

**CIGNA Medicare Rx® (PDP)**  
Medicare Part D Prescription Drug Plans

CIGNA Medicare Rx® Plan Uno (PDP)  
**Formulario 2012**  
(Lista de medicamentos cubiertos)

**LEA LO SIGUIENTE: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LOS  
MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN**

**Nota para los miembros actuales:** Este formulario ha cambiado desde el año pasado. Revise este documento para asegurarse de que sigue incluyendo los medicamentos que usted toma.

Los beneficiarios deben utilizar las farmacias de la red para tener acceso a su beneficio de medicamentos con receta. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias, la prima y/o los copagos/el coseguro pueden modificarse el 1.º de enero de 2013.

Connecticut General Life Insurance Company es un patrocinador de la Parte D aprobado por Medicare.

Esta información está disponible sin cargo en otros idiomas. Comuníquese con el número de Servicio de atención al cliente al 1-800-222-6700 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben comunicarse al 1-800-322-1451). Nuestro horario es de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, los 7 días de la semana. El Servicio de atención al cliente cuenta con servicios de interpretación gratuitos para aquellas personas que no hablan inglés.

Esta información está disponible, de forma gratuita, en un formato diferente, en braille o en letras grandes. Si necesita información sobre el plan en otro formato, llame al Servicio de atención al cliente al número antes mencionado.





## **¿Qué es el formulario de CIGNA Medicare Rx (PDP)?**

Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos y seleccionados por CIGNA Medicare Rx (PDP) basándose en el asesoramiento de un equipo de proveedores de atención médica. Esta lista representa las terapias recetadas que se consideran parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Generalmente, CIGNA Medicare Rx (PDP) cubrirá los medicamentos que se incluyen en nuestro formulario siempre que el medicamento sea médicamente necesario, se adquiera en una farmacia de la red de CIGNA Medicare Rx (PDP) y se sigan otras normas del plan. Consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información sobre cómo comprar sus medicamentos recetados.

## **¿Puede cambiar el formulario?**

Por lo general, si está tomando un medicamento que se encuentra en nuestro formulario 2012 y que estaba cubierto al comienzo del año, no suspenderemos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año 2012, excepto si un nuevo medicamento genérico y menos costoso está disponible o si se divulga nueva información adversa sobre la seguridad o eficacia de un medicamento. Otros tipos de cambios en el formulario, como la eliminación de un medicamento del formulario, no afectarán a los miembros que tomen actualmente el medicamento. El medicamento seguirá estando disponible con la misma participación en los costos para los miembros que lo tomen durante el resto del año de cobertura. Consideramos que es importante que tenga acceso continuo, durante el resto del año de cobertura, a los medicamentos del formulario que estaban disponibles cuando seleccionó nuestro plan, excepto en los casos en que usted pueda ahorrar dinero adicional o que podamos garantizar su seguridad.

Si eliminamos medicamentos de nuestro formulario o agregamos requisitos de autorización previa, límites de cantidad y/o restricciones de terapias escalonadas para un medicamento, o ponemos un medicamento en un nivel superior de participación en los costos, debemos notificar el cambio a los miembros afectados al menos 60 días antes de que el cambio entre en vigencia o cuando el miembro

vuelva a comprar el medicamento. En este último caso, el miembro recibirá un suministro para 60 días del medicamento. Si la Administración de Drogas y Alimentos considera que un medicamento de nuestro formulario no es seguro o si el fabricante retira el medicamento del mercado, inmediatamente eliminaremos el medicamento de nuestro formulario y se lo notificaremos a los miembros que lo toman. El formulario adjunto entra en vigencia a partir del 1 de enero de 2012. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por CIGNA Medicare Rx (PDP), visite nuestro sitio web en [www.cignamedicarerx.com](http://www.cignamedicarerx.com) o llame al Servicio de atención al cliente al 1-800-222-6700, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-322-1451.

Para cualquier cambio que no sea de mantenimiento y que se realice a mitad de año, el documento impreso del formulario de nuestro plan será actualizado a través de fe de erratas en caso de que 1) eliminemos un medicamento de nuestro formulario, 2) aumentemos la participación en los costos de un medicamento del formulario o 3) agreguemos revisiones de administración de uso para un medicamento del formulario y nuestro plan no ofrezca un nuevo medicamento alternativo como posible reemplazo para ninguno de los cambios del formulario descritos anteriormente. Todos los miembros afectados que actualmente tomen un medicamento del formulario al que se le realicen uno o más de los cambios descritos anteriormente, quedarán exentos de los cambios durante el resto del año de cobertura.

## **¿Cómo utilizo el formulario?**

Existen dos formas de buscar su medicamento en el formulario:

### **Afección médica**

El formulario comienza en la página 9. En este formulario, los medicamentos se agrupan en categorías según el tipo de afecciones médicas para las que se utilizan. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar afecciones cardíacas se enumeran en la categoría "Agentes cardiovasculares". Si sabe para qué se usa su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 9. Luego, busque el nombre del medicamento dentro de esa categoría.

## **Listado alfabético**

Si no está seguro en qué categoría se encuentra, debe buscar el medicamento en el Índice que comienza en la página 37. El Índice proporciona un listado alfabético de todos los medicamentos que se incluyen en este documento. En el Índice, se enumeran tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Al lado del medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información sobre la cobertura. Consulte la página enumerada en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

## **¿Qué son los medicamentos genéricos?**

CIGNA Medicare Rx (PDP) cubre medicamentos de marca y genéricos. La Administración de Drogas y Alimentos (FDA) aprueba un medicamento genérico si tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Generalmente, los medicamentos genéricos tienen un costo menor que los de marca.

## **¿Existen restricciones para mi cobertura?**

Existen algunos requisitos o límites adicionales en la cobertura de algunos medicamentos cubiertos. Estos requisitos y límites pueden incluir lo siguiente:

- **Autorización previa:** CIGNA Medicare Rx (PDP) exige que usted o su médico obtengan autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que necesitará obtener aprobación de CIGNA Medicare Rx (PDP) antes de comprar sus medicamentos recetados. Si no obtiene la autorización, CIGNA Medicare Rx (PDP) podría no cubrir el medicamento.
- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, CIGNA Medicare Rx (PDP) limita la cantidad del medicamento que cubrirá. Por ejemplo, CIGNA Medicare Rx (PDP) proporciona cobertura para un máximo de 1 comprimido de 10 mg diario de Crestor. Esto puede ser además de un suministro estándar para un mes o tres meses.
- **Terapia escalonada:** En algunos casos, CIGNA Medicare Rx (PDP) exige que usted pruebe primero ciertos medicamentos para tratar su afección antes de cubrir otro medicamento para esa afección. Por ejemplo, si los medicamentos A y B se usan para tratar su enfermedad, es posible que CIGNA Medicare Rx (PDP) no

cubra el medicamento B a menos que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no funciona para tratar su afección, entonces CIGNA Medicare Rx (PDP) cubrirá el medicamento B.

En el formulario que empieza en la página 9, puede saber si existen requisitos o límites adicionales para su medicamento. Además, visite nuestro sitio web en [www.cignamedicarerx.com](http://www.cignamedicarerx.com) para obtener más información sobre las restricciones que se aplican a ciertos medicamentos cubiertos.

Puede solicitar a CIGNA Medicare Rx (PDP) una excepción para estas restricciones o límites. Consulte la sección, “¿Cómo solicito una excepción del formulario de CIGNA Medicare Rx (PDP)?” a **continuación** para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción.

## **¿Qué sucede si mi medicamento no se encuentra en el formulario?**

Si su medicamento no está incluido en este formulario, debe comunicarse primero con el Servicio de atención al cliente y confirmar si su medicamento no está cubierto. Si descubre que CIGNA Medicare Rx (PDP) no cubre su medicamento, usted tiene dos opciones:

- Puede solicitar al Servicio de atención al cliente una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por CIGNA Medicare Rx (PDP). Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y solicítele que le recete un medicamento similar que esté cubierto por CIGNA Medicare Rx (PDP).
- Puede solicitarle a CIGNA Medicare Rx (PDP) que haga una excepción y cubra su medicamento. Consulte a continuación para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

## **¿Cómo solicito una excepción del formulario de CIGNA Medicare Rx (PDP)?**

Puede solicitarle a CIGNA Medicare Rx (PDP) que haga una excepción a las normas de nuestra cobertura. Existen varios tipos de excepciones diferentes que puede solicitar.

- Puede solicitarnos que cubramos su medicamento aunque no se encuentre en nuestro formulario.

- Puede solicitarnos que no apliquemos las restricciones o límites de la cobertura a su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, CIGNA Medicare Rx (PDP) limita la cantidad que cubrirá. Si se aplica un límite de cantidad a su medicamento, puede solicitarnos que no apliquemos el límite y que cubramos más.
- Puede solicitarnos que proporcionemos un mayor nivel de cobertura para su medicamento. Si su medicamento se encuentra en el Nivel 4 (Medicamentos de marca no preferidos), puede solicitarnos que lo cubramos por una cantidad de participación en los costos que se aplique a los medicamentos de Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos). De este modo, se reduce el monto que debe pagar por su medicamento. Tenga en cuenta que si le concedemos su solicitud para cubrir un medicamento que no se encuentra en nuestro formulario, no puede solicitarnos que proporcionemos un mayor nivel de cobertura para el medicamento. Además, no puede solicitarnos que proporcionemos un mayor nivel de cobertura para medicamentos que se encuentran en el Nivel 5 de especialidad.

Por lo general, CIGNA Medicare Rx (PDP) sólo aprobará su solicitud para una excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, el medicamento del nivel más bajo o las restricciones de uso adicionales no fueran lo suficientemente eficaces para tratar su afección y/o le provocaran efectos médicos adversos.

Debe comunicarse con nosotros para solicitarnos una decisión de cobertura inicial para obtener una excepción del formulario, la nivelación o las restricciones de uso. **Al solicitar una excepción del formulario, la nivelación o las restricciones de uso, debe enviar una declaración realizada por su médico que respalde su solicitud.** Por lo general, debemos tomar una decisión dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su médico que receta el medicamento. Puede solicitar una excepción acelerada (rápida) si usted o su médico consideran que esperar una decisión durante 72 horas podría poner en grave peligro su salud. Si le conceden su solicitud para obtener una excepción acelerada, debemos otorgarle una decisión en no más de 24 horas a partir de la recepción de la declaración de respaldo de su médico que receta el medicamento.

## ¿Qué debo hacer antes de consultar con mi médico la posibilidad de que me cambie los medicamentos o de que solicite una excepción?

Como miembro nuevo o permanente de nuestro plan, usted puede estar tomando medicamentos que no se encuentran en nuestro formulario. O usted puede estar tomando un medicamento que se encuentra en nuestro formulario pero su capacidad para adquirirlo es limitada. Por ejemplo, es posible que necesite nuestra autorización previa para poder comprar su medicamento recetado. Debe consultar con su médico para determinar si necesita cambiar a un medicamento adecuado que se encuentre dentro de nuestra cobertura o si debe solicitar una excepción del formulario para que cubramos el medicamento que toma. Mientras usted consulta con su médico para determinar el plan de acción adecuado para usted, nosotros podemos cubrir su medicamento en ciertos casos durante los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan.

Para cada uno de sus medicamentos que no se encuentre en nuestro formulario o en el caso de que su capacidad para adquirir los medicamentos sea limitada, cubriremos un suministro temporal para 31 días (a menos que tenga una receta emitida para menos días) cuando los adquiera en una farmacia de la red. Después de su primer suministro para 31 días, no pagaremos estos medicamentos, incluso si usted ha sido miembro del plan durante menos de 90 días.

Si es residente de un centro de atención de cuidados a largo plazo, le permitiremos reponer su medicamento con receta hasta que le hayamos proporcionado un suministro de transición para 102 días, conforme al incremento de despachos (a menos que su receta esté emitida para menos días). Cubriremos más de una renovación de estos medicamentos para los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan. Si necesita un medicamento que no se encuentra en nuestro formulario o si su capacidad para adquirir los medicamentos es limitada, pero hace más de 90 días que inició su membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia para 31 días de ese medicamento (a menos que tenga una receta para menos días) mientras solicita una excepción del formulario.

# Formulario integral 2012: Plan Uno

Se permite un proceso de transición extendido en circunstancias relacionadas con cambios en el nivel de atención en el que un beneficiario se está cambiando de un tipo de tratamiento a otro. Se otorgará una anulación de la revisión para reponer el medicamento antes del vencimiento de la entrega anterior, de manera que reciba una cobertura adecuada. Ya que puede haber un período de tiempo en el que los beneficiarios con cambios en el nivel de atención se encuentren temporalmente sin cobertura durante un proceso, nuestra política de transición permitiría proporcionar cobertura para un medicamento recetado con un suministro para 31 días como máximo.

## Para obtener más información

Para obtener más información detallada sobre la cobertura de medicamentos recetados de CIGNA Medicare Rx (PDP), consulte la Evidencia de cobertura y otros materiales del plan.

Si tiene preguntas sobre CIGNA Medicare Rx (PDP), comuníquese con el Servicio de atención al cliente al 1-800-222-6700, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-322-1451, o visitar [www.cignamedicarerx.com](http://www.cignamedicarerx.com).

Si tiene preguntas generales sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, comuníquese con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048. O visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov).

## Formulario de CIGNA Medicare Rx (PDP)

El formulario que comienza en la página 9 proporciona la información de cobertura para algunos de los medicamentos cubiertos por CIGNA Medicare Rx (PDP). Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el Índice que comienza en la página 37.

En la primera columna del cuadro se encuentra el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca se encuentran en letra mayúscula (por ejemplo, NEXIUM) y los medicamentos genéricos se encuentran en letra minúscula y cursiva (por ejemplo, *omeprazole*).

La información de la columna Requisitos/límites le explica si CIGNA Medicare Rx (PDP) establece algún requisito especial para la cobertura de ese medicamento.

# Formulario integral 2012: Plan Uno

## Tabla de copago/coseguro

Estado(s)	Copagos/coseguro del nivel de cobertura inicial								
	Niveles	30 días en farmacia de venta al público	90 días en farmacia de venta al público	30 días en farmacia con servicio de orden por correo preferida	90 días en farmacia con servicio de orden por correo preferida	30 días en farmacia con servicio de orden por correo no preferida	90 días en farmacia con servicio de orden por correo no preferida	10 días en farmacia fuera de la red	31 días en farmacia de atención de cuidados a largo plazo (LTC)
AK	1	\$3.00	\$9.00	\$3.00	\$7.50	\$3.00	\$9.00	\$3.00	\$3.00
	2	\$20.00	\$60.00	\$20.00	\$50.00	\$20.00	\$60.00	\$20.00	\$20.00
	3	\$27.00	\$81.00	\$27.00	\$67.50	\$27.00	\$81.00	\$27.00	\$27.00
	4	\$48.00	\$144.00	\$48.00	\$120.00	\$48.00	\$144.00	\$48.00	\$48.00
	5	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%
AL, TN	1	\$3.00	\$9.00	\$3.00	\$7.50	\$3.00	\$9.00	\$3.00	\$3.00
	2	\$20.00	\$60.00	\$20.00	\$50.00	\$20.00	\$60.00	\$20.00	\$20.00
	3	\$31.00	\$93.00	\$31.00	\$77.50	\$31.00	\$93.00	\$31.00	\$31.00
	4	\$81.00	\$243.00	\$81.00	\$202.50	\$81.00	\$243.00	\$81.00	\$81.00
	5	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%
AR	1	\$3.00	\$9.00	\$3.00	\$7.50	\$3.00	\$9.00	\$3.00	\$3.00
	2	\$20.00	\$60.00	\$20.00	\$50.00	\$20.00	\$60.00	\$20.00	\$20.00
	3	\$30.00	\$90.00	\$30.00	\$75.00	\$30.00	\$90.00	\$30.00	\$30.00
	4	\$78.00	\$234.00	\$78.00	\$195.00	\$78.00	\$234.00	\$78.00	\$78.00
	5	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%
AZ	1	\$3.00	\$9.00	\$3.00	\$7.50	\$3.00	\$9.00	\$3.00	\$3.00
	2	\$20.00	\$60.00	\$20.00	\$50.00	\$20.00	\$60.00	\$20.00	\$20.00
	3	\$36.00	\$108.00	\$36.00	\$90.00	\$36.00	\$108.00	\$36.00	\$36.00
	4	\$81.00	\$243.00	\$81.00	\$202.50	\$81.00	\$243.00	\$81.00	\$81.00
	5	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%
CA	1	\$3.00	\$9.00	\$3.00	\$7.50	\$3.00	\$9.00	\$3.00	\$3.00
	2	\$20.00	\$60.00	\$20.00	\$50.00	\$20.00	\$60.00	\$20.00	\$20.00
	3	\$34.00	\$102.00	\$34.00	\$85.00	\$34.00	\$102.00	\$34.00	\$34.00
	4	\$86.00	\$258.00	\$86.00	\$215.00	\$86.00	\$258.00	\$86.00	\$86.00
	5	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%
CO	1	\$3.00	\$9.00	\$3.00	\$7.50	\$3.00	\$9.00	\$3.00	\$3.00
	2	\$20.00	\$60.00	\$20.00	\$50.00	\$20.00	\$60.00	\$20.00	\$20.00
	3	\$36.00	\$108.00	\$36.00	\$90.00	\$36.00	\$108.00	\$36.00	\$36.00
	4	\$85.00	\$255.00	\$85.00	\$212.50	\$85.00	\$255.00	\$85.00	\$85.00
	5	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%

# Formulario integral 2012: Plan Uno

## Tabla de copago/coseguro

Estado(s)	Copagos/coseguro del nivel de cobertura inicial								
	Niveles	30 días en farmacia de venta al público	90 días en farmacia de venta al público	30 días en farmacia con servicio de orden por correo preferida	90 días en farmacia con servicio de orden por correo preferida	30 días en farmacia con servicio de orden por correo no preferida	90 días en farmacia con servicio de orden por correo no preferida	10 días en farmacia fuera de la red	31 días en farmacia de atención de cuidados a largo plazo (LTC)
CT, MA, RI, VT	1	\$3.00	\$9.00	\$3.00	\$7.50	\$3.00	\$9.00	\$3.00	\$3.00
	2	\$20.00	\$60.00	\$20.00	\$50.00	\$20.00	\$60.00	\$20.00	\$20.00
	3	\$39.00	\$117.00	\$39.00	\$97.50	\$39.00	\$117.00	\$39.00	\$39.00
	4	\$87.00	\$261.00	\$87.00	\$217.50	\$87.00	\$261.00	\$87.00	\$87.00
	5	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%
DE, DC, MD	1	\$3.00	\$9.00	\$3.00	\$7.50	\$3.00	\$9.00	\$3.00	\$3.00
	2	\$20.00	\$60.00	\$20.00	\$50.00	\$20.00	\$60.00	\$20.00	\$20.00
	3	\$32.00	\$96.00	\$32.00	\$80.00	\$32.00	\$96.00	\$32.00	\$32.00
	4	\$81.00	\$243.00	\$81.00	\$202.50	\$81.00	\$243.00	\$81.00	\$81.00
	5	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%
FL	1	\$3.00	\$9.00	\$3.00	\$7.50	\$3.00	\$9.00	\$3.00	\$3.00
	2	\$20.00	\$60.00	\$20.00	\$50.00	\$20.00	\$60.00	\$20.00	\$20.00
	3	\$32.00	\$96.00	\$32.00	\$80.00	\$32.00	\$96.00	\$32.00	\$32.00
	4	\$86.00	\$258.00	\$86.00	\$215.00	\$86.00	\$258.00	\$86.00	\$86.00
	5	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%
GA	1	\$3.00	\$9.00	\$3.00	\$7.50	\$3.00	\$9.00	\$3.00	\$3.00
	2	\$20.00	\$60.00	\$20.00	\$50.00	\$20.00	\$60.00	\$20.00	\$20.00
	3	\$32.00	\$96.00	\$32.00	\$80.00	\$32.00	\$96.00	\$32.00	\$32.00
	4	\$84.00	\$252.00	\$84.00	\$210.00	\$84.00	\$252.00	\$84.00	\$84.00
	5	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%
HI, OH	1	\$3.00	\$9.00	\$3.00	\$7.50	\$3.00	\$9.00	\$3.00	\$3.00
	2	\$20.00	\$60.00	\$20.00	\$50.00	\$20.00	\$60.00	\$20.00	\$20.00
	3	\$39.00	\$117.00	\$39.00	\$97.50	\$39.00	\$117.00	\$39.00	\$39.00
	4	\$81.00	\$243.00	\$81.00	\$202.50	\$81.00	\$243.00	\$81.00	\$81.00
	5	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%
IA, MN, MT, ND, NE, NY, SD, WY	1	\$3.00	\$9.00	\$3.00	\$7.50	\$3.00	\$9.00	\$3.00	\$3.00
	2	\$20.00	\$60.00	\$20.00	\$50.00	\$20.00	\$60.00	\$20.00	\$20.00
	3	\$34.00	\$102.00	\$34.00	\$85.00	\$34.00	\$102.00	\$34.00	\$34.00
	4	\$85.00	\$255.00	\$85.00	\$212.50	\$85.00	\$255.00	\$85.00	\$85.00
	5	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%

# Formulario integral 2012: Plan Uno

## Tabla de copago/coseguro

Estado(s)	Copagos/coseguro del nivel de cobertura inicial								
	Niveles	30 días en farmacia de venta al público	90 días en farmacia de venta al público	30 días en farmacia con servicio de orden por correo preferida	90 días en farmacia con servicio de orden por correo preferida	30 días en farmacia con servicio de orden por correo no preferida	90 días en farmacia con servicio de orden por correo no preferida	10 días en farmacia fuera de la red	31 días en farmacia de atención de cuidados a largo plazo (LTC)
ID, UT	1	\$3.00	\$9.00	\$3.00	\$7.50	\$3.00	\$9.00	\$3.00	\$3.00
	2	\$20.00	\$60.00	\$20.00	\$50.00	\$20.00	\$60.00	\$20.00	\$20.00
	3	\$35.00	\$105.00	\$35.00	\$87.50	\$35.00	\$105.00	\$35.00	\$35.00
	4	\$87.00	\$261.00	\$87.00	\$217.50	\$87.00	\$261.00	\$87.00	\$87.00
	5	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%
IL	1	\$3.00	\$9.00	\$3.00	\$7.50	\$3.00	\$9.00	\$3.00	\$3.00
	2	\$20.00	\$60.00	\$20.00	\$50.00	\$20.00	\$60.00	\$20.00	\$20.00
	3	\$38.00	\$114.00	\$38.00	\$95.00	\$38.00	\$114.00	\$38.00	\$38.00
	4	\$83.00	\$249.00	\$83.00	\$207.50	\$83.00	\$249.00	\$83.00	\$83.00
	5	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%
IN, KY	1	\$3.00	\$9.00	\$3.00	\$7.50	\$3.00	\$9.00	\$3.00	\$3.00
	2	\$20.00	\$60.00	\$20.00	\$50.00	\$20.00	\$60.00	\$20.00	\$20.00
	3	\$35.00	\$105.00	\$35.00	\$87.50	\$35.00	\$105.00	\$35.00	\$35.00
	4	\$79.00	\$237.00	\$79.00	\$197.50	\$79.00	\$237.00	\$79.00	\$79.00
	5	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%
KS	1	\$3.00	\$9.00	\$3.00	\$7.50	\$3.00	\$9.00	\$3.00	\$3.00
	2	\$20.00	\$60.00	\$20.00	\$50.00	\$20.00	\$60.00	\$20.00	\$20.00
	3	\$30.00	\$90.00	\$30.00	\$75.00	\$30.00	\$90.00	\$30.00	\$30.00
	4	\$72.00	\$216.00	\$72.00	\$180.00	\$72.00	\$216.00	\$72.00	\$72.00
	5	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%
LA	1	\$3.00	\$9.00	\$3.00	\$7.50	\$3.00	\$9.00	\$3.00	\$3.00
	2	\$20.00	\$60.00	\$20.00	\$50.00	\$20.00	\$60.00	\$20.00	\$20.00
	3	\$31.00	\$93.00	\$31.00	\$77.50	\$31.00	\$93.00	\$31.00	\$31.00
	4	\$74.00	\$222.00	\$74.00	\$185.00	\$74.00	\$222.00	\$74.00	\$74.00
	5	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%
MI, WI	1	\$3.00	\$9.00	\$3.00	\$7.50	\$3.00	\$9.00	\$3.00	\$3.00
	2	\$20.00	\$60.00	\$20.00	\$50.00	\$20.00	\$60.00	\$20.00	\$20.00
	3	\$38.00	\$114.00	\$38.00	\$95.00	\$38.00	\$114.00	\$38.00	\$38.00
	4	\$84.00	\$252.00	\$84.00	\$210.00	\$84.00	\$252.00	\$84.00	\$84.00
	5	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%

# Formulario integral 2012: Plan Uno

## Tabla de copago/coseguro

Estado(s)	Copagos/coseguro del nivel de cobertura inicial								
	Niveles	30 días en farmacia de venta al público	90 días en farmacia de venta al público	30 días en farmacia con servicio de orden por correo preferida	90 días en farmacia con servicio de orden por correo preferida	30 días en farmacia con servicio de orden por correo no preferida	90 días en farmacia con servicio de orden por correo no preferida	10 días en farmacia fuera de la red	31 días en farmacia de atención de cuidados a largo plazo (LTC)
MO	1	\$3.00	\$9.00	\$3.00	\$7.50	\$3.00	\$9.00	\$3.00	\$3.00
	2	\$20.00	\$60.00	\$20.00	\$50.00	\$20.00	\$60.00	\$20.00	\$20.00
	3	\$32.00	\$96.00	\$32.00	\$80.00	\$32.00	\$96.00	\$32.00	\$32.00
	4	\$83.00	\$249.00	\$83.00	\$207.50	\$83.00	\$249.00	\$83.00	\$83.00
	5	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%
MS, OK	1	\$3.00	\$9.00	\$3.00	\$7.50	\$3.00	\$9.00	\$3.00	\$3.00
	2	\$20.00	\$60.00	\$20.00	\$50.00	\$20.00	\$60.00	\$20.00	\$20.00
	3	\$30.00	\$90.00	\$30.00	\$75.00	\$30.00	\$90.00	\$30.00	\$30.00
	4	\$83.00	\$249.00	\$83.00	\$207.50	\$83.00	\$249.00	\$83.00	\$83.00
	5	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%
NC	1	\$3.00	\$9.00	\$3.00	\$7.50	\$3.00	\$9.00	\$3.00	\$3.00
	2	\$20.00	\$60.00	\$20.00	\$50.00	\$20.00	\$60.00	\$20.00	\$20.00
	3	\$30.00	\$90.00	\$30.00	\$75.00	\$30.00	\$90.00	\$30.00	\$30.00
	4	\$84.00	\$252.00	\$84.00	\$210.00	\$84.00	\$252.00	\$84.00	\$84.00
	5	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%
NH, ME	1	\$3.00	\$9.00	\$3.00	\$7.50	\$3.00	\$9.00	\$3.00	\$3.00
	2	\$20.00	\$60.00	\$20.00	\$50.00	\$20.00	\$60.00	\$20.00	\$20.00
	3	\$30.00	\$90.00	\$30.00	\$75.00	\$30.00	\$90.00	\$30.00	\$30.00
	4	\$87.00	\$261.00	\$87.00	\$217.50	\$87.00	\$261.00	\$87.00	\$87.00
	5	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%
NJ	1	\$3.00	\$9.00	\$3.00	\$7.50	\$3.00	\$9.00	\$3.00	\$3.00
	2	\$20.00	\$60.00	\$20.00	\$50.00	\$20.00	\$60.00	\$20.00	\$20.00
	3	\$35.00	\$105.00	\$35.00	\$87.50	\$35.00	\$105.00	\$35.00	\$35.00
	4	\$82.00	\$246.00	\$82.00	\$205.00	\$82.00	\$246.00	\$82.00	\$82.00
	5	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%
NM	1	\$3.00	\$9.00	\$3.00	\$7.50	\$3.00	\$9.00	\$3.00	\$3.00
	2	\$20.00	\$60.00	\$20.00	\$50.00	\$20.00	\$60.00	\$20.00	\$20.00
	3	\$33.00	\$99.00	\$33.00	\$82.50	\$33.00	\$99.00	\$33.00	\$33.00
	4	\$86.00	\$258.00	\$86.00	\$215.00	\$86.00	\$258.00	\$86.00	\$86.00
	5	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%
NV	1	\$3.00	\$9.00	\$3.00	\$7.50	\$3.00	\$9.00	\$3.00	\$3.00
	2	\$20.00	\$60.00	\$20.00	\$50.00	\$20.00	\$60.00	\$20.00	\$20.00
	3	\$42.00	\$126.00	\$42.00	\$105.00	\$42.00	\$126.00	\$42.00	\$42.00
	4	\$86.00	\$258.00	\$86.00	\$215.00	\$86.00	\$258.00	\$86.00	\$86.00
	5	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%

# Formulario integral 2012: Plan Uno

## Tabla de copago/coseguro

Estado(s)	Copagos/coseguro del nivel de cobertura inicial								
	Niveles	30 días en farmacia de venta al público	90 días en farmacia de venta al público	30 días en farmacia con servicio de orden por correo preferida	90 días en farmacia con servicio de orden por correo preferida	30 días en farmacia con servicio de orden por correo no preferida	90 días en farmacia con servicio de orden por correo no preferida	10 días en farmacia fuera de la red	31 días en farmacia de atención de cuidados a largo plazo (LTC)
OR, WA	1	\$3.00	\$9.00	\$3.00	\$7.50	\$3.00	\$9.00	\$3.00	\$3.00
	2	\$20.00	\$60.00	\$20.00	\$50.00	\$20.00	\$60.00	\$20.00	\$20.00
	3	\$34.00	\$102.00	\$34.00	\$85.00	\$34.00	\$102.00	\$34.00	\$34.00
	4	\$81.00	\$243.00	\$81.00	\$202.50	\$81.00	\$243.00	\$81.00	\$81.00
	5	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%
PA, WV	1	\$3.00	\$9.00	\$3.00	\$7.50	\$3.00	\$9.00	\$3.00	\$3.00
	2	\$20.00	\$60.00	\$20.00	\$50.00	\$20.00	\$60.00	\$20.00	\$20.00
	3	\$31.00	\$93.00	\$31.00	\$77.50	\$31.00	\$93.00	\$31.00	\$31.00
	4	\$82.00	\$246.00	\$82.00	\$205.00	\$82.00	\$246.00	\$82.00	\$82.00
	5	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%
SC, VA	1	\$3.00	\$9.00	\$3.00	\$7.50	\$3.00	\$9.00	\$3.00	\$3.00
	2	\$20.00	\$60.00	\$20.00	\$50.00	\$20.00	\$60.00	\$20.00	\$20.00
	3	\$31.00	\$93.00	\$31.00	\$77.50	\$31.00	\$93.00	\$31.00	\$31.00
	4	\$83.00	\$249.00	\$83.00	\$207.50	\$83.00	\$249.00	\$83.00	\$83.00
	5	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%
TX	1	\$3.00	\$9.00	\$3.00	\$7.50	\$3.00	\$9.00	\$3.00	\$3.00
	2	\$20.00	\$60.00	\$20.00	\$50.00	\$20.00	\$60.00	\$20.00	\$20.00
	3	\$35.00	\$105.00	\$35.00	\$87.50	\$35.00	\$105.00	\$35.00	\$35.00
	4	\$77.00	\$231.00	\$77.00	\$192.50	\$77.00	\$231.00	\$77.00	\$77.00
	5	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%

# Formulario integral 2012: Plan Uno

## Descripción del nivel de participación en los costos

**Nivel 1:** Medicamentos genéricos preferidos. Este grupo de medicamentos recetados representa la participación en los costos más baja.

**Nivel 2:** Medicamentos genéricos no preferidos.

**Nivel 3:** Medicamentos preferidos de marca.

**Nivel 4:** Medicamentos no preferidos de marca.

**Nivel 5:** Medicamentos de nivel de especialidad. Este grupo de medicamentos con receta representa la participación en los costos más alta.

## Explicación de los símbolos - Requisitos/límites de administración de uso

**B vs D:** Se requiere determinación de cobertura para la Parte B o D. Nota: Las soluciones para inhalación que se usan en un nebulizador solo se cubren en la Parte D cuando el miembro se encuentra en un centro de atención de cuidados a largo plazo (LTC).

**PA:** Se requiere autorización previa.

**QL:** Se aplican límites de cantidad.

**RA :** Acceso restringido. Es posible que este medicamento se encuentre disponible sólo en ciertas farmacias. Para obtener más información, consulte su Directorio de farmacias o llame al Servicio de atención al cliente al 1-800-222-6700, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-322-1451.

**ST:** Se requiere terapia escalonada

Por lo general, todos los medicamentos del formulario se encuentran disponibles a través de las farmacias con servicio de orden por correo, excepto en circunstancias o situaciones especiales en las que no se pueda enviar por correo un medicamento particular a su casa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<b>Analgésicos</b>		
<i>acetaminophen/codeine</i>	1	
<i>ascomp/codeine</i>	1	
<i>buprenorphine hcl injection</i>	1	
<i>buprenorphine hcl tablet sublingual</i>	2	
<i>butalbital/acetaminophen/caffeine/codeine</i>	1	
<i>butorphanol tartrate injection</i>	1	
<i>butorphanol tartrate nasal solution</i>	1	QL (5 por 30 días)
<i>co-gesic</i>	1	
<i>codeine sulfate</i>	1	
DEMEROL INJECTION	4	
DURAMORPH	4	
EMBEDA	4	QL (60 por 30 días)
<i>endocet</i>	2	
<i>fentanyl citrate</i>	1	B vs D

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<i>fentanyl citrate oral transmucosal 200mcg</i>	2	QL (120 por 30 días) PA
<i>fentanyl citrate oral transmucosal 400mcg, 600mcg, 800mcg, 1200mcg, 1600mcg</i>	5	QL (120 por 30 días) PA
<i>fentanyl patch</i>	2	QL (20 por 30 días)
<i>hydrocodone/acetaminophen</i>	1	
<i>hydrocodone/ibuprofen</i>	1	
<i>hydromorphone hcl</i>	1	
INFUMORPH	4	
KADIAN	3	QL (60 por 30 días)
<i>levorphanol tartrate</i>	2	
<i>margesic-h</i>	1	
<i>maxidone</i>	1	
<i>meperidine hcl</i>	1	
<i>methadone hcl</i>	1	
<i>methadose</i>	1	
<i>morphine sulfate</i>	1	

# Formulario integral 2012: Plan Uno

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<i>morphine sulfate er 15mg, 30mg</i>	1	QL (180 por 30 días)
<i>morphine sulfate er 60mg, 100mg, 200mg</i>	1	QL (120 por 30 días)
<i>nalbuphine hcl</i>	2	B vs D
ONSOLIS	5	QL (120 por 30 días) PA
OPANA ER 5MG, 10MG, 20MG, 30MG	3	QL (60 por 30 días)
OPANA ER 40MG	3	QL (120 por 30 días)
<i>oxycodone hcl</i>	1	
<i>oxycodone hcl/ acetaminophen</i>	2	
<i>oxycodone hcl/aspirin</i>	2	
<i>oxycodone hcl/ibuprofen</i>	2	
OXYCONTIN 10MG, 15MG, 20MG, 30MG, 40MG, 60MG	3	QL (90 por 30 días)
OXYCONTIN 80MG	3	QL (120 por 30 días)
<i>pentazocine/acetaminophen</i>	1	
<i>pentazocine/naloxone hcl</i>	1	
<i>reprexain</i>	1	
<i>roxicot</i>	2	
<i>stagesic</i>	1	
TALWIN	4	B vs D
<i>tramadol hcl</i>	1	
<b>Anestesia</b>		
<i>lidocaine hcl</i>	1	
<i>lidocaine hcl jelly</i>	1	
<i>lidocaine hcl ointment 5%</i>	1	B vs D
<i>lidocaine hcl viscous</i>	1	
<i>lidocaine/prilocaine</i>	1	B vs D
LIDODERM	3	QL (90 por 30 días)
<b>Antibacterianos</b>		
ALTABAX	4	
<i>amikacin sulfate</i>	1	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<i>amoxicillin</i>	1	
<i>amoxicillin/potassium clavulanate</i>	1	
<i>ampicillin</i>	1	
<i>ampicillin sodium</i>	2	
<i>ampicillin-sulbactam</i>	2	
AVELOX INJECTION	3	
AVELOX TABLET	3	QL (30 por 30 días)
AZACTAM	4	
AZACTAM IN ISO-OSMOTIC DEXTROSE 1GM	4	
AZACTAM IN ISO-OSMOTIC DEXTROSE 2GM	5	
<i>azithromycin injection, suspension reconstituted</i>	1	
<i>azithromycin tablet 250mg</i>	1	QL (12 por 30 días)
<i>azithromycin tablet 500mg, 600mg</i>	1	
<i>aztreonam</i>	2	
<i>bacim</i>	2	
<i>bacitracin</i>	2	
BICILLIN C-R	3	
BICILLIN L-A	4	
BLEPH-10	4	
CAYSTON	5	
CEDAX	4	
<i>cefaclor</i>	1	
<i>cefaclor er</i>	1	
<i>cefadroxil</i>	1	
<i>cefazolin sodium</i>	2	
<i>cefdinir</i>	2	
<i>cefepime</i>	2	
<i>cefotaxime sodium</i>	1	
<i>cefotetan</i>	2	
<i>cefoxitin sodium</i>	2	

## Formulario integral 2012: Plan Uno

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<i>cefepodoxime proxetil</i>	1	
<i>cefprozil</i>	1	
<i>ceftazidime</i>	2	
<i>ceftriaxone sodium</i>	2	
<i>cefuroxime axetil</i>	2	
<i>cefuroxime sodium</i>	2	
<i>cephalexin</i>	1	
<i>chloramphenicol sodium succinate</i>	1	
CIPRO I.V.	4	
<i>ciprofloxacin</i>	1	
<i>ciprofloxacin er</i>	2	
<i>ciprofloxacin hcl</i>	1	
CLAFORAN	3	
<i>clarithromycin</i>	1	
<i>clarithromycin er</i>	1	
CLEOCIN GALAXY	4	
CLEOCIN PHOSPHATE SOLUTION 900MG/6ML	4	
<i>clindamycin hcl</i>	1	
<i>clindamycin phosphate</i>	1	
<i>colistimethate sodium</i>	2	
COLY-MYCIN M	4	
CUBICIN	5	B vs D
<i>demeclocycline hcl</i>	2	
<i>dicloxacillin sodium</i>	1	
DORIBAX	4	
<i>doxycycline hyclate</i>	2	
<i>doxycycline monohydrate</i>	2	
e.e.s.	1	
<i>ery</i>	1	
<i>ery-tab</i>	2	
ERYPED	3	
<i>erythrocin lactobionate</i>	1	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<i>erythrocin stearate</i>	1	
<i>erythromycin</i>	1	
<i>erythromycin base</i>	1	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	1	
<i>erythromycin/sulfisoxazole</i>	1	
FACTIVE	4	QL (30 por 30 días)
<i>gentamicin isotonic</i>	2	
<i>gentamicin sulfate</i>	1	
INVANZ	4	
<i>kanamycin sulfate</i>	2	
KETEK	4	
LINCOCIN	3	
MACRODANTIN 25MG	4	
<i>meropenem</i>	2	
MERREM	4	
<i>methenamine hippurate</i>	1	
<i>metronidazole</i>	1	
<i>metronidazole vaginal</i>	1	
<i>minocycline hcl</i>	1	
<i>mupirocin</i>	1	
<i>nafcillin sodium</i>	2	
NALLPEN/DEXTROSE	3	
<i>neomycin sulfate</i>	1	
<i>neomycin/bacitracin/ polymyxin</i>	1	
<i>neomycin/polymyxin b sulfates</i>	2	
<i>nitrofurantoin macrocrystalline</i>	1	
<i>nitrofurantoin monohydrate</i>	1	
<i>nitrofurantoin suspension</i>	2	
NOROXIN	4	
<i>ofloxacin</i>	1	
ORACEA	4	

# Formulario integral 2012: Plan Uno

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<i>oxacillin sodium</i>	2	
<i>paromomycin sulfate</i>	2	
PCE	3	
<i>penicillin g potassium</i>	1	
<i>penicillin g procaine</i>	1	
<i>penicillin g sodium</i>	1	
<i>penicillin v potassium</i>	1	
<i>pfizerpen-g</i>	2	
PHISOHEX	4	
<i>piperacillin sodium</i>	2	
<i>piperacillin sodium/ tazobactam sodium</i>	2	
<i>polycin b</i>	1	
<i>polymyxin b sulfate</i>	2	
PRIMAXIN I.M.	4	
PRIMAXIN IV 250MG/250MG	3	
PRIMAXIN IV 500MG/500MG	4	
PRIMSOL	4	
SILVADENE	4	
<i>silver sulfadiazine</i>	1	
<i>sodium sulfacetamide</i>	1	
SPECTRACEF	4	
<i>ssd</i>	1	
<i>streptomycin sulfate</i>	2	
<i>sulfadiazine</i>	1	
<i>sulfamethoxazole/ trimethoprim</i>	1	
<i>sulfamethoxazole/ trimethoprim ds</i>	1	
SUPRAX	4	
SYNERCID	5	
<i>tazicef</i>	2	
TEFLARO	5	
<i>tetracycline hcl</i>	1	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<i>thermazene</i>	1	
TIMENTIN	4	
TOBI	5	B vs D
<i>tobramycin sulfate</i>	1	
<i>trimethoprim</i>	1	
TYGACIL	4	
VANOCIN HCL 125MG	5	QL (40 por 10 días)
VANOCIN HCL 250MG	5	QL (80 por 10 días)
<i>vancomycin hcl</i>	2	B vs D
VANDAZOLE	4	
XIFAXAN 200MG	4	QL (90 por 30 días) PA
XIFAXAN 550MG	5	QL (60 por 30 días) PA
ZMAX	4	QL (120 por 30 días)
ZOSYN	3	
ZYVOX	5	PA
<b>Anticonvulsivos</b>		
BANZEL SUSPENSION	4	
BANZEL TABLET 200MG	4	
BANZEL TABLET 400MG	5	
<i>carbamazepine</i>	1	
<i>carbamazepine er</i>	2	
CARBATROL	4	
CELONTIN	4	
DEPACON	3	
DILANTIN CAPSULE 30MG	3	
DILANTIN CAPSULE 100MG	4	
DILANTIN INFATABS	3	
DILANTIN SUSPENSION	4	
<i>divalproex sodium</i>	1	
<i>epitol</i>	1	
<i>ethosuximide</i>	2	
FELBATOL SUSPENSION	5	

# Formulario integral 2012: Plan Uno

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
FELBATOL TABLET	4	
<i>fosphenytoin sodium</i>	1	
<i>gabapentin capsule, tablet</i>	1	
<i>gabapentin solution</i>	2	
GABITRIL	4	
KEPPRA INJECTION	4	
LAMICTAL	3	
LAMICTAL CHEWABLE	3	
LAMICTAL ODT	3	
LAMICTAL STARTER KIT	3	
LAMICTAL XR	3	
<i>lamotrigine</i>	2	
<i>levetiracetam</i>	2	
LYRICA	3	QL (60 por 30 días)
NEURONTIN SOLUTION	4	
<i>oxcarbazepine</i>	2	
PEGANONE	3	
PHENYTEK	3	
<i>phenytoin</i>	1	
<i>phenytoin sodium</i>	1	
<i>phenytoin sodium extended</i>	1	
<i>primidone</i>	1	
SABRIL	5	
<i>topiramate</i>	1	
<i>valproate sodium</i>	1	
<i>valproic acid</i>	1	
VIMPAT	4	
<i>zonisamide</i>	1	
<b>Agentes antidepresivos</b>		
ARICEPT TABLET 23MG	3	QL (30 por 30 días)
<i>donepezil hcl</i>	2	QL (30 por 30 días)
<i>ergoloid mesylates</i>	2	
EXELON PATCH	3	QL (30 por 30 días)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
EXELON SOLUTION	3	QL (180 por 30 días)
<i>galantamine hydrobromide capsule er</i>	2	QL (30 por 30 días)
<i>galantamine hydrobromide solution</i>	2	QL (180 por 30 días)
<i>galantamine hydrobromide tablet</i>	2	QL (60 por 30 días)
NAMENDA SOLUTION	3	QL (300 por 30 días)
NAMENDA TABLET	3	QL (60 por 30 días)
NAMENDA TITRATION PAK	3	QL (49 por 30 días)
<i>rivastigmine tartrate</i>	2	QL (60 por 30 días)
<b>Antidepresivos</b>		
<i>amitriptyline hcl</i>	1	
<i>amoxapine</i>	1	
<i>budeprion sr</i>	1	QL (60 por 30 días)
<i>budeprion xl</i>	1	QL (30 por 30 días)
<i>bupropion hcl</i>	1	
<i>bupropion hcl sr</i>	1	QL (60 por 30 días)
<i>chlordiazepoxide/ amitriptyline</i>	1	
<i>citalopram hydrobromide solution</i>	2	QL (900 por 30 días)
<i>citalopram hydrobromide tablet 10mg, 40mg</i>	1	QL (30 por 30 días)
<i>citalopram hydrobromide tablet 20mg</i>	1	QL (90 por 30 días)
<i>clomipramine hcl</i>	1	
CYMBALTA	3	QL (60 por 30 días)
<i>desipramine hcl</i>	1	
<i>doxepin hcl</i>	1	
EMSAM	4	
<i>fluoxetine hcl</i>	1	
<i>fluvoxamine maleate</i>	1	
<i>imipramine hcl</i>	1	
LEXAPRO SOLUTION	4	QL (600 por 30 días)

## Formulario integral 2012: Plan Uno

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
LEXAPRO TABLET	4	QL (60 por 30 días)
<i>maprotiline hcl</i>	1	
MARPLAN	4	
<i>mirtazapine</i>	1	
<i>mirtazapine odt</i>	1	
NARDIL	4	
<i>nefazodone hcl</i>	1	
<i>nortriptyline hcl</i>	1	
<i>paroxetine hcl suspension</i>	2	QL (900 por 30 días)
<i>paroxetine hcl tablet</i>	1	QL (30 por 30 días)
PAXIL SUSPENSION	4	QL (900 por 30 días)
<i>perphenazine/ amitriptyline</i>	1	
<i>phenelzine sulfate</i>	2	
PRISTIQ	3	QL (30 por 30 días)
<i>protriptyline hcl</i>	2	
SAVELLA	3	QL (60 por 30 días)
SAVELLA TITRATION PACK	3	QL (55 por 30 días)
<i>selfemra</i>	1	
<i>sertraline hcl concentrate</i>	1	QL (300 por 30 días)
<i>sertraline hcl tablet 25mg, 50mg</i>	1	QL (30 por 30 días)
<i>sertraline hcl tablet 100mg</i>	1	QL (60 por 30 días)
SURMONTIL	4	
<i>tranylcypromine sulfate</i>	2	
<i>trazodone hcl</i>	1	
<i>venlafaxine hcl</i>	1	
<i>venlafaxine hcl er capsule 37.5mg, 75mg</i>	1	QL (30 por 30 días)
<i>venlafaxine hcl er capsule 150mg</i>	1	QL (60 por 30 días)
VIIBRYD	4	QL (30 por 30 días)
<b>Antídotos, agentes para el tratamiento de adicciones y agentes toxicológicos</b>		
ANTABUSE	3	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
ANTIZOL	5	
<i>buproban</i>	1	QL (60 por 30 días)
CAMPRAL	4	QL (180 por 30 días)
CHANTIX STARTING MONTH PAK	4	QL (106 por 365 días) ST
CHANTIX TABLET 0.5MG, 1MG	4	QL (336 por 365 días) ST
CHEMET	4	
<i>depade</i>	1	
EXJADE	5	
<i>fomepizole</i>	5	
<i>kionex</i>	2	
<i>naloxone hcl</i>	1	
<i>naltrexone hcl</i>	1	
NICOTROL INHALER	4	
RELISTOR	4	
REVIA	4	
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	2	
SUBOXONE	3	
SYPRINE	3	
VIVITROL	5	PA
<b>Antieméticos</b>		
<i>compro</i>	1	
<i>dronabinol 2.5mg, 5mg</i>	2	B vs D
<i>dronabinol 10mg</i>	5	B vs D
EMEND 40MG	3	QL (2 por 30 días) B vs D
EMEND 80MG	3	QL (8 por 30 días) B vs D
EMEND 125MG	3	QL (4 por 30 días) B vs D
EMEND TRIFOLD PACK	3	QL (12 por 30 días) B vs D
MARINOL 5MG, 10MG	5	B vs D
<i>meclizine hcl rx</i>	1	

# Formulario integral 2012: Plan Uno

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<i>ondansetron hcl injection</i>	1	B vs D
<i>ondansetron hcl oral solution</i>	1	QL (900 por 30 días) B vs D
<i>ondansetron hcl tablet 4mg</i>	1	QL (60 por 30 días) B vs D
<i>ondansetron hcl tablet 8mg</i>	1	QL (90 por 30 días) B vs D
<i>ondansetron hcl tablet 24mg</i>	1	QL (5 por 30 días) B vs D
<i>ondansetron odt tablet 4mg</i>	1	QL (60 por 30 días) B vs D
<i>ondansetron odt tablet 8mg</i>	1	QL (90 por 30 días) B vs D
<i>phenadoz</i>	1	
<i>prochlorperazine</i>	1	
<i>prochlorperazine edisylate</i>	1	
<i>prochlorperazine maleate</i>	1	
<i>promethazine hcl</i>	1	
<i>promethegan</i>	1	
SANCUSO	4	QL (4 por 30 días) PA
<i>trimethobenzamide hcl capsule</i>	1	B vs D
<i>trimethobenzamide hcl injection</i>	1	
<b>Antifúngicos</b>		
ABELCET	5	B vs D
AMBISOME	5	B vs D
AMPHOTEC	4	B vs D
<i>amphotericin b</i>	2	B vs D
ANCOBON	5	
CANCIDAS	5	PA
<i>ciclopirox gel</i>	1	
<i>ciclopirox nail lacquer</i>	1	PA
<i>ciclopirox olamine</i>	1	
<i>clotrimazole rx</i>	1	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate</i>	1	
DIFLUCAN IN NAACL	4	
<i>econazole nitrate</i>	1	
ERAXIS	3	
<i>fluconazole</i>	1	
<i>fluconazole in dextrose</i>	2	
GRIFULVIN V	3	
GRIS-PEG	4	
<i>griseofulvin microsize</i>	1	
<i>itraconazole</i>	2	
<i>ketoconazole</i>	1	
<i>miconazole 3 rx</i>	1	
MYCAMINE	5	
NAFTIN	4	
NOXAFIL	5	
<i>nyamyc</i>	1	
<i>nystatin</i>	1	
<i>nystatin/triamcinolone</i>	1	
<i>nystop</i>	1	
<i>pedi-dri</i>	2	
<i>selenium sulfide rx</i>	1	
SPORANOX	5	
<i>terbinafine hcl tablet</i>	1	QL (90 por 270 días)
<i>terconazole</i>	1	
VFEND	5	
VFEND IV	4	
<i>voriconazole</i>	5	
<i>zazole</i>	1	
<b>Agentes antigota</b>		
<i>allopurinol</i>	1	
<i>allopurinol sodium</i>	2	
ALOPRIM	4	

## Formulario integral 2012: Plan Uno

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
COLCRYS	3	
<i>probenecid</i>	1	
<i>probenecid/colchicine</i>	1	
ULORIC	3	QL (30 por 30 días) ST
<b>Agentes antiinflamatorios</b>		
CELEBREX	3	QL (60 por 30 días)
<i>diflunisal</i>	2	
<i>etodolac</i>	1	
<i>etodolac er</i>	1	
<i>fenoprofen calcium</i>	1	
FLECTOR	4	
<i>flurbiprofen</i>	1	
<i>ibuprofen</i>	1	
<i>indomethacin</i>	1	
<i>indomethacin er</i>	1	
<i>ketorolac tromethamine injection</i>	1	PA
<i>ketorolac tromethamine tablet</i>	1	QL (20 por 30 días)
<i>meclofenamate sodium</i>	1	
<i>meloxicam</i>	1	
<i>nabumetone</i>	1	
<i>naproxen</i>	1	
<i>naproxen dr</i>	1	
<i>naproxen sodium</i>	1	
<i>oxaprozin</i>	1	
<i>piroxicam</i>	1	
<i>sulindac</i>	1	
<i>tolmetin sodium</i>	1	
VIMOVO	3	QL (60 por 30 días)
<b>Agentes antimigraña</b>		
CAFERGOT	4	
D.H.E. 45	5	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<i>dihydroergotamine mesylate</i>	2	
ERGOMAR	3	
<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	1	
MAXALT & MAXALT-MLT 5MG	3	QL (27 por 30 días)
MAXALT & MAXALT-MLT 10MG	3	QL (18 por 30 días)
<i>migergot</i>	1	
MIGRANAL	4	QL (8 por 30 días)
<i>sumatriptan succinate injection</i>	2	QL (4 por 30 días)
<i>sumatriptan succinate tablet 25mg</i>	1	QL (36 por 30 días)
<i>sumatriptan succinate tablet 50mg</i>	1	QL (18 por 30 días)
<i>sumatriptan succinate tablet 100mg</i>	1	QL (9 por 30 días)
TREXIMET	3	QL (9 por 30 días)
ZOMIG & ZOMIG ZMT 2.5MG	4	QL (12 por 30 días)
ZOMIG & ZOMIG ZMT 5MG	4	QL (6 por 30 días)
ZOMIG SOLUTION	4	QL (6 por 30 días)
<b>Agentes antimiastrénicos</b>		
<i>bethanechol chloride</i>	1	
<i>guanidine hcl</i>	1	
MESTINON	3	
MESTINON TIMESPAN	3	
MYTELASE	3	
<i>pyridostigmine bromide</i>	1	
REGONOL	4	
<b>Antimicobacterianos</b>		
CAPASTAT SULFATE	3	
<i>dapsone</i>	1	
<i>ethambutol hcl</i>	1	
<i>isonarif</i>	1	
<i>isoniazid</i>	1	

# Formulario integral 2012: Plan Uno

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
MYCOBUTIN	3	
PASER	4	
PRIFTIN	4	
<i>pyrazinamide</i>	1	
RIFAMATE	3	
<i>rifampin</i>	1	
RIFATER	4	
SEROMYCIN	3	
TRECTOR	3	
<b>Antineoplásticos</b>		
ABRAXANE	5	B vs D
ADRIAMYCIN	4	B vs D
AFINITOR	5	
ALIMTA	5	B vs D
ALKERAN	5	B vs D
<i>amifostine</i>	5	B vs D
<i>anastrozole</i>	1	QL (30 por 30 días)
ARIMIDEX	3	QL (30 por 30 días)
AROMASIN	4	
ARRANON	5	B vs D
ARZERRA	5	B vs D
AVASTIN	5	B vs D
BICNU	3	B vs D
<i>bleomycin sulfate</i>	2	B vs D
BUSULFEX	3	B vs D
CAMPATH	5	B vs D
CAMPTOSAR	4	B vs D
<i>carboplatin</i>	2	B vs D
CEENU	3	
CERUBIDINE	4	B vs D
<i>cisplatin</i>	1	B vs D
<i>cladribine</i>	5	B vs D
CLOLAR	5	B vs D
COSMEGEN	5	B vs D

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<i>cyclophosphamide</i>	2	B vs D
<i>cytarabine</i>	1	B vs D
<i>dacarbazine</i>	1	B vs D
DACOGEN	5	B vs D
<i>daunorubicin hcl</i>	2	B vs D
DAUNOXOME	4	B vs D
<i>dexrazoxane</i>	5	B vs D
<i>docetaxel</i>	5	B vs D
DOXIL	5	B vs D
<i>doxorubicin hcl</i>	2	B vs D
DROXIA	3	
ELITEK	5	
ELLECE	5	B vs D
ELOXATIN	5	B vs D
ELSPAR	3	B vs D
EMCYT	3	
<i>epirubicin hcl</i>	5	B vs D
ERBITUX	5	B vs D
ETHYOL	5	B vs D
ETOPOPHOS	5	B vs D
<i>etoposide</i>	2	B vs D
<i>exemestane</i>	2	
FARESTON	4	
FASLODEX	5	B vs D
FEMARA	4	
FLUDARA	5	B vs D
<i>fludarabine phosphate</i>	5	B vs D
<i>fluorouracil</i>	2	B vs D
<i>gemcitabine hcl</i>	5	B vs D
GEMZAR	5	B vs D
GLEEVEC	5	
HALAVEN	5	
HERCEPTIN	5	B vs D
HEXALEN	5	

## Formulario integral 2012: Plan Uno

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
HYCAMTIN	5	B vs D
<i>hydroxyurea</i>	1	
IDAMYCIN PFS	5	B vs D
<i>idarubicin hcl</i>	5	B vs D
IFEX	4	B vs D
<i>ifosfamide</i>	1	B vs D
<i>ifosfamide/mesna</i>	5	B vs D
IRESSA	5	RA
<i>irinotecan</i>	5	B vs D
ISTODAX	5	B vs D
IXEMPRA	5	B vs D
JEVTANA	5	B vs D
<i>letrozole</i>	2	
LEUKERAN	3	
LEUSTATIN	3	B vs D
MATULANE	5	
<i>melphalan hydrochloride</i>	2	B vs D
<i>mercaptopurine</i>	2	
<i>mesna</i>	2	B vs D
MESNEX INJECTION	5	B vs D
MESNEX TABLET	5	
<i>mitomycin</i>	2	B vs D
<i>mitoxantrone hcl</i>	2	B vs D
MUSTARGEN	3	B vs D
NEXAVAR	5	RA
NIPENT	5	B vs D
NOVANTRONE	5	B vs D
ONCASPAR	5	B vs D
ONTAK	5	B vs D
<i>oxaliplatin</i>	5	B vs D
<i>paclitaxel</i>	2	B vs D
PANRETIN	5	
<i>pentostatin</i>	5	B vs D
PHOTOFRIN	5	B vs D

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
PROLEUKIN	5	
PURINETHOL	4	
REVLIMID	5	RA
RITUXAN	5	PA
SPRYCEL	5	
SUTENT	5	
<i>tabloid</i>	1	
<i>tamoxifen citrate</i>	1	
TARCEVA	5	
TARGRETIN	5	
TASIGNA	5	
TAXOTERE	5	B vs D
THALOMID	5	
<i>thiotepa</i>	1	B vs D
<i>toposar</i>	2	B vs D
<i>topotecan hcl</i>	5	B vs D
TORISEL	5	B vs D
TREANDA	5	B vs D
<i>tretinoin - oral</i>	5	
TRISENOX	4	B vs D
TYKERB	5	
VANDETANIB	5	
VECTIBIX	5	B vs D
VELCADE	5	B vs D
VIDAZA	3	
<i>vinblastine sulfat</i>	1	B vs D
<i>vincasar pfs</i>	1	B vs D
<i>vincristine sulfat</i>	1	B vs D
<i>vinorelbine tartrate</i>	2	B vs D
VOTRIENT	5	
ZANOSAR	5	B vs D
ZINECARD	5	B vs D
ZOLINZA	5	
ZYTIGA	5	

# Formulario integral 2012: Plan Uno

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<b>Antiparasitarios</b>		
<i>acticin</i>	1	
ALBENZA	3	
ALINIA	4	
BILTRICIDE	3	
<i>chloroquine phosphate</i>	1	
DARAPRIM	3	
EURAX	4	
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	1	
<i>lindane</i>	1	
MALARONE	4	
<i>malathion</i>	2	
<i>mebendazole</i>	1	
<i>mefloquine hcl</i>	1	
MEPRON	5	
OVIDE	4	
PENTAM 300	4	
<i>permethrin</i>	1	
PRIMAQUINE PHOSPHATE	4	
QUALAQUIN	3	PA
STROMEKTOL	3	
<b>Agentes antiparkinson</b>		
<i>amantadine hcl</i>	1	
APOKYN	5	
AZILECT	3	QL (30 por 30 días)
<i>benztropine mesylate injection</i>	2	
<i>benztropine mesylate tablet</i>	1	
<i>bromocriptine mesylate</i>	2	
<i>carbidopa/levodopa</i>	1	
<i>carbidopa/levodopa odt</i>	1	
<i>carbidopa/levodopa sr</i>	1	
COMTAN	4	
LODOSYN	3	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
MIRAPEX ER	3	
PARCOPA	4	
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	1	
REQUIP XL	3	
<i>ropinirole hcl</i>	1	
<i>selegiline hcl</i>	1	
STALEVO	3	
TASMAR	3	
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	1	
ZELAPAR	4	
<b>Antipsicóticos</b>		
ABILIFY DISCMELT 10MG	4	QL (60 por 30 días)
ABILIFY DISCMELT 15MG	5	QL (60 por 30 días)
ABILIFY INJECTION	4	
ABILIFY ORAL SOLUTION	4	QL (900 por 30 días)
ABILIFY TABLET 2MG, 5MG, 10MG, 15MG	4	QL (30 por 30 días)
ABILIFY TABLET 20MG, 30MG	5	QL (30 por 30 días)
<i>chlorpromazine hcl</i>	1	
<i>clozapine</i>	2	
FANAPT	4	QL (60 por 30 días)
FANAPT TITRATION PACK	4	QL (16 por 30 días)
FAZACLO	4	
<i>fluphenazine decanoate</i>	2	
<i>fluphenazine hcl</i>	1	
GEODON CAPSULE	3	QL (60 por 30 días)
GEODON INJECTION	3	
<i>haloperidol</i>	1	
<i>haloperidol decanoate</i>	2	
<i>haloperidol lactate</i>	1	
INVEGA SUSTENNA 39MG/0.25ML, 78MG/0.5ML	4	

## Formulario integral 2012: Plan Uno

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
INVEGA SUSTENNA 117MG/0.75ML, 156MG/ML, 234MG/1.5ML	5	
INVEGA TABLET 1.5MG, 3MG	4	QL (30 por 30 días)
INVEGA TABLET 6MG	4	QL (60 por 30 días)
INVEGA TABLET 9MG	5	QL (30 por 30 días)
LATUDA	4	QL (30 por 30 días)
<i>loxapine succinate</i>	1	
ORAP	4	
<i>perphenazine</i>	2	
RISPERDAL CONSTA 12.5MG, 25MG	4	QL (4 por 28 días)
RISPERDAL CONSTA 37.5MG, 50MG	5	QL (4 por 28 días)
<i>risperidone odt 0.25mg, 0.5mg, 1mg, 2mg, 3mg</i>	1	QL (60 por 30 días)
<i>risperidone odt 4mg</i>	1	QL (120 por 30 días)
<i>risperidone solution</i>	1	QL (240 por 30 días)
<i>risperidone tablet 0.25mg, 0.5mg, 1mg, 2mg, 3mg</i>	1	QL (60 por 30 días)
<i>risperidone tablet 4mg</i>	1	QL (120 por 30 días)
SAPHRIS	4	
SEROQUEL 25MG, 50MG, 100MG, 200MG	4	QL (120 por 30 días)
SEROQUEL 300MG, 400MG	4	QL (60 por 30 días)
SEROQUEL XR 50MG, 300MG, 400MG	3	QL (60 por 30 días)
SEROQUEL XR 150MG, 200MG	3	QL (30 por 30 días)
SYMBYAX	4	QL (30 por 30 días)
<i>thioridazine hcl</i>	1	
<i>thiothixene</i>	1	
<i>trifluoperazine hcl</i>	1	
ZYPREXA 2.5MG, 5MG, 7.5MG, 10MG	3	QL (30 por 30 días)
ZYPREXA 15MG, 20MG	5	QL (30 por 30 días)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
ZYPREXA INJECTION	3	
ZYPREXA ZYDIS 5MG, 10MG	3	QL (30 por 30 días)
ZYPREXA ZYDIS 15MG, 20MG	5	QL (30 por 30 días)
<b>Agentes antiespásticos</b>		
<i>baclofen</i>	1	
<i>tizanidine hcl</i>	1	
<b>Antivirales</b>		
<i>acyclovir capsule, tablet</i>	1	
<i>acyclovir sodium</i>	2	B vs D
<i>acyclovir suspension</i>	2	
APTIVUS	5	
ATRIPLA	5	
BARACLUDE SOLUTION	4	
BARACLUDE TABLET	5	
COMBIVIR	5	
COPEGUS	5	ST
CRIXIVAN	3	
CYTOVENE	4	B vs D
DENAVIR	3	
<i>didanosine</i>	2	
EDURANT	5	
EMTRIVA	4	
EPIVIR	3	
EPIVIR HBV	3	
EPZICOM	5	
FLUMADINE	4	
<i>foscarnet sodium</i>	2	B vs D
FUZEON	5	
<i>ganciclovir capsule 250mg</i>	2	
<i>ganciclovir capsule 500mg</i>	5	
<i>ganciclovir injection</i>	2	B vs D
HEPSERA	5	
INTELENCE	5	

## Formulario integral 2012: Plan Uno

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
INVIRASE CAPSULE	4	
INVIRASE TABLET	5	
ISENTRESS	5	
KALETRA SOLUTION	5	
KALETRA TABLET 100MG/25MG	4	
KALETRA TABLET 200MG/50MG	5	
LEXIVA SUSPENSION	4	
LEXIVA TABLET	5	
NORVIR	4	
PREZISTA 75MG, 150MG	4	
PREZISTA 400MG, 600MG	5	
REBETOL CAPSULE	5	ST
REBETOL SOLUTION	4	ST
RELENZA DISKHALER	4	QL (120 por 365 días)
RESCRIPTOR	3	
RETROVIR IV INFUSION	4	
REYATAZ 100MG	4	
REYATAZ 150MG, 200MG, 300MG	5	
<i>ribapak</i>	5	ST
<i>ribasphere capsule 200mg</i>	2	
<i>ribasphere tablet 200mg</i>	2	
<i>ribasphere tablet 400mg, 600mg</i>	5	ST
<i>ribavirin 200mg</i>	2	
<i>rimantadine hcl</i>	1	
SELZENTRY	3	
<i>stavudine</i>	2	
SUSTIVA	4	
TAMIFLU 30MG	3	QL (120 por 365 días)
TAMIFLU 45MG	3	QL (60 por 365 días)
TAMIFLU 75MG	3	QL (56 por 365 días)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
TAMIFLU SUSPENSION	3	
TRIZIVIR	5	
TRUVADA	5	
TYZEKA	5	
<i>valacyclovir hcl</i>	2	
VALCYTE	5	
VICTRELIS	5	PA
VIDEX PEDIATRIC	3	
VIRACEPT POWDER	4	
VIRACEPT TABLET	3	
VIRAMUNE	3	
VIRAMUNE XR	3	
VIRAZOLE	5	B vs D
VIREAD	5	
VISTIDE	5	
ZIAGEN	3	
<i>zidovudine</i>	2	
<b>Ansiolíticos</b>		
<i>bupirone hcl</i>	1	
LEXAPRO SOLUTION	4	QL (600 por 30 días)
LEXAPRO TABLET	4	QL (60 por 30 días)
<i>meprobamate</i>	2	
<b>Agentes bipolares</b>		
<i>divalproex sodium er</i>	2	
EQUETRO	4	
<i>lithium carbonate</i>	1	
<i>lithium carbonate er</i>	1	
<i>lithium citrate</i>	1	
LITHOBID	4	
<b>Reguladores de glucosa en la sangre</b>		
<i>acarbose</i>	1	
ACTOPLUS MET	3	QL (90 por 30 días)
ACTOS	3	QL (30 por 30 días)
ALCOHOL PREP PADS	3	

## Formulario integral 2012: Plan Uno

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
APIDRA	3	
AVANDAMET	4	QL (60 por 30 días)
AVANDARYL 1MG/4MG, 2MG/4MG, 4MG/4MG	4	QL (60 por 30 días)
AVANDARYL 2MG/8MG, 4MG/8MG	4	QL (30 por 30 días)
AVANDIA 2MG, 4MG	4	QL (60 por 30 días)
AVANDIA 8MG	4	QL (30 por 30 días)
BYETTA	3	QL (3 por 30 días)
<i>chlorpropamide</i>	1	
DUETACT	3	QL (30 por 30 días)
GAUZE PADS 2"X2"	3	
<i>glimepiride</i>	1	
<i>glipizide</i>	1	
<i>glipizide er</i>	1	
<i>glipizide/metformin hcl</i>	1	
GLUCAGEN HYPOKIT	3	QL (2 por 1 día)
GLUCAGON EMERGENCY KIT	3	QL (2 por 1 día)
<i>glyburide</i>	1	
<i>glyburide micronized</i>	1	
<i>glyburide/metformin hcl</i>	1	
GLYSET	4	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	3	
INSULIN SYRINGES & NEEDLES	3	
JANUMET	3	QL (60 por 30 días)
JANUVIA	3	QL (30 por 30 días)
KOMBIGLYZE XR 500MG/5MG, 1000MG/5MG	3	QL (30 por 30 días)
KOMBIGLYZE 1000MG/2.5MG	3	QL (60 por 30 días)
LEVEMIR	3	
<i>metformin hcl</i>	1	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<i>metformin hcl er</i>	1	
<i>nateglinide</i>	2	
NOVOLIN	3	
NOVOLOG	3	
ONGLYZA	3	QL (30 por 30 días)
PROGLYCEM	3	
RIOMET	4	ST
SYMLIN	4	QL (20 por 30 días)
SYMLINPEN 60	4	QL (12 por 30 días)
SYMLINPEN 120	4	QL (10.8 por 30 días)
<i>tolazamide</i>	1	
<i>tolbutamide</i>	1	
VICTOZA	3	QL (9 por 30 días)
<b>Hemoderivados/modificadores sanguíneos/ expansores de volumen sanguíneo</b>		
AGGRENOX	3	QL (60 por 30 días)
<i>aminocaproic acid</i>	2	
ARANESP 25MCG/0.42ML, 25MCG/ML, 40MCG/0.4ML, 40MCG/ML, 60MCG/0.3ML, 60MCG/ML	3	PA
ARANESP 100MCG/0.5ML, 100MCG/ML, 150MCG/0.3ML, 200MCG/0.4ML, 200MCG/ML, 300MCG/0.6ML, 300MCG/ML, 500MCG/ML	5	PA
ARIXTRA 2.5MG/0.5ML	3	QL (32 por 365 días)
ARIXTRA 5MG/0.4ML	5	QL (12 por 365 días)
ARIXTRA 7.5MG/0.6ML	5	QL (18 por 365 días)
ARIXTRA 10MG/0.8ML	5	QL (24 por 365 días)
<i>cilostazol</i>	1	
COUMADIN	4	
CYKLOKAPRON	3	
<i>dipyridamole</i>	1	
EFFIENT 5MG	3	QL (42 por 30 días)

## Formulario integral 2012: Plan Uno

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
EFFIENT 10MG	3	QL (36 por 30 días)
<i>enoxaparin sodium</i> 30mg/0.3ml	2	QL (18 por 365 días)
<i>enoxaparin sodium</i> 40mg/0.4ml	2	QL (24 por 365 días)
<i>enoxaparin sodium</i> 60mg/0.6ml	2	QL (36 por 365 días)
<i>enoxaparin sodium</i> 80mg/0.8ml	2	QL (48 por 365 días)
<i>enoxaparin sodium</i> 100mg/ml, 150mg/ml	5	QL (60 por 365 días)
<i>enoxaparin sodium</i> 120mg/0.8ml	5	QL (48 por 365 días)
EPOGEN 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	4	QL (12 por 28 días) PA
EPOGEN 10000UNIT/ML, 20000UNIT/ML	5	PA
FRAGMIN 2500UNIT/0.2ML, 5000UNIT/0.2ML	4	QL (6 por 365 días) ST
FRAGMIN 7500UNIT/0.3ML	5	QL (54 por 365 días) ST
FRAGMIN 10000UNIT/ML	5	QL (180 por 365 días) ST
FRAGMIN 12500UNIT/0.5ML	5	QL (15 por 365 días) ST
FRAGMIN 15000UNIT/0.6ML	5	QL (18 por 365 días) ST
FRAGMIN 18000UNIT/0.72ML	5	QL (21.6 por 365 días) ST
FRAGMIN 25000UNIT/ML	4	QL (133 por 365 días) ST
<i>heparin sodium/d5w</i>	2	
<i>heparin sodium/nacl</i>	2	
<i>heparin sodium</i> 1000unit/ml	2	B vs D
<i>heparin sodium</i> 2000unit/ml, 2500unit/ml, 5000unit/ml, 10000unit/ml, 20000unit/ml	2	
<i>jantoven</i>	1	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
LEUKINE	5	
MOZOBIL	5	
NEUMEGA	5	PA
NEUPOGEN	5	
<i>pentopak</i>	1	
<i>pentoxifylline er</i>	1	
PLAVIX TABLET 75MG	4	
PRADAXA	3	QL (60 por 30 días)
PROCRIT 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	3	QL (12 por 28 días) PA
PROCRIT 10000UNIT/ML	3	PA
PROCRIT 20000UNIT/ML, 40000UNIT/ML	5	PA
PROMACTA	5	
<i>ticlopidine hcl</i>	1	
<i>warfarin sodium</i>	1	
<b>Agentes cardiovasculares</b>		
<i>acebutolol hcl</i>	1	
<i>acetazolamide sodium</i>	1	
<i>afeditab cr</i>	1	
<i>amiloride hcl</i>	1	
<i>amiloride/ hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>amiodarone hcl</i>	1	
<i>amlodipine besylate</i>	1	QL (30 por 30 días)
AMTURNIDE	4	QL (30 por 30 días)
<i>atenolol</i>	1	
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	1	
<i>benazepril hcl</i>	1	
<i>benazepril hcl/ hydrochlorothiazide</i>	1	
BENICAR/BENICAR HCT	4	QL (30 por 30 días)
<i>bisoprolol fumarate</i>	1	
<i>bisoprolol fumarate/ hydrochlorothiazide</i>	1	

# Formulario integral 2012: Plan Uno

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<i>bumetanide</i>	1	
BYSTOLIC 2.5MG, 5MG	3	QL (90 por 30 días)
BYSTOLIC 10MG	3	QL (120 por 30 días)
BYSTOLIC 20MG	3	QL (60 por 30 días)
<i>captopril</i>	1	
<i>captopril/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>cartia xt</i>	1	
<i>carvedilol</i>	1	
<i>chlorothiazide</i>	1	
<i>chlorothiazide sodium</i>	2	
<i>chlorthalidone</i>	1	
<i>clonidine hcl tablet</i>	1	
<i>colestipol hcl</i>	1	
COREG CR	3	QL (30 por 30 días)
CRESTOR	3	QL (30 por 30 días)
<i>digoxin</i>	1	
<i>dilt-cd</i>	1	
<i>dilt-xr</i>	1	
<i>diltiazem cd</i>	1	
<i>diltiazem hcl</i>	1	
<i>diltiazem hcl er</i>	1	
<i>diltzac</i>	1	
DIOVAN/DIOVAN HCT	3	QL (30 por 30 días)
<i>disopyramide phosphate</i>	1	
DIURIL IV	4	
<i>enalapril maleate</i>	1	
<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>eplerenone</i>	2	
EXFORGE/EXFORGE HCT	3	QL (30 por 30 días)
<i>felodipine er</i>	1	QL (30 por 30 días)
<i>fenofibrate micronized</i>	1	QL (30 por 30 días)
<i>fenofibrate tablet 54mg</i>	1	QL (60 por 30 días)
<i>fenofibrate tablet 160mg</i>	1	QL (30 por 30 días)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<i>flecainide acetate</i>	1	
<i>fosinopril sodium</i>	1	
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>furosemide</i>	1	
<i>gemfibrozil</i>	1	
<i>guanabenz acetate</i>	1	
<i>guanfacine hcl</i>	1	
<i>hydralazine hcl</i>	1	
<i>hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>indapamide</i>	1	
INNOPRAN XL	4	
<i>isosorbide dinitrate</i>	1	
<i>isosorbide dinitrate er</i>	1	
<i>isosorbide mononitrate</i>	1	
<i>isosorbide mononitrate er</i>	1	
<i>isradipine</i>	1	
LANOXIN	3	
LESCOL 20MG	3	QL (30 por 30 días)
LESCOL 40MG	3	QL (60 por 30 días)
LESCOL XL 80MG	3	QL (30 por 30 días)
LIPITOR	1	QL (30 por 30 días)
<i>lisinopril</i>	1	
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>losartan potassium</i>	1	QL (30 por 30 días)
<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	1	QL (30 por 30 días)
<i>lovastatin 10mg, 20mg</i>	1	QL (30 por 30 días)
<i>lovastatin 40mg</i>	1	QL (60 por 30 días)
LOVAZA	3	
<i>methyclothiazide</i>	1	
<i>methyldopa</i>	1	
<i>methyldopa/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>methyldopate hcl</i>	1	

## Formulario integral 2012: Plan Uno

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<i>metolazone</i>	2	
<i>metoprolol succinate er 25mg, 50mg, 100mg</i>	2	QL (90 por 30 días)
<i>metoprolol succinate er 200mg</i>	2	QL (60 por 30 días)
<i>metoprolol tartrate</i>	1	
<i>metoprolol tartrate/ hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>mexiletine hcl</i>	1	
MICARDIS/MICARDIS HCT	3	QL (30 por 30 días)
<i>midodrine hcl</i>	2	
<i>minitran</i>	2	
<i>minoxidil</i>	1	
<i>moexipril hcl</i>	1	
<i>moexipril hcl/ hydrochlorothiazide</i>	1	
MONOKET	4	
MULTAQ	3	QL (60 por 30 días)
<i>nadolol</i>	1	
<i>nadolol/ bendroflumethiazide</i>	1	
NIASPAN 500MG	3	QL (30 por 30 días)
NIASPAN 750MG, 1000MG	3	QL (60 por 30 días)
<i>nicardipine hcl capsule</i>	1	
<i>nicardipine hcl injection</i>	2	
<i>nifediac cc</i>	1	
<i>nifedical xl</i>	1	
<i>nifedipine</i>	1	
<i>nifedipine er</i>	1	
<i>nimodipine</i>	5	
<i>nisoldipine</i>	2	QL (30 por 30 días)
<i>nisoldipine er</i>	2	QL (30 por 30 días)
NITRO-BID	4	
NITRO-DUR PATCH 0.3MG/HR, 0.8MG/HR	4	
<i>nitroglycerin</i>	1	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<i>nitroglycerin patch</i>	1	
NITROLINGUAL PUMPSPRAY	3	
NITROSTAT	3	
<i>pacerone</i>	2	
<i>perindopril erbumine</i>	1	
<i>pindolol</i>	1	
<i>pravastatin sodium</i>	1	QL (30 por 30 días)
<i>prazosin hcl</i>	1	
<i>procainamide hcl</i>	1	
<i>propafenone hcl</i>	1	
<i>propranolol hcl</i>	1	
<i>propranolol hcl er</i>	1	
<i>propranolol hcl/ hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>quinapril hcl</i>	1	
<i>quinapril hcl/ hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>quinidine gluconate</i>	1	
<i>quinidine gluconate er</i>	1	
<i>quinidine sulfata</i>	1	
<i>quinidine sulfata er</i>	1	
<i>ramipril</i>	2	QL (60 por 30 días)
RANEXA	3	
<i>reserpine</i>	1	
SAMSCA 15MG	5	QL (30 por 30 días)
SAMSCA 30MG	5	QL (60 por 30 días)
SIMCOR 500MG/20MG, 500MG/40MG, 1000MG/40MG	3	QL (30 por 30 días)
SIMCOR 750MG/20MG, 1000MG/20MG	3	QL (60 por 30 días)
<i>simvastatin 5mg, 10mg, 20mg</i>	1	QL (90 por 30 días)
<i>simvastatin 40mg</i>	1	QL (45 por 30 días)
<i>simvastatin 80mg</i>	1	QL (30 por 30 días)
<i>sorine</i>	1	

## Formulario integral 2012: Plan Uno

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<i>sotalol hcl</i>	1	
<i>spironolactone</i>	1	
<i>spironolactone/ hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>taztia xt</i>	1	
TEKAMLO	4	QL (30 por 30 días)
TEKTURNA/TEKTURNA HCT	4	QL (30 por 30 días)
TIKOSYN	4	
<i>timolol maleate</i>	1	
TOPROL XL 25MG, 50MG, 100MG	4	QL (90 por 30 días)
TOPROL XL 200MG	4	QL (60 por 30 días)
<i>toremide injection</i>	2	
<i>toremide tablet</i>	1	
<i>trandolapril</i>	1	
<i>triamterene/ hydrochlorothiazide</i>	1	
TRICOR 48MG	4	QL (60 por 30 días)
TRICOR 145MG	4	QL (30 por 30 días)
TRILIPIX 45MG	3	QL (60 por 30 días)
TRILIPIX 135MG	3	QL (30 por 30 días)
TWYNSTA	3	QL (30 por 30 días)
VALTURNA	4	QL (30 por 30 días)
<i>verapamil hcl</i>	1	
<i>verapamil hcl er</i>	1	
VYTORIN	3	QL (30 por 30 días)
WELCHOL PACKET	3	QL (30 por 30 días)
WELCHOL TABLET	3	
ZETIA	3	QL (30 por 30 días)
<b>Agentes del sistema nervioso central</b>		
ADDERALL XR 5MG, 10MG, 15MG	4	QL (30 por 30 días)
ADDERALL XR 20MG, 25MG, 30MG	4	QL (60 por 30 días)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<i>amphetamine/ dextroamphetamine tablet</i>	1	
AMPYRA	5	QL (60 por 30 días) PA
<i>dexmethylphenidate hcl</i>	1	
<i>dextroamphetamine sulfate</i>	2	
<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	2	
METADATE ER	3	
METHYLIN CHEWABLE TABLET, SOLUTION	4	
<i>methylin er</i>	2	
<i>methylin tablet</i>	2	
<i>methylphenidate hcl solution</i>	2	
<i>methylphenidate hcl sr tablet</i>	1	
<i>methylphenidate hcl tablet</i>	1	
NUDEXTA	4	QL (60 por 30 días) PA
RILUTEK	3	
STRATTERA 10MG, 18MG, 25MG, 40MG	3	QL (60 por 30 días)
STRATTERA 60MG, 80MG, 100MG	3	QL (30 por 30 días)
XYREM	5	RA
<b>Agentes dentales y orales</b>		
<i>chlorhexidine gluconate</i>	1	
KEPIVANCE	5	
<i>periogard</i>	2	
<i>pilocarpine hcl</i>	1	
<i>triamcinolone in orabase</i>	1	
<b>Agentes dermatológicos</b>		
8-MOP	3	
<i>ala-cort</i>	1	
ALDARA	4	
<i>amcinonide</i>	1	

# Formulario integral 2012: Plan Uno

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
AMEVIVE	5	PA
<i>ammonium lactate rx</i>	1	
<i>amnestem</i>	2	
<i>augmented betamethasone dipropionate</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate</i>	1	
<i>betamethasone valerate</i>	1	
<i>calcipotriene</i>	2	
CARAC	4	
<i>claravis</i>	2	
<i>clindamycin phosphate</i>	1	
<i>clobetasol propionate gel, ointment, solution</i>	1	
<i>clobetasol propionate e</i>	1	
<i>desonide</i>	1	
DOVONEX CREAM	4	
EFUDEX	4	
ELIDEL	4	
<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i>	2	
<i>fluocinolone acetonide</i>	1	
<i>fluocinonide</i>	1	
<i>fluocinonide e</i>	1	
<i>fluorouracil</i>	2	
<i>fluticasone propionate</i>	1	
<i>halobetasol propionate</i>	1	
<i>hydrocortisone</i>	1	
<i>hydrocortisone butyrate</i>	1	
<i>hydrocortisone valerate</i>	1	
<i>imiquimod</i>	2	
<i>laclotion</i>	1	
<i>lokara</i>	1	
<i>mometasone furoate</i>	1	
OXSORALEN	4	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
OXSORALEN ULTRA	3	
<i>podofilox</i>	2	
<i>prednicarbate</i>	1	
<i>procto-pak</i>	1	
PROCTOCORT	4	
<i>proctocream hc</i>	1	
<i>proctosol hc</i>	1	
<i>proctozone-hc</i>	1	
PROTOPIC	4	PA
REGRANEX	5	QL (30 por 30 días) PA
SANTYL	3	
SOLARAZE	3	
SORIATANE	5	
<i>sotret</i>	2	
TAZORAC	4	
<i>triamcinolone acetonide</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide in absorbase</i>	1	
<i>triderm</i>	1	
<i>tretinoin - topical</i>	2	PA
<i>u-cort</i>	1	
UVADEX	3	B vs D
ZONALON	3	
ZYCLARA	4	
<b>Reemplazos/modificadores enzimáticos</b>		
ADAGEN	5	
ALDURAZYME	5	
BUPHENYL	3	
CEREDASE	5	
CEREZYME	5	
CREON	3	
CYSTADANE	5	
CYSTAGON	3	
ELAPRASE	5	

## Formulario integral 2012: Plan Uno

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
FABRAZYME	5	
KUVAN	5	
MYOZYME	5	
NAGLAZYME	5	
ORFADIN	5	
VPRIV	5	B vs D
ZAVESCA	5	
ZENPEP	3	
<b>Agentes gastrointestinales</b>		
ACIPHEX	4	QL (60 por 30 días)
AMITIZA	3	QL (60 por 30 días)
<i>atropine sulfate</i>	1	
CARAFATE SUSPENSION	4	
<i>cimetidine</i>	1	
<i>cimetidine hcl</i>	1	
<i>constulose</i>	1	
DEXILANT	4	QL (60 por 30 días)
<i>dicyclomine hcl</i>	1	
<i>diphenoxylate/atropine</i>	1	
<i>enulose</i>	1	
<i>famotidine injection, tablet</i>	1	
<i>gavilyte-c</i>	1	
<i>gavilyte-g</i>	1	
<i>gavilyte-n</i>	1	
<i>generlac</i>	1	
<i>glycopyrrolate</i>	2	
GOLYTELY	3	
HALFLYTELY	3	
<i>lactulose</i>	1	
<i>loperamide hcl rx</i>	1	
LOTRONEX	3	PA
<i>methscopolamine bromide</i>	1	
<i>metoclopramide hcl</i>	1	
<i>misoprostol</i>	1	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
MOVIPREP	4	
NEXIUM	3	QL (60 por 30 días)
NEXIUM I.V.	3	
NULYTELY	3	
<i>omeprazole</i>	1	QL (60 por 30 días)
<i>pantoprazole sodium</i>	1	QL (60 por 30 días)
<i>polyethylene glycol 3350</i>	1	
<i>propantheline bromide</i>	1	
<i>ranitidine hcl</i>	1	
<i>sucralfate</i>	1	
<i>ursodiol capsule</i>	2	
<b>Agentes genitourinarios</b>		
AVODART	3	QL (30 por 30 días)
<i>calcium acetate</i>	2	
CUPRIMINE	3	
DETROL	3	QL (60 por 30 días)
DETROL LA	3	QL (30 por 30 días)
<i>doxazosin mesylate</i>	1	
ELMIRON	3	
ENABLEX	4	QL (30 por 30 días)
<i>finasteride</i>	1	QL (30 por 30 días)
<i>flavoxate hcl</i>	1	
FOSRENOL	3	
GELNIQUE	3	QL (30 por 30 días)
JALYN	3	QL (30 por 30 días)
<i>oxybutynin chloride</i>	1	
<i>oxybutynin chloride er 5mg</i>	2	QL (30 por 30 días)
<i>oxybutynin chloride er 10mg, 15mg</i>	2	QL (60 por 30 días)
PHOSLO	3	
RAPAFLO	3	QL (30 por 30 días) ST
RELAGARD	4	
REVELA	3	
<i>tamsulosin hcl</i>	1	QL (60 por 30 días)

## Formulario integral 2012: Plan Uno

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<i>terazosin hcl</i>	1	
TOVIAZ	3	QL (30 por 30 días)
<i>tropium chloride</i>	2	QL (60 por 30 días)
VESICARE	4	QL (30 por 30 días)
<b>Agentes hormonales: estimulante/reemplazo/ modificador (suprarrenal)</b>		
<i>a-hydrocort</i>	1	B vs D
<i>a-methapred</i>	1	B vs D
<i>cortisone acetate</i>	1	
DEPO-MEDROL	4	B vs D
<i>dexamethasone</i>	1	
<i>dexamethasone intensol</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	1	B vs D
<i>fludrocortisone acetate</i>	1	
<i>methylprednisolone acetate</i>	1	B vs D
<i>methylprednisolone sodium succinate</i>	1	B vs D
<i>methylprednisolone tablet 4mg</i>	1	
<i>methylprednisolone tablet 8mg, 16mg, 32mg</i>	1	B vs D
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	1	
<i>prednisone</i>	1	B vs D
<i>prednisone intensol</i>	1	B vs D
SOLU-CORTEF	3	B vs D
SOLU-MEDROL	3	B vs D
<b>Agentes hormonales: estimulante/reemplazo/ modificador (hipofisario)</b>		
<i>desmopressin acetate</i>	2	
EGRIFTA	5	QL (60 por 30 días) PA
GENOTROPIN	5	PA
GENOTROPIN MINIQUICK 0.2MG	4	PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
GENOTROPIN MINIQUICK 0.4MG, 0.6MG, 0.8MG, 1MG, 1.2MG, 1.4MG, 1.6MG, 1.8MG, 2MG	5	PA
HUMATROPE	5	PA
INCRELEX	5	PA
METHERGINE	4	
NORDITROPIN	5	PA
NUTROPIN	5	PA
NUTROPIN AQ	5	PA
OMNITROPE 5MG/1.5ML, 10MG/1.5ML	4	PA
OMNITROPE 5.8MG	5	PA
SAIZEN	5	PA
SEROSTIM	5	PA
TEV-TROPIN	4	PA
ZORBTIVE	5	PA
<b>Agentes hormonales: estimulante/reemplazo/ modificador (modificadores/hormonas sexuales)</b>		
ALORA	3	QL (8 por 28 días)
ANADROL-50	5	
ANDRODERM	3	
ANDROGEL	3	
ANDROXY	4	
ANGELIQ	4	
<i>apri</i>	2	
<i>aranelle</i>	2	
<i>aviane</i>	2	
<i>balziva</i>	2	
<i>camila</i>	2	
<i>cesia</i>	2	
<i>cryselle</i>	2	
<i>cyclafem</i>	2	
ENJUVIA	3	
<i>enpresse</i>	2	

# Formulario integral 2012: Plan Uno

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<i>errin</i>	2	
<i>estradiol</i>	1	
<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	1	
<i>estropipate</i>	1	
EVISTA	3	QL (30 por 30 días)
<i>gianvi</i>	2	
<i>jolivette</i>	2	
<i>junel/junel fe</i>	2	
<i>kariva</i>	2	
<i>kelnor</i>	2	
<i>leena</i>	2	
<i>lessina</i>	2	
<i>levora</i>	2	
<i>low-ogestrel</i>	2	
<i>lutera</i>	2	
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	1	
MEGACE ES	3	
MEGACE ORAL	4	
<i>megestrol acetate</i>	2	
<i>methitest</i>	2	
<i>microgestin/microgestin fe</i>	2	
<i>mononessa</i>	2	
<i>necon</i>	2	
<i>next choice</i>	1	
<i>nora-be</i>	2	
<i>norethindrone acetate</i>	1	
<i>nortrel</i>	2	
NUVARING	4	
<i>ocella</i>	2	
<i>ogestrel</i>	2	
ORTHO EVRA	4	
<i>ortho-est</i>	1	
OXANDRIN	5	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<i>oxandrolone 2.5mg</i>	2	
<i>oxandrolone 10mg</i>	5	
<i>portia</i>	2	
PREFEST	4	
PREMARIN CREAM	3	
PREMPRO	4	QL (28 por 28 días)
<i>previfem</i>	2	
PROMETRIUM	4	
<i>quasense</i>	2	
<i>reclipsen</i>	2	
<i>solia</i>	2	
<i>sprintec</i>	2	
<i>sronyx</i>	2	
TESTIM	3	
<i>testosterone cypionate</i>	1	PA
<i>testosterone enanthate</i>	1	PA
<i>tri-legest fe</i>	2	
<i>tri-previfem</i>	2	
<i>tri-sprintec</i>	2	
<i>trinessa</i>	2	
<i>trivora</i>	2	
<i>velivet</i>	2	
VIVELLE-DOT	3	QL (8 por 28 días)
<i>zeosa</i>	2	
<i>zovia</i>	2	
<b>Agentes hormonales: estimulante/reemplazo/modificador (modificadores/hormonas sexuales)</b>		
ARMOUR THYROID	3	
CYTOMEL	4	
LEVOTHROID	3	
<i>levothyroxine sodium</i>	1	
LEVOXYL	3	
<i>liothyronine sodium</i>	1	
SYNTHROID	4	

# Formulario integral 2012: Plan Uno

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
THYROLAR	4	
UNITHROID	3	
<b>Agentes hormonales: supresores (suprarrenales)</b>		
LYSODREN	3	
<b>Agentes hormonales: supresores (paratiroides)</b>		
SENSIPAR 30MG	3	QL (60 por 30 días)
SENSIPAR 60MG	5	QL (60 por 30 días)
SENSIPAR 90MG	5	QL (120 por 30 días)
<b>Agentes hormonales: supresores (hipofisarios)</b>		
<i>cabergoline</i>	2	
ELIGARD	4	PA
FIRMAGON	4	B vs D
<i>leuprolide acetate</i>	1	PA
LUPRON DEPOT	5	PA
LUPRON DEPOT-PED	5	PA
<i>octreotide acetate 50mcg/ml, 100mcg/ml, 200mcg/ml</i>	2	
<i>octreotide acetate 500mcg/ml, 1000mcg/ml</i>	5	
SANDOSTATIN	5	
SANDOSTATIN LAR DEPOT	5	
SOMATULINE DEPOT	5	
SOMAVERT	5	
SYNAREL	5	PA
TRELSTAR	3	PA
<b>Agentes hormonales: supresores (Modificadores/hormonas sexuales)</b>		
<i>bicalutamide</i>	2	
<i>flutamide</i>	2	
NILANDRON	3	
<b>Agentes hormonales: supresores (tiroideos)</b>		
<i>methimazole</i>	1	
<i>propylthiouracil</i>	1	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<b>Agentes inmunológicos</b>		
ACTEMRA	5	PA
ACTHIB	3	
ACTIMMUNE	5	
ADACEL	3	
ARCALYST	5	PA RA
ATGAM	5	
AVONEX	5	PA
AZASAN	3	B vs D
<i>azathioprine</i>	1	B vs D
<i>azathioprine sodium</i>	1	B vs D
BETASERON	5	PA
BOOSTRIX	3	
CARIMUNE	5	PA
CELLCEPT IV	4	B vs D
CELLCEPT SUSPENSION, TABLET	5	B vs D
CERVARIX	3	
COMVAX	3	
COPAXONE	5	PA
<i>cyclosporine</i>	2	B vs D
<i>cyclosporine modified</i>	2	B vs D
DAPTACEL	3	
DECAVAC	3	
DEPEN TITRATABS	3	
DIPHThERIA/TETANUS TOXOID PEDIATRIC	3	
ENBREL	5	PA
ENGERIX-B	3	B vs D
GAMASTAN S/D	3	PA
GAMMAGARD	5	PA
GAMMAPLEX	5	PA
GAMUNEX	5	PA
GARDASIL	3	

## Formulario integral 2012: Plan Uno

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<i>gengraf</i>	2	B vs D
GILENYA	5	QL (30 por 30 días) PA
HAVRIX	3	
HIZENTRA	5	PA
HUMIRA	5	PA
IMOVAX RABIES VACCINE	3	
INFANRIX	3	
INFERGEN	5	PA
INTRON-A PEN 3MU/0.2ML, 6MUNIT/ML	3	
INTRON-A PEN 5MU/0.2ML, 10MU/0.2ML	5	
INTRON-A VIAL	5	
IPOL	3	
IXIARO	3	
JE-VAX	3	
<i>leflunomide</i>	1	
M-M-R II	3	
MENACTRA	3	
MENOMUNE-A/C/Y/W-135	3	
MENVEO	3	
<i>methotrexate</i>	1	B vs D
<i>methotrexate sodium</i>	1	B vs D
<i>mycophenolate mofetil</i>	2	B vs D
MYFORTIC	3	B vs D
NEORAL	4	B vs D
ORENCIA	5	PA
ORTHOCLONE OKT3	5	B vs D
PEDIARIX	3	
PEDVAX HIB	3	
PEG-INTRON	5	PA
PRIVIGEN	5	PA
PROGRAF CAPSULE 0.5MG, 1MG	4	B vs D
PROGRAF CAPSULE 5MG	5	B vs D

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
PROGRAF INJECTION	4	B vs D
PROQUAD	3	
RABAVERT	3	
RAPAMUNE SOLUTION	5	B vs D
RAPAMUNE TABLET 0.5MG	4	B vs D
RAPAMUNE TABLET 1MG, 2MG	5	B vs D
REBIF	5	PA
RECOMBIVAX HB	3	B vs D
REMICADE	5	PA
RHEUMATREX	3	
RIDAURA	3	
ROTATEQ	3	
SANDIMMUNE	3	B vs D
SIMULECT	5	B vs D
SYNAGIS	5	PA
<i>tacrolimus</i>	2	B vs D
TETANUS TOXOID ADSORBED	3	
TETANUS/DIPHTHERIA TOXOIDS-ADSORBED ADULT	3	
THYMOGLOBULIN	5	
TREXALL	4	B vs D
TRIHIBIT	3	
TRIPEDIA	3	
TWINRIX	3	
TYPHIM VI	4	
TYSABRI	5	PA RA
VAQTA	3	
VARIVAX	3	
VIVAGLOBIN	5	PA
YF-VAX	3	
ZORTRESS 0.25MG	4	B vs D
ZORTRESS 0.5MG, 0.75MG	5	B vs D

# Formulario integral 2012: Plan Uno

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
ZOSTAVAX	3	
<b>Agentes para la enfermedad inflamatoria del intestino</b>		
APRISO	4	
<i>balsalazide disodium</i>	2	
CANASA	3	
<i>colocort</i>	1	
ENTOCORT EC	5	
<i>hydrocortisone enema</i>	1	
LIALDA	3	
<i>mesalamine enema</i>	1	
PENTASA	3	
<i>sulfasalazine</i>	1	
<i>sulfazine ec</i>	1	
<b>Agentes para la osteopatía metabólica</b>		
<i>alendronate sodium tablet 5mg, 10mg, 40mg</i>	1	QL (30 por 30 días)
<i>alendronate sodium tablet 35mg, 70mg</i>	1	QL (4 por 28 días)
BONIVA INJECTION	3	QL (3 por 90 días) B vs D
BONIVA TABLET	3	QL (1 por 30 días)
CALCIJEX	3	B vs D
<i>calcitonin-salmon</i>	2	
<i>calcitriol</i>	1	B vs D
<i>etidronate disodium</i>	2	
FORTEO	5	
FORTICAL	3	
FOSAMAX SOLUTION	4	QL (300 por 28 días)
HECTOROL	4	ST B vs D
<i>pamidronate disodium</i>	2	B vs D
XGEVA	5	PA
ZEMPLAR	3	B vs D
ZOMETA	5	PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<b>Agentes terapéuticos varios</b>		
<i>anagrelide hydrochloride</i>	1	
<i>levocarnitine</i>	2	B vs D
<i>sterile water irrigation</i>	1	
XENAZINE	5	RA
<b>Agentes oftálmicos</b>		
<i>acetazolamide capsule</i>	2	
<i>acetazolamide tablet</i>	1	
<i>ak-con</i>	1	
<i>ak-tob</i>	1	
ALPHAGAN P	3	
<i>apraclonidine</i>	2	
AZASITE	3	
AZOPT	3	
<i>bacitracin</i>	1	
<i>bacitracin/polymyxin b</i>	1	
<i>betaxolol hcl</i>	1	
BETIMOL	3	
BETOPTIC-S	3	
BLEPHAMIDE S.O.P.	4	
<i>brimonidine tartrate</i>	1	
<i>carteolol hcl</i>	1	
COMBIGAN	3	
COSOPT	4	
<i>cromolyn sodium</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	1	
<i>diclofenac sodium</i>	1	
<i>dorzolamide hcl</i>	1	
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	1	
DUREZOL	4	
FLAREX	4	
<i>fluorometholone</i>	1	

# Formulario integral 2012: Plan Uno

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<i>flurbiprofen sodium</i>	1	
<i>gentak</i>	1	
<i>gentamicin sulfate</i>	1	
<i>gentasol</i>	1	
IOPIDINE	4	
IQUIX	3	
ISTALOL	4	
<i>ketorolac tromethamine</i>	2	
LACRISERT	4	
<i>latanoprost</i>	1	QL (2.5 por 30 días)
<i>levobunolol hcl</i>	1	
<i>levofloxacin</i>	2	
LOTEMAX	4	
LUMIGAN	3	QL (2.5 por 30 días)
MAXIDEX	4	
<i>methazolamide</i>	1	
<i>metipranolol</i>	1	
MOXEZA	3	
<i>mydral</i>	1	
NATACYN	4	
<i>neomycin/polymyxin/ bacitracin/hydrocortisone</i>	1	
<i>neomycin/polymyxin/ dexamethasone</i>	1	
<i>neomycin/polymyxin/ gramicidin</i>	1	
<i>neomycin/polymyxin/ hydrocortisone</i>	1	
NEVANAC	3	
<i>ofloxacin</i>	1	
OPTIPRANOLOL	4	
<i>parcaine</i>	1	
PATADAY	3	
PATANOL	3	
PHOSPHOLINE IODIDE	4	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
PILOPINE HS	4	
<i>poly-dex</i>	1	
PRED MILD	4	
<i>prednisolone acetate</i>	1	
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	1	
<i>proparacaine hcl</i>	1	
RESTASIS	3	
<i>romycin</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium/ prednisolone sodium phosphate</i>	1	
<i>timolol maleate</i>	1	
TOBRADEX ST	4	
<i>tobramycin sulfate</i>	1	
<i>tobramycin sulfate/ dexamethasone</i>	1	
<i>tobrasol</i>	1	
TRAVATAN Z	3	QL (2.5 por 30 días)
<i>trifluridine</i>	2	
<i>trimethoprim sulfate/ polymyxin b sulfate</i>	1	
<i>tropicamide</i>	1	
TRUSOPT	4	
VIGAMOX	3	
<b>Agentes óticos</b>		
<i>acetazol hc</i>	1	
<i>acetic acid</i>	1	
<i>acetic acid/hydrocortisone</i>	1	
CIPRODEX	3	
COLY-MYCIN S	4	
<i>cortomycin</i>	1	
DERMOTIC	4	
<i>neomycin/polymyxin/ hydrocortisone</i>	1	

## Formulario integral 2012: Plan Uno

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<i>ofloxacin</i>	1	
<b>Agentes del tracto respiratorio</b>		
<i>acetylcysteine</i>	1	B vs D
ADCIRCA	5	QL (60 por 30 días) PA
ADVAIR DISKUS/HFA	3	
<i>albuterol sulfate er</i>	1	
<i>albuterol sulfate inhalation solution</i>	1	B vs D
<i>albuterol sulfate syrup, tablet</i>	1	
ALVESCO	4	
<i>aminophylline</i>	1	
ARALAST NP	5	PA
ASMANEX	3	
ASTEPRO	3	
ATROVENT HFA	4	ST
<i>azelastine hcl</i>	2	
<i>budesonide</i>	2	B vs D
<i>carbinoxamine maleate</i>	1	
<i>clemastine fumarate</i>	1	
COMBIVENT	4	
<i>cromolyn sodium</i>	2	B vs D
<i>cyproheptadine hcl</i>	1	
DALIRESP	4	PA
<i>dexchlorpheniramine maleate</i>	1	
<i>diphenhydramine hcl rx</i>	1	
ELIXOPHYLLIN	4	
<i>epinephrine hcl</i>	1	
EIPEN	3	QL (2 por 1 día)
EIPEN-JR	3	QL (2 por 1 día)
<i>fexofenadine hcl tablet 30mg, 60mg</i>	2	QL (60 por 30 días)
<i>fexofenadine hcl tablet 180mg</i>	2	QL (30 por 30 días)
FLOVENT DISKUS/HFA	3	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<i>flunisolide</i>	1	
<i>fluticasone propionate</i>	1	
FORADIL AEROLIZER	3	
GLASSIA	5	PA
<i>hydroxyzine hcl</i>	1	
<i>hydroxyzine pamoate</i>	1	
<i>ipratropium bromide/ albuterol sulfate</i>	2	B vs D
<i>ipratropium bromide inhalation solution</i>	2	B vs D
<i>ipratropium bromide nasal solution</i>	1	
LETAIRIS	5	
<i>levalbuterol inhalation solution</i>	2	B vs D
MAXAIR	4	QL (14 por 30 días)
<i>metaproterenol sulfate</i>	1	
OMNARIS	4	
<i>palgic liquid</i>	1	
PERFOROMIST	4	B vs D
PROAIR HFA	3	
PROLASTIN	5	PA
PROLASTIN-C	5	PA
<i>promethazine vc</i>	1	
PULMICORT	4	B vs D
PULMOZYME	5	B vs D
QVAR	3	
REMODULIN	5	B vs D
REVATIO	5	PA
SEREVENT DISKUS	3	
SINGULAIR	3	
SPIRIVA	3	
SYMBICORT	3	
<i>terbutaline sulfate</i>	1	
<i>theochron</i>	1	

# Formulario integral 2012: Plan Uno

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<i>theophylline er</i>	1	
TRACLEER	5	RA
TWINJECT	3	QL (2 por 1 día)
TYZINE	3	
TYZINE PEDIATRIC	3	
VENTAVIS	5	PA
VENTOLIN HFA	3	
VERAMYST	3	
VOSPIRE ER	4	
XOLAIR	5	PA
XOPENEX HFA	4	
<i>zafirlukast</i>	2	QL (60 por 30 días)
ZEMAIRA	5	PA
ZYFLO CR	3	
<b>Sedantes/hipnóticos</b>		
LUNESTA	4	QL (30 por 30 días)
<i>zaleplon</i>	1	QL (30 por 30 días)
<i>zolpidem tartrate</i>	1	QL (30 por 30 días)
<b>Relajantes músculoesqueléticos</b>		
<i>carisoprodol 350mg</i>	1	
<i>chlorzoxazone</i>	1	
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	1	
<i>methocarbamol</i>	1	
ROBAXIN INJECTION	4	
<b>Nutrientes terapéuticos/minerales/electrolitos</b>		
AMINOSYN	3	B vs D
<i>ammonium chloride</i>	2	
CLINIMIX	3	B vs D
CLINIMIX E	3	B vs D
CLINISOL SF 15%	3	B vs D
<i>dextrose</i>	1	B vs D
<i>dextrose/electrolyte #48</i>	1	B vs D
<i>dextrose/nacl</i>	1	B vs D

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<i>dextrose/potassium chloride</i>	1	B vs D
<i>ed k+10</i>	1	
<i>eliphos</i>	2	
FREAMINE	3	B vs D
HEPATAMINE	3	B vs D
HEPATASOL	3	B vs D
INTRALIPID	3	B vs D
IONOSOL	3	B vs D
ISOLYTE	3	B vs D
K-TABS	3	
KCL/D5W/LR	3	B vs D
KCL/D5W/NACL	3	B vs D
KCL/D10W/NACL	3	B vs D
<i>klor-con &amp; klor-con m</i>	1	
LACTATED RINGERS	3	
LACTATED RINGERS IRRIGATION	3	
<i>leucovorin calcium injection</i>	1	B vs D
<i>leucovorin calcium tablet</i>	1	
LIPOSYN II	3	B vs D
LIPOSYN III	3	B vs D
<i>magnesium sulfate</i>	1	B vs D
<i>magnesium sulfate in d5w</i>	1	
NEPHRAMINE	3	B vs D
NORMOSOL-M IN D5W	3	B vs D
NORMOSOL-R	3	B vs D
<i>novamine</i>	1	B vs D
PHYSIOLYTE	3	B vs D
PHYSIOSOL IRRIGATION	3	B vs D
PLASMA-LYTE	3	B vs D
<i>potassium chloride/d5w</i>	2	B vs D
<i>potassium chloride/d5w/nacl</i>	2	B vs D
<i>potassium chloride inj</i>	2	B vs D

## Formulario integral 2012: Plan Uno

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<i>potassium chloride/nacl</i>	2	B vs D
<i>potassium chloride er</i>	1	
<i>potassium chloride sr</i>	1	
<i>potassium citrate er</i>	1	
PREMASOL	3	B vs D
PRENATAL VITAMINS RX	3	
PROCALAMINE	3	B vs D
PROSOL	4	B vs D
RINGERS INJECTION	3	
RINGERS IRRIGATION	3	
<i>sodium bicarbonate</i>	1	B vs D
<i>sodium chloride</i>	1	B vs D
<i>sodium chloride 0.45%</i>	1	B vs D
<i>sodium chloride 0.9% irrigation solution</i>	1	
<i>sodium fluoride</i>	1	
SODIUM LACTATE	3	B vs D
TIS-U-SOL	3	B vs D
TPN ELECTROLYTES FTV	3	B vs D
TRAVASOL	4	B vs D
TROPHAMINE	3	B vs D

# Formulario integral 2012: Plan Uno

## Índice

Medicamentos	Página	Medicamentos	Página	Medicamentos	Página
8-MOP.....	27	ADDERALL XR 20MG, 25MG, 30MG .....	27	<i>a-methapred</i> .....	30
ABELCET .....	16	ADRIAMYCIN .....	18	AMEVIVE.....	28
ABILIFY DISCMELT 10MG .....	20	ADVAIR DISKUS/HFA .....	36	<i>amifostine</i> .....	18
ABILIFY DISCMELT 15MG .....	20	<i>afeditab cr</i> .....	24	<i>amikacin sulfate</i> .....	11
ABILIFY INJECTION .....	20	AFINITOR .....	18	<i>amiloride hcl</i> .....	24
ABILIFY ORAL SOLUTION .....	20	AGGRENEX.....	23	<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i> .....	24
ABILIFY TABLET 2MG, 5MG, 10MG, 15MG.....	20	<i>a-hydrocort</i> .....	30	<i>aminocaproic acid</i> .....	23
ABILIFY TABLET 20MG, 30MG .....	20	<i>ak-con</i> .....	34	<i>aminophylline</i> .....	36
ABRAXANE .....	18	<i>ak-tob</i> .....	34	AMINOSYN .....	37
<i>acarbose</i> .....	22	<i>ala-cort</i> .....	27	<i>amiodarone hcl</i> .....	24
<i>acebutolol hcl</i> .....	24	ALBENZA .....	20	AMITIZA .....	29
<i>acetaminophen/codeine</i> .....	10	<i>albuterol sulfate er</i> .....	36	<i>amitriptyline hcl</i> .....	14
<i>acetazol hc</i> .....	35	<i>albuterol sulfate</i> <i>inhalation solution</i> .....	36	<i>amlodipine besylate</i> .....	24
<i>acetazolamide capsule</i> .....	34	<i>albuterol sulfate syrup, tablet</i> .....	36	<i>ammonium chloride</i> .....	37
<i>acetazolamide sodium</i> .....	24	ALCOHOL PREP PADS .....	22	<i>ammonium lactate rx</i> .....	28
<i>acetazolamide tablet</i> .....	34	ALDARA.....	27	<i>amnesteem</i> .....	28
<i>acetic acid</i> .....	35	ALDURAZYME.....	28	<i>amoxapine</i> .....	14
<i>acetic acid/hydrocortisone</i> .....	35	<i>alendronate sodium tablet</i> <i>5mg, 10mg, 40mg</i> .....	34	<i>amoxicillin</i> .....	11
<i>acetylcysteine</i> .....	36	<i>alendronate sodium tablet</i> <i>35mg, 70mg</i> .....	34	<i>amoxicillin/potassium</i> <i>clavulanate</i> .....	11
ACIPHEX .....	29	ALIMTA.....	18	<i>amphetamine/</i> <i>dextroamphetamine tablet</i> .....	27
ACTEMRA.....	32	ALINIA.....	20	AMPHOTEC.....	16
ACTHIB.....	32	ALKERAN .....	18	<i>amphotericin b</i> .....	16
<i>acticin</i> .....	20	<i>allopurinol</i> .....	16	<i>ampicillin</i> .....	11
ACTIMMUNE .....	32	<i>allopurinol sodium</i> .....	16	<i>ampicillin sodium</i> .....	11
ACTOPLUS MET .....	22	ALOPRIM.....	16	<i>ampicillin-sulbactam</i> .....	11
ACTOS.....	22	ALORA .....	30	AMPYRA .....	27
<i>acyclovir capsule, tablet</i> .....	21	ALPHAGAN P.....	34	AMTURNIDE.....	24
<i>acyclovir sodium</i> .....	21	ALTABAX.....	11	ANADROL-50.....	30
<i>acyclovir suspension</i> .....	21	ALVESCO.....	36	<i>anagrelide hydrochloride</i> .....	34
ADACEL.....	32	<i>amantadine hcl</i> .....	20	<i>anastrozole</i> .....	18
ADAGEN .....	28	AMBISOME .....	16	ANCOBON .....	16
ADCIRCA.....	36	<i>amcinonide</i> .....	27	ANDRODERM.....	30
ADDERALL XR 5MG, 10MG, 15MG .....	27			ANDROGEL.....	30
				ANDROXY.....	30

# Formulario integral 2012: Plan Uno

## Índice

Medicamentos	Página	Medicamentos	Página	Medicamentos	Página
ANGELIQ.....	30	ATRIPLA.....	21	<i>bacitracin</i> .....	11
ANTABUSE.....	15	<i>atropine sulfate</i> .....	29	<i>bacitracin</i> .....	34
ANTIZOL.....	15	ATROVENT HFA.....	36	<i>bacitracin/polymyxin b</i> .....	34
APIDRA.....	23	<i>augmented betamethasone</i>		<i>baclofen</i> .....	21
APOKYN.....	20	<i>dipropionate</i> .....	28	<i>balsalazide disodium</i> .....	34
<i>apraclonidine</i> .....	34	AVANDAMET.....	23	<i>balziva</i> .....	30
<i>apri</i> .....	30	AVANDARYL 1MG/4MG,		BANZEL SUSPENSION.....	13
APRISO.....	34	2MG/4MG, 4MG/4MG.....	23	BANZEL TABLET 200MG.....	13
APTIVUS.....	21	AVANDARYL 2MG/8MG,		BANZEL TABLET 400MG.....	13
ARALAST NP.....	36	4MG/8MG.....	23	BARACLUDE SOLUTION.....	21
<i>aranelle</i> .....	30	AVANDIA 2MG, 4MG.....	23	BARACLUDE TABLET.....	21
ARANESP 25MCG/0.42ML,		AVANDIA 8MG.....	23	<i>benazepril hcl</i> .....	24
25MCG/ML, 40MCG/0.4ML,		AVASTIN.....	18	<i>benazepril hcl/</i>	
40MCG/ML, 60MCG/0.3ML,		AVELOX INJECTION.....	11	<i>hydrochlorothiazide</i> .....	24
60MCG/ML.....	23	AVELOX TABLET.....	11	BENICAR/BENICAR HCT.....	24
ARANESP 100MCG/0.5ML,		<i>aviane</i> .....	30	<i>benztropine mesylate injection</i> .....	20
100MCG/ML, 150MCG/0.3ML,		AVODART.....	29	<i>benztropine mesylate tablet</i> .....	20
200MCG/0.4ML, 200MCG/ML,		AVONEX.....	32	<i>betamethasone dipropionate</i> .....	28
300MCG/0.6ML, 300MCG/ML,		AZACTAM.....	11	<i>betamethasone valerate</i> .....	28
500MCG/ML.....	23	AZACTAM IN ISO-OSMOTIC		BETASERON.....	32
ARCALYST.....	32	DEXTROSE 1GM.....	11	<i>betaxolol hcl</i> .....	34
ARICEPT TABLET 23MG.....	14	AZACTAM IN ISO-OSMOTIC		<i>bethanechol chloride</i> .....	17
ARIMIDEX.....	18	DEXTROSE 2GM.....	11	BETIMOL.....	34
ARIXTRA 2.5MG/0.5ML.....	23	AZASAN.....	32	BETOPTIC-S.....	34
ARIXTRA 5MG/0.4ML.....	23	AZASITE.....	34	<i>bicalutamide</i> .....	32
ARIXTRA 7.5MG/0.6ML.....	23	<i>azathioprine</i> .....	32	BICILLIN C-R.....	11
ARIXTRA 10MG/0.8ML.....	23	<i>azathioprine sodium</i> .....	32	BICILLIN L-A.....	11
ARMOUR THYROID.....	31	<i>azelastine hcl</i> .....	36	BICNU.....	18
AROMASIN.....	18	AZILECT.....	20	BILTRICIDE.....	20
ARRANON.....	18	<i>azithromycin injection, suspension</i>		<i>bisoprolol fumarate</i> .....	24
ARZERRA.....	18	<i>reconstituted</i> .....	11	<i>bisoprolol fumarate/</i>	
<i>ascomp/codeine</i> .....	10	<i>azithromycin tablet 250mg</i> .....	11	<i>hydrochlorothiazide</i> .....	24
ASMANEX.....	36	<i>azithromycin tablet 500mg, 600mg</i>	11	<i>bleomycin sulfate</i> .....	18
ASTEPRO.....	36	AZOPT.....	34	BLEPH-10.....	11
<i>atenolol</i> .....	24	<i>aztreonam</i> .....	11	BLEPHAMIDE S.O.P.....	34
<i>atenolol/chlorthalidone</i> .....	24	<i>baciim</i> .....	11		
ATGAM.....	32				

# Formulario integral 2012: Plan Uno

## Índice

Medicamentos	Página	Medicamentos	Página	Medicamentos	Página
BONIVA INJECTION.....	34	CAMPRAL.....	15	<i>cefprozil</i> .....	12
BONIVA TABLET.....	34	CAMPTOSAR.....	18	<i>ceftazidime</i> .....	12
BOOSTRIX.....	32	CANASA.....	34	<i>ceftriaxone sodium</i> .....	12
<i>brimonidine tartrate</i> .....	34	CANCIDAS.....	16	<i>cefuroxime axetil</i> .....	12
<i>bromocriptine mesylate</i> .....	20	CAPASTAT SULFATE.....	17	<i>cefuroxime sodium</i> .....	12
<i>budeprion sr</i> .....	14	<i>captopril</i> .....	25	CELEBREX.....	17
<i>budeprion xl</i> .....	14	<i>captopril/hydrochlorothiazide</i> .....	25	CELLCEPT IV.....	32
<i>budesonide</i> .....	36	CARAC.....	28	CELLCEPT SUSPENSION, TABLET.....	32
<i>bumetanide</i> .....	25	CARAFATE SUSPENSION.....	29	CELONTIN.....	13
BUPHENYL.....	28	<i>carbamazepine</i> .....	13	<i>cephalexin</i> .....	12
<i>buprenorphine hcl injection</i> .....	10	<i>carbamazepine er</i> .....	13	CEREDASE.....	28
<i>buprenorphine hcl tablet sublingual</i> .....	10	CARBATROL.....	13	CEREZYME.....	28
<i>buproban</i> .....	15	<i>carbidopa/levodopa</i> .....	20	CERUBIDINE.....	18
<i>bupropion hcl</i> .....	14	<i>carbidopa/levodopa odt</i> .....	20	CERVARIX.....	32
<i>bupropion hcl sr</i> .....	14	<i>carbidopa/levodopa sr</i> .....	20	<i>cesia</i> .....	30
<i>buspirone hcl</i> .....	22	<i>carbinoxamine maleate</i> .....	36	CHANTIX STARTING MONTH PAK.....	15
BUSULFEX.....	18	<i>carboplatin</i> .....	18	CHANTIX TABLET 0.5MG, 1MG...	15
<i>butalbital/acetaminophen/ caffeine/codeine</i> .....	10	CARIMUNE.....	32	CHEMET.....	15
<i>butorphanol tartrate injection</i> .....	10	<i>carisoprodol 350mg</i> .....	37	<i>chloramphenicol sodium succinate</i> .....	12
<i>butorphanol tartrate nasal solution</i> .....	10	<i>carteolol hcl</i> .....	34	<i>chlordiazepoxide/amitriptyline</i> ...	14
BYETTA.....	23	<i>cartia xt</i> .....	25	<i>chlorhexidine gluconate</i> .....	27
BYSTOLIC 2.5MG, 5MG.....	25	<i>carvedilol</i> .....	25	<i>chloroquine phosphate</i> .....	20
BYSTOLIC 10MG.....	25	CAYSTON.....	11	<i>chlorothiazide</i> .....	25
BYSTOLIC 20MG.....	25	CEDAX.....	11	<i>chlorothiazide sodium</i> .....	25
<i>cabergoline</i> .....	32	CEENU.....	18	<i>chlorpromazine hcl</i> .....	20
CAFERGOT.....	17	<i>cefaclor</i> .....	11	<i>chlorpropamide</i> .....	23
CALCIJEX.....	34	<i>cefaclor er</i> .....	11	<i>chlorthalidone</i> .....	25
<i>calcipotriene</i> .....	28	<i>cefadroxil</i> .....	11	<i>chlorzoxazone</i> .....	37
<i>calcitonin-salmon</i> .....	34	<i>cefazolin sodium</i> .....	11	<i>ciclopirox gel</i> .....	16
<i>calcitriol</i> .....	34	<i>cefdinir</i> .....	11	<i>ciclopirox nail lacquer</i> .....	16
<i>calcium acetate</i> .....	29	<i>cefepime</i> .....	11	<i>ciclopirox olamine</i> .....	16
<i>camila</i> .....	30	<i>cefotaxime sodium</i> .....	11	<i>cilostazol</i> .....	23
CAMPATH.....	18	<i>cefotetan</i> .....	11	<i>cimetidine</i> .....	29
		<i>cefoxitin sodium</i> .....	11		
		<i>cefpodoxime proxetil</i> .....	12		

# Formulario integral 2012: Plan Uno

## Índice

Medicamentos	Página	Medicamentos	Página	Medicamentos	Página
<i>cimetidine hcl</i> .....	29	<i>clotrimazole rx</i> .....	16	<i>cyclophosphamide</i> .....	18
CIPRODEX .....	35	<i>clozapine</i> .....	20	<i>cyclosporine</i> .....	32
<i>ciprofloxacin</i> .....	12	<i>codeine sulfate</i> .....	10	<i>cyclosporine modified</i> .....	32
<i>ciprofloxacin er</i> .....	12	<i>co-gesic</i> .....	10	CYKLOKAPRON .....	23
<i>ciprofloxacin hcl</i> .....	12	COLCRYS.....	17	CYMBALTA.....	14
CIPRO I.V. ....	12	<i>colestipol hcl</i> .....	25	<i>cyproheptadine hcl</i> .....	36
<i>cisplatin</i> .....	18	<i>colistimethate sodium</i> .....	12	CYSTADANE.....	28
<i>citalopram hydrobromide</i> <i>solution</i> .....	14	<i>colocort</i> .....	34	CYSTAGON.....	28
<i>citalopram hydrobromide</i> <i>tablet 10mg, 40mg</i> .....	14	COLY-MYCIN M.....	12	<i>cytarabine</i> .....	18
<i>citalopram hydrobromide</i> <i>tablet 20mg</i> .....	14	COLY-MYCIN S.....	35	CYTOMEL.....	31
<i>cladribine</i> .....	18	COMBIGAN .....	34	CYTOVENE.....	21
CLAFORAN .....	12	COMBIVENT .....	36	<i>dacarbazine</i> .....	18
<i>claravis</i> .....	28	COMBIVIR.....	21	DACOGEN.....	18
<i>clarithromycin</i> .....	12	<i>compro</i> .....	15	DALIRESP .....	36
<i>clarithromycin er</i> .....	12	COMTAN .....	20	<i>dapsone</i> .....	17
<i>clemastine fumarate</i> .....	36	COMVAX .....	32	DAPTACEL .....	32
CLEOCIN GALAXY.....	12	<i>constulose</i> .....	29	DARAPRIM.....	20
CLEOCIN PHOSPHATE SOLUTION 900MG/6ML.....	12	COPAXONE .....	32	<i>daunorubicin hcl</i> .....	18
<i>clindamycin hcl</i> .....	12	COPEGUS .....	21	DAUNOXOME .....	18
<i>clindamycin phosphate</i> .....	12	COREG CR.....	25	DECAVAC .....	32
<i>clindamycin phosphate</i> .....	28	<i>cortisone acetate</i> .....	30	<i>demeclocycline hcl</i> .....	12
CLINIMIX .....	37	<i>cortomycin</i> .....	35	DEMEROL INJECTION .....	10
CLINIMIX E.....	37	COSMEGEN.....	18	DENAVIR.....	21
CLINISOL SF 15% .....	37	COSOPT.....	34	DEPACON .....	13
<i>clobetasol propionate e</i> .....	28	COUMADIN.....	23	<i>depade</i> .....	15
<i>clobetasol propionate gel,</i> <i>ointment, solution</i> .....	28	CREON .....	28	DEPEN TITRATABS .....	32
CLOLAR .....	18	CRESTOR.....	25	DEPO-MEDROL .....	30
<i>clomipramine hcl</i> .....	14	CRIXIVAN .....	21	DERMOTIC.....	35
<i>clonidine hcl tablet</i> .....	25	<i>cromolyn sodium</i> .....	34	<i>desipramine hcl</i> .....	14
<i>clotrimazole/betamethasone</i> <i>dipropionate</i> .....	16	<i>cromolyn sodium</i> .....	36	<i>desmopressin acetate</i> .....	30
		<i>cryselle</i> .....	30	<i>desonide</i> .....	28
		CUBICIN.....	12	DETROL.....	29
		CUPRIMINE.....	29	DETROL LA .....	29
		<i>cyclafem</i> .....	30	<i>dexamethasone</i> .....	30
		<i>cyclobenzaprine hcl</i> .....	37	<i>dexamethasone intensol</i> .....	30

# Formulario integral 2012: Plan Uno

## Índice

Medicamentos	Página	Medicamentos	Página	Medicamentos	Página
<i>dexamethasone</i>		<i>diphenoxylate/atropine</i> .....	29	ELAPRASE .....	28
<i>sodium phosphate</i> .....	30	DIPHTHERIA/TETANUS		ELIDEL .....	28
<i>dexamethasone</i>		TOXOID PEDIATRIC .....	32	ELIGARD .....	32
<i>sodium phosphate</i> .....	34	<i>dipyridamole</i> .....	23	<i>eliphos</i> .....	37
<i>dexchlorpheniramine maleate</i> .....	36	<i>disopyramide phosphate</i> .....	25	ELITEK .....	18
DEXILANT .....	29	DIURIL IV .....	25	ELIXOPHYLLIN .....	36
<i>dexmethylphenidate hcl</i> .....	27	<i>divalproex sodium</i> .....	13	ELLENCE .....	18
<i>dexrazoxane</i> .....	18	<i>divalproex sodium er</i> .....	22	ELMIRON .....	29
<i>dextroamphetamine sulfate</i> .....	27	<i>docetaxel</i> .....	18	ELOXATIN .....	18
<i>dextroamphetamine sulfate er</i> .....	27	<i>donepezil hcl</i> .....	14	ELSPAR .....	18
<i>dextrose</i> .....	37	DORIBAX .....	12	EMBEDA .....	10
<i>dextrose/electrolyte #48</i> .....	37	<i>dorzolamide hcl</i> .....	34	EMCYT .....	18
<i>dextrose/nacl</i> .....	37	<i>dorzolamide hcl/</i>		EMEND 40MG .....	15
<i>dextrose/potassium chloride</i> .....	37	<i>timolol maleate</i> .....	34	EMEND 80MG .....	15
D.H.E. 45 .....	17	DOVONEX CREAM .....	28	EMEND 125MG .....	15
<i>diclofenac sodium</i> .....	34	<i>doxazosin mesylate</i> .....	29	EMEND TRIFOLD PACK .....	15
<i>dicloxacillin sodium</i> .....	12	<i>doxepin hcl</i> .....	14	EMSAM .....	14
<i>dicyclomine hcl</i> .....	29	DOXIL .....	18	EMTRIVA .....	21
<i>didanosine</i> .....	21	<i>doxorubicin hcl</i> .....	18	ENABLEX .....	29
DIFLUCAN IN NACL .....	16	<i>doxycycline hyclate</i> .....	12	<i>enalapril maleate</i> .....	25
<i>diflunisal</i> .....	17	<i>doxycycline monohydrate</i> .....	12	<i>enalapril maleate/</i>	
<i>digoxin</i> .....	25	<i>dronabinol 2.5mg, 5mg</i> .....	15	<i>hydrochlorothiazide</i> .....	25
<i>dihydroergotamine mesylate</i> .....	17	<i>dronabinol 10mg</i> .....	15	ENBREL .....	32
DILANTIN CAPSULE 30MG .....	13	DROXIA .....	18	<i>endocet</i> .....	10
DILANTIN CAPSULE 100MG .....	13	DUETACT .....	23	ENGERIX-B .....	32
DILANTIN INFATABS .....	13	DURAMORPH .....	10	ENJUVIA .....	30
DILANTIN SUSPENSION .....	13	DUREZOL .....	34	<i>enoxaparin sodium</i>	
<i>dilt-cd</i> .....	25	<i>econazole nitrate</i> .....	16	<i>30mg/0.3ml</i> .....	24
<i>diltiazem cd</i> .....	25	<i>ed k+10</i> .....	37	<i>enoxaparin sodium</i>	
<i>diltiazem hcl</i> .....	25	EDURANT .....	21	<i>40mg/0.4ml</i> .....	24
<i>diltiazem hcl er</i> .....	25	<i>e.e.s.</i> .....	12	<i>enoxaparin sodium</i>	
<i>dilt-xr</i> .....	25	EFFIENT 5MG .....	23	<i>60mg/0.6ml</i> .....	24
<i>diltzac</i> .....	25	EFFIENT 10MG .....	24	<i>enoxaparin sodium</i>	
DIOVAN/DIOVAN HCT .....	25	EFUDEX .....	28	<i>80mg/0.8ml</i> .....	24
<i>diphenhydramine hcl rx</i> .....	36	EGRIFTA .....	30	<i>enoxaparin sodium</i>	
				<i>100mg/ml, 150mg/ml</i> .....	24

# Formulario integral 2012: Plan Uno

## Índice

Medicamentos	Página	Medicamentos	Página	Medicamentos	Página
<i>enoxaparin sodium</i> 120mg/0.8ml.....	24	<i>estradiol</i> .....	31	<i>fentanyl citrate oral</i> <i>transmucosal 200mcg</i> .....	10
<i>enpresse</i> .....	30	<i>estradiol/norethindrone acetate</i> .....	31	<i>fentanyl citrate oral</i> <i>transmucosal 400mcg, 600mcg,</i> <i>800mcg, 1200mcg, 1600mcg</i> .....	10
ENTOCORT EC.....	34	<i>estropipate</i> .....	31	<i>fentanyl patch</i> .....	10
<i>enulose</i> .....	29	<i>ethambutol hcl</i> .....	17	<i>fexofenadine hcl tablet</i> 30mg, 60mg.....	36
<i>epinephrine hcl</i> .....	36	<i>ethosuximide</i> .....	13	<i>fexofenadine hcl tablet 180mg</i> .....	36
EPIPEN.....	36	ETHYOL.....	18	<i>finasteride</i> .....	29
EPIPEN-JR.....	36	<i>etidronate disodium</i> .....	34	FIRMAGON.....	32
<i>epirubicin hcl</i> .....	18	<i>etodolac</i> .....	17	FLAREX.....	34
<i>epitol</i> .....	13	<i>etodolac er</i> .....	17	<i>flavoxate hcl</i> .....	29
EPIVIR.....	21	ETOPOPHOS.....	18	<i>flecainide acetate</i> .....	25
EPIVIR HBV.....	21	<i>etoposide</i> .....	18	FLECTOR.....	17
<i>eplerenone</i> .....	25	EURAX.....	20	FLOVENT DISKUS/HFA.....	36
EPOGEN 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML.....	24	EVISTA.....	31	<i>fluconazole</i> .....	16
EPOGEN 10000UNIT/ML, 20000UNIT/ML.....	24	EXELON PATCH.....	14	<i>fluconazole in dextrose</i> .....	16
EPZICOM.....	21	EXELON SOLUTION.....	14	FLUDARA.....	18
EQUETRO.....	22	<i>exemestane</i> .....	18	<i>fludarabine phosphate</i> .....	18
ERAXIS.....	16	EXFORGE/EXFORGE HCT.....	25	<i>fludrocortisone acetate</i> .....	30
ERBITUX.....	18	EXJADE.....	15	FLUMADINE.....	21
<i>ergoloid mesylates</i> .....	14	FABRAZYME.....	29	<i>flunisolide</i> .....	36
ERGOMAR.....	17	FACTIVE.....	12	<i>fluocinolone acetonide</i> .....	28
<i>ergotamine tartrate/caffeine</i> .....	17	<i>famotidine injection, tablet</i> .....	29	<i>fluocinonide</i> .....	28
<i>errin</i> .....	31	FANAPT.....	20	<i>fluocinonide e</i> .....	28
<i>ery</i> .....	12	FANAPT TITRATION PACK.....	20	<i>fluorometholone</i> .....	34
ERYPED.....	12	FARESTON.....	18	<i>fluorouracil</i> .....	18
<i>ery-tab</i> .....	12	FASLODEX.....	18	<i>fluorouracil</i> .....	28
<i>erythrocin lactobionate</i> .....	12	FAZACLO.....	20	<i>fluoxetine hcl</i> .....	14
<i>erythrocin stearate</i> .....	12	FELBATOL SUSPENSION.....	13	<i>fluphenazine decanoate</i> .....	20
<i>erythromycin</i> .....	12	FELBATOL TABLET.....	14	<i>fluphenazine hcl</i> .....	20
<i>erythromycin base</i> .....	12	<i>felodipine er</i> .....	25	<i>flurbiprofen</i> .....	17
<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i> .....	28	FEMARA.....	18	<i>flurbiprofen sodium</i> .....	35
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> .....	12	<i>fenofibrate micronized</i> .....	25	<i>flutamide</i> .....	32
<i>erythromycin/sulfisoxazole</i> .....	12	<i>fenofibrate tablet 54mg</i> .....	25	<i>fluticasone propionate</i> .....	28
		<i>fenofibrate tablet 160mg</i> .....	25		
		<i>fenopropfen calcium</i> .....	17		
		<i>fentanyl citrate</i> .....	10		

# Formulario integral 2012: Plan Uno

## Índice

Medicamentos	Página	Medicamentos	Página	Medicamentos	Página
<i>fluticasone propionate</i> .....	36	GAMUNEX.....	32	<i>glipizide/metformin hcl</i> .....	23
<i>fluvoxamine maleate</i> .....	14	<i>ganciclovir capsule 250mg</i> .....	21	GLUCAGEN HYPOKIT.....	23
<i>fomepizole</i> .....	15	<i>ganciclovir capsule 500mg</i> .....	21	GLUCAGON EMERGENCY KIT.....	23
FORADIL AEROLIZER.....	36	<i>ganciclovir injection</i> .....	21	<i>glyburide</i> .....	23
FORTEO.....	34	GARDASIL.....	32	<i>glyburide/metformin hcl</i> .....	23
FORTICAL.....	34	GAUZE PADS 2"X2".....	23	<i>glyburide micronized</i> .....	23
FOSAMAX SOLUTION.....	34	<i>gavilyte-c</i> .....	29	<i>glycopyrrolate</i> .....	29
<i>foscarnet sodium</i> .....	21	<i>gavilyte-g</i> .....	29	GLYSET.....	23
<i>fosinopril sodium</i> .....	25	<i>gavilyte-n</i> .....	29	GOLYTELY.....	29
<i>fosinopril sodium/ hydrochlorothiazide</i> .....	25	GELNIQUE.....	29	GRIFULVIN V.....	16
<i>fosphenytoin sodium</i> .....	14	<i>gemcitabine hcl</i> .....	18	<i>griseofulvin microsize</i> .....	16
FOSRENOL.....	29	<i>gemfibrozil</i> .....	25	GRIS-PEG.....	16
FRAGMIN 2500UNIT/0.2ML, 5000UNIT/0.2ML.....	24	GEMZAR.....	18	<i>guanabenz acetate</i> .....	25
FRAGMIN 7500UNIT/0.3ML.....	24	<i>generlac</i> .....	29	<i>guanfacine hcl</i> .....	25
FRAGMIN 10000UNIT/ML.....	24	<i>gengraf</i> .....	33	<i>guanidine hcl</i> .....	17
FRAGMIN 12500UNIT/0.5ML.....	24	GENOTROPIN.....	30	HALAVEN.....	18
FRAGMIN 15000UNIT/0.6ML.....	24	GENOTROPIN MINIQUICK 0.2MG.....	30	HALFLYTELY.....	29
FRAGMIN 18000UNT/0.72ML.....	24	GENOTROPIN MINIQUICK 0.4MG, 0.6MG, 0.8MG, 1MG, 1.2MG, 1.4MG, 1.6MG, 1.8MG, 2MG.....	30	<i>halobetasol propionate</i> .....	28
FRAGMIN 25000UNIT/ML.....	24	<i>gentak</i> .....	35	<i>haloperidol</i> .....	20
FREAMINE.....	37	<i>gentamicin isotonic</i> .....	12	<i>haloperidol decanoate</i> .....	20
<i>furosemide</i> .....	25	<i>gentamicin sulfate</i> .....	12	<i>haloperidol lactate</i> .....	20
FUZEON.....	21	<i>gentamicin sulfate</i> .....	35	HAVRIX.....	33
<i>gabapentin capsule, tablet</i> .....	14	<i>gentasol</i> .....	35	HECTOROL.....	34
<i>gabapentin solution</i> .....	14	GEODON CAPSULE.....	20	<i>heparin sodium 1000unit/ml</i> .....	24
GABITRIL.....	14	GEODON INJECTION.....	20	<i>heparin sodium 2000unit/ml, 2500unit/ml, 5000unit/ml, 10000unit/ml, 20000unit/ml</i> .....	24
<i>galantamine hydrobromide capsule er</i> .....	14	<i>gianvi</i> .....	31	<i>heparin sodium/d5w</i> .....	24
<i>galantamine hydrobromide solution</i> .....	14	GILENYA.....	33	<i>heparin sodium/nacl</i> .....	24
<i>galantamine hydrobromide tablet</i> .....	14	GLASSIA.....	36	HEPATAMINE.....	37
GAMASTAN S/D.....	32	GLEEVEC.....	18	HEPATASOL.....	37
GAMMAGARD.....	32	<i>glimepiride</i> .....	23	HEPSERA.....	21
GAMMAPLEX.....	32	<i>glipizide</i> .....	23	HERCEPTIN.....	18
		<i>glipizide er</i> .....	23	HEXALEN.....	18
				HIZENTRA.....	33

# Formulario integral 2012: Plan Uno

## Índice

Medicamentos	Página	Medicamentos	Página	Medicamentos	Página
HUMATROPE .....	30	INSULIN SYRINGES & NEEDLES ..	23	<i>isosorbide mononitrate</i> .....	25
HUMIRA .....	33	INTELENCE .....	21	<i>isosorbide mononitrate er</i> .....	25
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) .....	23	INTRALIPID .....	37	<i>isradipine</i> .....	25
HYCANTIN .....	19	INTRON-A PEN 3MU/0.2ML, 6MUNIT/ML .....	33	ISTALOL .....	35
<i>hydralazine hcl</i> .....	25	INTRON-A PEN 5MU/0.2ML, 10MU/0.2ML .....	33	ISTODAX .....	19
<i>hydrochlorothiazide</i> .....	25	INTRON-A VIAL .....	33	<i>itraconazole</i> .....	16
<i>hydrocodone/acetaminophen</i> .....	10	INVANZ .....	12	IXEMPRA .....	19
<i>hydrocodone/ibuprofen</i> .....	10	INVEGA SUSTENNA 39MG/0.25ML, 78MG/0.5ML .....	20	IXIARO .....	33
<i>hydrocortisone</i> .....	28	INVEGA SUSTENNA 117MG/0.75ML, 156MG/ML, 234MG/1.5ML .....	21	JALYN .....	29
<i>hydrocortisone butyrate</i> .....	28	INVEGA TABLET 1.5MG, 3MG .....	21	<i>jantoven</i> .....	24
<i>hydrocortisone enema</i> .....	34	INVEGA TABLET 6MG .....	21	JANUMET .....	23
<i>hydrocortisone valerate</i> .....	28	INVEGA TABLET 9MG .....	21	JANUVIA .....	23
<i>hydromorphone hcl</i> .....	10	INVIRASE CAPSULE .....	22	JE-VAX .....	33
<i>hydroxychloroquine sulfate</i> .....	20	INVIRASE TABLET .....	22	JEVTANA .....	19
<i>hydroxyurea</i> .....	19	IONOSOL .....	37	<i>jolivette</i> .....	31
<i>hydroxyzine hcl</i> .....	36	IOPIDINE .....	35	<i>junel/junel fe</i> .....	31
<i>hydroxyzine pamoate</i> .....	36	IPOL .....	33	KADIAN .....	10
<i>ibuprofen</i> .....	17	<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i> .....	36	KALETRA SOLUTION .....	22
IDAMYCIN PFS .....	19	<i>ipratropium bromide inhalation solution</i> .....	36	KALETRA TABLET 100MG/25MG .....	22
<i>idarubicin hcl</i> .....	19	<i>ipratropium bromide nasal solution</i> .....	36	KALETRA TABLET 200MG/50MG .....	22
IFEX .....	19	IQUIX .....	35	<i>kanamycin sulfate</i> .....	12
<i>ifosfamide</i> .....	19	IRESSA .....	19	<i>kariva</i> .....	31
<i>ifosfamide/mesna</i> .....	19	<i>irinotecan</i> .....	19	KCL/D5W/LR .....	37
<i>imipramine hcl</i> .....	14	ISENTRESS .....	22	KCL/D5W/NACL .....	37
<i>imiquimod</i> .....	28	ISOLYTE .....	37	KCL/D10W/NACL .....	37
IMOVAX RABIES VACCINE .....	33	<i>isonarif</i> .....	17	<i>kelnor</i> .....	31
INCRELEX .....	30	<i>isoniazid</i> .....	17	KEPIVANCE .....	27
<i>indapamide</i> .....	25	<i>isosorbide dinitrate</i> .....	25	KEPPRA INJECTION .....	14
<i>indomethacin</i> .....	17	<i>isosorbide dinitrate er</i> .....	25	KETEK .....	12
<i>indomethacin er</i> .....	17			<i>ketoconazole</i> .....	16
INFANRIX .....	33			<i>ketorolac tromethamine</i> .....	35
INFERGEN .....	33			<i>ketorolac tromethamine injection</i> ..	17
INFUMORPH .....	10			<i>ketorolac tromethamine tablet</i> ..	17
INNOPRAN XL .....	25			<i>kionex</i> .....	15

# Formulario integral 2012: Plan Uno

## Índice

Medicamentos	Página	Medicamentos	Página	Medicamentos	Página
<i>klor-con &amp; klor-con m</i> .....	37	<i>levalbuterol inhalation solution</i> .....	36	LITHOBID.....	22
KOMBIGLYZE 1000MG/2.5MG.....	23	LEVEMIR.....	23	LODOSYN.....	20
KOMBIGLYZE XR 500MG/5MG, 1000MG/5MG.....	23	<i>levetiracetam</i> .....	14	<i>lokara</i> .....	28
K-TABS.....	37	<i>levobunolol hcl</i> .....	35	<i>loperamide hcl rx</i> .....	29
KUVAN.....	29	<i>levocarnitine</i> .....	34	<i>losartan potassium</i> .....	25
<i>laclotion</i> .....	28	<i>levofloxacin</i> .....	35	<i>losartan potassium/ hydrochlorothiazide</i> .....	25
LACRISERT.....	35	<i>levora</i> .....	31	LOTEMAX.....	35
LACTATED RINGERS.....	37	<i>levorphanol tartrate</i> .....	10	LOTRONEX.....	29
LACTATED RINGERS IRRIGATION.....	37	LEVOTHROID.....	31	<i>lovastatin 10mg, 20mg</i> .....	25
<i>lactulose</i> .....	29	<i>levothyroxine sodium</i> .....	31	<i>lovastatin 40mg</i> .....	25
LAMICTAL.....	14	LEVOXYL.....	31	LOVAZA.....	25
LAMICTAL CHEWABLE.....	14	LEXAPRO SOLUTION.....	14	<i>low-ogestrel</i> .....	31
LAMICTAL ODT.....	14	LEXAPRO SOLUTION.....	22	<i>loxapine succinate</i> .....	21
LAMICTAL STARTER KIT.....	14	LEXAPRO TABLET.....	15	LUMIGAN.....	35
LAMICTAL XR.....	14	LEXAPRO TABLET.....	22	LUNESTA.....	37
<i>lamotrigine</i> .....	14	LEXIVA SUSPENSION.....	22	LUPRON DEPOT.....	32
LANOXIN.....	25	LEXIVA TABLET.....	22	LUPRON DEPOT-PED.....	32
<i>latanoprost</i> .....	35	LIALDA.....	34	<i>lutura</i> .....	31
LATUDA.....	21	<i>lidocaine hcl</i> .....	11	LYRICA.....	14
<i>leena</i> .....	31	<i>lidocaine hcl jelly</i> .....	11	LYSODREN.....	32
<i>leflunomide</i> .....	33	<i>lidocaine hcl ointment 5%</i> .....	11	MACRODANTIN 25MG.....	12
LESCOL 20MG.....	25	<i>lidocaine hcl viscous</i> .....	11	<i>magnesium sulfate</i> .....	37
LESCOL 40MG.....	25	<i>lidocaine/prilocaine</i> .....	11	<i>magnesium sulfate in d5w</i> .....	37
LESCOL XL 80MG.....	25	LIDODERM.....	11	MALARONE.....	20
<i>lessina</i> .....	31	LINCOCIN.....	12	<i>malathion</i> .....	20
LETAIRIS.....	36	<i>lindane</i> .....	20	<i>maprotiline hcl</i> .....	15
<i>letrozole</i> .....	19	<i>liothyronine sodium</i> .....	31	<i>margesic-h</i> .....	10
<i>leucovorin calcium injection</i> .....	37	LIPITOR.....	25	MARINOL 5MG, 10MG.....	15
<i>leucovorin calcium tablet</i> .....	37	LIPOSYN II.....	37	MARPLAN.....	15
LEUKERAN.....	19	LIPOSYN III.....	37	MATULANE.....	19
LEUKINE.....	24	<i>lisinopril</i> .....	25	MAXAIR.....	36
<i>leuprolide acetate</i> .....	32	<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i> .....	25	MAXALT & MAXALT-MLT 5MG.....	17
LEUSTATIN.....	19	<i>lithium carbonate</i> .....	22	MAXALT & MAXALT-MLT 10MG.....	17
		<i>lithium carbonate er</i> .....	22	MAXIDEX.....	35
		<i>lithium citrate</i> .....	22		

# Formulario integral 2012: Plan Uno

## Índice

Medicamentos	Página	Medicamentos	Página	Medicamentos	Página
<i>maxidone</i> .....	10	<i>methimazole</i> .....	32	MICARDIS/MICARDIS HCT.....	26
<i>mebendazole</i> .....	20	<i>methitest</i> .....	31	<i>miconazole 3 rx</i> .....	16
<i>meclizine hcl rx</i> .....	15	<i>methocarbamol</i> .....	37	<i>microgestin/microgestin fe</i> .....	31
<i>meclofenamate sodium</i> .....	17	<i>methotrexate</i> .....	33	<i>midodrine hcl</i> .....	26
<i>medroxyprogesterone acetate</i> .....	31	<i>methotrexate sodium</i> .....	33	<i>migergot</i> .....	17
<i>mefloquine hcl</i> .....	20	<i>methscopolamine bromide</i> .....	29	MIGRANAL.....	17
MEGACE ES.....	31	<i>methyclothiazide</i> .....	25	<i>minitran</i> .....	26
MEGACE ORAL.....	31	<i>methyldopa</i> .....	25	<i>minocycline hcl</i> .....	12
<i>megestrol acetate</i> .....	31	<i>methyldopa/ hydrochlorothiazide</i> .....	25	<i>minoxidil</i> .....	26
<i>meloxicam</i> .....	17	<i>methyldopate hcl</i> .....	25	MIRAPEX ER.....	20
<i>melphalan hydrochloride</i> .....	19	METHYLIN CHEWABLE TABLET, SOLUTION.....	27	<i>mirtazapine</i> .....	15
MENACTRA.....	33	<i>methylin er</i> .....	27	<i>mirtazapine odt</i> .....	15
MENOMUNE-A/C/Y/W-135.....	33	<i>methylin tablet</i> .....	27	<i>misoprostol</i> .....	29
MENVEO.....	33	<i>methylin tablet</i> .....	27	<i>mitomycin</i> .....	19
<i>meperidine hcl</i> .....	10	<i>methylphenidate hcl solution</i> .....	27	<i>mitoxantrone hcl</i> .....	19
<i>meprobamate</i> .....	22	<i>methylphenidate hcl sr tablet</i> .....	27	M-M-R II.....	33
MEPRON.....	20	<i>methylphenidate hcl tablet</i> .....	27	<i>moexipril hcl</i> .....	26
<i>mercaptopurine</i> .....	19	<i>methylprednisolone acetate</i> .....	30	<i>moexipril hcl/ hydrochlorothiazide</i> .....	26
<i>meropenem</i> .....	12	<i>methylprednisolone sodium succinate</i> .....	30	<i>mometasone furoate</i> .....	28
MERREM.....	12	<i>methylprednisolone tablet 4mg</i> .....	30	MONOKET.....	26
<i>mesalamine enema</i> .....	34	<i>methylprednisolone tablet 8mg, 16mg, 32mg</i> .....	30	<i>mononessa</i> .....	31
<i>mesna</i> .....	19	<i>metipranolol</i> .....	35	<i>morphine sulfate</i> .....	10
MESNEX INJECTION.....	19	<i>metoclopramide hcl</i> .....	29	<i>morphine sulfate er 15mg, 30mg</i> .....	11
MESNEX TABLET.....	19	<i>metolazone</i> .....	26	<i>morphine sulfate er 60mg, 100mg, 200mg</i> .....	11
MESTINON.....	17	<i>metoprolol succinate er 25mg, 50mg, 100mg</i> .....	26	MOVIPREP.....	29
MESTINON TIMESPAN.....	17	<i>metoprolol succinate er 200mg</i> .....	26	MOXEZA.....	35
METADATE ER.....	27	<i>metoprolol tartrate</i> .....	26	MOZOBIL.....	24
<i>metaproterenol sulfate</i> .....	36	<i>metoprolol tartrate/ hydrochlorothiazide</i> .....	26	MULTAQ.....	26
<i>metformin hcl</i> .....	23	<i>metronidazole</i> .....	12	<i>mupirocin</i> .....	12
<i>metformin hcl er</i> .....	23	<i>metronidazole vaginal</i> .....	12	MUSTARGEN.....	19
<i>methadone hcl</i> .....	10	<i>mexiletine hcl</i> .....	26	MYCAMINE.....	16
<i>methadose</i> .....	10			MYCOBUTIN.....	18
<i>methazolamide</i> .....	35			<i>mycophenolate mofetil</i> .....	33
<i>methenamine hippurate</i> .....	12				
METHERGINE.....	30				

# Formulario integral 2012: Plan Uno

## Índice

Medicamentos	Página	Medicamentos	Página	Medicamentos	Página
<i>mydral</i> .....	35	<i>neomycin sulfate</i> .....	12	<i>nora-be</i> .....	31
MYFORTIC.....	33	NEORAL.....	33	NORDITROPIN.....	30
MYOZYME.....	29	NEPHRAMINE.....	37	<i>norethindrone acetate</i> .....	31
MYTELASE.....	17	NEUMEGA.....	24	NORMOSOL-M IN D5W.....	37
<i>nabumetone</i> .....	17	NEUPOGEN.....	24	NORMOSOL-R.....	37
<i>nadolol</i> .....	26	NEURONTIN SOLUTION.....	14	NOROXIN.....	12
<i>nadolol/bendroflumethiazide</i> .....	26	NEVANAC.....	35	<i>nortrel</i> .....	31
<i>nafcillin sodium</i> .....	12	NEXAVAR.....	19	<i>nortriptyline hcl</i> .....	15
NAFTIN.....	16	NEXIUM.....	29	NORVIR.....	22
NAGLAZYME.....	29	NEXIUM I.V.....	29	<i>novamine</i> .....	37
<i>nalbuphine hcl</i> .....	11	<i>next choice</i> .....	31	NOVANTRONE.....	19
NALLPEN/DEXTROSE.....	12	NIASPAN 500MG.....	26	NOVOLIN.....	23
<i>naloxone hcl</i> .....	15	NIASPAN 750MG, 1000MG.....	26	NOVOLOG.....	23
<i>naltrexone hcl</i> .....	15	<i>nicardipine hcl capsule</i> .....	26	NOXAFIL.....	16
NAMENDA SOLUTION.....	14	<i>nicardipine hcl injection</i> .....	26	NUEDEXTA.....	27
NAMENDA TABLET.....	14	NICOTROL INHALER.....	15	NULYTELY.....	29
NAMENDA TITRATION PAK.....	14	<i>nifediac cc</i> .....	26	NUTROPIN.....	30
<i>naproxen</i> .....	17	<i>nifedical xl</i> .....	26	NUTROPIN AQ.....	30
<i>naproxen dr</i> .....	17	<i>nifedipine</i> .....	26	NUVARING.....	31
<i>naproxen sodium</i> .....	17	<i>nifedipine er</i> .....	26	<i>nyamyc</i> .....	16
NARDIL.....	15	NILANDRON.....	32	<i>nystatin</i> .....	16
NATACYN.....	35	<i>nimodipine</i> .....	26	<i>nystatin/triamcinolone</i> .....	16
<i>nateglinide</i> .....	23	NIPENT.....	19	<i>nystop</i> .....	16
<i>necon</i> .....	31	<i>nisoldipine</i> .....	26	<i>ocella</i> .....	31
<i>nefazodone hcl</i> .....	15	<i>nisoldipine er</i> .....	26	<i>octreotide acetate 50mcg/ml,</i> <i>100mcg/ml, 200mcg/ml</i> .....	32
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i> .....	12	NITRO-BID.....	26	<i>octreotide acetate</i> <i>500mcg/ml, 1000mcg/ml</i> .....	32
<i>neomycin/polymyxin/</i> <i>bacitracin/hydrocortisone</i> .....	35	NITRO-DUR PATCH 0.3MG/HR, 0.8MG/HR.....	26	<i>ofloxacin</i> .....	12
<i>neomycin/polymyxin b sulfates</i> .....	12	<i>nitrofurantoin macrocrystalline</i> .....	12	<i>ofloxacin</i> .....	35
<i>neomycin/polymyxin/</i> <i>dexamethasone</i> .....	35	<i>nitrofurantoin monohydrate</i> .....	12	<i>ofloxacin</i> .....	36
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i> .....	35	<i>nitrofurantoin suspension</i> .....	12	<i>ogestrel</i> .....	31
<i>neomycin/polymyxin/</i> <i>hydrocortisone</i> .....	35	<i>nitroglycerin</i> .....	26	<i>omeprazole</i> .....	29
<i>neomycin/polymyxin/</i> <i>hydrocortisone</i> .....	35	<i>nitroglycerin patch</i> .....	26	OMNARIS.....	36
		NITROLINGUAL PUMPSPRAY.....	26	OMNITROPE 5.8MG.....	30
		NITROSTAT.....	26		

# Formulario integral 2012: Plan Uno

## Índice

Medicamentos	Página	Medicamentos	Página	Medicamentos	Página
OMNITROPE 5MG/1.5ML, 10MG/1.5ML.....	30	<i>oxybutynin chloride er 5mg</i> .....	29	PENTAM 300.....	20
ONCASPAS.....	19	<i>oxybutynin chloride er 10mg, 15mg</i> .....	29	PENTASA.....	34
<i>ondansetron hcl injection</i> .....	16	<i>oxycodone hcl</i> .....	11	<i>pentazocine/acetaminophen</i> .....	11
<i>ondansetron hcl oral solution</i> .....	16	<i>oxycodone hcl/acetaminophen</i> .....	11	<i>pentazocine/naloxone hcl</i> .....	11
<i>ondansetron hcl tablet 4mg</i> .....	16	<i>oxycodone hcl/aspirin</i> .....	11	<i>pentopak</i> .....	24
<i>ondansetron hcl tablet 8mg</i> .....	16	<i>oxycodone hcl/ibuprofen</i> .....	11	<i>pentostatin</i> .....	19
<i>ondansetron hcl tablet 24mg</i> .....	16	OXYCONTIN 10MG, 15MG, 20MG, 30MG, 40MG, 60MG .....	11	<i>pentoxifylline er</i> .....	24
<i>ondansetron odt tablet 4mg</i> .....	16	OXYCONTIN 80MG.....	11	PERFOROMIST .....	36
<i>ondansetron odt tablet 8mg</i> .....	16	<i>pacerone</i> .....	26	<i>perindopril erbumine</i> .....	26
ONGLYZA.....	23	<i>paclitaxel</i> .....	19	<i>periogard</i> .....	27
ONSOLIS.....	11	<i>palgic liquid</i> .....	36	<i>permethrin</i> .....	20
ONTAK .....	19	<i>pamidronate disodium</i> .....	34	<i>perphenazine</i> .....	21
OPANA ER 5MG, 10MG, 20MG, 30MG .....	11	PANRETIN.....	19	<i>perphenazine/amitriptyline</i> .....	15
OPANA ER 40MG.....	11	<i>pantoprazole sodium</i> .....	29	<i>pfizerpen-g</i> .....	13
OPTIPRANOLOL.....	35	<i>parcaine</i> .....	35	<i>phenadoz</i> .....	16
ORACEA.....	12	PARCOPA.....	20	<i>phenelzine sulfate</i> .....	15
ORAP.....	21	<i>paromomycin sulfate</i> .....	13	PHENYTEK.....	14
ORENCIA.....	33	<i>paroxetine hcl suspension</i> .....	15	<i>phenytoin</i> .....	14
ORFADIN.....	29	<i>paroxetine hcl tablet</i> .....	15	<i>phenytoin sodium</i> .....	14
ORTHOCLONE OKT3.....	33	PASER .....	18	<i>phenytoin sodium extended</i> .....	14
<i>ortho-est</i> .....	31	PATADAY .....	35	PHISOHEX .....	13
ORTHO EVRA.....	31	PATANOL.....	35	PHOSLO.....	29
OVIDE.....	20	PAXIL SUSPENSION.....	15	PHOSPHOLINE IODIDE.....	35
<i>oxacillin sodium</i> .....	13	PCE .....	13	PHOTOFRIN.....	19
<i>oxaliplatin</i> .....	19	PEDIARIX .....	33	PHYSIOLYTE .....	37
OXANDRIN.....	31	<i>pedi-dri</i> .....	16	PHYSIOSOL IRRIGATION .....	37
<i>oxandrolone 2.5mg</i> .....	31	PEDVAX HIB .....	33	<i>pilocarpine hcl</i> .....	27
<i>oxandrolone 10mg</i> .....	31	PEGANONE.....	14	PILOPINE HS.....	35
<i>oxaprozin</i> .....	17	PEG-INTRON.....	33	<i>pindolol</i> .....	26
<i>oxcarbazepine</i> .....	14	<i>penicillin g potassium</i> .....	13	<i>piperacillin sodium</i> .....	13
OXSORALEN.....	28	<i>penicillin g procaine</i> .....	13	<i>piperacillin sodium/ tazobactam sodium</i> .....	13
OXSORALEN ULTRA .....	28	<i>penicillin g sodium</i> .....	13	<i>piroxicam</i> .....	17
<i>oxybutynin chloride</i> .....	29	<i>penicillin v potassium</i> .....	13	PLASMA-LYTE .....	37
				PLAVIX TABLET 75MG .....	24

# Formulario integral 2012: Plan Uno

## Índice

Medicamentos	Página	Medicamentos	Página	Medicamentos	Página
<i>podoflox</i> .....	28	PRIMAXIN IV 250MG/250MG.....	13	<i>promethegan</i> .....	16
<i>polycin b</i> .....	13	PRIMAXIN IV 500MG/500MG.....	13	PROMETRIUM.....	31
<i>poly-dex</i> .....	35	<i>primidone</i> .....	14	<i>propafenone hcl</i> .....	26
<i>polyethylene glycol 3350</i> .....	29	PRIMSOL.....	13	<i>propantheline bromide</i> .....	29
<i>polymyxin b sulfate</i> .....	13	PRISTIQ.....	15	<i>proparacaine hcl</i> .....	35
<i>portia</i> .....	31	PRIVIGEN.....	33	<i>propranolol hcl</i> .....	26
<i>potassium chloride/d5w</i> .....	37	PROAIR HFA.....	36	<i>propranolol hcl er</i> .....	26
<i>potassium chloride/d5w/nacl</i> .....	37	<i>probenecid</i> .....	17	<i>propranolol hcl/ hydrochlorothiazide</i> .....	26
<i>potassium chloride er</i> .....	38	<i>probenecid/colchicine</i> .....	17	<i>propylthiouracil</i> .....	32
<i>potassium chloride inj</i> .....	37	<i>procainamide hcl</i> .....	26	PROQUAD.....	33
<i>potassium chloride/nacl</i> .....	38	PROCALAMINE.....	38	PROSOL.....	38
<i>potassium chloride sr</i> .....	38	<i>prochlorperazine</i> .....	16	PROTOPIC.....	28
<i>potassium citrate er</i> .....	38	<i>prochlorperazine edisylate</i> .....	16	<i>protriptyline hcl</i> .....	15
PRADAXA.....	24	<i>prochlorperazine maleate</i> .....	16	PULMICORT.....	36
<i>pramipexole dihydrochloride</i> .....	20	PROCRIT 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML.....	24	PULMOZYME.....	36
<i>pravastatin sodium</i> .....	26	PROCRIT 10000UNIT/ML.....	24	PURINETHOL.....	19
<i>prazosin hcl</i> .....	26	PROCRIT 20000UNIT/ML, 40000UNIT/ML.....	24	<i>pyrazinamide</i> .....	18
PRED MILD.....	35	PROCTOCORT.....	28	<i>pyridostigmine bromide</i> .....	17
<i>prednicarbate</i> .....	28	<i>proctocream hc</i> .....	28	QUALAQUIN.....	20
<i>prednisolone acetate</i> .....	35	<i>procto-pak</i> .....	28	<i>quasense</i> .....	31
<i>prednisolone sodium phosphate</i> .....	30	<i>proctosol hc</i> .....	28	<i>quinapril hcl</i> .....	26
<i>prednisolone sodium phosphate</i> .....	35	<i>proctozone-hc</i> .....	28	<i>quinapril hcl/ hydrochlorothiazide</i> .....	26
<i>prednisone</i> .....	30	PROGLYCEM.....	23	<i>quinidine gluconate</i> .....	26
<i>prednisone intensol</i> .....	30	PROGRAF CAPSULE 0.5MG, 1MG.....	33	<i>quinidine gluconate er</i> .....	26
PREFEST.....	31	PROGRAF CAPSULE 5MG.....	33	<i>quinidine sulfate</i> .....	26
PREMARIN CREAM.....	31	PROGRAF INJECTION.....	33	<i>quinidine sulfate er</i> .....	26
PREMASOL.....	38	PROLASTIN.....	36	QVAR.....	36
PREMPRO.....	31	PROLASTIN-C.....	36	RABAVERT.....	33
PRENATAL VITAMINS RX.....	38	PROLEUKIN.....	19	<i>ramipril</i> .....	26
<i>previfem</i> .....	31	PROMACTA.....	24	RANEXA.....	26
PREZISTA 75MG, 150MG.....	22	<i>promethazine hcl</i> .....	16	<i>ranitidine hcl</i> .....	29
PREZISTA 400MG, 600MG.....	22	<i>promethazine vc</i> .....	36	RAPAFLO.....	29
PRIFTIN.....	18			RAPAMUNE SOLUTION.....	33
PRIMAQUINE PHOSPHATE.....	20				
PRIMAXIN I.M.....	13				

# Formulario integral 2012: Plan Uno

## Índice

Medicamentos	Página	Medicamentos	Página	Medicamentos	Página
RAPAMUNE TABLET 0.5MG	33	<i>rifampin</i>	18	SAVELLA TITRATION PACK	15
RAPAMUNE TABLET 1MG, 2MG	33	RIFATER	18	<i>selegiline hcl</i>	20
REBETOL CAPSULE	22	RILUTEK	27	<i>selenium sulfide rx</i>	16
REBETOL SOLUTION	22	<i>rimantadine hcl</i>	22	<i>selfemra</i>	15
REBIF	33	RINGERS INJECTION	38	SELZENTRY	22
<i>reclipsen</i>	31	RINGERS IRRIGATION	38	SENSIPAR 30MG	32
RECOMBIVAX HB	33	RIOMET	23	SENSIPAR 60MG	32
REGONOL	17	RISPERDAL CONSTA 12.5MG, 25MG	21	SENSIPAR 90MG	32
REGRANEX	28	RISPERDAL CONSTA 37.5MG, 50MG	21	SEREVENT DISKUS	36
RELAGARD	29	<i>risperidone odt 0.25mg, 0.5mg, 1mg, 2mg, 3mg</i>	21	SEROMYCIN	18
RELENZA DISKHALER	22	<i>risperidone odt 4mg</i>	21	SEROQUEL 25MG, 50MG, 100MG, 200MG	21
RELISTOR	15	<i>risperidone solution</i>	21	SEROQUEL 300MG, 400MG	21
REMICADE	33	<i>risperidone tablet 0.25mg, 0.5mg, 1mg, 2mg, 3mg</i>	21	SEROQUEL XR 50MG, 300MG, 400MG	21
REMODULIN	36	<i>risperidone tablet 4mg</i>	21	SEROQUEL XR 150MG, 200MG	21
RENEVELA	29	RITUXAN	19	SEROSTIM	30
<i>reprexain</i>	11	<i>rivastigmine tartrate</i>	14	<i>sertraline hcl concentrate</i>	15
REQUIP XL	20	ROBAXIN INJECTION	37	<i>sertraline hcl tablet 25mg, 50mg</i>	15
RESCRIPTOR	22	<i>romycin</i>	35	<i>sertraline hcl tablet 100mg</i>	15
<i>reserpine</i>	26	<i>ropinirole hcl</i>	20	SILVADENE	13
RESTASIS	35	ROTATEQ	33	<i>silver sulfadiazine</i>	13
RETROVIR IV INFUSION	22	<i>roxacet</i>	11	SIMCOR 500MG/20MG, 500MG/40MG, 1000MG/40MG	26
REVATIO	36	SABRIL	14	SIMCOR 750MG/20MG, 1000MG/20MG	26
REVIA	15	SAIZEN	30	SIMULECT	33
REVLIMID	19	SAMSCA 15MG	26	<i>simvastatin 5mg, 10mg, 20mg</i>	26
REYATAZ 100MG	22	SAMSCA 30MG	26	<i>simvastatin 40mg</i>	26
REYATAZ 150MG, 200MG, 300MG	22	SANCUSO	16	<i>simvastatin 80mg</i>	26
RHEUMATREX	33	SANDIMMUNE	33	SINGULAIR	36
<i>ribapak</i>	22	SANDOSTATIN	32	<i>sodium bicarbonate</i>	38
<i>ribasphere capsule 200mg</i>	22	SANDOSTATIN LAR DEPOT	32	<i>sodium chloride</i>	38
<i>ribasphere tablet 200mg</i>	22	SANTYL	28	<i>sodium chloride 0.9% irrigation solution</i>	38
<i>ribasphere tablet 400mg, 600mg</i>	22	SAPHRIS	21	<i>sodium chloride 0.45%</i>	38
<i>ribavirin 200mg</i>	22	SAVELLA	15		
RIDAURA	33				
RIFAMATE	18				

# Formulario integral 2012: Plan Uno

## Índice

Medicamentos	Página	Medicamentos	Página	Medicamentos	Página
<i>sodium fluoride</i> .....	38	<i>sulfacetamide sodium/</i>		TAMIFLU SUSPENSION .....	22
SODIUM LACTATE .....	38	<i>prednisolone sodium phosphate</i> ....	35	<i>tamoxifen citrate</i> .....	19
<i>sodium polystyrene sulfonate</i> .....	15	<i>sulfadiazine</i> .....	13	<i>tamsulosin hcl</i> .....	29
<i>sodium sulfacetamide</i> .....	13	<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i> ...	13	TARCEVA.....	19
SOLARAZE.....	28	<i>sulfamethoxazole/</i>		TARGRETIN .....	19
<i>solia</i> .....	31	<i>trimethoprim ds</i> .....	13	TASIGNA .....	19
SOLU-CORTEF.....	30	<i>sulfasalazine</i> .....	34	TASMAR.....	20
SOLU-MEDROL.....	30	<i>sulfazine ec</i> .....	34	TAXOTERE.....	19
SOMATULINE DEPOT.....	32	<i>sulindac</i> .....	17	<i>tazicef</i> .....	13
SOMAVERT .....	32	<i>sumatriptan succinate injection</i> ....	17	TAZORAC .....	28
SORIATANE.....	28	<i>sumatriptan succinate</i>		<i>taztia xt</i> .....	27
<i>sorine</i> .....	26	<i>tablet 25mg</i> .....	17	TEFLARO.....	13
<i>sotalol hcl</i> .....	27	<i>sumatriptan succinate</i>		TEKAMLO.....	27
<i>sotret</i> .....	28	<i>tablet 50mg</i> .....	17	TEKURNA/TEKURNA HCT.....	27
SPECTRACEF .....	13	<i>sumatriptan succinate</i>		<i>terazosin hcl</i> .....	30
SPIRIVA .....	36	<i>tablet 100mg</i> .....	17	<i>terbinafine hcl tablet</i> .....	16
<i>spironolactone</i> .....	27	SUPRAX.....	13	<i>terbutaline sulfate</i> .....	36
<i>spironolactone/</i>		SURMONTIL.....	15	<i>terconazole</i> .....	16
<i>hydrochlorothiazide</i> .....	27	SUSTIVA.....	22	TESTIM.....	31
SPORANOX.....	16	SUTENT .....	19	<i>testosterone cypionate</i> .....	31
<i>sprintec</i> .....	31	SYMBICORT.....	36	<i>testosterone enanthate</i> .....	31
SPRYCEL .....	19	SYMBYAX.....	21	TETANUS/DIPHTHERIA	
<i>sronyx</i> .....	31	SYMLIN .....	23	TOXOIDS-ADSORBED ADULT....	33
<i>ssd</i> .....	13	SYMLINPEN 60.....	23	TETANUS TOXOID ADSORBED....	33
<i>stagesic</i> .....	11	SYMLINPEN 120.....	23	<i>tetracycline hcl</i> .....	13
STALEVO .....	20	SYNAGIS .....	33	TEV-TROPIN .....	30
<i>stavudine</i> .....	22	SYNAREL.....	32	THALOMID.....	19
<i>sterile water irrigation</i> .....	34	SYNERCID.....	13	<i>theochron</i> .....	36
STRATTERA 10MG,		SYNTHROID .....	31	<i>theophylline er</i> .....	37
18MG, 25MG, 40MG .....	27	SYPRINE.....	15	<i>thermazene</i> .....	13
STRATTERA 60MG,		<i>tabloid</i> .....	19	<i>thioridazine hcl</i> .....	21
80MG, 100MG.....	27	<i>tacrolimus</i> .....	33	<i>thiotepa</i> .....	19
<i>streptomycin sulfate</i> .....	13	TALWIN.....	11	<i>thiothixene</i> .....	21
STROMECTOL.....	20	TAMIFLU 30MG.....	22	THYMOGLOBULIN.....	33
SUBOXONE.....	15	TAMIFLU 45MG.....	22	THYROLAR.....	32
<i>sucralfate</i> .....	29	TAMIFLU 75MG.....	22		

# Formulario integral 2012: Plan Uno

## Índice

Medicamentos	Página	Medicamentos	Página	Medicamentos	Página
<i>ticlopidine hcl</i> .....	24	TREANDA .....	19	<i>tropicamide</i> .....	35
TIKOSYN .....	27	TRECATOR .....	18	<i>trospium chloride</i> .....	30
TIMENTIN .....	13	TRELSTAR .....	32	TRUSOPT .....	35
<i>timolol maleate</i> .....	27	<i>tretinoin - oral</i> .....	19	TRUVADA .....	22
<i>timolol maleate</i> .....	35	<i>tretinoin - topical</i> .....	28	TWINJECT .....	37
TIS-U-SOL .....	38	TREXALL .....	33	TWINRIX .....	33
<i>tizanidine hcl</i> .....	21	TREXIMET .....	17	TWYNSTA .....	27
TOBI .....	13	<i>triamcinolone acetonide</i> .....	28	TYGACIL .....	13
TOBRADEX ST .....	35	<i>triamcinolone acetonide</i> <i>in absorbase</i> .....	28	TYKERB .....	19
<i>tobramycin sulfate</i> .....	13	<i>triamcinolone in orabase</i> .....	27	TYPHIM VI .....	33
<i>tobramycin sulfate</i> .....	35	<i>triamterene/hydrochlorothiazide</i> .....	27	TYSABRI .....	33
<i>tobramycin sulfate/</i> <i>dexamethasone</i> .....	35	TRICOR 48MG .....	27	TYZEKA .....	22
<i>tobrasol</i> .....	35	TRICOR 145MG .....	27	TYZINE .....	37
<i>tolazamide</i> .....	23	<i>triderm</i> .....	28	TYZINE PEDIATRIC .....	37
<i>tolbutamide</i> .....	23	<i>trifluoperazine hcl</i> .....	21	<i>u-cort</i> .....	28
<i>tolmetin sodium</i> .....	17	<i>trifluridine</i> .....	35	ULORIC .....	17
<i>topiramate</i> .....	14	<i>trihexyphenidyl hcl</i> .....	20	UNITHROID .....	32
<i>toposar</i> .....	19	TRIHIBIT .....	33	<i>ursodiol capsule</i> .....	29
<i>topotecan hcl</i> .....	19	<i>tri-legend fe</i> .....	31	UVADEX .....	28
TOPROL XL 25MG, 50MG, 100MG .....	27	TRILIPIX 45MG .....	27	<i>valacyclovir hcl</i> .....	22
TOPROL XL 200MG .....	27	TRILIPIX 135MG .....	27	VALCYTE .....	22
TORISEL .....	19	<i>trimethobenzamide hcl capsule</i> .....	16	<i>valproate sodium</i> .....	14
<i>toremide injection</i> .....	27	<i>trimethobenzamide hcl injection</i> .....	16	<i>valproic acid</i> .....	14
<i>toremide tablet</i> .....	27	<i>trimethoprim</i> .....	13	VALTURNA .....	27
TOVIAZ .....	30	<i>trimethoprim sulfate/</i> <i>polymyxin b sulfate</i> .....	35	VANCOCIN HCL 125MG .....	13
TPN ELECTROLYTES FTV .....	38	<i>trinessa</i> .....	31	VANCOCIN HCL 250MG .....	13
TRACLEER .....	37	TRIPEDIA .....	33	<i>vancomycin hcl</i> .....	13
<i>tramadol hcl</i> .....	11	<i>tri-previfem</i> .....	31	VANDAZOLE .....	13
<i>trandolapril</i> .....	27	TRISENOX .....	19	VANDETANIB .....	19
<i>tranylcypromine sulfate</i> .....	15	<i>tri-sprintec</i> .....	31	VAQTA .....	33
TRAVASOL .....	38	<i>trivora</i> .....	31	VARIVAX .....	33
TRAVATAN Z .....	35	TRIZIVIR .....	22	VECTIBIX .....	19
<i>trazodone hcl</i> .....	15	TROPHAMINE .....	38	VELCADE .....	19
				<i>velivet</i> .....	31
				<i>venlafaxine hcl</i> .....	15

# Formulario integral 2012: Plan Uno

## Índice

Medicamentos	Página	Medicamentos	Página	Medicamentos	Página
<i>venlafaxine hcl er capsule</i> 37.5mg, 75mg.....	15	VOSPIRE ER.....	37	ZOMIG & ZOMIG ZMT 5MG.....	17
<i>venlafaxine hcl er capsule</i> 150mg.....	15	VOTRIENT.....	19	ZONALON.....	28
VENTAVIS.....	37	VPRIV.....	29	<i>zonisamide</i> .....	14
VENTOLIN HFA.....	37	VYTORIN.....	27	ZORBTIVE.....	30
VERAMYST.....	37	<i>warfarin sodium</i> .....	24	ZORTRESS 0.5MG, 0.75MG.....	33
<i>verapamil hcl</i> .....	27	WELCHOL PACKET.....	27	ZORTRESS 0.25MG.....	33
<i>verapamil hcl er</i> .....	27	WELCHOL TABLET.....	27	ZOSTAVAX.....	34
VESICARE.....	30	XENAZINE.....	34	ZOSYN.....	13
VFEND.....	16	XGEVA.....	34	<i>zovia</i> .....	31
VFEND IV.....	16	XIFAXAN 200MG.....	13	ZYCLARA.....	28
VICTOZA.....	23	XIFAXAN 550MG.....	13	ZYFLO CR.....	37
VICTRELIS.....	22	XOLAIR.....	37	ZYPREXA 2.5MG, 5MG, 7.5MG, 10MG.....	21
VIDAZA.....	19	XOPENEX HFA.....	37	ZYPREXA 15MG, 20MG.....	21
VIDEX PEDIATRIC.....	22	XYREM.....	27	ZYPREXA INJECTION.....	21
VIGAMOX.....	35	YF-VAX.....	33	ZYPREXA ZYDIS 5MG, 10MG.....	21
VIIBRYD.....	15	<i>zafirlukast</i> .....	37	ZYPREXA ZYDIS 15MG, 20MG.....	21
VIMOVO.....	17	<i>zaleplon</i> .....	37	ZYTIGA.....	19
VIMPAT.....	14	ZANOSAR.....	19	ZYVOX.....	13
<i>vinblastine sulfate</i> .....	19	ZAVESCA.....	29		
<i>vincasar pfs</i> .....	19	<i>zazole</i> .....	16		
<i>vincristine sulfate</i> .....	19	ZELAPAR.....	20		
<i>vinorelbine tartrate</i> .....	19	ZEMAIRA.....	37		
VIRACEPT POWDER.....	22	ZEMPLAR.....	34		
VIRACEPT TABLET.....	22	ZENPEP.....	29		
VIRAMUNE.....	22	<i>zeosa</i> .....	31		
VIRAMUNE XR.....	22	ZETIA.....	27		
VIRAZOLE.....	22	ZIAGEN.....	22		
VIREAD.....	22	<i>zidovudine</i> .....	22		
VISTIDE.....	22	ZINECARD.....	19		
VIVAGLOBIN.....	33	ZMAX.....	13		
VIVELLE-DOT.....	31	ZOLINZA.....	19		
VIVITROL.....	15	<i>zolpidem tartrate</i> .....	37		
<i>voriconazole</i> .....	16	ZOMETA.....	34		
		ZOMIG SOLUTION.....	17		
		ZOMIG & ZOMIG ZMT 2.5MG.....	17		





"CIGNA Medicare Services", "CIGNA Medicare Rx" (PDP) y el logotipo "Tree of Life" son marcas de servicio registradas de CIGNA Intellectual Property, Inc., y cuentan con licencia de uso de CIGNA Corporation y sus subsidiarias operativas. Los planes CIGNA Medicare Rx (PDP) son ofrecidos por la subsidiaria operativa Connecticut General Life Insurance Company, y no por CIGNA Corporation. Connecticut General Life Insurance Company es un patrocinador de la Parte D aprobada por Medicare.

823099 d SP 08 /11 © 2011 CIGNA

