALTOCO.....	81	VRAYLAR.....	122
VALTRES.....	60	VUMERITY.....	80
vancomycin.....	35	VYLEESI.....	120

Índice de medicamentos

VYNDAMAX.....	137	ZARONTIN.....	83
VYNDAQEL.....	137	ZARXIO.....	84
VYTORIN.....	76	ZAVESCA.....	136
VYVANSE.....	119	Zegalogue.....	94
W		ZEJULA.....	51
WAKIX.....	83	ZELBORAF.....	48
warfarin.....	36	ZEMPLAR.....	135
water for irrigation.....	124	ZENATANE.....	125
Wegovy.....	53	ZENZEDI.....	62
WIDE SEAL DIAPHRAGM.....	86	ZEPATIER.....	61
WP.....	132	ZERVIATE.....	40
X		ZESTORETIC.....	70
XADAGO.....	56	ZESTRIL.....	73
XALKORI.....	51	zidovudine.....	57, 58
XANAX.....	115	zileuton.....	26
XARELTO.....	37	ZIMHI.....	38
XATMEP.....	48	zinc.....	128
XCLAIR.....	127	ziprasidone.....	122
XCOPRI.....	83	ZIRGAN.....	59
XELJANZ.....	25	ZITHROMAX.....	33
XELODA.....	48	ZOHYDRO.....	22
XELSTRYM.....	62	ZOKINVY.....	133
XENICAL.....	53	ZOLADEX.....	50
XENLETA.....	34	ZOLINZA.....	47
XEPI.....	36	zolmitriptan.....	19
XERMELO.....	97	zolpidem.....	124
XIFAXAN.....	34	zonisamide.....	83
XIGDUO.....	43	ZONTIVITY.....	56
XIIDRA.....	93	ZORBITIVE.....	106
XOFLUZA.....	60	ZORTRESS.....	110
XOLAIR.....	28	ZOSTAVAX.....	65
XOPENEX.....	27	ZTALMY.....	83
XOSPATA.....	51	ZTLIDO.....	23
XPOVIO.....	52	ZUBSOLV.....	139
XTAMPZA.....	22	ZYDELIG.....	52
XTANDI.....	48	ZYKADIA.....	52
XULTOPHY.....	41	ZYLET.....	29
XUREA.....	128	ZYLOPRIM.....	24
XURIDEN.....	94	ZYVOX.....	34
XYREM.....	123		
XYWAV.....	123		
Y			
YASMIN.....	86		
YAZ.....	86		
YERVOY.....	52		
Z			
zafirlukast.....	28		
zaleplon.....	124		
ZANAFLEX.....	113		

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

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



1. Se aplican los términos de la aplicación/tienda en línea y los cargos de las compañías de telefonía celular/uso de datos. Los clientes menores de 13 años no podrán registrarse en **myCigna.com** (así como tampoco sus padres o tutores).
2. Los precios que se muestran en **myCigna** no están garantizados, y la cobertura está sujeta a los términos y las condiciones de su plan. Visite **myCigna** para obtener más información.
3. Sitio web de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos, "Generic Drugs: Questions and Answers". Última actualización de la página: 16 de marzo de 2021. <https://www.fda.gov/drugs/questions-answers/generic-drugs-questions-answers>.
4. No todos los planes ofrecen Express Scripts® Pharmacy y Accredo como opciones de farmacia cubiertas. Inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan, para obtener más información sobre las farmacias que pertenecen a la red de su plan. *Cigna Healthcare tiene una participación en la titularidad de los servicios de entrega a domicilio de Express Scripts® Pharmacy y los servicios de farmacia de especialidad de Accredo. Sin embargo, usted tiene derecho a despachar sus recetas en cualquier farmacia de la red de su plan. No se le aplicará ninguna penalidad, sin importar dónde despache sus recetas.*
5. Los costos de envío estándar están incluidos como parte de su plan de medicamentos con receta.
6. Algunos medicamentos no están disponibles en un suministro para 90 días y solo pueden envasarse en cantidades más reducidas. Por ejemplo, tres paquetes de anticonceptivos orales equivalen a un suministro para 84 días. Si bien no es un "suministro para 90 días", de todas maneras se considera una receta para 90 días.
7. Según lo permitido por ley. Para los medicamentos administrados por un proveedor de cuidado de la salud, Accredo enviará el medicamento directamente al consultorio de su médico.
8. **Para los planes asegurados que deben cumplir con las leyes de seguro del estado de Delaware:** los medicamentos antidepresivos, para dejar de fumar, para el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y antipsicóticos de marca que no tengan un equivalente genérico disponible estarán cubiertos como medicamentos del Nivel 2 (de marca preferida). Esto es así aunque el medicamento esté incluido en el Nivel 3 (marca no preferida) en la Lista de medicamentos de su plan. Para averiguar cómo su plan específico cubre estos medicamentos, inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com**, o llame a Servicio al Cliente al número que aparece en su tarjeta de ID.
9. Los costos y detalles completos de la cobertura de medicamentos con receta del plan se encuentran en los documentos del plan. En caso de discrepancia entre la información proporcionada aquí y los documentos del plan, prevalecerá sin excepciones la información incluida en los documentos del plan.
10. **Para los planes que deben cumplir con leyes de seguro estatales, como Delaware:** Es posible que su plan cubra medicamentos para la infertilidad y para dejar de fumar aunque en esta Lista de medicamentos se indique que su plan tal vez no los cubra. Para averiguar si su plan específico cubre estos medicamentos, inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan.

Para obtener ayuda en español, llame al número que aparece en su tarjeta de Cigna Healthcare.

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

Los productos y servicios de Cigna Healthcare se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de The Cigna Group, que incluyen a Cigna Health and Life Insurance Company (CHLIC), Connecticut General Life Insurance Company, Express Scripts, Inc. o sus afiliadas, y HMO subsidiarias o compañías de servicios subsidiarias de Cigna Health Corporation, incluidas Cigna Healthcare of Arizona, Inc., Cigna Healthcare of California, Inc., Cigna Healthcare of Colorado, Inc., Cigna Healthcare of Connecticut, Inc., Cigna Healthcare of Florida, Inc., Cigna Healthcare of Georgia, Inc., Cigna Healthcare of Illinois, Inc., Cigna Healthcare of Indiana, Inc., Cigna Healthcare of St. Louis, Inc., Cigna Healthcare of North Carolina, Inc., Cigna Healthcare of New Jersey, Inc., Cigna Healthcare of South Carolina, Inc., Cigna Healthcare of Tennessee, Inc. (CHC-TN) y Cigna Healthcare of Texas, Inc. Formularios de pólizas: OK: HP-APP-1 y otros; OR: HP-POL38 02-13; TN: HP-POL43/HC-CER1V1 y otros (CHLIC); GSA-COVER y otros (CHC-TN).

LA DISCRIMINACIÓN ES ILEGAL

Cobertura médica

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

Cigna:

- Brinda asistencia y servicios gratuitos para que las personas con discapacidades puedan comunicarse de manera eficaz con nosotros; por ejemplo:
 - intérpretes de lenguaje de señas calificados;
 - información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios de asistencia lingüística gratuita a personas cuyo idioma primario no es el inglés, como por ejemplo:
 - intérpretes calificados
 - información escrita en otros idiomas.

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

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

Cigna
Nondiscrimination Complaint Coordinator
PO Box 188016
Chattanooga, TN 37422

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

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

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



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

Proficiency of Language Assistance Services

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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