

LISTA COMPLETA DE MEDICAMENTOS (formulario) de Cigna-HealthSpring para 2019

**ATENCIÓN: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE
TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN.**

Planes de cobertura

Cigna-HealthSpring Primary (HMO)
Cigna-HealthSpring TotalCare (HMO SNP)
Cigna-HealthSpring TotalCare AR (HMO SNP)
Cigna-HealthSpring TotalCare ETN (HMO SNP)
Cigna-HealthSpring TotalCare Direct (HMO SNP)
Cigna-HealthSpring Traditions (HMO SNP)



Esta lista de medicamentos se actualizó en noviembre de 2018. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente de Cigna-HealthSpring al 1-800-668-3813 o, para los usuarios de TTY, al 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, o visite www.CignaHealthSpring.com. El Formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá una notificación cuando sea necesario. Cigna-HealthSpring tiene contrato con Medicare para planes PDP, planes HMO y PPO en ciertos estados, y con ciertos programas estatales de Medicaid. La inscripción en Cigna-HealthSpring depende de la renovación de contrato.

Nota para los clientes existentes: Esta lista de medicamentos ha cambiado desde el año pasado. Revise este documento para asegurarse de que todavía contenga los medicamentos que usted toma.

Cuando esta lista de medicamentos (formulario) hace referencia a “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Cigna-HealthSpring. Cuando hace referencia al “plan” o a “nuestro plan”, significa Cigna-HealthSpring Primary (HMO), Cigna-HealthSpring TotalCare (HMO SNP), Cigna-HealthSpring TotalCare AR (HMO SNP), Cigna-HealthSpring TotalCare ETN (HMO SNP), Cigna-HealthSpring TotalCare Direct (HMO SNP) y Cigna-HealthSpring Traditions (HMO SNP).

Este documento incluye una lista de medicamentos (formulario) para nuestros planes, que está actualizada a noviembre de 2018. Para obtener una lista completa de medicamentos (formulario integral), comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto figura en la portada y la contraportada, junto con la fecha de la última actualización del formulario.

Por lo general, debe usar farmacias de la red para usar su beneficio de medicamentos con receta. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2020, y de vez en cuando durante el año.

¿Qué es la Lista de medicamentos completa de Cigna-HealthSpring?

Una lista de medicamentos es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por Cigna-HealthSpring en consulta con un equipo de proveedores de atención médica, que representa las terapias con receta que se consideran necesarias como parte de un programa de tratamiento de calidad. Por lo general, Cigna-HealthSpring cubrirá los medicamentos que figuran en nuestra lista de medicamentos siempre que el medicamento sea médicamente necesario, que la receta se despache en una farmacia de la red de Cigna-HealthSpring y que se cumpla con las otras reglas del plan. Para obtener más información sobre cómo despachar sus medicamentos con receta, consulte su Evidencia de cobertura.

¿La Lista de medicamentos (el formulario) puede cambiar?

Por lo general, si está tomando un medicamento incluido en nuestra lista de medicamentos de 2019 que estaba cubierto al comienzo del año, no interrumpiremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2019, salvo cuando surja un equivalente genérico nuevo y menos costoso del medicamento, cuando se publique información nueva sobre la seguridad o efectividad de un medicamento o cuando el medicamento sea retirado del mercado. (Consulte las viñetas que siguen para obtener más información sobre los cambios que afectan a los clientes que están tomando el medicamento en la actualidad). Otros tipos de cambios en la lista de medicamentos, como la eliminación de un medicamento de nuestra lista de medicamentos, no afectarán a los clientes que estén tomando el medicamento en la actualidad. Seguirá disponible al mismo costo compartido para los clientes que lo tomen durante el resto del año de cobertura. A continuación se explican los cambios en la lista de medicamentos que también afectarán a los clientes que están tomando el medicamento en la actualidad:

- **Medicamentos genéricos nuevos.** Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra lista de medicamentos si lo reemplazamos por un medicamento

genérico nuevo que aparecerá en el mismo nivel y con las mismas o menos restricciones. Además, al agregar un medicamento genérico nuevo, podemos decidir conservar el medicamento de marca en nuestra lista de medicamentos, pero agregar nuevas restricciones. Si usted en este momento está tomando ese medicamento de marca, tal vez no le digamos con anticipación que haremos ese cambio, pero más adelante le proporcionaremos información sobre el (los) cambio(s) específico(s) que hayamos hecho.

- Si hacemos un cambio de este tipo, usted o su proveedor pueden pedirnos que hagamos una excepción y que sigamos cubriendo el medicamento de marca. La notificación que le proporcionemos también incluirá información sobre los pasos que puede seguir para solicitar una excepción, y también puede encontrar información en la siguiente sección titulada “¿Cómo solicito una excepción a la Lista de medicamentos de Cigna-HealthSpring?”.

- **Medicamentos retirados del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) considera que un medicamento incluido en nuestra lista de medicamentos es inseguro o si el fabricante del medicamento retira el medicamento del mercado, eliminaremos inmediatamente el medicamento de nuestra lista de medicamentos y notificaremos a los clientes que estén tomando el medicamento.
- **Otros cambios.** Podemos hacer otros cambios que afecten a los clientes que están tomando el medicamento en la actualidad. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca que está actualmente en la lista de medicamentos o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca. También podemos hacer cambios basados en nuevas pautas clínicas y/o estudios. Si eliminamos medicamentos de nuestra lista de medicamentos, agregamos el requisito de autorización previa, límites a la cantidad y/o restricciones de tratamiento escalonado con respecto a un medicamento, debemos notificar a los clientes afectados sobre el cambio al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigor o

en el momento que el cliente solicite una renovación del medicamento, momento en el cual el cliente recibirá un suministro para 30 días del medicamento.

La lista de medicamentos adjunta está actualizada a noviembre de 2018. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por Cigna-HealthSpring, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y la contraportada. Si se realizan cambios significativos en la lista de medicamentos impresa dentro del año cubierto, es posible que se le notifique por correo, identificando los cambios. Las listas de medicamentos publicadas en nuestro sitio web se revisan y actualizan en forma mensual.

¿Cómo uso la Lista de medicamentos?

Hay dos maneras de encontrar su medicamento dentro de la lista de medicamentos:

Afección médica

La lista de medicamentos comienza en la página 10. Los medicamentos incluidos en esta lista de medicamentos están agrupados en categorías, según el tipo de afecciones médicas para las que se usen. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una afección cardíaca 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 10. Luego, busque su medicamento bajo el nombre de la categoría.

Índice de medicamentos cubiertos

Si no sabe con certeza en qué categoría buscar, debe buscar su medicamento en la sección Índice de medicamentos cubiertos que comienza en la página 63. El Índice de medicamentos cubiertos proporciona una lista de todos los medicamentos incluidos en este documento. En el Índice se incluyen los medicamentos de marca y los medicamentos genéricos. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página en la que puede encontrar información sobre la cobertura. Vaya a la página indicada en el Índice de medicamentos cubiertos y busque el nombre de su medicamento en la columna “Nombre del medicamento” de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Cigna-HealthSpring cubre tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la FDA como un medicamento que tiene el mismo principio activo que el medicamento de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos cuestan menos que los de marca.

¿Existen restricciones con respecto a mi cobertura?

Es posible que algunos medicamentos cubiertos tengan requisitos o límites de cobertura adicionales. Estos requisitos y límites pueden incluir:

- **Autorización previa:** Cigna-HealthSpring les exige a usted o a su médico que obtengan autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que deberá

obtener la aprobación de Cigna-HealthSpring antes de despachar estos medicamentos con receta. Si usted no consigue la aprobación, es posible que Cigna-HealthSpring no cubra el medicamento.

- **Límites a la cantidad:** Para determinados medicamentos, Cigna-HealthSpring limita la cantidad del medicamento que Cigna-HealthSpring cubrirá. Por ejemplo, Cigna-HealthSpring permite 1 comprimido por día de simvastatina 10 mg. Esto se aplica a un suministro estándar para un mes (para una cantidad total de 30 cada 30 días) o a un suministro para tres meses (para una cantidad total de 90 cada 90 días).
- **Tratamiento escalonado:** En algunos casos, Cigna-HealthSpring le exige que pruebe en primer lugar determinados medicamentos para tratar su afección médica, antes de que cubramos otro medicamento para esa afección. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan su afección médica, es posible que Cigna-HealthSpring no cubra el Medicamento B a menos que usted pruebe primero el Medicamento A. Si el Medicamento A no resulta efectivo para usted, Cigna-HealthSpring cubrirá entonces el Medicamento B.
- **Sin suministro extendido:** Para determinados medicamentos, Cigna-HealthSpring limita la cantidad del medicamento que cubrirá a un suministro para únicamente 30 días o menos, cada vez. Por ejemplo, los clientes que no hayan despachado recientemente ningún analgésico opioide dentro de los últimos 120 días (conocidos como “pacientes sin tratamiento previo con opioides”) tienen un límite de un suministro máximo de 7 días de analgésicos opioides. Los clientes que han despachado recientemente un analgésico opioide (pacientes con tratamiento previo con opioides) tienen un límite de un suministro máximo de un mes de ese medicamento cada vez. Otros medicamentos de alto costo pueden estar sujetos, además, a una restricción que indica “sin suministro extendido”.

Para averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales, consulte la lista de medicamentos que comienza en la página 10. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a medicamentos cubiertos específicos visitando nuestro sitio web. Hemos publicado en línea documentos que explican nuestras restricciones de autorización previa y tratamiento escalonado. También puede solicitarnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto figura en la portada y la contraportada, junto con la fecha de la última actualización de la lista de medicamentos.

Puede pedirle a Cigna-HealthSpring que haga una excepción a estas restricciones o límites, o que le proporcione una lista de otros medicamentos similares para tratar su afección médica. Consulte la sección “¿Cómo solicito una excepción a la Lista de medicamentos de Cigna-HealthSpring?” en la página 3 para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

Opciones para los medicamentos de mantenimiento

Tomar los medicamentos recetados por su médico (u otro profesional que le recete medicamentos) es importante para su salud.

Estamos comprometidos a ayudarle a controlar sus afecciones crónicas haciendo que le resulte fácil recibir sus medicamentos de mantenimiento. Podemos trabajar juntos de varias formas para alcanzar esta meta:

- Pregúntele a su médico si un suministro para 90 días de sus medicamentos permanentes estables puede ser apropiado. Tomar estos medicamentos todos los días como le hayan indicado es importante para su salud en general, y obtener recetas para 90 días de estos medicamentos puede ayudar a garantizar que no deje de tomar ninguna dosis.
- Hable con su farmacéutico si está experimentando alguna nueva dificultad con sus medicamentos de mantenimiento.
- Usted puede recibir un suministro para 90 días en la mayoría de las farmacias minoristas o a través de una de nuestras farmacias de pedidos por correo.

¿Cómo puedo usar mi cobertura de medicamentos con receta para ahorrar dinero en mis medicamentos?

Puede tener oportunidades de ahorrar dinero en sus medicamentos si usa su cobertura de Cigna-HealthSpring.

- Pregúntele a su médico (u otro profesional que le recete medicamentos) si hay alternativas genéricas de menor costo disponibles para alguno de sus medicamentos actuales.
- Averigüe si el programa de 'Ayuda Adicional de los CMS' puede ofrecer apoyo financiero adicional para sus medicamentos.
- Si su medicamento no está cubierto en la lista de medicamentos de Cigna-HealthSpring, hable con su médico sobre medicamentos alternativos que estén cubiertos en la lista de medicamentos.

¿Qué sucede si mi medicamento no está incluido en la Lista de medicamentos?

Si su medicamento no está incluido en esta lista de medicamentos, primero debe comunicarse con Servicio al Cliente y preguntar si su medicamento está cubierto.

Si se entera de que Cigna-HealthSpring no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede pedirle a Servicio al Cliente una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por Cigna-HealthSpring. Cuando reciba la lista, muéstrasela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por Cigna-HealthSpring.
- Puede solicitarle a Cigna-HealthSpring que haga una excepción y cubra su medicamento. Vea la próxima sección para encontrar información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo solicito una excepción a la Lista de medicamentos de Cigna-HealthSpring?

Puede solicitarle a Cigna-HealthSpring que haga una excepción a nuestras reglas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que puede pedirnos que hagamos.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento aunque no esté incluido en nuestra lista de medicamentos. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado, y usted no podrá pedirnos que proporcionemos el medicamento a un nivel de costo compartido menor.
- Puede pedirnos que no apliquemos restricciones o límites de cobertura con respecto a su medicamento. Por ejemplo, para determinados medicamentos, Cigna-HealthSpring limita la cantidad del medicamento que Cigna-HealthSpring cubrirá. Si su medicamento tiene un límite a la cantidad, puede solicitarnos que no apliquemos el límite y que cubramos una cantidad mayor.

Por lo general, Cigna-HealthSpring solo aprobará su solicitud de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en nuestra lista de medicamentos o las restricciones a la utilización adicionales no serían tan efectivos para tratar su afección y/o le provocarían efectos médicos adversos.

Debe comunicarse con nosotros para pedirnos una decisión de cobertura inicial para una excepción vinculada con la lista de medicamentos o las restricciones a la utilización. **Cuando usted solicite una excepción vinculada con la lista de medicamentos o las restricciones a la utilización, debe presentar una declaración del profesional que le recete el medicamento o de su médico que respalde su solicitud.**

Por lo general, debemos tomar una decisión dentro de las 72 horas siguientes a recibir la declaración respaldatoria del profesional que le recete el medicamento. Puede solicitar una excepción acelerada (rápida) si usted o su médico consideran que esperar hasta 72 horas para conocer la decisión podría causarle un grave perjuicio a su salud. Si se aprueba su solicitud de acelerar el proceso, debemos comunicarle una decisión, a más tardar, 24 horas después de recibir una declaración respaldatoria de su médico u otro profesional que le recete medicamentos.

¿Qué debo hacer antes de hablar con mi médico sobre la posibilidad de cambiar mis medicamentos o solicitar una excepción?

Como cliente nuevo o existente de nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no estén incluidos en nuestra lista de medicamentos. O bien, es posible que esté tomando un medicamento que esté incluido en nuestra lista de medicamentos, pero que su posibilidad de conseguirlo sea limitada. Por ejemplo, es posible que necesite nuestra autorización previa para poder despachar su receta. Debe hablar con su médico para decidir si debe cambiar por un medicamento apropiado que cubramos o solicitar una excepción a la lista de medicamentos para que cubramos el medicamento que toma. Mientras usted habla con su médico para determinar qué es lo más adecuado para usted, es posible que cubramos su medicamento con un suministro para un máximo de 30 días, en determinados casos, durante los primeros 90 días que usted sea cliente de nuestro plan.

Para cada uno de sus medicamentos que no esté incluido en nuestra lista de medicamentos o si su posibilidad de obtener sus medicamentos es limitada, cubriremos un suministro temporal para 30 días. Si la receta indica menos días, permitiremos reposiciones para brindar un suministro

de medicamento para un máximo de 30 días. Después de su primer suministro para 30 días, no pagaremos por estos medicamentos sin una excepción a la lista de medicamentos, aunque haga menos de 90 días que es cliente del plan.

Si usted vive en un centro de cuidados a largo plazo y necesita un medicamento que no está incluido en nuestra lista de medicamentos o si su posibilidad de obtener sus medicamentos es limitada, pero es miembro de nuestro plan desde hace más de 90 días, cubriremos un suministro de emergencia para 31 días de ese medicamento mientras trata de obtener una excepción a la lista de medicamentos.

A fin de contemplar las transiciones imprevistas de nuestros afiliados que no dejan un margen de tiempo para planificar por anticipado, como los cambios en el nivel de atención debido al alta de un hospital para ser trasladado a una instalación para convalecientes o a un hogar, Cigna-HealthSpring cubrirá un suministro único para 31 días (a menos que la receta indique menos días).

Lista de medicamentos de Cigna-HealthSpring

La lista de medicamentos completa que comienza en la página 10 brinda información de cobertura sobre todos los medicamentos cubiertos por Cigna-HealthSpring. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el Índice de medicamentos cubiertos que comienza en la página 63.

Recuerde: Esta es solo una lista parcial de los medicamentos que cubre Cigna-HealthSpring. Si su medicamento no está incluido en esta lista parcial de medicamentos, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto figura en la portada y la contraportada, junto con la fecha de la última actualización de la lista de medicamentos.

La primera columna de la tabla contiene el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están escritos con mayúsculas (por ejemplo, TRELEGY ELLIPTA), y los medicamentos genéricos aparecen en cursiva minúscula (por ejemplo, *simvastatin*).

La información de la columna Requisitos/Límites le indica si Cigna-HealthSpring tiene algún requisito especial para la cobertura de su medicamento.

Establecemos límites a la cantidad para determinados medicamentos, que están indicados con la sigla QL en la lista de Medicamentos cubiertos por categoría de la página 10, junto con la cantidad despachada según los días de suministro. (Por ejemplo: *simvastatin* 10mg QL (30/30); esto significa que el medicamento *simvastatina* 10 mg tiene un límite de 30 comprimidos cada 30 días. Para los suministros para 90 días, este límite a la cantidad se ampliaría a 90 comprimidos cada 90 días).



Para obtener más información

Para obtener información más detallada sobre su cobertura de medicamentos con receta de Cigna-HealthSpring Rx, consulte su Evidencia de cobertura y otros materiales del plan.

Si tiene preguntas sobre Cigna-HealthSpring Rx, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto figura en la portada y la contraportada, junto con la fecha de la última actualización de la lista de medicamentos.

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

Tabla de niveles de medicamentos y costos compartidos

La siguiente tabla representa el nombre del plan, el área de servicio del plan, el número de nivel del medicamento como aparece en la lista de medicamentos y la cantidad del costo compartido para ese número de nivel. Su plan tiene un nivel llamado "Medicamentos cubiertos". Consulte la siguiente tabla. También puede consultar su documento de Evidencia de cobertura para obtener detalles adicionales.

Para los clientes que reciben Ayuda Adicional: Su nivel de copago en el programa de Subsidio por Bajos Ingresos

(LIS, por sus siglas en inglés) se basará en el modo en que la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) clasifique determinados medicamentos. Por este motivo, es posible que un medicamento genérico reciba un copago de medicamento de marca preferida, o un medicamento de marca preferida reciba un copago de medicamento genérico. Consulte su Cláusula adicional LIS para obtener información adicional sobre estos niveles de copago. O llame a Servicio al Cliente si necesita alguna otra aclaración con respecto a un medicamento específico.

Para encontrar el costo de su medicamento, consulte la(s) siguiente(s) tabla(s) para encontrar su área de servicio y el plan Medicare Advantage en el que está inscrito actualmente o desea inscribirse.

Área de servicio: Alabama

H4513-044 – Cigna-HealthSpring TotalCare (HMO SNP): Autauga, Baldwin, Bibb, Blount, Cherokee, Chilton, Colbert, Cullman, Dallas, DeKalb, Elmore, Etowah, Jackson, Jefferson, Lauderdale, Lawrence, Limestone, Lowndes, Madison, Marshall, Mobile, Montgomery, Morgan, Shelby, St. Clair, Talladega, Tuscaloosa y Walker, Alabama

Nivel del Medicamentos	Opción estándar de costo compartido minorista*	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo*
	30, 60, 90 días	30, 60, 90 días
Nivel 1: Medicamentos cubiertos	25% o \$0 / \$1.25 / \$3.40 / 15% (genéricos) \$0 / \$3.80 / \$8.50 / 15% (todos los demás medicamentos)	25% o \$0 / \$1.25 / \$3.40 / 15% (genéricos) \$0 / \$3.80 / \$8.50 / 15% (todos los demás medicamentos)

Área de servicio: Arkansas

H4513-039 – Cigna-HealthSpring TotalCare AR (HMO SNP): Craighead, Crittenden, Greene, Lawrence, Mississippi y Poinsett, Arkansas

Nivel del Medicamentos	Opción estándar de costo compartido minorista*	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo*
	30, 60, 90 días	30, 60, 90 días
Nivel 1: Medicamentos cubiertos	25% o \$0 / \$1.25 / \$3.40 / 15% (genéricos) \$0 / \$3.80 / \$8.50 / 15% (todos los demás medicamentos)	25% o \$0 / \$1.25 / \$3.40 / 15% (genéricos) \$0 / \$3.80 / \$8.50 / 15% (todos los demás medicamentos)

Área de servicio: Florida

H5410-013 – Cigna-HealthSpring TotalCare (HMO SNP): Bay, Escambia, Okaloosa, Santa Rosa y Walton, Florida

H5410-025 – Cigna-HealthSpring TotalCare (HMO SNP): Lake, Orange, Osceola, Polk y Seminole, Florida

Nivel del Medicamentos	Opción estándar de costo compartido minorista*	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo*
	30, 60, 90 días	30, 60, 90 días
Nivel 1: Medicamentos cubiertos	25% o \$0 / \$1.25 / \$3.40 / 15% (genéricos) \$0 / \$3.80 / \$8.50 / 15% (todos los demás medicamentos)	25% o \$0 / \$1.25 / \$3.40 / 15% (genéricos) \$0 / \$3.80 / \$8.50 / 15% (todos los demás medicamentos)

* El costo compartido se basa en su nivel de "Ayuda adicional"

Área de servicio: Georgia

H0439-002 – Cigna-HealthSpring TotalCare (HMO SNP): Banks, Barrow, Bartow, Butts, Chattooga, Cherokee, Clarke, Clayton, Cobb, Coweta, Dawson, DeKalb, Douglas, Fayette, Floyd, Forsyth, Franklin, Fulton, Gordon, Greene, Gwinnett, Habersham, Hall, Henry, Jackson, Lumpkin, Madison, Morgan, Newton, Oconee, Oglethorpe, Paulding, Pickens, Polk, Rockdale, Spalding, Stephens, Walton y White, Georgia

Nivel del Medicamentos	Opción estándar de costo compartido minorista*	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo*
	30, 60, 90 días	30, 60, 90 días
Nivel 1: Medicamentos cubiertos	25% o \$0 / \$1.25 / \$3.40 / 15% (genéricos) \$0 / \$3.80 / \$8.50 / 15% (todos los demás medicamentos)	25% o \$0 / \$1.25 / \$3.40 / 15% (genéricos) \$0 / \$3.80 / \$8.50 / 15% (todos los demás medicamentos)

Área de servicio: Illinois

H1415-024 – Cigna-HealthSpring Primary (HMO): Cook, DuPage, Kane y Will, Illinois

Nivel del Medicamentos	Opción estándar de costo compartido minorista*	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo*
	30, 60, 90 días	30, 60, 90 días
Nivel 1: Medicamentos cubiertos	25% o \$0 / \$1.25 / \$3.40 / 15% (genéricos) \$0 / \$3.80 / \$8.50 / 15% (todos los demás medicamentos)	25% o \$0 / \$1.25 / \$3.40 / 15% (genéricos) \$0 / \$3.80 / \$8.50 / 15% (todos los demás medicamentos)

Área de servicio: Atlántico central

H2108-001 – Cigna-HealthSpring TotalCare (HMO SNP): District of Columbia; Anne Arundel, Baltimore, Baltimore City, Harford, Montgomery y Prince George's, Maryland; Kent, New Castle y Sussex, Delaware

Nivel del Medicamentos	Opción estándar de costo compartido minorista*	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo*
	30, 60, 90 días	30, 60, 90 días
Nivel 1: Medicamentos cubiertos	25% o \$0 / \$1.25 / \$3.40 / 15% (genéricos) \$0 / \$3.80 / \$8.50 / 15% (todos los demás medicamentos)	25% o \$0 / \$1.25 / \$3.40 / 15% (genéricos) \$0 / \$3.80 / \$8.50 / 15% (todos los demás medicamentos)

Área de servicio: Atlántico central

H2108-020 – Cigna-HealthSpring Traditions (HMO SNP): District of Columbia; Anne Arundel, Baltimore, Baltimore City, Harford, Montgomery y Prince George's, Maryland; Kent, New Castle y Sussex, Delaware

Nivel del Medicamentos	Opción estándar de costo compartido minorista*	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo*
	30, 60, 90 días	30, 60, 90 días
Nivel 1: Medicamentos cubiertos	25% o \$0 / \$1.25 / \$3.40 / 15% (genéricos) \$0 / \$3.80 / \$8.50 / 15% (todos los demás medicamentos)	Sin cobertura

* El costo compartido se basa en su nivel de "Ayuda adicional"

Área de servicio: Mississippi

H4407-004 – Cigna-HealthSpring TotalCare (HMO SNP): Covington, Forrest, George, Hancock, Harrison, Hinds, Jackson, Jones, Lamar, Madison, Marion, Pearl River, Perry, Rankin y Stone, Mississippi

Nivel del Medicamentos	Opción estándar de costo compartido minorista*	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo*
	30, 60, 90 días	30, 60, 90 días
Nivel 1: Medicamentos cubiertos	25% o \$0 / \$1.25 / \$3.40 / 15% (genéricos) \$0 / \$3.80 / \$8.50 / 15% (todos los demás medicamentos)	25% o \$0 / \$1.25 / \$3.40 / 15% (genéricos) \$0 / \$3.80 / \$8.50 / 15% (todos los demás medicamentos)

Área de servicio: North Carolina

H9725-003 – Cigna-HealthSpring TotalCare Direct (HMO SNP): Alexander, Cabarrus, Cleveland, Davidson, Davie, Forsyth, Gaston, Guilford, Iredell, Lincoln, Polk, Rowan, Stokes, Yadkin y Union, North Carolina

Nivel del Medicamentos	Opción estándar de costo compartido minorista*	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo*
	30, 60, 90 días	30, 60, 90 días
Nivel 1: Medicamentos cubiertos	25% o \$0 / \$1.25 / \$3.40 / 15% (genéricos) \$0 / \$3.80 / \$8.50 / 15% (todos los demás medicamentos)	25% o \$0 / \$1.25 / \$3.40 / 15% (genéricos) \$0 / \$3.80 / \$8.50 / 15% (todos los demás medicamentos)

Área de servicio: Pennsylvania

H3949-009 – Cigna-HealthSpring TotalCare (HMO SNP): Bucks, Chester, Delaware, Lancaster, Montgomery y Philadelphia, Pennsylvania

Nivel del Medicamentos	Opción estándar de costo compartido minorista*	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo*
	30, 60, 90 días	30, 60, 90 días
Nivel 1: Medicamentos cubiertos	25% o \$0 / \$1.25 / \$3.40 / 15% (genéricos) \$0 / \$3.80 / \$8.50 / 15% (todos los demás medicamentos)	25% o \$0 / \$1.25 / \$3.40 / 15% (genéricos) \$0 / \$3.80 / \$8.50 / 15% (todos los demás medicamentos)

Área de servicio: Pennsylvania

H3949-016 – Cigna-HealthSpring Traditions (HMO SNP): Bucks, Chester, Delaware, Montgomery y Philadelphia, Pennsylvania

Nivel del Medicamentos	Opción estándar de costo compartido minorista*	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo*
	30, 60, 90 días	30, 60, 90 días
Nivel 1: Medicamentos cubiertos	25% o \$0 / \$1.25 / \$3.40 / 15% (genéricos) \$0 / \$3.80 / \$8.50 / 15% (todos los demás medicamentos)	Sin cobertura

* El costo compartido se basa en su nivel de "Ayuda adicional"

Área de servicio: Tennessee

H4513-034 – Cigna-HealthSpring TotalCare (HMO SNP): Bedford, Benton, Cannon, Carroll, Cheatham, Chester, Clay, Coffee, Crockett, Cumberland, Davidson, Decatur, DeKalb, Dickson, Fayette, Fentress, Gibson, Giles, Hardeman, Hardin, Haywood, Henderson, Hickman, Houston, Humphreys, Jackson, Lauderdale, Lawrence, Lewis, Lincoln, Macon, Madison, Marshall, Maury, McNairy, Montgomery, Moore, Overton, Perry, Pickett, Putnam, Robertson, Rutherford, Shelby, Smith, Stewart, Sumner, Tipton, Trousdale, Van Buren, Warren, Wayne, White, Williamson y Wilson, Tennessee

H4513-040 – Cigna-HealthSpring TotalCare ETN (HMO SNP): Bledsoe, Bradley, Grundy, Hamilton, Marion, Polk y Sequatchie, Tennessee

H4513-035 – Cigna-HealthSpring Primary (HMO): Anderson, Blount, Bradley, Cocke, Grainger, Grundy, Hamblen, Hamilton, Jefferson, Knox, Loudon, Marion, Morgan, Sequatchie, Sevier y Union, Tennessee

Nivel del Medicamentos	Opción estándar de costo compartido minorista*	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo*
	30, 60, 90 días	30, 60, 90 días
Nivel 1: Medicamentos cubiertos	25% o \$0 / \$1.25 / \$3.40 / 15% (genéricos) \$0 / \$3.80 / \$8.50 / 15% (todos los demás medicamentos)	25% o \$0 / \$1.25 / \$3.40 / 15% (genéricos) \$0 / \$3.80 / \$8.50 / 15% (todos los demás medicamentos)

Área de servicio: Texas

H4513-010 – Cigna-HealthSpring TotalCare (HMO SNP): Angelina, Brazoria, Cameron, Chambers, El Paso, Fort Bend, Galveston (77510, 77511, 77517, 77518, 77539, 77546, 77549, 77563, 77565, 77568, 77573, 77574, 77590, 77591 y 77592), Hardin, Harris, Hidalgo, Jasper, Jefferson, Liberty, Montgomery, Nacogdoches, Newton, Orange, Polk, San Jacinto, Tyler, Walker, Waller, Webb y Willacy, Texas

H4513-027 – Cigna-HealthSpring TotalCare (HMO SNP): Henderson, Rusk, Smith, Upshur y Van Zandt, Texas

H4513-029 – Cigna-HealthSpring TotalCare (HMO SNP): Bexar, Collin, Dallas, Denton, Hood, Johnson, Parker, Tarrant y Wise, Texas

Nivel del Medicamentos	Opción estándar de costo compartido minorista*	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo*
	30, 60, 90 días	30, 60, 90 días
Nivel 1: Medicamentos cubiertos	25% o \$0 / \$1.25 / \$3.40 / 15% (genéricos) \$0 / \$3.80 / \$8.50 / 15% (todos los demás medicamentos)	25% o \$0 / \$1.25 / \$3.40 / 15% (genéricos) \$0 / \$3.80 / \$8.50 / 15% (todos los demás medicamentos)

* El costo compartido se basa en su nivel de “Ayuda adicional”

Mis medicamentos

En esta sección, puede escribir todos los medicamentos que está tomando actualmente. Luego puede buscar su medicamento en las siguientes páginas de la lista de medicamentos. Fíjese en qué nivel está su medicamento. Una vez que encuentre en qué nivel está su medicamento, puede mirar las tablas que aparecen antes de esta página y buscar su costo compartido para ese medicamento. Si necesita ayuda para encontrar sus medicamentos y costos compartidos, llame a Servicio al Cliente al 1-800-668-3813, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

Mis medicamentos	Número de página de la lista de medicamentos	Costo compartido a través de Cigna-HealthSpring

Guía de la Lista de medicamentos:

B/D: Este medicamento con receta tiene un requisito administrativo de autorización previa de la Parte B o D. Este medicamento puede estar cubierto por la Parte B o la Parte D de Medicare, según las circunstancias.

NDS: Medicamento sin suministro extendido. Este medicamento está disponible solamente con un suministro para 30 días o menos.

PA: Este medicamento requiere de autorización previa.

QL: Este medicamento tiene límites con respecto a la cantidad.

ST: Este medicamento tiene requisitos de tratamiento escalonado.

Por lo general, todos los medicamentos incluidos en la lista de medicamentos están disponibles a través de pedido por correo, salvo cuando circunstancias o situaciones especiales prohíben enviar un medicamento específico a su hogar.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Analgésicos		
Analgésicos		
acetaminofeno/codeína, solución oral	1	NDS QL (2700/30)
butalbital/acetaminofeno/cafeína, cápsulas	1	PA QL (180/30)
butalbital/acetaminofeno/cafeína, comprimidos, 325 mg; 50 mg; 40 mg	1	PA QL (180/30)
butalbital/acetaminofeno/cafeína/codeína	1	PA NDS QL (180/30)
butalbital/aspirina/cafeína, cápsulas	1	PA QL (180/30)
butalbital/aspirina/cafeína/codeína	1	PA NDS QL (180/30)
esgic, cápsulas	1	PA QL (180/30)
zebutal, cápsulas, 325 mg, 50 mg, 40 mg	1	PA QL (180/30)
Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos		
celecoxib, cápsulas, 400 mg	1	QL (30/30)
celecoxib, cápsulas, 100 mg, 200 mg, 50 mg	1	QL (60/30)
diclofenac potásico	1	
diclofenac sódico, liberación retardada	1	
diclofenac sódico, liberación prolongada	1	
diflunisal	1	
etodolac	1	
etodolac, liberación prolongada	1	
flurbiprofeno	1	
ibuprofeno, comprimidos, 600 mg, 800 mg	1	
ibuprofeno, suspensión	1	
ibuprofeno, comprimidos, 400 mg, 600 mg, 800 mg	1	
meloxicam	1	QL (30/30)
nabumetona	1	
naproxeno, liberación retardada	1	
naproxeno sódico, comprimidos, 275 mg, 550 mg	1	
naproxeno, suspensión	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
naproxeno, comprimidos, 250 mg	1	
naproxeno, comprimidos, 375 mg, 500 mg	1	
oxaprozina	1	
salsalato	1	
sulindac	1	
Analgésicos opioides de acción prolongada		
clorhidrato de buprenorfina inyectable	1	QL (150/30)
BUPRENORFHINE, PARCHE TRANSDÉRMICO UNA VEZ POR SEMANA, 10 MCG/H, 15 MCG/H, 20 MCG/H, 5 MCG/H	1	NDS QL (4/28)
buprenorfina, parche transdérmico una vez por semana, 7.5 mcg/h	1	NDS QL (4/28)
DURAMORPH	1	B/D PA NDS QL (180/30)
fentanil	1	NDS QL (10/30)
INFUMORPH 200	1	NDS QL (200/30)
INFUMORPH 500	1	NDS QL (200/30)
clorhidrato de metadona concentrado	1	NDS QL (500/30)
clorhidrato de metadona inyectable	1	NDS QL (150/30)
clorhidrato de metadona, intensol	1	NDS QL (500/30)
clorhidrato de metadona, solución oral, 10 mg/5 ml	1	NDS QL (450/30)
clorhidrato de metadona, solución oral, 5 mg/5 ml	1	NDS QL (600/30)
clorhidrato de metadona, comprimidos, 10 mg	1	NDS QL (120/30)
clorhidrato de metadona, comprimidos, 5 mg	1	NDS QL (180/30)
mitigo	1	NDS QL (200/30)
sulfato de morfina, comprimidos de liberación controlada y prolongada	1	NDS QL (90/30)
XTAMPZA LIBERACIÓN PROLONGADA	1	NDS QL (60/30)

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Analgésicos opioides de acción rápida		
<i>acetaminofeno/codeína, comprimidos, 300 mg; 60 mg</i>	1	NDS QL (180/30)
<i>acetaminofeno/codeína, comprimidos, 300 mg; 15 mg, 300 mg; 30 mg</i>	1	NDS QL (360/30)
<i>ascomp/codeína</i>	1	PA NDS QL (180/30)
<i>tartrato de butorfanol inyectable, 2 mg/ml</i>	1	NDS QL (240/30)
<i>tartrato de butorfanol inyectable, 1 mg/ml</i>	1	NDS QL (480/30)
<i>tartrato de butorfanol, solución nasal</i>	1	NDS QL (5/30)
<i>endocet, comprimidos, 325 mg; 10 mg</i>	1	NDS QL (180/30)
<i>endocet, comprimidos, 325 mg; 7.5 mg</i>	1	NDS QL (240/30)
<i>endocet, comprimidos, 325 mg; 2.5 mg, 325 mg; 5 mg</i>	1	NDS QL (360/30)
<i>citrato de fentanil inyectable, 1000 mcg/20 ml, 100 mcg/2 ml, 2500 mcg/50 ml, 250 mcg/5 ml</i>	1	B/D PA NDS
<i>citrato de fentanil, paleta transmucosa oral, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg</i>	1	PA NDS QL (120/30)
<i>citrato de fentanil, paleta transmucosa oral, 1200 mcg, 1600 mcg, 800 mcg</i>	1	PA NDS QL (120/30)
<i>bitartrato de hidrocodona/acetaminofeno, solución oral</i>	1	NDS QL (2700/30)
<i>bitartrato de hidrocodona/acetaminofeno, comprimidos, 300 mg; 10 mg, 300 mg; 7.5 mg</i>	1	NDS QL (180/30)
<i>bitartrato de hidrocodona/acetaminofeno, comprimidos, 300 mg; 5 mg, 325 mg; 2.5 mg</i>	1	NDS QL (360/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>hidrocodona/acetaminofeno, comprimidos, 325 mg; 10 mg, 325 mg; 7.5 mg</i>	1	NDS QL (180/30)
<i>hidrocodona/acetaminofeno, comprimidos, 325 mg; 5 mg</i>	1	NDS QL (360/30)
<i>hidrocodona/ibuprofeno</i>	1	NDS QL (150/30)
<i>clorhidrato de hidromorfona, monodosis</i>	1	NDS
<i>clorhidrato de hidromorfona inyectable</i>	1	NDS
<i>clorhidrato de hidromorfona líquido</i>	1	NDS QL (1200/30)
<i>clorhidrato de hidromorfona, comprimidos, 8 mg</i>	1	NDS QL (120/30)
<i>clorhidrato de hidromorfona, comprimidos, 2 mg, 4 mg</i>	1	NDS QL (180/30)
<i>ibudone, comprimidos, 5 mg; 200 mg</i>	1	NDS QL (150/30)
<i>lorcet</i>	1	NDS QL (360/30)
<i>lorcet hd</i>	1	NDS QL (180/30)
<i>lorcet plus, comprimidos, 325 mg; 7.5 mg</i>	1	NDS QL (180/30)
<i>sulfato de morfina inyectable, 150 mg/30 ml, 1 mg/ml, 50 mg/ml, 5 mg/ml</i>	1	B/D PA NDS
<i>sulfato de morfina inyectable, 0.5 mg/ml, 1 mg/ml</i>	1	B/D PA NDS QL (180/30)
MORPHINE SULFATE INYECTABLE, 10 MG/ML, 8 MG/ML	1	B/D PA NDS QL (240/30)
<i>sulfato de morfina inyectable, 10 mg/ml</i>	1	B/D PA NDS QL (240/30)
MORPHINE SULFATE INYECTABLE, 4 MG/ML	1	B/D PA NDS QL (480/30)
<i>sulfato de morfina inyectable, 4 mg/ml</i>	1	B/D PA NDS QL (480/30)
MORPHINE SULFATE INYECTABLE, 2 MG/ML	1	B/D PA NDS QL (1200/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

QL = Límites a la cantidad indicados como (cant./días)

PA = Es posible que se requiera Autorización previa

NDS = Medicamento sin suministro extendido

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

ST = Se aplican las reglas de Tratamiento escalonado

B/D = Medicamentos cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare

En la página 9 podrá encontrar más información sobre los símbolos.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>sulfato de morfina, solución oral, 100 mg/5 ml</i>	1	NDS QL (240/30)
<i>sulfato de morfina, solución oral, 10 mg/5 ml</i>	1	NDS QL (700/30)
<i>sulfato de morfina, solución oral, 20 mg/5 ml</i>	1	NDS QL (900/30)
MORPHINE SULFATE, COMPRIMIDOS	1	NDS QL (120/30)
<i>clorhidrato de nalbufina inyectable, 20 mg/ml</i>	1	NDS QL (90/30)
<i>clorhidrato de nalbufina inyectable, 10 mg/ml</i>	1	NDS QL (180/30)
<i>clorhidrato de oxicodona, cápsulas</i>	1	NDS QL (120/30)
<i>clorhidrato de oxicodona concentrado</i>	1	NDS QL (120/30)
<i>clorhidrato de oxicodona, solución oral</i>	1	NDS QL (1200/30)
<i>clorhidrato de oxicodona, comprimidos, 30 mg</i>	1	NDS QL (90/30)
<i>clorhidrato de oxicodona, comprimidos, 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	NDS QL (120/30)
<i>oxicodona/acetaminofeno, comprimidos, 325 mg; 10 mg</i>	1	NDS QL (180/30)
<i>oxicodona/acetaminofeno, comprimidos, 325 mg; 7.5 mg</i>	1	NDS QL (240/30)
<i>oxicodona/acetaminofeno, comprimidos, 325 mg; 2.5 mg, 325 mg; 5 mg</i>	1	NDS QL (360/30)
<i>oxicodona/aspirina</i>	1	NDS QL (180/30)
<i>oxicodona/ibuprofeno</i>	1	NDS QL (28/30)
<i>clorhidrato de tramadol</i>	1	NDS QL (240/30)
<i>clorhidrato de tramadol/ acetamonifeno</i>	1	NDS QL (240/30)
<i>vicodin es, comprimidos, 300 mg; 7.5 mg</i>	1	NDS QL (180/30)
<i>vicodin hp, comprimidos, 300 mg; 10 mg</i>	1	NDS QL (180/30)
<i>vicodin, comprimidos, 300 mg; 5 mg</i>	1	NDS QL (360/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Anestésicos		
Anestésicos locales		
<i>glydo</i>	1	PA
<i>clorhidrato de lidocaína, solución externa</i>	1	PA
<i>clorhidrato de lidocaína, gel</i>	1	PA
<i>clorhidrato de lidocaína inyectable</i>	1	
<i>clorhidrato de lidocaína, gelatina</i>	1	PA
<i>clorhidrato de lidocaína, solución para boca/garganta</i>	1	
<i>clorhidrato de lidocaína viscoso</i>	1	
<i>lidocaína, pomada</i>	1	PA QL (50/30)
<i>lidocaína, parche</i>	1	PA QL (90/30)
<i>lidocaína viscosa</i>	1	
<i>lidocaína/prilocaina, crema</i>	1	PA
Agentes antiadicciones/para el tratamiento del abuso de sustancias		
Productos para frenar el consumo de alcohol/las ansias de beber		
<i>acamprosato cálcico, liberación retardada</i>	1	
<i>disulfiram</i>	1	
<i>clorhidrato de naltrexona</i>	1	
Tratamientos para la dependencia de opioides		
<i>clorhidrato de buprenorfina sublingual</i>	1	PA QL (90/30)
<i>clorhidrato de buprenorfina/ clorhidrato de naloxona</i>	1	QL (90/30)
SUBOXONE	1	PA QL (90/30)
ZUBSOLV SUBLINGUAL, 0.7 MG; 0.18 MG	1	PA QL (30/30)
ZUBSOLV SUBLINGUAL, 1.4 MG; 0.36 MG, 11.4 MG; 2.9 MG, 2.9 MG; 0.71 MG, 5.7 MG; 1.4 MG, 8.6 MG; 2.1 MG	1	PA QL (90/30)
Agentes para revertir los efectos de opioides		
<i>clorhidrato de naloxona</i>	1	
NARCAN	1	QL (4/30)

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Agentes para dejar de fumar		
<i>clorhidrato de bupropión, liberación sostenida</i>	1	QL (60/30)
CHANTIX	1	QL (56/28)
CHANTIX, PAQUETE MENSUAL DE CONTINUACIÓN	1	QL (56/28)
CHANTIX, PAQUETE MENSUAL INICIAL	1	QL (56/28)
NICOTROL, INHALADOR	1	QL (1008/90)
NICOTROL NS	1	QL (30/30)
Antibacterianos		
Aminoglucósidos		
<i>sulfato de amikacina</i>	1	
<i>gentak</i>	1	
<i>sulfato de gentamicina, crema</i>	1	
<i>sulfato de gentamicina inyectable</i>	1	
<i>sulfato de gentamicina, pomada</i>	1	
<i>sulfato de gentamicina, solución oftálmica</i>	1	
<i>sulfato de gentamicina pediátrico</i>	1	
<i>sulfato de gentamicina/cloruro de sodio al 0.9%</i>	1	
<i>gentamicina isotónica</i>	1	
<i>sulfato de neomicina</i>	1	
<i>sulfatos de neomicina/polimixina b</i>	1	
<i>sulfato de paromomicina</i>	1	
<i>sulfato de estreptomycin</i>	1	
<i>tobramicina, solución oftálmica</i>	1	
<i>sulfato de tobramicina inyectable, 1.2 g, 10 mg/ml, 80 mg/2 ml</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>sulfato de tobramicina, solución oftálmica</i>	1	
TOBEX, POMADA	1	
ZYLET	1	
Antibacterianos, otros		
ALCOHOL, PAÑOS PREPARADOS	1	
<i>baciim</i>	1	
<i>bacitracina inyectable</i>	1	
<i>bacitracina, pomada oftálmica</i>	1	
<i>bacitracina/polimixina b</i>	1	
BACTROBAN NASAL	1	
<i>succinato sódico de cloranfenicol</i>	1	
<i>clindacin etz, compresas</i>	1	
<i>clindacin-p</i>	1	
<i>clindamicina</i>	1	
<i>clorhidrato de clindamicina, cápsulas</i>	1	
<i>fosfato de clindamicina, crema</i>	1	
<i>fosfato de clindamicina, solución externa</i>	1	
<i>fosfato de clindamicina, gel</i>	1	
<i>fosfato de clindamicina en d5w</i>	1	
<i>fosfato de clindamicina inyectable, 150 mg/ml, 300 mg/2 ml, 600 mg/4 ml, 900 mg/6 ml</i>	1	
<i>fosfato de clindamicina, loción</i>	1	
<i>fosfato de clindamicina, paño</i>	1	
<i>clindamicina/cloruro de sodio</i>	1	
<i>colistimetato sódico</i>	1	
<i>daptomicina inyectable, 500 mg</i>	1	B/D PA NDS
<i>clorhidrato de lincomicina</i>	1	
<i>linezolid inyectable</i>	1	
<i>linezolid, liberación sostenida</i>	1	NDS QL (1800/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

QL = Límites a la cantidad indicados como (cant./días)

PA = Es posible que se requiera Autorización previa

NDS = Medicamento sin suministro extendido

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

ST = Se aplican las reglas de Tratamiento escalonado

B/D = Medicamentos cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare

En la página 9 podrá encontrar más información sobre los símbolos.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>linezolid, comprimidos</i>	1	NDS QL (60/30)
<i>hipurato de metenamina</i>	1	
<i>metronidazol, crema</i>	1	
<i>metronidazol, gel</i>	1	
<i>metronidazol en nacl al 0.79%</i>	1	
<i>metronidazol, inyectable, 500 mg/100 ml; 0.79%, 5 mg/ml</i>	1	
<i>metronidazol, loción</i>	1	
<i>metronidazol, comprimidos</i>	1	
<i>metronidazol vaginal</i>	1	
<i>mupirocina, crema</i>	1	
<i>mupirocina, pomada</i>	1	
<i>neo-polycin</i>	1	
<i>neo-polycin hc</i>	1	
<i>neomicina/bacitracina/ polimixina</i>	1	
<i>neomicina/polimixina/ bacitracina/hidrocortisona</i>	1	
<i>neomicina/polimixina/ gramicidina</i>	1	
<i>neomicina/polimixina/ hidrocortisona, suspensión oftálmica</i>	1	
<i>nitrofurantoína</i>	1	
<i>nitrofurantoína, macrocristales</i>	1	
<i>monohidrato de nitrofurantoína</i>	1	
<i>monohidrato de nitrofurantoína/ macrocristales</i>	1	
<i>polycin</i>	1	
<i>sulfato de polimixina b</i>	1	
<i>sulfato de polimixina b/sulfato de trimetoprima</i>	1	
<i>rosadan</i>	1	
<i>sulfadiazina de plata</i>	1	
<i>ssd</i>	1	
SYNERCID	1	NDS
<i>tigeciclina</i>	1	NDS
<i>trimetoprima</i>	1	
<i>sulfato de trimetoprima/sulfato de polimixina b</i>	1	
<i>vancomicina</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>clorhidrato de vancomicina, cápsulas, 125 mg</i>	1	QL (40/10)
<i>clorhidrato de vancomicina, cápsulas, 250 mg</i>	1	QL (80/10)
<i>clorhidrato de vancomicina en dextrosa</i>	1	
<i>clorhidrato de vancomicina inyectable al 0.9%; 1 g/200 ml, 10 g, 1 g, 500 mg, 5 g, 750 mg</i>	1	
<i>clorhidrato de vancomicina/ cloruro de sodio inyectable al 0.9%; 750 mg/150 ml</i>	1	
<i>vandazole</i>	1	
XIFAXAN, COMPRIMIDOS, 550 MG	1	PA NDS QL (90/30)
Betalactámicos, cefalosporinas		
<i>cefaclor, cápsulas</i>	1	
<i>cefaclor, liberación prolongada</i>	1	
<i>cefaclor, liberación sostenida</i>	1	
<i>cefadroxil</i>	1	
CEFAZOLIN	1	
<i>cefazolina sódica inyectable, 10 g, 1 g, 1 g/50 ml; 4%, 500 mg</i>	1	
<i>cefazolina sódica/dextrosa inyectable, 2 g; 3%</i>	1	
<i>cefdinir, cápsulas</i>	1	
<i>cefdinir, liberación sostenida</i>	1	
<i>cefepima</i>	1	
<i>cefepima/dextrosa</i>	1	
<i>cefixima</i>	1	
<i>cefotaxima sódica</i>	1	
<i>cefexitina sódica inyectable, 10 g, 1 g, 2 g</i>	1	
<i>cefepodoxima proxetil</i>	1	
<i>cefprozil</i>	1	
<i>ceftazidima</i>	1	
<i>ceftazidima/dextrosa</i>	1	
<i>ceftriaxona en dextrosa isoosmótica</i>	1	
<i>ceftriaxona sódica inyectable, 10 g, 1 g, 250 mg, 2 g, 500 mg</i>	1	

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>cefuroxima axetil</i>	1	
<i>cefuroxima sódica</i>	1	
<i>cefalexina, cápsulas, 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>cefalexina, liberación sostenida</i>	1	
SUPRAX SUSR, 500 MG/5 ML	1	
<i>tazicef inyectable, 1 g, 2 g, 6 g</i>	1	
TEFLARO	1	NDS
Betalactámicos, otros		
AZACTAM	1	
AZACTAM EN DEXTROSA ISOOSMÓTICA	1	
<i>aztreonam inyectable, 1 g</i>	1	
AZTREONAM INYECTABLE, 2 G	1	NDS
<i>cefotetan</i>	1	
<i>ertapenem</i>	1	
<i>ertapenem sódico</i>	1	
<i>imipenem/cilastatina inyectable, 500 mg; 500 mg</i>	1	
<i>imipenem/cilastatina inyectable, 250 mg; 250 mg</i>	1	
INVANZ	1	
<i>meropenem</i>	1	
<i>meropenem/cloruro de sodio</i>	1	
Betalactámicos, penicilinas		
<i>amoxicilina, cápsulas</i>	1	
<i>amoxicilina, masticable</i>	1	
<i>amoxicilina, liberación sostenida</i>	1	
<i>amoxicilina, comprimidos</i>	1	
<i>amoxicilina/clavulanato de potasio</i>	1	
<i>amoxicilina/clavulanato de potasio, liberación prolongada</i>	1	
<i>ampicilina</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>ampicilina sódica</i>	1	
<i>ampicilina-sulbactam</i>	1	
AUGMENTIN SUSR, 125 MG/5 ML; 31.25 MG/5 ML	1	
BICILLIN L-A	1	
<i>dicloxacilina sódica</i>	1	
<i>nafcilina sódica</i>	1	
<i>oxacilina sódica</i>	1	
<i>penicilina g potásica</i>	1	
<i>penicilina v potásica, solución oral</i>	1	
<i>penicilina v potásica, comprimidos, 250 mg</i>	1	
<i>penicilina v potásica, comprimidos, 500 mg</i>	1	
<i>pfizerpen inyectable, 20 mu, 5000000 unidades</i>	1	
<i>piperacilina sódica/tazobactam sódico</i>	1	
<i>piperacilina/tazobactam</i>	1	
ZOSYN INYECTABLE 5%; 2 G/50 ML; 0.25 G/50 ML, 5%; 3 G/50 ML; 0.375 G/50 ML, 5%; 4 G/100 ML; 0.5 G/100 ML	1	
Macrólidos		
AZASITE	1	
<i>azitromicina inyectable</i>	1	
<i>azitromicina, paquete</i>	1	
<i>azitromicina, liberación sostenida, 200 mg/5 ml</i>	1	QL (90/30)
<i>azitromicina, liberación sostenida, 100 mg/5 ml</i>	1	QL (150/30)
<i>azitromicina, comprimidos, 250 mg, 500 mg</i>	1	QL (12/28)
<i>azitromicina, comprimidos, 600 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>claritromicina, liberación prolongada</i>	1	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

QL = Límites a la cantidad indicados como (cant./días)

PA = Es posible que se requiera Autorización previa

NDS = Medicamento sin suministro extendido

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

ST = Se aplican las reglas de Tratamiento escalonado

B/D = Medicamentos cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare

En la página 9 podrá encontrar más información sobre los símbolos.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>claritromicina, liberación sostenida</i>	1	
<i>claritromicina, comprimidos</i>	1	
DIFICID	1	PA NDS QL (20/10)
<i>e.e.s. 400</i>	1	
<i>ery</i>	1	
ERY-TAB	1	
ERYPED 400	1	NDS
ERYTHROCIN LACTOBIONATE	1	
<i>estearato de eritrocina</i>	1	
<i>base de eritromicina</i>	1	
<i>etilsuccinato de eritromicina</i>	1	
<i>eritromicina, solución externa</i>	1	
<i>eritromicina, gel</i>	1	
<i>eritromicina, pomada</i>	1	
<i>eritromicina, paños</i>	1	
Quinolonas		
BAXDELA	1	
BESIVANCE	1	
CILOXAN, POMADA	1	
CIPRO HC	1	
CIPRODEX	1	
<i>ciprofloxacina, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 500 mg; 0</i>	1	QL (3/3)
<i>ciprofloxacina, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 1000 mg; 0</i>	1	QL (14/14)
<i>clorhidrato de ciprofloxacina, solución oftálmica</i>	1	
<i>clorhidrato de ciprofloxacina, comprimidos, 750 mg</i>	1	
<i>clorhidrato de ciprofloxacina, comprimidos, 250 mg</i>	1	
<i>clorhidrato de ciprofloxacina, comprimidos, 100 mg</i>	1	
<i>clorhidrato de ciprofloxacina</i>	1	
<i>ciprofloxacina intravenosa en d5w</i>	1	
<i>ciprofloxacina, liberación sostenida</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>levofloxacina en d5w</i>	1	
<i>levofloxacina inyectable</i>	1	
<i>levofloxacina, solución oral</i>	1	
<i>levofloxacina, comprimidos, 500 mg</i>	1	
<i>levofloxacina, comprimidos, 250 mg, 750 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>clorhidrato de moxifloxacina/ clorhidrato de sodio</i>	1	
<i>clorhidrato de moxifloxacina inyectable</i>	1	
<i>clorhidrato de moxifloxacina, comprimidos</i>	1	
<i>clorhidrato de moxifloxacina, solución oftálmica</i>	1	
<i>ofloxacina</i>	1	
Sulfonamidas		
BLEPHAMIDE	1	
BLEPHAMIDE S.O.P.	1	
<i>sulfacetamida de sodio, solución oftálmica</i>	1	
<i>sulfacetamida sódica, loción</i>	1	
<i>sulfacetamida sódica, solución oftálmica</i>	1	
<i>sulfacetamida sódica/fosfato sódico de prednisolona</i>	1	
<i>sulfadiazina</i>	1	
<i>sulfametoxazol/trimetoprima, doble concentración</i>	1	
<i>sulfametoxazol/trimetoprima inyectable</i>	1	
<i>sulfametoxazol/trimetoprima, suspensión</i>	1	
<i>sulfametoxazol/trimetoprima, comprimidos</i>	1	
<i>sulfatrim pediátrico</i>	1	
Tetraciclinas		
<i>clorhidrato de demeclociclina</i>	1	
<i>doxy 100</i>	1	
<i>hiclato de doxiciclina, cápsulas</i>	1	
<i>hiclato de doxiciclina, comprimidos, 100 mg</i>	1	

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>hiclato de doxiciclina, comprimidos, 20 mg</i>	1	
<i>monohidrato de doxiciclina, cápsulas, 100 mg, 50 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>monohidrato de doxiciclina, comprimidos</i>	1	
<i>doxiciclina, liberación sostenida</i>	1	
<i>clorhidrato de minociclina</i>	1	
<i>mondoxyne nl</i>	1	QL (60/30)
<i>morgidox 1x100 mg, cápsulas</i>	1	
<i>morgidox 1x50 mg</i>	1	
<i>morgidox 2x100 mg, cápsulas</i>	1	
<i>clorhidrato de tetraciclina</i>	1	
Antiepilépticos		
Antiepilépticos, otros		
<i>APTIOM, COMPRIMIDOS, 200 MG, 400 MG, 800 MG</i>	1	NDS QL (30/30)
<i>APTIOM, COMPRIMIDOS, 600 MG</i>	1	NDS QL (60/30)
<i>BRIVIACT INYECTABLE</i>	1	NDS QL (600/30)
<i>BRIVIACT, SOLUCIÓN ORAL</i>	1	NDS QL (1200/30)
<i>BRIVIACT, COMPRIMIDOS, 10 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG</i>	1	NDS QL (60/30)
<i>BRIVIACT, COMPRIMIDOS, 100 MG</i>	1	NDS QL (120/30)
<i>FYCOMPA, SUSPENSIÓN</i>	1	QL (720/30)
<i>FYCOMPA, COMPRIMIDOS</i>	1	QL (30/30)
<i>levetiracetam, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 750 mg</i>	1	QL (120/30)
<i>levetiracetam, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 500 mg</i>	1	QL (180/30)
<i>levetiracetam inyectable</i>	1	
<i>levetiracetam, solución oral</i>	1	
<i>levetiracetam, comprimidos</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>levetiracetam/cloruro de sodio</i>	1	
<i>sulfato de magnesio en d5w</i>	1	B/D PA
<i>roweepra</i>	1	
<i>roweepra, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 750 mg</i>	1	QL (120/30)
<i>roweepra, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 500 mg</i>	1	QL (180/30)
<i>SPRITAM TB3D 1000 MG, 250 MG, 500 MG</i>	1	QL (60/30)
<i>SPRITAM TB3D 750 MG</i>	1	QL (120/30)
Agentes modificadores de los canales de calcio		
<i>CELONTIN</i>	1	
<i>etosuximida</i>	1	
<i>LYRICA, CÁPSULAS, 225 MG, 300 MG</i>	1	QL (60/30)
<i>LYRICA, CÁPSULAS, 100 MG, 150 MG, 200 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG</i>	1	QL (90/30)
<i>LYRICA, SOLUCIÓN ORAL</i>	1	QL (900/30)
<i>zonisamida</i>	1	
Agentes aumentadores del ácido gama-aminobutírico (GABA)		
<i>clonazepam, comprimidos orodispersables, 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg</i>	1	QL (90/30)
<i>clonazepam, comprimidos orodispersables, 1 mg</i>	1	QL (120/30)
<i>clonazepam, comprimidos orodispersables, 2 mg</i>	1	QL (300/30)
<i>clonazepam, comprimidos, 0.5 mg</i>	1	QL (90/30)
<i>clonazepam, comprimidos, 1 mg</i>	1	QL (120/30)
<i>clonazepam, comprimidos, 2 mg</i>	1	QL (300/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

QL = Límites a la cantidad indicados como (cant./días)

PA = Es posible que se requiera Autorización previa

NDS = Medicamento sin suministro extendido

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

ST = Se aplican las reglas de Tratamiento escalonado

B/D = Medicamentos cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare

En la página 9 podrá encontrar más información sobre los símbolos.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
DIASTAT ACUDIAL, GEL, 10 MG	1	QL (20/30)
DIASTAT ACUDIAL, GEL, 20 MG	1	QL (40/30)
DIASTAT PEDIÁTRICO	1	QL (5/30)
diazepam, gel rectal, gel, 2.5 mg	1	QL (5/30)
diazepam, gel rectal, gel, 10 mg	1	QL (20/30)
diazepam, gel rectal, gel, 20 mg	1	QL (40/30)
divalproex sódico	1	
divalproex sódico, liberación retardada	1	
divalproex sódico, liberación prolongada	1	
gabapentina, cápsulas, 100 mg	1	QL (180/30)
gabapentina, cápsulas, 300 mg, 400 mg	1	QL (270/30)
gabapentina, solución oral	1	QL (2160/30)
gabapentina, comprimidos, 800 mg	1	
gabapentina, comprimidos, 600 mg	1	QL (180/30)
GABITRIL, COMPRIMIDOS, 12 MG, 16 MG	1	
GRALISE	1	
GRALISE, PAQUETE INICIAL	1	QL (156/365)
ONFI, SUSPENSIÓN	1	NDS QL (480/30)
ONFI, COMPRIMIDOS, 20 MG	1	NDS QL (60/30)
ONFI, COMPRIMIDOS, 10 MG	1	QL (60/30)
fenobarbital, elixir	1	QL (1500/30)
fenobarbital, comprimidos	1	QL (120/30)
primidona	1	
SABRIL, COMPRIMIDOS	1	PA NDS QL (180/30)
clorhidrato de tiagabina	1	
valproato sódico inyectable, 100 mg/ml	1	
ácido valproico	1	
vigabatrina	1	PA NDS QL (200/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Agentes reductores del glutamato		
felbamato, suspensión	1	NDS
felbamato, comprimidos	1	
lamotrigina	1	
lamotrigina, liberación prolongada	1	
lamotrigina, comprimidos orodispersables	1	
topiramato	1	
TROKENDI, CÁPSULAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA X 24 H, 100 MG, 25 MG, 50 MG	1	QL (30/30)
TROKENDI, COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA X 24 H, 200 MG	1	NDS QL (60/30)
Agentes de los canales de sodio		
BANZEL, SUSPENSIÓN	1	PA NDS QL (2400/30)
BANZEL, COMPRIMIDOS, 200 MG	1	PA NDS QL (60/30)
BANZEL, COMPRIMIDOS, 400 MG	1	PA NDS QL (240/30)
carbamazepina	1	
carbamazepina, liberación prolongada	1	
DILANTIN, CÁPSULAS, 30 MG	1	
epitol	1	
fosfenitoína sódica	1	
oxcarbazepina	1	
PEGANONE	1	
fenitoína	1	
fenitoína, infatabs	1	
fenitoína sódica	1	
fenitoína sódica liberación prolongada	1	
VIMPAT INYECTABLE	1	QL (1200/30)
VIMPAT, SOLUCIÓN ORAL	1	QL (1200/30)
VIMPAT, COMPRIMIDOS	1	QL (60/30)

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Agentes antidepresión		
Inhibidores de la colinesterasa		
<i>clorhidrato de donepezilo, comprimidos, 5 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>clorhidrato de donepezilo, comprimidos, 10 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>clorhidrato de donepezilo, comprimidos, 23 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>clorhidrato de donepezilo, comprimidos dispersables, 5 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>clorhidrato de donepezilo, comprimidos dispersables, 10 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>clorhidrato de donepezilo, comprimidos, 5 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>clorhidrato de donepezilo, comprimidos dispersables, 10 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>clorhidrato de donepezilo, comprimidos, 10 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>hidrobromuro de galantamina, liberación prolongada</i>	1	QL (30/30)
<i>hidrobromuro de galantamina, solución oral</i>	1	QL (200/30)
<i>hidrobromuro de galantamina, comprimidos</i>	1	QL (60/30)
<i>tartrato de rivastigmina</i>	1	QL (60/30)
<i>rivastigmina, sistema transdérmico</i>	1	QL (30/30)
Antagonista de los receptores de N-metil-D-aspartato (NMDA)		
<i>clorhidrato de memantina, comprimidos, 10 mg</i>	1	PA QL (60/30)
<i>clorhidrato de memantina, comprimidos, 5 mg</i>	1	PA QL (90/30)
<i>clorhidrato de memantina, paquete de ajuste de dosis</i>	1	PA QL (49/28)
<i>clorhidrato de memantina, liberación prolongada</i>	1	PA QL (30/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>clorhidrato de memantina, solución oral</i>	1	PA QL (360/30)
Antidepresivos		
Antidepresivos, otros		
CLORHIDRATO DE BUPROPIÓN, COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA X 12 H, 150 MG	1	QL (60/30)
<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos de liberación prolongada x 12 h, 100 mg, 200 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>clorhidrato de bupropión, liberación sostenida</i>	1	QL (60/30)
<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos, 100 mg</i>	1	QL (120/30)
<i>clorhidrato de bupropión, liberación prolongada</i>	1	QL (30/30)
<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos, 75 mg</i>	1	QL (180/30)
<i>clorhidrato de maprotilina</i>	1	QL (90/30)
<i>mirtazapina</i>	1	QL (30/30)
<i>mirtazapina, comprimidos orodispersables</i>	1	QL (30/30)
<i>clorhidrato de nefazodona</i>	1	QL (60/30)
<i>clorhidrato de nefazodona</i>	1	QL (60/30)
<i>clorhidrato de trazodona, comprimidos, 300 mg</i>	1	
<i>clorhidrato de trazodona, comprimidos, 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	1	
TRINTELLIX	1	QL (30/30) ST
Inhibidores de la monoaminoxidasa		
EMSAM	1	NDS QL (30/30)
MARPLAN	1	QL (180/30)
<i>sulfato de fenelzina</i>	1	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

QL = Límites a la cantidad indicados como (cant./días)

PA = Es posible que se requiera Autorización previa

NDS = Medicamento sin suministro extendido

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

ST = Se aplican las reglas de Tratamiento escalonado

B/D = Medicamentos cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare

En la página 9 podrá encontrar más información sobre los símbolos.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
sulfato de tranilcipromina	1	
SSRI/SNRI (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina/inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina)		
hidrobromuro de citalopram, solución oral	1	QL (600/30)
hidrobromuro de citalopram, comprimidos, 10 mg	1	
hidrobromuro de citalopram, comprimidos, 40 mg	1	QL (30/30)
hidrobromuro de citalopram, comprimidos, 20 mg	1	QL (60/30)
desvenlafaxina, liberación prolongada	1	QL (30/30)
clorhidrato de duloxetina, cápsulas con recubrimiento entérico, 20 mg	1	QL (60/30)
clorhidrato de duloxetina, cápsulas con recubrimiento entérico, 60 mg	1	QL (60/30)
clorhidrato de duloxetina, cápsulas con recubrimiento entérico, 30 mg	1	QL (90/30)
oxalato de escitalopram, solución oral	1	QL (600/30)
oxalato de escitalopram, comprimidos, 5 mg	1	QL (30/30)
oxalato de escitalopram, comprimidos, 10 mg	1	QL (60/30)
oxalato de escitalopram, comprimidos, 20 mg	1	QL (90/30)
FETZIMA	1	QL (30/30) ST
FETZIMA, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS	1	QL (56/365) ST
fluoxetina, cápsulas, 10 mg	1	QL (30/30)
fluoxetina, cápsulas, 20 mg	1	QL (120/30)
fluoxetina, liberación retardada	1	QL (4/28)
clorhidrato de fluoxetina, cápsulas, 10 mg	1	QL (30/30)
clorhidrato de fluoxetina, cápsulas, 40 mg	1	QL (60/30)
clorhidrato de fluoxetina, cápsulas, 20 mg	1	QL (120/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
clorhidrato de fluoxetina, solución oral	1	QL (600/30)
clorhidrato de fluoxetina, comprimidos, 10 mg	1	QL (30/30)
clorhidrato de fluoxetina, comprimidos, 20 mg	1	QL (120/30)
maleato de fluvoxamina, liberación prolongada	1	QL (60/30)
maleato de fluvoxamina, comprimidos, 25 mg, 50 mg	1	QL (30/30)
maleato de fluvoxamina, comprimidos, 100 mg	1	QL (90/30)
olanzapina/fluoxetina	1	QL (30/30)
clorhidrato de paroxetina, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 12.5 mg	1	QL (30/30)
clorhidrato de paroxetina, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 25 mg, 37.5 mg	1	QL (60/30)
clorhidrato de paroxetina, comprimidos, 30 mg, 40 mg	1	QL (60/30)
clorhidrato de paroxetina, comprimidos, 10 mg	1	QL (30/30)
clorhidrato de paroxetina, comprimidos, 20 mg	1	QL (90/30)
PAXIL, SUSPENSIÓN	1	QL (900/30) ST
PRISTIQ	1	QL (30/30)
clorhidrato de sertralina concentrado	1	QL (300/30)
clorhidrato de sertralina, comprimidos, 25 mg	1	QL (30/30)
clorhidrato de sertralina, comprimidos, 100 mg	1	QL (60/30)
clorhidrato de sertralina, comprimidos, 50 mg	1	QL (120/30)
clorhidrato de venlafaxina	1	QL (90/30)
clorhidrato de venlafaxina, cápsulas de liberación prolongada x 24 h, 37.5 mg	1	QL (30/30)
clorhidrato de venlafaxina, cápsulas de liberación prolongada x 24 h, 150 mg	1	QL (60/30)

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>clorhidrato de venlafaxina, cápsulas de liberación prolongada x 24 h, 75 mg</i>	1	QL (90/30)
VIIBRYD	1	QL (30/30) ST
VIIBRYD, PAQUETE INICIAL	1	QL (30/30) ST
Tricíclicos		
<i>clorhidrato de amitriptilina</i>	1	PA
<i>amoxapina</i>	1	
<i>clorhidrato de clomipramina</i>	1	PA
<i>clorhidrato de desipramina</i>	1	
<i>clorhidrato de imipramina, comprimidos, 25 mg, 50 mg</i>	1	PA
<i>clorhidrato de imipramina</i>	1	PA
<i>clorhidrato de nortriptilina</i>	1	
<i>perfenazina/amitriptilina</i>	1	PA
<i>clorhidrato de protriptilina</i>	1	
<i>maleato de trimipramina</i>	1	PA
Antieméticos		
Antieméticos, otros		
<i>compro</i>	1	
<i>clorhidrato de meclizina, comprimidos</i>	1	
<i>phenadoz</i>	1	
<i>proclorperazina</i>	1	
<i>clorhidrato de prometazina, supositorios</i>	1	
<i>clorhidrato de prometazina, jarabe</i>	1	PA
<i>clorhidrato de prometazina, comprimidos, 12.5 mg, 25 mg</i>	1	PA
<i>clorhidrato de prometazina, comprimidos, 50 mg</i>	1	PA
<i>promethegan</i>	1	
<i>escopolamina</i>	1	QL (10/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Medicamentos complementarios para terapias emetogénicas		
ALOXI	1	B/D PA NDS
<i>aprepitant, cápsulas, 40 mg</i>	1	B/D PA QL (1/30)
<i>aprepitant, cápsulas, 125 mg</i>	1	B/D PA QL (2/28)
<i>aprepitant, cápsulas, 80 mg</i>	1	B/D PA QL (4/28)
<i>aprepitant, cápsulas, en paquete</i>	1	B/D PA QL (6/28)
<i>dronabinol</i>	1	PA QL (60/30)
EMEND, LIBERACIÓN SOSTENIDA	1	B/D PA QL (6/28)
<i>clorhidrato de granisetron inyectable, 0.1 mg/ml, 1 mg/ml</i>	1	B/D PA
<i>clorhidrato de granisetron, comprimidos</i>	1	B/D PA QL (30/30)
<i>clorhidrato de granisetron</i>	1	B/D PA
<i>clorhidrato de ondansetrón inyectable, 40 mg/20 ml, 4 mg/2 ml</i>	1	
<i>clorhidrato de ondansetrón, solución oral</i>	1	B/D PA QL (450/30)
<i>clorhidrato de ondansetrón, comprimidos, 24 mg</i>	1	B/D PA QL (15/30)
<i>clorhidrato de ondansetrón, comprimidos, 4 mg, 8 mg</i>	1	B/D PA QL (90/30)
<i>ondansetrón, comprimidos orodispersables</i>	1	B/D PA QL (90/30)
<i>clorhidrato de palonosetrón inyectable, 0.25 mg/5 ml</i>	1	B/D PA NDS
SANCUSO	1	NDS QL (4/28)
Antimicóticos		
Antimicóticos		
ABELCET	1	PA NDS
AMBISOME	1	PA NDS
<i>anfotericina b</i>	1	PA
<i>acetato de caspofungina</i>	1	PA NDS
<i>ciclodan</i>	1	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

QL = Límites a la cantidad indicados como (cant./días)

PA = Es posible que se requiera Autorización previa

NDS = Medicamento sin suministro extendido

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

ST = Se aplican las reglas de Tratamiento escalonado

B/D = Medicamentos cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare

En la página 9 podrá encontrar más información sobre los símbolos.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>ciclopirox, laca para las uñas</i>	1	
<i>ciclopirox, lamina</i>	1	
<i>ciclopirox, champú</i>	1	
<i>ciclopirox, suspensión</i>	1	
<i>clotrimazol, crema externa</i>	1	
<i>clotrimazol, solución externa</i>	1	
<i>clotrimazol, pastillas</i>	1	
<i>clotrimazol/dipropionato de betametasona</i>	1	
<i>nitrato de econazol</i>	1	
<i>fluconazol</i>	1	
<i>fluconazol en nacl</i>	1	
<i>flucitosina</i>	1	NDS
<i>griseofulvina micronizada</i>	1	
<i>griseofulvina ultramicronizada</i>	1	
<i>itraconazol, cápsulas</i>	1	PA QL (120/30)
<i>ketoconazol, crema</i>	1	
<i>ketoconazol, champú</i>	1	
<i>ketoconazol, comprimidos</i>	1	
<i>clorhidrato de naftifina</i>	1	
<i>clorhidrato de naftifina</i>	1	
NAFTIN, GEL	1	
NATACYN	1	
NOXAFIL, SUSPENSIÓN	1	PA NDS QL (600/30)
NOXAFIL, COMPRIMIDOS CON RECUBRIMIENTO ENTÉRICO	1	PA NDS QL (96/30)
<i>nyamyc</i>	1	
<i>nistatina</i>	1	
<i>nistatina/triamcinolona</i>	1	
<i>nystop</i>	1	
SPORANOX, SOLUCIÓN ORAL	1	PA NDS
<i>clorhidrato de terbinafina, comprimidos</i>	1	QL (90/365)
<i>terconazol</i>	1	
<i>voriconazol inyectable</i>	1	PA NDS
<i>voriconazol, liberación sostenida</i>	1	PA NDS QL (300/30)
<i>voriconazol, comprimidos</i>	1	PA QL (90/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Agentes antigotosos		
Agentes antigotosos		
<i>alopurinol</i>	1	
<i>alopurinol sódico</i>	1	
<i>colchicina, cápsulas</i>	1	QL (60/30)
<i>colchicina, comprimidos</i>	1	QL (120/30)
MITIGARE	1	QL (60/30)
<i>probenecid</i>	1	
<i>probenecid/colchicina</i>	1	
ULORIC	1	QL (30/30) ST
Agentes antimigrañosos		
Alcaloides del ergot		
<i>mesilato de dihidroergotamina inyectable</i>	1	QL (30/28)
<i>mesilato de dihidroergotamina, solución nasal</i>	1	PA QL (8/30)
<i>tartrato de ergotamina/cafeína</i>	1	QL (40/28)
<i>migergot</i>	1	NDS QL (20/28)
Agonistas de los receptores (5-HT) 1b/1d de serotonina		
<i>clorhidrato de naratriptán</i>	1	QL (9/30)
<i>benzoato de rizatriptán</i>	1	QL (12/30)
<i>benzoato de rizatriptán, comprimidos orodispersables</i>	1	QL (12/30)
<i>sumatriptán</i>	1	QL (12/30)
<i>succinato de sumatriptán inyectable, 6 mg/0.5 ml</i>	1	QL (4/30)
<i>succinato de sumatriptán inyectable, 4 mg/0.5 ml</i>	1	QL (8/30)
<i>succinato de sumatriptán inyectable, resurtido, 6 mg/0.5 ml</i>	1	QL (4/30)
<i>succinato de sumatriptán inyectable, resurtido, 4 mg/0.5 ml</i>	1	QL (8/30)
<i>succinato de sumatriptán, comprimidos</i>	1	QL (9/30)
Agentes antieméticos		
Parasimpaticomiméticos		
GUANIDINE HCL	1	
<i>bromuro de piridostigmina</i>	1	

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>bromuro de piridostigmina, liberación prolongada</i>	1	
REGONOL	1	
Antimicobacterianos		
Antimicobacterianos, otros		
<i>dapsona, comprimidos</i>	1	
<i>rifabutina</i>	1	
Antituberculosos		
CAPASTAT SULFATE	1	
<i>cicloserina</i>	1	
<i>clorhidrato de etambutol</i>	1	
<i>isoniazida inyectable</i>	1	
<i>isoniazida, jarabe</i>	1	
<i>isoniazida, comprimidos</i>	1	
PASER	1	
PRIFTIN	1	
<i>pirazinamida</i>	1	
<i>rifampina, cápsulas</i>	1	
<i>rifampina inyectable</i>	1	
RIFATER	1	
SIRUORO	1	PA QL (188/365)
TRECTOR	1	
Antineoplásicos		
Agentes alquilantes		
BENDEKA	1	B/D PA NDS QL (8/21)
BICNU	1	B/D PA
<i>busulfán</i>	1	B/D PA NDS
BUSULFEX	1	B/D PA NDS
<i>ciclofosfamida, cápsulas</i>	1	B/D PA
<i>ciclofosfamida inyectable</i>	1	B/D PA NDS
<i>dacarbazina</i>	1	B/D PA
EVOMELA	1	PA NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
GLEOSTINE, CÁPSULAS, 10 MG, 40 MG	1	
GLEOSTINE, CÁPSULAS, 100 MG	1	
HEXALEN	1	NDS
<i>ifosfamida inyectable, 1 g, 3 g</i>	1	B/D PA
KISQALI FEMARA, DOSIS DE 200	1	PA NDS QL (49/28)
KISQALI FEMARA, DOSIS DE 400	1	PA NDS QL (70/28)
KISQALI FEMARA, DOSIS DE 600	1	PA NDS QL (91/28)
LEUKERAN	1	
MATULANE	1	NDS
<i>clorhidrato de melfalan</i>	1	B/D PA NDS
MUSTARGEN	1	B/D PA
<i>tiotepa</i>	1	PA
TREANDA INYECTABLE, 100 MG	1	B/D PA NDS
TREANDA INYECTABLE, 25 MG	1	B/D PA NDS QL (8/21)
VALCHLOR	1	PA NDS QL (60/30)
YONDELIS	1	PA NDS
ZANOSAR	1	B/D PA
Antiandrógenos		
<i>bicalutamida</i>	1	QL (30/30)
ERLEADA	1	PA NDS QL (120/30)
<i>flutamida</i>	1	
<i>nilutamida</i>	1	NDS QL (60/30)
XTANDI	1	PA NDS QL (120/30)
YONSA	1	PA NDS QL (120/30)
ZITIGA, COMPRIMIDOS, 500 MG	1	PA NDS QL (60/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

QL = Límites a la cantidad indicados como (cant./días)

PA = Es posible que se requiera Autorización previa

NDS = Medicamento sin suministro extendido

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

ST = Se aplican las reglas de Tratamiento escalonado

B/D = Medicamentos cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare

En la página 9 podrá encontrar más información sobre los símbolos.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ZITIGA, COMPRIMIDOS, 250 MG	1	PA NDS QL (120/30)
Agentes antiangiogénicos		
POMALYST	1	PA NDS QL (21/28)
REVLIMID, CÁPSULAS, 15 MG, 20 MG, 25 MG	1	PA NDS QL (21/28)
REVLIMID, CÁPSULAS, 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	1	PA NDS QL (28/28)
THALOMID, CÁPSULAS, 100 MG, 150 MG, 50 MG	1	PA NDS QL (28/28)
THALOMID, CÁPSULAS, 200 MG	1	PA NDS QL (56/28)
Antiestrógenos/modificadores		
EMCYT	1	
FARESTON	1	NDS QL (30/30)
FASLODEX	1	B/D PA NDS QL (30/30)
SOLTAMOX	1	NDS
<i>citrato de tamoxifeno</i>	1	
Antimetabolitos		
<i>adrucil</i>	1	B/D PA
ALIMTA	1	PA NDS
ARRANON	1	
<i>cladribina</i>	1	B/D PA
<i>clofarabina</i>	1	B/D PA
<i>citarabina</i>	1	B/D PA
<i>citarabina acuosa</i>	1	B/D PA
DROXIA	1	
ELITEK	1	B/D PA NDS
<i>fluorouracilo inyectable</i>	1	B/D PA
FOLOTYN	1	B/D PA NDS
<i>gemcitabina</i>	1	B/D PA
<i>clorhidrato de gemcitabina</i>	1	B/D PA
<i>clorhidrato de gemcitabina inyectable, 1 g, 1 g/26.3 ml, 200 mg/5.26 ml, 2 g/52.6 ml</i>	1	B/D PA
<i>clorhidrato de gemcitabina inyectable, 1.5 gm/15 ml, 1 gm/10 ml, 200 mg/2 ml, 2 gm/20 ml</i>	1	B/D PA NDS
<i>hidroxiurea</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
LONSURF, COMPRIMIDOS, 8.19 MG; 20 MG	1	PA NDS QL (80/28)
LONSURF, COMPRIMIDOS, 6.14 MG; 15 MG	1	PA NDS QL (100/28)
<i>mercaptopurina</i>	1	
NIPENT	1	B/D PA NDS
PURIXAN	1	PA NDS QL (300/30)
TABLOID	1	
VYXEOS	1	B/D PA NDS
Antineoplásicos, otros		
ABRAXANE	1	PA NDS
<i>adriamicina inyectable, 2 mg/ml</i>	1	B/D PA
<i>azacitidina</i>	1	B/D PA NDS
BELEODAQ	1	PA NDS
<i>bleomycin</i>	1	B/D PA
<i>sulfato de bleomicina</i>	1	B/D PA
BORTEZOMIB	1	PA NDS QL (14/21)
BRAFTOVI	1	PA NDS QL (180/30)
<i>carboplatin inyectable, 150 mg/15 ml, 450 mg/45 ml, 50 mg/5 ml</i>	1	B/D PA
<i>cisplatino</i>	1	B/D PA
COSMEGEN	1	B/D PA NDS
<i>dactinomicina</i>	1	B/D PA NDS
<i>clorhidrato de daunorrubicina</i>	1	B/D PA
CLORHIDRATO DE DAUNORRUBICINA INYECTABLE, 50 MG/10 ML	1	B/D PA
<i>clorhidrato de daunorrubicina inyectable, 20 mg/4 ml</i>	1	B/D PA
<i>decitabina</i>	1	NDS
<i>dexrazoxano</i>	1	B/D PA
DOCETAXEL INYECTABLE, 200 MG/10 ML	1	B/D PA NDS
<i>docetaxel inyectable, 160 mg/16 ml, 160 mg/8 ml, 20 mg/2 ml, 20 mg/ml, 80 mg/4 ml, 80 mg/8 ml</i>	1	B/D PA NDS
<i>clorhidrato de doxorrubicina</i>	1	B/D PA

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>clorhidrato de doxorubicina liposomal</i>	1	B/D PA NDS
<i>clorhidrato de doxorubicina liposomal</i>	1	B/D PA NDS
<i>clorhidrato de epirubicina inyectable, 200 mg/100 ml</i>	1	B/D PA
ERWINAZE	1	B/D PA NDS QL (60/28)
ETHYOL	1	B/D PA NDS
<i>fosfato de fludarabina inyectable, 50 mg</i>	1	B/D PA
FUSILEV	1	NDS
HALAVEN	1	PA NDS
<i>clorhidrato de idarrubicina inyectable, 10 mg/10 ml</i>	1	B/D PA NDS
<i>clorhidrato de idarrubicina inyectable, 10 mg/10 ml</i>	1	B/D PA NDS
<i>irinotecán</i>	1	B/D PA
<i>clorhidrato de irinotecán</i>	1	B/D PA
<i>clorhidrato de irinotecán</i>	1	B/D PA
ISTODAX (CON SURTIDO ADICIONAL)	1	PA NDS
JEVTANA	1	PA NDS
KISQALI	1	PA NDS QL (63/28)
LARTRUVO	1	PA NDS
<i>leucovorina cálcica inyectable, 100 mg, 350 mg, 500 mg, 50 mg</i>	1	
<i>leucovorina cálcica, comprimidos</i>	1	
<i>levoleucovorina cálcica inyectable, 175 mg/17.5 ml</i>	1	NDS
<i>levoleucovorina inyectable, 175 mg/17.5 ml, 250 mg/25 ml, 50 mg</i>	1	NDS
<i>lipodox 50</i>	1	B/D PA NDS
LYNPARZA, COMPRIMIDOS	1	PA NDS QL (120/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
MEKTOVI	1	PA NDS QL (180/30)
<i>mesna</i>	1	B/D PA
MESNEX, COMPRIMIDOS	1	NDS
<i>mitomicina inyectable, 40 mg</i>	1	B/D PA NDS
<i>mitomicina inyectable, 20 mg, 5 mg</i>	1	B/D PA
<i>clorhidrato de mitoxantrona</i>	1	B/D PA
NERLYNX	1	PA NDS QL (180/30)
NINLARO	1	PA NDS QL (3/28)
ODOMZO	1	PA NDS QL (30/30)
ONCASPAR	1	B/D PA NDS
<i>oxaliplatino inyectable, 100 mg</i>	1	B/D PA NDS
<i>oxaliplatino inyectable, 100 mg/20 ml, 50 mg/10 ml</i>	1	B/D PA
<i>paclitaxel inyectable, 100 mg/16.7 ml, 150 mg/25 ml, 300 mg/50 ml</i>	1	B/D PA
PORTRAZZA	1	PA NDS QL (100/21)
PROLEUKIN	1	B/D PA NDS
<i>romidepsina</i>	1	PA NDS
RUBRACA	1	PA NDS QL (120/30)
RYDAPT	1	PA NDS QL (224/28)
SYLATRON	1	PA NDS QL (4/28)
SYNRIBO	1	PA NDS QL (28/28)
TRISENOX	1	B/D PA
VELCADE	1	PA NDS QL (14/21)
VENCLEXTA, PAQUETE INICIAL	1	PA NDS QL (84/365)
VENCLEXTA, COMPRIMIDOS, 100 MG	1	PA NDS QL (120/30)
VENCLEXTA, COMPRIMIDOS, 50 MG	1	PA QL (30/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

QL = Límites a la cantidad indicados como (cant./días)

PA = Es posible que se requiera Autorización previa

NDS = Medicamento sin suministro extendido

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

ST = Se aplican las reglas de Tratamiento escalonado

B/D = Medicamentos cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare

En la página 9 podrá encontrar más información sobre los símbolos.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
VENCLEXTA, COMPRIMIDOS, 10 MG	1	PA QL (60/30)
VERZENIO	1	PA NDS QL (60/30)
<i>sulfato de vinblastina</i>	1	B/D PA
<i>vincasar pfs</i>	1	B/D PA
<i>sulfato de vincristina</i>	1	B/D PA
<i>tartrato de vinorelbina inyectable 50 mg/5 ml</i>	1	B/D PA
ZEJULA	1	PA NDS QL (90/30)
ZOLINZA	1	NDS QL (120/30)

Inhibidores de la aromatasa, 3.^{ra} generación

<i>anastrozol</i>	1	QL (30/30)
<i>exemestano</i>	1	QL (60/30)
<i>letrozol</i>	1	QL (30/30)

Inhibidores de enzimas

<i>etopósido inyectable</i>	1	B/D PA
<i>clorhidrato de irinotecán</i>	1	B/D PA
KYPROLIS	1	B/D PA NDS
<i>toposar</i>	1	B/D PA
<i>clorhidrato de topotecán inyectable, 4 mg</i>	1	NDS

Inhibidores de dianas moleculares

AFINITOR DISPERZ, COMPRIMIDOS SOLUBLES, 2 MG, 3 MG	1	PA NDS QL (56/28)
AFINITOR DISPERZ, COMPRIMIDOS SOLUBLES, 5 MG	1	PA NDS QL (112/28)
AFINITOR, COMPRIMIDOS, 2.5 MG, 5 MG, 7.5 MG	1	PA NDS QL (28/28)
AFINITOR, COMPRIMIDOS, 10 MG	1	PA NDS QL (56/28)
ALECENSA	1	PA NDS QL (240/30)
ALIQOPA	1	PA NDS QL (3/28)
ALUNBRIG, COMPRIMIDOS, 180 MG, 90 MG	1	PA NDS QL (30/30)
ALUNBRIG, COMPRIMIDOS, 30 MG	1	PA NDS QL (180/30)
ALUNBRIG, COMPRIMIDOS EN PAQUETE	1	PA NDS QL (60/365)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
BOSULIF, COMPRIMIDOS, 400 MG, 500 MG	1	PA NDS QL (30/30)
BOSULIF, COMPRIMIDOS, 100 MG	1	PA NDS QL (120/30)
CABOMETYX, COMPRIMIDOS, 20 MG, 60 MG	1	PA NDS QL (30/30)
CABOMETYX, COMPRIMIDOS, 40 MG	1	PA NDS QL (60/30)
CALQUENCE	1	PA NDS QL (60/30)
CAPRELSA, COMPRIMIDOS, 300 MG	1	PA NDS QL (30/30)
CAPRELSA, COMPRIMIDOS, 100 MG	1	PA NDS QL (60/30)
COMETRIQ, KIT DE DOSIS DIARIA DE 100 MG	1	PA NDS QL (56/28)
COMETRIQ, KIT DE DOSIS DIARIA DE 60 MG	1	PA NDS QL (84/28)
COMETRIQ, KIT DE DOSIS DIARIA DE 140 MG	1	PA NDS QL (112/28)
COTELLIC	1	PA NDS QL (63/28)
ERIVEDGE	1	PA NDS QL (28/28)
FARYDAK	1	PA NDS QL (6/21)
GILOTRIF	1	PA NDS QL (30/30)
IBRANCE	1	PA NDS QL (21/28)
ICLUSIG, COMPRIMIDOS, 45 MG	1	PA NDS QL (30/30)
ICLUSIG, COMPRIMIDOS, 15 MG	1	PA NDS QL (60/30)
IDHIFA	1	PA NDS QL (30/30)
<i>mesilato de imatinib</i>	1	PA NDS QL (60/30)
IMBRUVICA, CÁPSULAS, 70 MG	1	PA NDS QL (30/30)
IMBRUVICA, CÁPSULAS, 140 MG	1	PA NDS QL (120/30)
IMBRUVICA, COMPRIMIDOS	1	PA NDS QL (30/30)
INLYTA	1	PA NDS QL (120/30)
IRESSA	1	PA NDS QL (30/30)
JAKAFI	1	PA NDS QL (60/30)
LENVIMA, DOSIS DIARIA DE 10 MG	1	PA NDS QL (30/30)

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
LENVIMA, DOSIS DIARIA DE 12 MG	1	PA NDS QL (90/30)
LENVIMA, DOSIS DIARIA DE 14 MG	1	PA NDS QL (60/30)
LENVIMA, DOSIS DIARIA DE 18 MG	1	PA NDS QL (90/30)
LENVIMA, DOSIS DIARIA DE 20 MG	1	PA NDS QL (60/30)
LENVIMA, DOSIS DIARIA DE 24 MG	1	PA NDS QL (90/30)
LENVIMA, DOSIS DIARIA DE 4 MG	1	PA NDS QL (30/30)
LENVIMA, DOSIS DIARIA DE 8 MG	1	PA NDS QL (60/30)
LYNPARZA, CÁPSULAS	1	PA NDS QL (448/28)
MEKINIST, COMPRIMIDOS, 2 MG	1	PA NDS QL (30/30)
MEKINIST, COMPRIMIDOS, 0.5 MG	1	PA NDS QL (90/30)
NEXAVAR	1	PA NDS QL (120/30)
SPRYCEL	1	PA NDS QL (30/30)
STIVARGA	1	PA NDS
SUTENT	1	PA NDS QL (28/28)
TAFINLAR	1	PA NDS QL (120/30)
TAGRISSO	1	PA NDS QL (30/30)
TARCEVA, COMPRIMIDOS, 100 MG, 150 MG	1	PA NDS QL (30/30)
TARCEVA, COMPRIMIDOS, 25 MG	1	PA NDS QL (60/30)
TASIGNA, CÁPSULAS, 150 MG, 200 MG	1	PA NDS QL (112/28)
TASIGNA, CÁPSULAS, 50 MG	1	PA NDS QL (420/30)
<i>temsirolimus</i>	1	B/D PA NDS QL (4/28)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
TIBSOVO	1	PA NDS QL (60/30)
TYKERB	1	PA NDS QL (180/30)
VOTRIENT	1	PA NDS QL (120/30)
XALKORI	1	PA NDS QL (60/30)
ZALTRAP	1	PA NDS QL (40/28)
ZELBORAF	1	PA NDS QL (240/30)
ZYDELIG	1	PA NDS QL (60/30)
ZYKADIA	1	PA NDS QL (140/28)
Anticuerpos monoclonales/conjugados anticuerpo-medicamento		
AVASTIN	1	PA NDS
BAVENCIO	1	PA NDS
BESPOUSA	1	PA NDS
CYRAMZA	1	PA NDS
DARZALEX	1	PA NDS
EMPLICITI	1	PA NDS
ERBITUX	1	PA NDS
GAZYVA	1	PA NDS
HERCEPTIN INYECTABLE, 440 MG	1	PA NDS
HERCEPTIN INYECTABLE, 150 MG	1	B/D PA NDS
IMFINZI	1	PA NDS
KADCYLA	1	PA NDS
KEYTRUDA	1	PA NDS
MYLOTARG	1	PA NDS
OPDIVO	1	PA NDS QL (80/28)
PERJETA	1	PA NDS
POTELIGEO	1	PA NDS
RITUXAN	1	PA NDS
RITUXAN HYCELA	1	PA NDS
TECENTRIQ	1	PA NDS QL (20/21)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

QL = Límites a la cantidad indicados como (cant./días)

PA = Es posible que se requiera Autorización previa

NDS = Medicamento sin suministro extendido

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

ST = Se aplican las reglas de Tratamiento escalonado

B/D = Medicamentos cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare

En la página 9 podrá encontrar más información sobre los símbolos.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
UNITUXIN	1	PA NDS
VECTIBIX	1	PA NDS
YERVOY INYECTABLE, 50 MG/10 ML	1	PA NDS
YERVOY INYECTABLE, 200 MG/40 ML	1	PA NDS QL (80/21)
Retinoides		
<i>bexaroteno</i>	1	NDS
PANRETIN	1	NDS
TARGRETIN GEL	1	NDS QL (60/30)
<i>tretinoína, cápsulas</i>	1	NDS
Antiparasitarios		
Antihelmínticos		
ALBENZA	1	NDS
BILTRICIDE	1	
<i>ivermectina</i>	1	
<i>praziquantel</i>	1	
Antiprotozoarios		
ALINIA, LIBERACIÓN SOSTENIDA	1	NDS QL (150/30)
ALINIA, COMPRIMIDOS	1	NDS QL (20/30)
<i>atovaquona</i>	1	
<i>atovaquona/clorhidrato de proguanil</i>	1	
<i>fosfato de cloroquina</i>	1	
COARTEM	1	QL (24/30)
DARAPRIM	1	NDS QL (90/30)
<i>sulfato de hidroxiclороquina</i>	1	
<i>clorhidrato de mefloquina</i>	1	
NEBUPENT	1	B/D PA QL (6/28)
PENTAM 300	1	
PRIMAQUINE PHOSPHATE	1	
<i>sulfato de quinina</i>	1	QL (42/7)
Pediculicidas/escabicidas		
<i>lindano</i>	1	
<i>malatión</i>	1	
<i>permetrina</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Agentes antiparkinsonianos		
Anticolinérgicos		
<i>mesilato de benzotropina inyectable</i>	1	
<i>mesilato de benzotropina, comprimidos</i>	1	PA
<i>clorhidrato de trihexifenidilo</i>	1	PA
Agentes antiparkinsonianos, otros		
<i>clorhidrato de amantadina</i>	1	
<i>entacapona</i>	1	QL (240/30)
<i>tolcapona</i>	1	NDS
Agonistas de la dopamina		
APOKYN	1	PA NDS QL (60/30)
<i>mesilato de bromocriptina</i>	1	
NEUPRO	1	QL (30/30)
<i>diclorhidrato de pramipexol</i>	1	QL (90/30)
<i>diclorhidrato de pramipexol, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 2.25 mg, 3.75 mg, 3 mg, 4.5 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>diclorhidrato de pramipexol, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 0.375 mg, 0.75 mg, 1.5 mg</i>	1	QL (90/30)
<i>clorhidrato de ropinirol</i>	1	
Precusores de la dopamina/inhibidores de la descarboxilasa de L-aminoácidos		
<i>carbidopa</i>	1	
<i>carbidopa/levodopa</i>	1	
<i>carbidopa/levodopa, liberación prolongada</i>	1	
<i>carbidopa/levodopa, comprimidos orodispersables</i>	1	
<i>carbidopa/levodopa/entacapona</i>	1	
RYTARY	1	ST
Inhibidores de la monoaminoxidasa B (MAO-B)		
<i>mesilato de rasagilina</i>	1	QL (30/30)
<i>clorhidrato de selegilina</i>	1	

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Antipsicóticos		
1.ª generación/típicos		
<i>clorhidrato de clorpromazina inyectable</i>	1	
<i>clorhidrato de clorpromazina, comprimidos</i>	1	
<i>decanoato de flufenazina</i>	1	
<i>clorhidrato de flufenazina concentrado</i>	1	
<i>clorhidrato de flufenazina, elixir</i>	1	
<i>clorhidrato de flufenazina inyectable</i>	1	
<i>clorhidrato de flufenazina, comprimidos</i>	1	
<i>haloperidol concentrado</i>	1	
<i>decanoato de haloperidol</i>	1	
<i>lactato de haloperidol</i>	1	
<i>haloperidol, comprimidos, 10 mg, 20 mg</i>	1	
<i>haloperidol, comprimidos, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	
<i>loxapina</i>	1	
<i>succinato de loxapina</i>	1	
<i>perfenazina</i>	1	
<i>pimozida</i>	1	
<i>edisilato de proclorperazina</i>	1	
<i>maleato de proclorperazina</i>	1	
<i>clorhidrato de tioridazina</i>	1	
<i>tiotixeno</i>	1	
<i>clorhidrato de trifluoperazina</i>	1	
2.ª generación/atípicos		
ABILIFY MANTENA	1	NDS QL (1/28)
<i>aripiprazol, comprimidos orodispersables</i>	1	NDS QL (60/30)
<i>aripiprazol, solución oral</i>	1	QL (900/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>aripiprazol, comprimidos</i>	1	QL (30/30)
ARISTADA INITIO	1	NDS QL (4.8/365)
ARISTADA INYECTABLE, 441 MG/1.6 ML	1	NDS QL (1.6/28)
ARISTADA INYECTABLE, 662 MG/2.4 ML	1	NDS QL (2.4/28)
ARISTADA INYECTABLE, 882 MG/3.2 ML	1	NDS QL (3.2/28)
ARISTADA INYECTABLE, 1064 MG/3.9 ML	1	QL (3.9/56)
FANAPT, COMPRIMIDOS, 10 MG, 12 MG, 6 MG, 8 MG	1	NDS QL (60/30) ST
FANAPT, COMPRIMIDOS, 1 MG, 2 MG, 4 MG	1	QL (60/30) ST
FANAPT, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS	1	QL (16/365) ST
GEODON INYECTABLE	1	QL (6/30)
INVEGA SUSTENNA INYECTABLE, 39 MG/0.25 ML	1	QL (0.25/28)
INVEGA SUSTENNA INYECTABLE, 78 MG/0.5 ML	1	NDS QL (0.5/28)
INVEGA SUSTENNA INYECTABLE, 117 MG/0.75 ML	1	NDS QL (0.75/28)
INVEGA SUSTENNA INYECTABLE, 156 MG/ML	1	NDS QL (1/28)
INVEGA SUSTENNA INYECTABLE, 234 MG/1.5 ML	1	NDS QL (1.5/28)
INVEGA TRINZA INYECTABLE, 273 MG/0.875 ML	1	QL (0.88/90)
INVEGA TRINZA INYECTABLE, 410 MG/1.315 ML	1	QL (1.32/90)
INVEGA TRINZA INYECTABLE, 546 MG/1.75 ML	1	QL (1.75/90)
INVEGA TRINZA INYECTABLE, 819 MG/2.625 ML	1	QL (2.63/90)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

QL = Límites a la cantidad indicados como (cant./días)

PA = Es posible que se requiera Autorización previa

NDS = Medicamento sin suministro extendido

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

ST = Se aplican las reglas de Tratamiento escalonado

B/D = Medicamentos cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare

En la página 9 podrá encontrar más información sobre los símbolos.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
LATUDA, COMPRIMIDOS, 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG	1	NDS QL (30/30)
LATUDA, COMPRIMIDOS, 80 MG	1	NDS QL (60/30)
NUPLAZID, CÁPSULAS	1	PA NDS QL (30/30)
NUPLAZID, COMPRIMIDOS, 10 MG	1	PA NDS QL (30/30)
NUPLAZID, COMPRIMIDOS, 17 MG	1	PA NDS QL (60/30)
<i>olanzapina inyectable</i>	1	QL (30/30)
<i>olanzapina, comprimidos orodispersables</i>	1	QL (30/30)
<i>olanzapina, comprimidos</i>	1	QL (30/30)
<i>paliperidona, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 1.5 mg, 3 mg</i>	1	QL (30/30) ST
<i>paliperidona, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 6 mg</i>	1	QL (60/30) ST
<i>paliperidona, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 9 mg</i>	1	NDS QL (30/30) ST
<i>fumarato de quetiapina</i>	1	QL (60/30)
<i>fumarato de quetiapina, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 150 mg, 200 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>fumarato de quetiapina, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	1	QL (60/30)
REXULTI	1	NDS QL (30/30)
RISPERDAL CONSTA INYECTABLE, 50 MG	1	NDS QL (2/28)
RISPERDAL CONSTA INYECTABLE, 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG	1	QL (2/28)
<i>risperidona m-tab</i>	1	QL (60/30)
<i>risperidona, comprimidos orodispersables, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>risperidona, comprimidos orodispersables, 4 mg</i>	1	QL (120/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>risperidona, solución oral</i>	1	QL (240/30)
<i>risperidona, comprimidos, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>risperidona, comprimidos, 4 mg</i>	1	QL (120/30)
SAPHRIS	1	QL (60/30)
VRAYLAR, CÁPSULAS	1	NDS QL (30/30) ST
VRAYLAR CPPK	1	QL (14/365) ST
<i>clorhidrato de ziprasidona</i>	1	QL (60/30)
ZYPREXA RELPREVV INYECTABLE, 405 MG	1	NDS QL (1/28)
ZYPREXA RELPREVV INYECTABLE, 300 MG	1	NDS QL (2/28)
ZYPREXA RELPREVV INYECTABLE, 210 MG	1	QL (2/28)
Resistentes a los tratamientos		
<i>clozapina, comprimidos orodispersables, 200 mg</i>	1	NDS QL (120/30)
<i>clozapina, comprimidos orodispersables, 12.5 mg, 25 mg</i>	1	
<i>clozapina, comprimidos orodispersables, 150 mg</i>	1	QL (180/30)
<i>clozapina, comprimidos orodispersables, 100 mg</i>	1	QL (270/30)
<i>clozapina, comprimidos, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>clozapina, comprimidos, 200 mg</i>	1	QL (120/30)
<i>clozapina, comprimidos, 100 mg</i>	1	QL (270/30)
VERSACLOZ	1	QL (540/30)
Agentes antiespásticos		
Agentes antiespásticos		
<i>baclofen, comprimidos, 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>baclofen, comprimidos, 20 mg</i>	1	
<i>dantroleno sódico</i>	1	
<i>clorhidrato de tizanidina, cápsulas</i>	1	
<i>clorhidrato de tizanidina, comprimidos</i>	1	

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Antivíricos		
Agentes anti citomegalovirus (CMV)		
<i>cidofovir</i>	1	NDS
<i>ganciclovir inyectable, 500 mg, 500 mg/10 ml</i>	1	B/D PA
<i>valganciclovir</i>	1	NDS
<i>clorhidrato de valganciclovir</i>	1	NDS
ZIRGAN	1	
Agentes anti hepatitis B (HBV)		
<i>adefovir dipivoxil</i>	1	NDS QL (30/30)
BARACLUDE, SOLUCIÓN ORAL	1	QL (630/30)
<i>entecavir</i>	1	QL (30/30)
EPIVIR HBV, SOLUCIÓN ORAL	1	
INTRON A INYECTABLE, 10 MU, 10 MU/ML, 18 MU, 50 MU	1	NDS
INTRON A INYECTABLE, 6000000 UNIDADES/ML	1	
<i>lamivudina, comprimidos, 100 mg</i>	1	
Agentes anti hepatitis C (HCV), agentes de acción directa		
EPCLUSA	1	PA NDS QL (28/28)
HARVONI	1	PA NDS QL (28/28)
VOSEVI	1	PA NDS QL (30/30)
Agentes anti hepatitis C (HCV), otros		
PEGASYS INYECTABLE, 180 MCG/0.5 ML	1	PA NDS QL (2/28)
PEGASYS INYECTABLE, 180 MCG/ML	1	PA NDS QL (4/28)
PEGASYS PROCLICK	1	PA NDS QL (2/28)
<i>ribavirina, cápsulas</i>	1	QL (168/28)
<i>ribavirina, comprimidos</i>	1	QL (168/28)
Agentes anti VIH, inhibidores de la integrasa (INSTI)		
BIKTARVY	1	NDS QL (30/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
GENVOYA	1	NDS QL (30/30)
ISENTRESS, COMP. MASTICABLES, 100 MG	1	NDS QL (180/30)
ISENTRESS, COMP. MASTICABLES, 25 MG	1	QL (180/30)
ISENTRESS, DE DOSIS ALTA	1	NDS QL (60/30)
ISENTRESS, PAQUETE	1	NDS QL (180/30)
ISENTRESS, COMPRIMIDOS	1	NDS QL (60/30)
JULUCA	1	NDS QL (30/30)
TIVICAY, COMPRIMIDOS, 25 MG, 50 MG	1	NDS QL (60/30)
TIVICAY, COMPRIMIDOS, 10 MG	1	QL (60/30)
Agentes anti VIH, inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa (NNRTI)		
COMPLERA	1	NDS QL (30/30)
EDURANT	1	NDS QL (30/30)
<i>efavirenz, cápsulas, 200 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>efavirenz, cápsulas, 50 mg</i>	1	QL (90/30)
<i>efavirenz, comprimidos</i>	1	NDS QL (30/30)
INTELENCE, COMPRIMIDOS, 100 MG, 200 MG	1	NDS QL (60/30)
INTELENCE, COMPRIMIDOS, 25 MG	1	QL (120/30)
<i>nevirapina, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 400 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>nevirapina, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 100 mg</i>	1	QL (90/30)
<i>nevirapina, comprimidos</i>	1	QL (60/30)
ODEFSEY	1	NDS QL (30/30)
RESCRIPTOR, COMPRIMIDOS, 200 MG	1	QL (180/30)
RESCRIPTOR, COMPRIMIDOS, 100 MG	1	QL (270/30)
STRIBILD	1	NDS QL (30/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

QL = Límites a la cantidad indicados como (cant./días)

PA = Es posible que se requiera Autorización previa

NDS = Medicamento sin suministro extendido

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

ST = Se aplican las reglas de Tratamiento escalonado

B/D = Medicamentos cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare

En la página 9 podrá encontrar más información sobre los símbolos.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
SYMFI	1	NDS QL (30/30)
SYMFI LO	1	NDS QL (30/30)
VIRAMUNE, SUSPENSIÓN	1	QL (1200/30)
Agentes anti VIH, inhibidores nucleósidos y nucleótidos de la transcriptasa inversa (NRTI)		
<i>abacavir, solución oral</i>	1	QL (960/30)
<i>sulfato de abacavir/lamivudina/zidovudina</i>	1	NDS QL (60/30)
<i>abacavir, comprimidos</i>	1	QL (60/30)
<i>abacavir/lamivudina</i>	1	NDS QL (30/30)
CIMDUO	1	NDS QL (30/30)
DESCOVY	1	NDS QL (30/30)
<i>didanosina</i>	1	QL (30/30)
EMTRIVA, CÁPSULAS	1	QL (30/30)
EMTRIVA, SOLUCIÓN ORAL	1	QL (680/28)
<i>lamivudina, solución oral</i>	1	QL (900/30)
<i>lamivudina, comprimidos, 300 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>lamivudina, comprimidos, 150 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>lamivudina/zidovudina</i>	1	QL (60/30)
RETROVIR, INFUSIÓN IV	1	
<i>estavudina</i>	1	QL (60/30)
<i>fumarato de disoproxilo de tenofovir</i>	1	NDS QL (30/30)
TRIUMEQ	1	NDS QL (30/30)
TRUVADA	1	NDS QL (30/30)
VIDEX, CÁPSULAS DE LIBERACIÓN RETARDADA CON RECUBRIMIENTO ENTÉRICO, 125 MG	1	
VIDEX PEDIÁTRICO	1	QL (1200/30)
VIREAD, POLVO	1	NDS QL (240/30)
VIREAD, COMPRIMIDOS, 150 MG, 200 MG, 250 MG	1	NDS QL (30/30)
ZERIT, SOLUCIÓN ORAL	1	QL (2400/30)
<i>zidovudina, cápsulas</i>	1	QL (180/30)
<i>zidovudina, jarabe</i>	1	QL (1680/28)
<i>zidovudina, comprimidos</i>	1	QL (60/30)
Agentes anti VIH, otros		
ATRIPLA	1	NDS QL (30/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
FUZEON	1	NDS QL (60/30)
SELZENTRY, SOLUCIÓN ORAL	1	NDS QL (1610/26)
SELZENTRY, COMPRIMIDOS, 150 MG, 75 MG	1	NDS QL (60/30)
SELZENTRY, COMPRIMIDOS, 300 MG	1	NDS QL (120/30)
SELZENTRY, COMPRIMIDOS, 25 MG	1	QL (240/30)
TROGARZO	1	B/D PA NDS
TYBOST	1	QL (30/30)
Agentes anti VIH, inhibidores de la proteasa		
APTIVUS, CÁPSULAS	1	NDS QL (120/30)
APTIVUS, SOLUCIÓN ORAL	1	NDS QL (285/28)
<i>atazanavir, cápsulas, 300 mg</i>	1	NDS QL (30/30)
<i>atazanavir, cápsulas, 200 mg</i>	1	NDS QL (60/30)
<i>sulfato de atazanavir, cápsulas, 300 mg</i>	1	NDS QL (30/30)
<i>sulfato de atazanavir, cápsulas, 200 mg</i>	1	NDS QL (60/30)
<i>sulfato de atazanavir, cápsulas, 150 mg</i>	1	QL (30/30)
CRIXIVAN, CÁPSULAS, 400 MG	1	QL (180/30)
CRIXIVAN, CÁPSULAS, 200 MG	1	QL (270/30)
EVOTAZ	1	NDS QL (30/30)
<i>fosamprenavir cálcico</i>	1	NDS QL (120/30)
INVIRASE, CÁPSULAS	1	NDS QL (300/30)
INVIRASE, COMPRIMIDOS	1	NDS QL (120/30)
KALETRA, COMPRIMIDOS, 200 MG; 50 MG	1	NDS QL (120/30)
KALETRA, COMPRIMIDOS, 100 MG; 25 MG	1	QL (300/30)
LEXIVA, SUSPENSIÓN	1	QL (1575/28)
<i>lopinavir/ritonavir</i>	1	QL (480/30)
NORVIR, CÁPSULAS	1	QL (360/30)
NORVIR, SOLUCIÓN ORAL	1	QL (480/30)
NORVIR, PAQUETE	1	QL (360/30)
NORVIR, COMPRIMIDOS	1	QL (360/30)
PREZCOBIX	1	NDS QL (30/30)
PREZISTA, SUSPENSIÓN	1	NDS QL (400/30)

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
PREZISTA, COMPRIMIDOS, 800 MG	1	NDS QL (30/30)
PREZISTA, COMPRIMIDOS, 600 MG	1	NDS QL (60/30)
PREZISTA, COMPRIMIDOS, 150 MG	1	QL (180/30)
PREZISTA, COMPRIMIDOS, 75 MG	1	QL (210/30)
REYATAZ, PAQUETE	1	NDS QL (180/30)
<i>ritonavir</i>	1	QL (360/30)
SYMTUZA	1	NDS QL (30/30)
VIRACEPT, COMPRIMIDOS, 625 MG	1	NDS QL (120/30)
VIRACEPT, COMPRIMIDOS, 250 MG	1	NDS QL (270/30)
Agentes antigripales		
<i>fosfato de oseltamivir</i>	1	
<i>clorhidrato de rimantadina</i>	1	
Agentes antiherpéticos		
<i>aciclovir, cápsulas</i>	1	
<i>aciclovir, pomada</i>	1	QL (30/30)
<i>aciclovir sódico</i>	1	B/D PA
<i>aciclovir, suspensión</i>	1	
<i>aciclovir, comprimidos</i>	1	
DENAVIR	1	NDS QL (5/30)
<i>famciclovir</i>	1	QL (60/30)
<i>trifluridina</i>	1	
<i>clorhidrato de valaciclovir, comprimidos, 1 g</i>	1	QL (30/30)
<i>clorhidrato de valaciclovir</i>	1	QL (30/30)
ZOVIRAX, CREMA	1	QL (5/30)
Ansiolíticos		
Ansiolíticos, otros		
<i>clorhidrato de buspirona, comprimidos, 10 mg, 5 mg</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>clorhidrato de buspirona, comprimidos, 15 mg, 30 mg, 7.5 mg</i>	1	
<i>clorhidrato de doxepina</i>	1	PA
Benzodiazepinas		
<i>alprazolam, comprimidos orodispersables, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	1	QL (90/30)
<i>alprazolam, comprimidos orodispersables, 2 mg</i>	1	QL (150/30)
<i>alprazolam, comprimidos, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	1	QL (90/30)
<i>alprazolam, comprimidos, 2 mg</i>	1	QL (150/30)
<i>clorazepato dipotásico, 3.75 mg, 7.5 mg</i>	1	QL (90/30)
<i>clorazepato dipotásico, comprimidos, 15 mg</i>	1	QL (180/30)
<i>diazepam inyectable, 5 mg/ml</i>	1	
<i>diazepam, solución oral</i>	1	QL (1200/30)
<i>diazepam, comprimidos</i>	1	QL (120/30)
<i>lorazepam concentrado</i>	1	QL (150/30)
<i>lorazepam inyectable, 2 mg/ml, 4 mg/ml</i>	1	
<i>lorazepam, intensol</i>	1	QL (150/30)
<i>lorazepam, comprimidos, 0.5 mg, 1 mg</i>	1	QL (90/30)
<i>lorazepam, comprimidos, 2 mg</i>	1	QL (150/30)
<i>oxazepam</i>	1	QL (120/30)
Agentes para el trastorno bipolar		
Estabilizadores del estado de ánimo		
<i>carbonato de litio, cápsulas, 300 mg</i>	1	
<i>carbonato de litio, cápsulas, 150 mg, 600 mg</i>	1	
<i>carbonato de litio, liberación prolongada</i>	1	
<i>carbonato de litio, comprimidos</i>	1	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

QL = Límites a la cantidad indicados como (cant./días)

PA = Es posible que se requiera Autorización previa

NDS = Medicamento sin suministro extendido

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

ST = Se aplican las reglas de Tratamiento escalonado

B/D = Medicamentos cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare

En la página 9 podrá encontrar más información sobre los símbolos.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Reguladores de la glucosa en sangre		
Agentes antidiabéticos		
<i>acarbosea</i>	1	QL (90/30)
BYDUREON	1	QL (4/28)
BYDUREON BCISE	1	QL (4/28)
BYDUREON, LAPICERA	1	QL (4/28)
CYCLOSET	1	QL (180/30)
FARXIGA	1	QL (30/30)
<i>glimepirida, comprimidos, 4 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>glimepirida, comprimidos, 2 mg</i>	1	QL (120/30)
<i>glimepirida, comprimidos, 1 mg</i>	1	QL (240/30)
<i>glipizida, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 10 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>glipizida, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 5 mg</i>	1	QL (120/30)
<i>glipizida, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 2.5 mg</i>	1	QL (240/30)
<i>glipizida, comprimidos, 5 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>glipizida, comprimidos, 10 mg</i>	1	QL (120/30)
<i>glipizida, comprimidos de liberación prolongada (xl) x 24 h, 10 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>glipizida, comprimidos de liberación prolongada (xl) x 24 h, 5 mg</i>	1	QL (120/30)
<i>glipizida, comprimidos de liberación prolongada (xl) x 24 h, 2.5 mg</i>	1	QL (240/30)
<i>glipizida/clorhidrato de metformina, comprimidos, 2.5 mg; 500 mg, 5 mg; 500 mg</i>	1	QL (120/30)
<i>glipizida/clorhidrato de metformina, comprimidos, 2.5 mg; 250 mg</i>	1	QL (240/30)
GLYXAMBI	1	QL (30/30)
INVOKAMET	1	QL (60/30)
INVOKAMET, LIBERACIÓN PROLONGADA	1	QL (60/30)
INVOKANA	1	QL (30/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
JANUMET	1	QL (60/30)
JANUMET, COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA X 24 H, 1000 MG; 100 MG, 500 MG; 50 MG	1	QL (30/30)
JANUMET, COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA X 24 H, 1000 MG, 50 MG	1	QL (60/30)
JANUVIA	1	QL (30/30)
JARDIANCE	1	QL (30/30)
JENTADUETO	1	QL (60/30)
JENTADUETO, COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA X 24 H, 5 MG, 1000 MG	1	QL (30/30)
JENTADUETO, COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA X 24 H, 2.5 MG, 1000 MG	1	QL (60/30)
<i>clorhidrato de metformina, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 750 mg (genérico de Glucophage XR)</i>	1	QL (60/30)
<i>clorhidrato de metformina, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 500 mg (genérico de Glucophage XR)</i>	1	QL (120/30)
<i>clorhidrato de metformina, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 1000 mg, 500 mg (genérico de Fortamet)</i>	1	QL (60/30)
<i>clorhidrato de metformina, comprimidos, 1000 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>clorhidrato de metformina, comprimidos, 850 mg</i>	1	QL (90/30)
<i>clorhidrato de metformina, solución oral</i>	1	QL (750/30)
<i>clorhidrato de metformina, comprimidos, 500 mg</i>	1	QL (150/30)
<i>miglitol</i>	1	QL (90/30)
<i>nateglinida</i>	1	QL (90/30)
OZEMPIC	1	QL (3/28)
<i>clorhidrato de pioglitazona</i>	1	QL (30/30)
<i>clorhidrato de pioglitazona/ clorhidrato de metformina</i>	1	QL (90/30)

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>repaglinida, comprimidos, 0.5 mg, 1 mg</i>	1	QL (120/30)
<i>repaglinida, comprimidos, 2 mg</i>	1	QL (240/30)
RIOMET	1	QL (750/30)
SYMLINPEN 120	1	PA NDS QL (10.8/28)
SYMLINPEN 60	1	PA NDS QL (6/30)
SYNJARDY	1	QL (60/30)
SYNJARDY, COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA X 24 H, 10 MG; 1000 MG, 25 MG; 1000 MG	1	QL (30/30)
SYNJARDY, COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA X 24 H, 12.5 MG; 1000 MG, 5 MG; 1000 MG	1	QL (60/30)
TRADJENTA	1	QL (30/30)
TRULICITY	1	QL (2/28)
VICTOZA	1	QL (9/30)
XIGDUO, COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA X 24 H, 10 MG; 1000 MG, 10 MG; 500 MG, 2.5 MG; 1000 MG, 5 MG; 500 MG	1	QL (30/30)
XIGDUO, COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA X 24 H, 5 MG; 1000 MG	1	QL (60/30)
Agentes glucémicos		
GLUCAGEN HYPOKIT	1	QL (4/30)
GLUCAGON, KIT DE EMERGENCIA	1	QL (4/30)
PROGLYCEM	1	
Insulinas		
HUMALOG	1	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	1	
HUMALOG KWIKPEN	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
HUMALOG MIX 50/50	1	
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	1	
HUMALOG MIX 75/25	1	
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	1	
HUMULIN 70/30	1	
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	1	
HUMULIN N	1	
HUMULIN N KWIKPEN	1	
HUMULIN R	1	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRADO)	1	
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	1	
LANTUS	1	
LANTUS SOLOSTAR	1	
LEVEMIR	1	
LEVEMIR FLEXTOUCH	1	
SOLIQUA 100/33	1	QL (18/30) ST
TOUJEO MAX SOLOSTAR	1	
TOUJEO SOLOSTAR	1	
TRESIBA FLEXTOUCH	1	
XULTOPHY 100/3.6	1	QL (15/30) ST

Derivados hematológicos/modificadores/aumentadores de volumen

Anticoagulantes

COUMADIN	1	
ELIQUIS, PAQUETE INICIAL	1	QL (74/30)
ELIQUIS, COMPRIMIDOS, 2.5 MG	1	QL (60/30)
ELIQUIS, COMPRIMIDOS, 5 MG	1	QL (74/30)
<i>enoxaparina sódica inyectable, 30 mg/0.3 ml</i>	1	QL (9/90)
<i>enoxaparina sódica inyectable, 40 mg/0.4 ml</i>	1	QL (12/90)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

QL = Límites a la cantidad indicados como (cant./días)

PA = Es posible que se requiera Autorización previa

NDS = Medicamento sin suministro extendido

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

ST = Se aplican las reglas de Tratamiento escalonado

B/D = Medicamentos cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare

En la página 9 podrá encontrar más información sobre los símbolos.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>enoxaparina sódica inyectable, 60 mg/0.6 ml</i>	1	QL (18/90)
<i>enoxaparina sódica inyectable, 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml</i>	1	QL (24/90)
<i>enoxaparina sódica inyectable, 100 mg/ml, 150 mg/ml, 300 mg/3 ml</i>	1	QL (30/90)
<i>fondaparinux sódico inyectable, 5 mg/0.4 ml</i>	1	NDS QL (12/90)
<i>fondaparinux sódico inyectable, 7.5 mg/0.6ml</i>	1	NDS QL (18/90)
<i>fondaparinux sódico inyectable, 10 mg/0.8 ml</i>	1	NDS QL (24/90)
<i>fondaparinux sódico inyectable, 2.5 mg/0.5 ml</i>	1	QL (15/90)
<i>heparina sódica inyectable, 5000 unidades/0.5 ml</i>	1	
<i>heparina sódica inyectable, 10000 unidades/ml, 1000 unidades/ml, 20000 unidades/ml, 5000 unidades/ml</i>	1	
<i>heparina sódica/d5w</i>	1	
<i>heparina sódica/dextrosa</i>	1	
<i>heparina sódica/nacl al 0.45%, inyectable, 50 unidades/ml; 0.45%</i>	1	
<i>heparina sódica/nacl al 0.9%</i>	1	
<i>heparina sódica/cloruro de sodio al 0.9%</i>	1	
<i>heparina sódica/cloruro de sodio, premezcla al 0.9%</i>	1	
<i>jantoven</i>	1	
PRADAXA	1	QL (60/30)
<i>warfarina sódica</i>	1	
XARELTO, PAQUETE INICIAL	1	QL (102/365)
XARELTO, COMPRIMIDOS, 10 MG, 20 MG	1	QL (30/30)
XARELTO, COMPRIMIDOS, 15 MG	1	QL (60/30)
Modificadores de la formación de la sangre		
<i>clorhidrato de anagrelida</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ARANESP SIN ALBÚMINA INYECTABLE, 600 MCG/0.3 ML	1	PA QL (1.2/28)
ARANESP SIN ALBÚMINA INYECTABLE, 10 MCG/0.4 ML, 40 MCG/0.4 ML	1	PA QL (1.6/28)
ARANESP SIN ALBÚMINA INYECTABLE, 25 MCG/0.42 ML	1	PA QL (1.68/28)
ARANESP SIN ALBÚMINA INYECTABLE, 25 MCG/ML, 40 MCG/ML	1	PA QL (4/28)
ARANESP SIN ALBÚMINA INYECTABLE, 500 MCG/ML	1	PA NDS QL (1/21)
ARANESP SIN ALBÚMINA INYECTABLE, 150 MCG/0.3 ML	1	PA NDS QL (1.2/28)
ARANESP SIN ALBÚMINA INYECTABLE, 200 MCG/0.4 ML	1	PA NDS QL (1.6/28)
ARANESP SIN ALBÚMINA INYECTABLE, 100 MCG/0.5 ML	1	PA NDS QL (2/28)
ARANESP SIN ALBÚMINA INYECTABLE, 300 MCG/0.6 ML	1	PA NDS QL (2.4/28)
ARANESP SIN ALBÚMINA INYECTABLE, 100 MCG/ML, 200 MCG/ML, 300 MCG/ML, 60 MCG/ML	1	PA NDS QL (4/28)
LEUKINE INYECTABLE 250 MCG	1	PA NDS
MOZOBIL	1	NDS QL (9.6/30)
PROCRIT INYECTABLE, 40000 UNIDADES/ML	1	PA NDS QL (6/28)
PROCRIT INYECTABLE, 20000 UNIDADES/ML	1	PA NDS QL (12/28)
PROCRIT INYECTABLE, 10000 UNIDADES/ML, 2000 UNIDADES/ML, 3000 UNIDADES/ML, 4000 UNIDADES/ML	1	PA QL (12/28)
PROMACTA	1	PA NDS QL (30/30)
ZARXIO	1	PA NDS

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Agentes hemostáticos		
RETACRIT INYECTABLE, 10000 UNIDADES/ML, 2000 UNIDADES/ML, 3000 UNIDADES/ML, 4000 UNIDADES/ML	1	PA QL (12/28)
RETACRIT INYECTABLE, 40000 UNIDADES/ML	1	PA NDS QL (6/28)
ácido tranexámico inyectable	1	
ácido tranexámico, comprimidos	1	QL (30/28)
Agentes modificadores de plaquetas		
aspirina/dipiridamol	1	QL (60/30)
BRILINTA	1	QL (60/30)
cilostazol	1	
clopidogrel, comprimidos, 300 mg	1	QL (2/365)
clopidogrel, comprimidos, 75 mg	1	QL (30/30)
prasugrel	1	QL (30/30)
Agentes cardiovasculares		
Agonistas adrenérgicos alfa		
clorhidrato de clonidina, parche semanal, 0.1 mg/24 h, 0.2 mg/24 h	1	QL (4/28)
clorhidrato de clonidina, parche semanal, 0.3 mg/24 h	1	QL (8/28)
clorhidrato de clonidina, comprimidos, 0.3 mg	1	
clorhidrato de clonidina, comprimidos, 0.1 mg, 0.2 mg	1	
clorhidrato de midodrina	1	
Agentes bloqueadores adrenérgicos alfa		
mesilato de doxazosina, comprimidos, 1 mg, 2 mg, 4 mg	1	QL (30/30)
mesilato de doxazosina, comprimidos, 8 mg	1	QL (60/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
clorhidrato de fenoxibenzamina	1	NDS
clorhidrato de prazosina	1	
clorhidrato de terazosina, cápsulas, 1 mg, 2 mg, 5 mg	1	
clorhidrato de terazosina, cápsulas, 10 mg	1	QL (60/30)
Antagonistas de los receptores de angiotensina II		
candesartán cilexetilo	1	QL (30/30)
candesartán cilexetilo/hidroclorotiazida	1	QL (30/30)
EDARBI	1	QL (30/30) ST
EDARBYCLOR	1	ST
ENTRESTO	1	QL (60/30)
irbesartán	1	QL (30/30)
irbesartán/hidroclorotiazida	1	QL (30/30)
losartán potásico, comprimidos, 100 mg	1	QL (30/30)
losartán potásico, comprimidos, 25 mg, 50 mg	1	QL (60/30)
losartán potásico/hidroclorotiazida, comprimidos, 12.5 mg; 100 mg, 25 mg; 100 mg	1	QL (30/30)
losartán potásico/hidroclorotiazida, comprimidos, 12.5 mg; 50 mg	1	QL (60/30)
olmesartán medoxomilo	1	QL (30/30)
olmesartán medoxomilo/hidroclorotiazida	1	QL (30/30)
telmisartán	1	QL (30/30)
telmisartán/amlodipina	1	QL (30/30)
telmisartán/hidroclorotiazida	1	QL (30/30)
valsartán	1	QL (30/30)
valsartán/hidroclorotiazida	1	QL (30/30)
Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ACE)		
clorhidrato de benazepril	1	QL (60/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

QL = Límites a la cantidad indicados como (cant./días)

PA = Es posible que se requiera Autorización previa

NDS = Medicamento sin suministro extendido

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

ST = Se aplican las reglas de Tratamiento escalonado

B/D = Medicamentos cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare

En la página 9 podrá encontrar más información sobre los símbolos.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>clorhidrato de benazepril/hidroclorotiazida, comprimidos, 10 mg; 12.5 mg, 20 mg; 25 mg, 5 mg; 6.25 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>clorhidrato de benazepril/hidroclorotiazida, comprimidos, 20 mg; 12.5 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>maleato de enalapril</i>	1	QL (60/30)
<i>maleato de enalapril/hidroclorotiazida</i>	1	
<i>fosinopril sódico</i>	1	QL (60/30)
<i>fosinopril sódico/hidroclorotiazida</i>	1	QL (120/30)
<i>lisinopril</i>	1	QL (60/30)
<i>lisinopril/hidroclorotiazida, comprimidos, 12.5 mg; 10 mg, 25 mg; 20 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>lisinopril/hidroclorotiazida, comprimidos, 12.5 mg; 20 mg</i>	1	QL (120/30)
<i>clorhidrato de moexipril</i>	1	
<i>moexipril/hidroclorotiazida</i>	1	
<i>perindopril erbumina</i>	1	QL (60/30)
<i>clorhidrato de quinapril</i>	1	QL (60/30)
<i>quinapril/hidroclorotiazida, comprimidos, 12.5 mg; 10 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>quinapril/hidroclorotiazida, comprimidos, 12.5 mg; 20 mg, 25 mg; 20 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>ramipril</i>	1	QL (60/30)
<i>trandolapril, comprimidos, 1 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>trandolapril, comprimidos, 2 mg, 4 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>trandolapril/clorhidrato de verapamilo, comprimidos de liberación prolongada y controlada, 1 mg; 240 mg, 2 mg; 180 mg, 2 mg; 240 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>trandolapril/clorhidrato de verapamilo, comprimidos de liberación prolongada y controlada, 4 mg, 240 mg</i>	1	QL (60/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Antiarrítmicos		
<i>clorhidrato de amiodarona inyectable, 50 mg/ml, 900 mg/18 ml</i>	1	
<i>clorhidrato de amiodarona, comprimidos</i>	1	
<i>clorhidrato de amiodarona inyectable</i>	1	
<i>dofetilide</i>	1	QL (60/30)
<i>acetato de flecainida</i>	1	
<i>clorhidrato de lidocaína inyectable</i>	1	
<i>clorhidrato de mexiletina</i>	1	
<i>MULTAQ</i>	1	QL (60/30)
<i>pacrona</i>	1	
<i>clorhidrato de propafenona</i>	1	
<i>clorhidrato de propafenona, cápsulas de liberación prolongada x 12 h, 225 mg, 325 mg</i>	1	
<i>clorhidrato de propafenona, cápsulas de liberación prolongada x 12 h, 425 mg</i>	1	
<i>sulfato de quinidina</i>	1	
<i>sorina</i>	1	
<i>clorhidrato de sotalol</i>	1	
<i>clorhidrato de sotalol (af)</i>	1	
<i>clorhidrato de sotalol af</i>	1	
<i>clorhidrato de sotalol (af), comprimidos, 80 mg</i>	1	
<i>clorhidrato de sotalol af, comprimidos, 160 mg</i>	1	
<i>clorhidrato de sotalol, comprimidos, 120 mg</i>	1	
Agentes bloqueadores adrenérgicos beta		
<i>clorhidrato de acebutolol</i>	1	
<i>atenolol</i>	1	
<i>atenolol/clortalidona</i>	1	
<i>clorhidrato de betaxolol, comprimidos</i>	1	
<i>fumarato de bisoprolol</i>	1	
<i>fumarato de bisoprolol/hidroclorotiazida</i>	1	

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
BYSTOLIC, COMPRIMIDOS, 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	1	QL (30/30)
BYSTOLIC, COMPRIMIDOS, 20 MG	1	QL (60/30)
<i>carvedilol</i>	1	
<i>fosfato de carvedilol</i>	1	QL (30/30)
<i>clorhidrato de labetalol inyectable</i>	1	
<i>clorhidrato de labetalol, comprimidos</i>	1	
<i>succinato de metoprolol, liberación prolongada</i>	1	QL (60/30)
<i>tartrato de metoprolol inyectable</i>	1	
<i>tartrato de metoprolol, comprimidos</i>	1	
<i>metoprolol/hidroclorotiazida</i>	1	
<i>nadolol</i>	1	
<i>nadolol/bendroflumetiazida</i>	1	
<i>pindolol</i>	1	
<i>clorhidrato de propranolol, liberación prolongada</i>	1	
<i>clorhidrato de propranolol inyectable</i>	1	
<i>clorhidrato de propranolol, solución oral</i>	1	
<i>clorhidrato de propranolol, comprimidos</i>	1	
<i>clorhidrato de propranolol, comprimidos, 60 mg</i>	1	
<i>propranolol/hidroclorotiazida</i>	1	
<i>maleato de timolol, comprimidos</i>	1	
Agentes bloqueadores de los canales de calcio		
<i>afeditab, liberación controlada</i>	1	QL (60/30)
<i>besilato de amlodipina, comprimidos, 10 mg</i>	1	QL (30/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>besilato de amlodipina, comprimidos, 5 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>besilato de amlodipina, comprimidos, 2.5 mg</i>	1	QL (120/30)
<i>besilato de amlodipina/clorhidrato de benazepril, cápsulas, 10 mg; 20 mg, 10 mg; 40 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>besilato de amlodipina/clorhidrato de benazepril, cápsulas, 2.5 mg; 10 mg, 5 mg; 10 mg, 5 mg; 20 mg, 5 mg; 40 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>besilato de amlodipina/valsartán</i>	1	QL (30/30)
<i>amlodipina/valsartán/hctz</i>	1	QL (30/30)
<i>cartia xt</i>	1	
<i>dilt-xr</i>	1	
<i>diltiazem, cápsulas de administración controlada x 24 h, 180 mg</i>	1	
<i>clorhidrato de diltiazem, cápsulas de liberación prolongada x 12 h</i>	1	
<i>clorhidrato de diltiazem, cápsulas de liberación prolongada x 24 h, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 420 mg</i>	1	
<i>clorhidrato de diltiazem, comprimidos de liberación prolongada x 24 h</i>	1	
<i>clorhidrato de diltiazem inyectable</i>	1	
<i>clorhidrato de diltiazem, comprimidos</i>	1	
<i>felodipina, liberación prolongada</i>	1	QL (60/30)
<i>isradipina</i>	1	
<i>matzim la</i>	1	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

QL = Límites a la cantidad indicados como (cant./días)

PA = Es posible que se requiera Autorización previa

NDS = Medicamento sin suministro extendido

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

ST = Se aplican las reglas de Tratamiento escalonado

B/D = Medicamentos cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare

En la página 9 podrá encontrar más información sobre los símbolos.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
clorhidrato de nicardipina, cápsulas	1	
clorhidrato de nicardipina inyectable	1	
nifedipina, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 90 mg	1	QL (30/30)
nifedipina, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 30 mg, 60 mg	1	QL (60/30)
nimodipina	1	
nisoldipina, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 20 mg, 30 mg, 40 mg	1	
nisoldipina, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 17 mg, 25.5 mg, 34 mg, 8.5 mg	1	QL (30/30)
taztia, cápsulas de liberación prolongada x 24 h, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg	1	
clorhidrato de verapamilo, cápsulas de liberación prolongada x 24 h, 100 mg, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg	1	QL (30/30)
clorhidrato de verapamilo, cápsulas de liberación prolongada x 24 h, 200 mg	1	QL (60/30)
clorhidrato de verapamilo, comprimidos de liberación prolongada y controlada	1	
clorhidrato de verapamilo inyectable	1	
VERAPAMIL HCL SR, CÁPSULAS DE LIBERACIÓN SOSTENIDA X 24 H, 360 MG	1	QL (30/30)
clorhidrato de verapamilo, comprimidos	1	
Agentes cardiovasculares, otros		
sulfato de atropina inyectable, 0.5 mg/5 ml	1	
CORLANOR	1	PA QL (60/30)
DEMSEER	1	NDS
digitek, comprimidos, 0.125 mg	1	QL (30/30)
digitek, comprimidos, 0.25 mg	1	PA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
digox, comprimidos, 125 mcg	1	QL (30/30)
digox, comprimidos, 250 mcg	1	PA
digoxina inyectable	1	PA
digoxina, comprimidos, 125 mcg	1	QL (30/30)
digoxina, comprimidos, 250 mcg	1	PA
NORTHERA, CÁPSULAS, 100 MG	1	PA NDS QL (90/30)
NORTHERA, CÁPSULAS, 200 MG, 300 MG	1	PA NDS QL (180/30)
pentoxifilina, liberación prolongada	1	
RANEXA	1	QL (60/30)
TEKTURNA	1	QL (30/30)
TEKTURNA HCT	1	QL (30/30)
Diuréticos, inhibidores de la anhidrasa carbónica		
acetazolamida	1	
acetazolamida sódica	1	
metazolamida	1	
Diuréticos, de asa		
bumetanida inyectable	1	
bumetanida, comprimidos, 0.5 mg, 1 mg	1	
bumetanida, comprimidos, 2 mg	1	
etacrinato sódico	1	
furosemida inyectable	1	
furosemida, solución oral	1	
furosemida, comprimidos	1	
torsemina	1	
Diuréticos, ahorradores de potasio		
clorhidrato de amilorida	1	
amilorida/hidroclorotiazida	1	
espironolactona	1	
espironolactona/hidroclorotiazida	1	
triamtereno/hidroclorotiazida	1	
Diuréticos, tiazida		
clorotiazida	1	
clorotiazida sódica	1	

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>clortalidona</i>	1	
<i>hidroclorotiazida</i>	1	
<i>indapamida</i>	1	
METHYCLOTHIAZIDE	1	
<i>metolazona</i>	1	
Dislipidémicos, derivados del ácido fibrico		
<i>fenofibrato, cápsulas, 134 mg, 200 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>fenofibrato, cápsulas, 67 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>fenofibrato, cápsulas, 130 mg, 150 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>fenofibrato, cápsulas, 43 mg, 50 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>fenofibrato micronizado, cápsulas, 134 mg, 200 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>fenofibrato micronizado, cápsulas, 67 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>fenofibrato, comprimidos, 145 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>fenofibrato, comprimidos, 48 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>fenofibrato, comprimidos, 160 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>fenofibrato, comprimidos, 54 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>ácido fenofibrico, cápsulas de liberación retardada, 135 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>ácido fenofibrico, cápsulas de liberación retardada, 45 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>gemfibrozil</i>	1	QL (60/30)
Dislipidémicos, inhibidores de la HMG CoA reductasa		
<i>atorvastatina cálcica</i>	1	QL (30/30)
CRESTOR	1	QL (30/30) ST
LIVALO	1	QL (30/30) ST
<i>lovastatina, comprimidos, 10 mg, 20 mg</i>	1	QL (30/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>lovastatina, comprimidos, 40 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>pravastatina sódica</i>	1	QL (30/30)
<i>rosuvastatina cálcica</i>	1	QL (30/30)
<i>simvastatina</i>	1	QL (30/30)
Dislipidémicos, otros		
<i>colestiramina</i>	1	
<i>colestiramina suave</i>	1	
<i>clorhidrato de colestipol</i>	1	
<i>ezetimiba</i>	1	QL (30/30)
<i>ezetimiba/simvastatina</i>	1	QL (30/30)
<i>niacina, comprimidos de liberación controlada y prolongada, 500 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>niacina, comprimidos de liberación controlada y prolongada, 1000 mg, 750 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>niacor</i>	1	
<i>ésteres etílicos de los ácidos omega 3</i>	1	QL (120/30)
PRALUENT	1	PA NDS
<i>prevalite</i>	1	
REPATHA	1	PA NDS
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	1	PA NDS
REPATHA SURECLICK	1	PA NDS
VASCEPA, CÁPSULAS, 1 GM	1	QL (120/30)
VASCEPA, CÁPSULAS, 0.5 G	1	QL (240/30)
WELCHOL	1	
Vasodilatadores arteriales de acción directa		
<i>clorhidrato de hidralazina inyectable</i>	1	
<i>clorhidrato de hidralazina, comprimidos</i>	1	
<i>minoxidil</i>	1	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

QL = Límites a la cantidad indicados como (cant./días)

PA = Es posible que se requiera Autorización previa

NDS = Medicamento sin suministro extendido

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

ST = Se aplican las reglas de Tratamiento escalonado

B/D = Medicamentos cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare

En la página 9 podrá encontrar más información sobre los símbolos.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Vasodilatadores arteriales/venosos de acción directa		
BIDIL	1	QL (180/30)
dinitrato de isosorbida, liberación prolongada	1	
dinitrato de isosorbida, comprimidos	1	
mononitrato de isosorbida	1	
mononitrato de isosorbida, liberación prolongada	1	
minitran	1	QL (30/30)
nitroglicerina inyectable	1	
nitroglicerina lingual	1	
nitroglicerina sublingual	1	
nitroglicerina transdérmica	1	QL (30/30)
Agentes para el sistema nervioso central		
Agentes para el trastorno de déficit de atención e hiperactividad, anfetaminas		
anfetamina/dextroanfetamina, cápsulas x 24 horas, 2.5 mg; 2.5 mg; 2.5 mg; 2.5 mg; 3.75 mg; 3.75 mg; 3.75 mg; 3.75 mg, 5 mg; 5 mg; 5 mg; 5 mg, 7.5 mg; 7.5 mg; 7.5 mg; 7.5 mg	1	QL (30/30)
anfetamina/dextroanfetamina, cápsulas x 24 horas, 1.25 mg; 1.25 mg; 1.25 mg, 6.25 mg; 6.25 mg; 6.25 mg; 6.25 mg	1	QL (60/30)
anfetamina/dextroanfetamina, comprimidos, 1.25 mg; 1.25 mg; 1.25 mg, 1.875 mg; 1.875 mg; 1.875 mg; 1.875 mg, 2.5 mg; 2.5 mg; 2.5 mg; 2.5 mg; 3.125 mg; 3.125 mg; 3.125 mg, 3.75 mg; 3.75 mg; 3.75 mg; 3.75 mg, 7.5 mg; 7.5 mg; 7.5 mg; 7.5 mg	1	QL (60/30)
anfetamina/dextroanfetamina, comprimidos, 5 mg; 5 mg; 5 mg; 5 mg	1	QL (90/30)
sulfato de dextroanfetamina, cápsulas de liberación prolongada x 24 h, 5 mg	1	QL (60/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
sulfato de dextroanfetamina, cápsulas de liberación prolongada x 24 h, 10 mg	1	QL (90/30)
sulfato de dextroanfetamina, cápsulas de liberación prolongada x 24 h, 15 mg	1	QL (120/30)
sulfato de dextroanfetamina, solución oral	1	QL (1800/30)
sulfato de dextroanfetamina, comprimidos, 5 mg	1	QL (60/30)
sulfato de dextroanfetamina, comprimidos, 10 mg	1	QL (180/30)
Agentes para el trastorno de déficit de atención e hiperactividad, no anfetaminas		
atomoxetina, cápsulas, 100 mg, 60 mg, 80 mg	1	QL (30/30)
atomoxetina, cápsulas, 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg	1	QL (60/30)
clorhidrato de clonidina, liberación prolongada	1	QL (120/30)
clorhidrato de dexmetilfenidato	1	QL (60/30)
metadato, liberación prolongada	1	QL (90/30)
clorhidrato de metilfenidato, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 27 mg, 54 mg	1	QL (30/30)
clorhidrato de metilfenidato, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 36 mg	1	QL (60/30)
clorhidrato de metilfenidato, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 18 mg	1	QL (120/30)
clorhidrato de metilfenidato, comprimidos de liberación controlada y prolongada, 10 mg, 27 mg, 54 mg	1	QL (30/30)
clorhidrato de metilfenidato, comprimidos de liberación controlada y prolongada, 36 mg	1	QL (60/30)
clorhidrato de metilfenidato, comprimidos de liberación controlada y prolongada, 20 mg	1	QL (90/30)
clorhidrato de metilfenidato, comprimidos de liberación controlada y prolongada, 18 mg	1	QL (120/30)

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>clorhidrato de metilfenidato, comprimidos</i>	1	QL (90/30)
Sistema nervioso central, otros		
HETLIOZ	1	PA NDS QL (30/30)
LYRICA, COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN CONTROLADA X 24 H, 330 MG	1	QL (60/30)
LYRICA, COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN CONTROLADA X 24 H, 165 MG, 82.5 MG	1	QL (90/30)
NAMZARIC C4PK	1	PA QL (56/365)
NAMZARIC CP24	1	PA QL (30/30)
NUDEXTA	1	PA QL (60/30)
<i>riluzol</i>	1	
<i>tetrabenazina, comprimidos, 12.5 mg</i>	1	PA NDS QL (90/30)
<i>tetrabenazina, comprimidos, 25 mg</i>	1	PA NDS QL (120/30)
Agentes para la esclerosis múltiple		
AMPYRA	1	PA NDS QL (60/30)
AVONEX	1	PA NDS QL (4/28)
AVONEX PEN	1	PA NDS QL (4/28)
BETASERON	1	PA NDS QL (14/28)
COPAXONE INYECTABLE, 40 MG/ML	1	PA NDS QL (12/28)
COPAXONE INYECTABLE, 20 MG/ML	1	PA NDS QL (30/30)
GILENYA	1	PA NDS QL (30/30)
REBIF	1	PA NDS QL (6/28)
REBIF REBIDOSE	1	PA NDS QL (6/28)
REBIF REBIDOSE, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS	1	PA NDS QL (4.2/28)
REBIF, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS	1	PA NDS QL (4.2/28)
TECFIDERA, CÁPSULAS DE LIBERACIÓN RETARDADA, 120 MG	1	PA NDS QL (14/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
TECFIDERA, CÁPSULAS DE LIBERACIÓN RETARDADA, 240 MG	1	PA NDS QL (60/30)
TECFIDERA, PAQUETE INICIAL	1	PA NDS QL (120/365)
TYSABRI	1	PA NDS QL (15/28)
Agentes dentales y bucales		
Agentes dentales y bucales		
<i>gluconato de clorhexidina, solución para boca/garganta</i>	1	
<i>oralone, pasta dental</i>	1	
<i>paroex</i>	1	
<i>periogard</i>	1	
<i>clorhidrato de pilocarpina</i>	1	
<i>clorhidrato de pilocarpina</i>	1	
<i>triamcinolona acetonida, pasta dental</i>	1	
Agentes dermatológicos		
Agentes dermatológicos		
<i>acitretina</i>	1	PA
<i>lactato de amonio</i>	1	
<i>amnestem</i>	1	
<i>avita, crema</i>	1	PA QL (45/30)
<i>avita, gel</i>	1	PA
<i>calcipotrieno, crema</i>	1	QL (120/30)
<i>calcipotrieno, solución externa</i>	1	QL (60/30)
<i>calcipotrieno, pomada</i>	1	QL (120/30)
<i>calcitreno</i>	1	QL (120/30)
<i>calcitriol, pomada</i>	1	QL (800/30)
<i>claravis</i>	1	
CURITY, GASAS 2" X 2"	1	
<i>diclofenac sódico, gel al 1%</i>	1	QL (1000/30)
<i>diclofenac sódico, solución transdérmica</i>	1	QL (1050/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

QL = Límites a la cantidad indicados como (cant./días)

PA = Es posible que se requiera Autorización previa

NDS = Medicamento sin suministro extendido

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

ST = Se aplican las reglas de Tratamiento escalonado

B/D = Medicamentos cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare

En la página 9 podrá encontrar más información sobre los símbolos.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ELIDEL	1	QL (100/90)
<i>eritromicina/peróxido de benzoilo</i>	1	
<i>fluorouracilo, crema al 5%</i>	1	
<i>fluorouracilo, crema al 0.5%</i>	1	NDS
<i>fluorouracilo, solución externa</i>	1	
<i>imiquimod</i>	1	QL (12/30)
<i>imiquimod, bomba</i>	1	NDS QL (56/30)
<i>isotretinoína</i>	1	
<i>methoxsalen</i>	1	
<i>myorisan</i>	1	
PICATO, GEL AL 0.05%	1	QL (2/56)
PICATO, GEL AL 0.015%	1	QL (3/56)
<i>podofilox</i>	1	
RECTIV	1	QL (30/30)
REGRANEX	1	PA NDS QL (15/30)
SANTYL	1	
<i>sulfuro de selenio, loción</i>	1	
<i>tacrolimus, pomada</i>	1	QL (100/90)
<i>tazaroteno</i>	1	
TAZORAC, CREMA	1	
TAZORAC, GEL	1	QL (100/30)
TOLAK	1	
<i>tretinoína, crema</i>	1	PA QL (45/30)
<i>tretinoína, gel al 0.025%</i>	1	PA
<i>tretinoína, gel al 0.05%</i>	1	PA QL (45/30)
<i>tretinoína, gel al 0.01%</i>	1	PA QL (45/30)
<i>tretinoína, microesferas</i>	1	PA
<i>tretinoína, microesferas, dosificador, gel al 0.1%</i>	1	PA
<i>zenatano</i>	1	
ZYCLARA	1	NDS QL (56/30)
ZYCLARA PUMP, CREMA AL 2.5%	1	NDS QL (15/30)
ZYCLARA PUMP, CREMA AL 3.75%	1	NDS QL (56/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Electrolitos/minerales/metales/vitaminas		
Reemplazo de electrolitos/minerales		
AMINOSYN	1	B/D PA
AMINOSYN AL 7%/ ELECTROLYTES	1	B/D PA
AMINOSYN AL 8.5%/ ELECTROLYTES	1	B/D PA
AMINOSYN II	1	B/D PA
AMINOSYN II AL 8.5%/ ELECTROLYTES	1	B/D PA
AMINOSYN M	1	B/D PA
AMINOSYN-HBC	1	B/D PA
AMINOSYN-PF	1	B/D PA
AMINOSYN-PF AL 7%	1	B/D PA
AMINOSYN-RF	1	B/D PA
CARBAGLU	1	PA NDS
CLINIMIX AL 2.75%/ DEXTROSE AL 5%	1	B/D PA
CLINIMIX AL 4.25%/ DEXTROSE AL 10%	1	B/D PA
CLINIMIX AL 4.25%/ DEXTROSE AL 20%	1	B/D PA
CLINIMIX AL 4.25%/ DEXTROSE AL 25%	1	B/D PA
CLINIMIX AL 4.25%/ DEXTROSE AL 5%	1	B/D PA
CLINIMIX AL 5%/DEXTROSE AL 15%	1	B/D PA
CLINIMIX AL 5%/DEXTROSE AL 20%	1	B/D PA
CLINIMIX AL 5%/DEXTROSE AL 25%	1	B/D PA
CLINIMIX E AL 2.75%/ DEXTROSE AL 10%	1	B/D PA
CLINIMIX E AL 4.25%/ DEXTROSE AL 10%	1	B/D PA
CLINIMIX E AL 4.25%/ DEXTROSE AL 25%	1	B/D PA

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
CLINIMIX E AL 5%/ DEXTROSE AL 25%	1	B/D PA
CLINIMIX N9G15E	1	B/D PA
CLINISOL SF 15%	1	B/D PA
<i>dextrosa al 10%/nacl 0.45%</i>	1	B/D PA
<i>dextrosa al 5% /electrolito n.o 48, viaflex</i>	1	B/D PA
DEXTROSE AL 10%	1	B/D PA
<i>dextrosa al 10%/nacl al 0.2%</i>	1	B/D PA
<i>dextrosa al 2.5%/nacl al 0.45%</i>	1	B/D PA
DEXTROSE AL 20%	1	B/D PA
DEXTROSE AL 25%	1	B/D PA
DEXTROSE AL 30%	1	B/D PA
DEXTROSE AL 40%	1	B/D PA
DEXTROSE AL 5%	1	
<i>dextrosa al 5%/solución de lactato sódico compuesta</i>	1	B/D PA
<i>dextrosa al 5%/nacl al 0.2%</i>	1	
<i>dextrosa al 5%/nacl al 0.225%</i>	1	
DEXTROSE 5%/NACL AL 0.3%	1	
<i>dextrosa al 5%/nacl al 0.33%</i>	1	
<i>dextrosa al 5%/nacl al 0.45%</i>	1	
<i>dextrosa al 5%/nacl al 0.9%</i>	1	
DEXTROSE AL 50%	1	B/D PA
DEXTROSE AL 70%	1	
<i>fluoride</i>	1	
<i>fluoritab, comprimidos masticables, 0.5 mg, 1 mg</i>	1	
FREAMINE HBC 6.9%	1	B/D PA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
FREAMINE III INYECTABLE, 89 MEQ/L; 710 MG/100 ML; 950 MG/100 ML; 3 MEQ/L; 24 MG/100 ML; 1400 MG/100 ML; 280 MG/100 ML; 690 MG/100 ML; 910 MG/100 ML; 730 MG/100 ML; 530 MG/100 ML; 560 MG/100 ML; 10 MMOLE/L; 120 MG/100 ML; 1120 MG/100 ML; 590 MG/100 ML; 10 MEQ/L; 400 MG/100 ML; 150 MG/100 ML; 660 MG/100 ML	1	B/D PA
HEPATAMINE	1	B/D PA
KABIVEN	1	B/D PA
KCL AL 0.075%/D5W/NACL AL 0.45%	1	B/D PA
KCL AL 0.15%/D5W/NACL AL 0.2%	1	B/D PA
KCL AL 0.15%/D5W/NACL AL 0.225%	1	B/D PA
KCL AL 0.15%/D5W/NACL AL 0.45%	1	B/D PA
KCL AL 0.15%/D5W/NACL AL 0.9%	1	B/D PA
KCL AL 0.3%/D5W/NACL AL 0.45%	1	B/D PA
KCL AL 0.3%/D5W/NACL AL 0.9%	1	B/D PA
<i>klor-con</i>	1	
KLOR-CON 10	1	
KLOR-CON 8	1	
<i>klor-con m10</i>	1	
<i>klor-con m20</i>	1	
<i>klor-con sprinkle</i>	1	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

QL = Límites a la cantidad indicados como (cant./días)

PA = Es posible que se requiera Autorización previa

NDS = Medicamento sin suministro extendido

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

ST = Se aplican las reglas de Tratamiento escalonado

B/D = Medicamentos cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare

En la página 9 podrá encontrar más información sobre los símbolos.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
LACTATED RINGERS INYECTABLE, 3 MEQ/L; 109 MEQ/L; 28 MEQ/L; 4 MEQ/L; 130 MEQ/L	1	B/D PA
LACTATED RINGERS, VIAFLEX	1	B/D PA
<i>ludent</i>	1	
MAGNESIUM SULFATE INYECTABLE, 20 G/500 ML, 2 G/50 ML, 40 G/1000 ML, 4 G/100 ML, 4 G/50 ML	1	B/D PA
<i>sulfato de magnesio inyectable, 20 g/500 ml, 2 g/50 ml, 40 g/1000 ml, 4 g/100 ml, 4 g/50 ml, 50%</i>	1	B/D PA
NEPHRAMINE	1	B/D PA
NORMOSOL -R	1	B/D PA
NORMOSOL-M EN D5W	1	B/D PA
NORMOSOL-R	1	B/D PA
NORMOSOL-R EN D5W	1	B/D PA
PERIKABIVEN	1	B/D PA
PLENAMINE	1	B/D PA
<i>cloruro de potasio, liberación controlada</i>	1	
<i>cloruro de potasio, cápsulas de liberación prolongada y controlada</i>	1	
<i>cloruro de potasio, comprimidos de liberación prolongada y controlada</i>	1	
<i>cloruro de potasio inyectable, 10 meq/100 ml, 20 meq/100 ml, 2 meq/ml, 40 meq/100 ml</i>	1	B/D PA
<i>cloruro de potasio, solución oral</i>	1	
<i>cloruro de potasio, liberación sostenida</i>	1	
<i>cloruro de potasio/dextrosa inyectable al 5%; 20 meq/l, 5%; 40 meq/l</i>	1	B/D PA
POTASSIUM CHLORIDE/ DEXTROSE/LACTATED RINGERS INYECTABLE, 3 MEQ/L; 149 MEQ/L; 5%; 28 MEQ/L; 44 MEQ/L; 130 MEQ/L	1	B/D PA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>cloruro de potasio/dextrosa/ solución de lactato sódico compuesta inyectable, 3 meq/l; 149 meq/l; 5%; 28 meq/l; 24 meq/l; 130 meq/l</i>	1	B/D PA
<i>cloruro de potasio/dextrosa/ cloruro de sodio</i>	1	B/D PA
<i>cloruro de potasio/cloruro de sodio inyectable, 20 meq/l; 0.45%, 20 meq/l; 0.9%, 40 meq/l; 0.9%</i>	1	B/D PA
<i>citrato de potasio, liberación prolongada</i>	1	
PREMASOL INYECTABLE, 52 MEQ/L; 1760 MG/100 ML; 880 MG/100 ML; 34 MEQ/L; 1760 MG/100 ML; 372 MG/100 ML; 406 MG/100 ML; 526 MG/100 ML; 492 MG/100 ML; 492 MG/100 ML; 526 MG/100 ML; 356 MG/100 ML; 356 MG/100 ML; 390 MG/100 ML; 34 MG/100 ML; 152 MG/100 ML	1	B/D PA
<i>premasol inyectable, 56 meq/l; 320 mg/100 ml; 730 mg/100 ml; 190 mg/100 ml; 3 meq/l; 20 mg/100 ml; 300 mg/100 ml; 220 mg/100 ml; 290 mg/100 ml; 490 mg/100 ml; 840 mg/100 ml; 490 mg/100 ml; 200 mg/100 ml; 290 mg/100 ml; 410 mg/100 ml; 230 mg/100 ml; 5 meq/l; 15 mg/100 ml; 250 mg/100 ml; 120 mg/100 ml; 140 mg/100 ml; 470 mg/100 ml</i>	1	B/D PA
PROCALAMINE	1	B/D PA
PROSOL	1	B/D PA
<i>solución de cloruro sódico compuesta inyectable, 4.5 meq/l; 156 meq/l; 4 meq/l; 147 meq/l</i>	1	B/D PA
<i>bicarbonato sódico inyectable</i>	1	

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>bicarbonato sódico, surtido parcial</i>	1	
<i>cloruro de sodio al 0.45%</i>	1	
<i>cloruro de sodio inyectable al 0.9%, 2.5 meq/ml, 3%, 5%</i>	1	
<i>fluoruro de sodio, comprimidos masticables, 0.5 mg, 1 mg</i>	1	
SODIUM LACTATE INYECTABLE 5 MEQ/ML	1	B/D PA
TPN ELECTROLYTES	1	B/D PA
TRAVASOL	1	B/D PA
TROPHAMINE	1	B/D PA
Modificadores de electrolitos/minerales/metales		
CHEMET	1	NDS
CUPRIMINE	1	NDS
DEPEN TITRATABS	1	NDS
JADENU	1	NDS
JADENU SPRINKLE	1	NDS
<i>kionex</i>	1	
SAMSCA, COMPRIMIDOS, 15 MG	1	PA NDS QL (30/30)
SAMSCA, COMPRIMIDOS, 30 MG	1	PA NDS QL (60/30)
<i>sulfonato de poliestireno sódico, polvo</i>	1	
<i>sulfonato de poliestireno sódico, suspensión, 15 g/60 ml, 30 g/120 ml</i>	1	
<i>sps</i>	1	
SYPRINE	1	NDS
<i>clorhidrato de trientina</i>	1	NDS
VELTASSA	1	
Aglutinantes de fosfato		
AURYXIA	1	QL (360/30)
<i>acetato de calcio, cápsulas</i>	1	
<i>acetato de calcio, comprimidos, 667 mg</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
PHOSLYRA	1	
SEVELAMER CARBONATE, PAQUETE	1	QL (180/30)
SEVELAMER CARBONATE, COMPRIMIDOS	1	QL (540/30)
VELPHORO	1	QL (180/30)
Vitaminas		
<i>multivitamínicos con flúor, comprimidos masticables</i>	1	
VP-PNV-DHA	1	
Agentes gastrointestinales		
Antiespasmódicos gastrointestinales		
<i>anaspaz</i>	1	
<i>sulfato de atropina inyectable, 0.25 mg/5 ml, 1 mg/ml, 8 mg/20 ml</i>	1	
<i>clorhidrato de dicitolmina, cápsulas</i>	1	
<i>clorhidrato de dicitolmina, solución oral</i>	1	
<i>clorhidrato de dicitolmina, comprimidos</i>	1	
<i>ed-spaz</i>	1	
<i>glicopirrolato inyectable, 0.2 mg/ml, 0.4 mg/2 ml, 1 mg/5 ml, 4 mg/20 ml</i>	1	
<i>glicopirrolato, comprimidos</i>	1	
<i>sulfato de hiosciamina, elixir</i>	1	
<i>sulfato de hiosciamina, comprimidos orodispersables</i>	1	
<i>sulfato de hiosciamina, sublingual</i>	1	
<i>sulfato de hiosciamina, comprimidos</i>	1	
<i>sulfato de hiosciamina, comprimidos dispersables</i>	1	
<i>bromuro de metescopolamina</i>	1	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

QL = Límites a la cantidad indicados como (cant./días)

PA = Es posible que se requiera Autorización previa

NDS = Medicamento sin suministro extendido

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

ST = Se aplican las reglas de Tratamiento escalonado

B/D = Medicamentos cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare

En la página 9 podrá encontrar más información sobre los símbolos.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>nulev</i>	1	
<i>oscimin</i>	1	
<i>bromuro de propantelina</i>	1	
Agentes gastrointestinales, otros		
<i>cromolina sódica concentrada</i>	1	
<i>difenoxilato/atropina, líquido</i>	1	
<i>difenoxilato atropina, comprimidos</i>	1	
GATTEX	1	PA NDS
<i>clorhidrato de loperamida, cápsulas</i>	1	
<i>clorhidrato de metoclopramida inyectable</i>	1	
<i>clorhidrato de metoclopramida, solución oral</i>	1	
<i>clorhidrato de metoclopramida, comprimidos</i>	1	
OSMOPREP	1	
RELISTOR INYECTABLE, 8 MG/0.4 ML	1	PA NDS QL (11.2/28)
RELISTOR INYECTABLE, 12 MG/0.6ML	1	PA NDS QL (16.8/28)
TRULANCE	1	QL (30/30)
<i>ursodiol</i>	1	
Antagonistas de los receptores de histamina2 (H2)		
<i>cimetidina</i>	1	
<i>clorhidrato de cimetidina</i>	1	
<i>famotidina inyectable</i>	1	
<i>famotidina premezclada</i>	1	
<i>famotidina, comprimidos, 20 mg, 40 mg</i>	1	
<i>nizatidina, cápsulas</i>	1	
<i>clorhidrato de ranitidina, cápsulas</i>	1	
<i>clorhidrato de ranitidina inyectable</i>	1	
<i>clorhidrato de ranitidina, jarabe</i>	1	
<i>clorhidrato de ranitidina, comprimidos</i>	1	
<i>clorhidrato de ranitidina inyectable, 50 mg/2 ml</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Agentes para el síndrome del colon irritable		
<i>clorhidrato de alosetrón, comprimidos, 1 mg</i>	1	PA NDS QL (60/30)
<i>clorhidrato de alosetrón, comprimidos, 0.5 mg</i>	1	PA QL (60/30)
AMITIZA	1	QL (60/30)
LINZESS	1	QL (30/30)
VIBERZI	1	PA QL (60/30)
Laxantes		
<i>constulosa</i>	1	
<i>enulosa</i>	1	
<i>gavilyte-c</i>	1	
<i>gavilyte-g</i>	1	
<i>gavilyte-n/paquete con sabor</i>	1	
<i>generlac</i>	1	
<i>lactulosa, solución oral</i>	1	
MOVIPREP	1	
<i>peg 3350/electrolitos</i>	1	
<i>peg-3350/electrolitos</i>	1	
<i>peg-3350/nacl/bicarbonato de na/kcl</i>	1	
<i>polietilenglicol 3350, polvo</i>	1	
SUPREP, KIT DE PREPARACIÓN INTESTINAL	1	
<i>trilyte</i>	1	
Protectores		
CARAFATE, SUSPENSIÓN	1	
<i>misoprostol</i>	1	
<i>sucralfato</i>	1	
Inhibidores de la bomba de protones		
<i>esomeprazol magnésico</i>	1	QL (60/30)
<i>esomeprazole sodium</i>	1	
<i>omeprazol, cápsulas de liberación retardada</i>	1	QL (60/30)
<i>pantoprazol sódico, comprimidos con recubrimiento entérico</i>	1	QL (60/30)

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Trastorno genético o enzimático: Reemplazo, modificadores, tratamiento		
Trastorno genético o enzimático: Reemplazo, modificadores, tratamiento		
ADAGEN	1	PA NDS
ALDURAZYME	1	PA NDS
CEREZYME	1	B/D PA NDS
CREON	1	
CYSTADANE	1	NDS
CYSTAGON	1	
ELAPRASE	1	PA NDS
FABRAZYME	1	B/D PA NDS
KUVAN	1	PA NDS
LUMIZYME	1	PA NDS
<i>miglustato</i>	1	NDS QL (90/30)
NAGLAZYME	1	PA NDS
ORFADIN	1	NDS
<i>fenilbutirato sódico</i>	1	PA NDS
ZENPEP	1	
Agentes genitourinarios		
Antiespasmódicos urinarios		
<i>hidrobromuro de darifenacina, liberación prolongada</i>	1	QL (30/30)
<i>clorhidrato de flavoxato</i>	1	
MYRBETRIQ	1	QL (30/30)
<i>cloruro de oxibutinina, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 5 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>cloruro de oxibutinina, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 10 mg, 15 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>cloruro de oxibutinina, jarabe</i>	1	QL (600/30)
<i>cloruro de oxibutinina, comprimidos</i>	1	QL (120/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>tartrato de tolterodina</i>	1	QL (60/30)
<i>tartrato de tolterodina, liberación prolongada</i>	1	QL (30/30)
VESICARE	1	QL (30/30)
Agentes para la hipertrofia prostática benigna		
<i>clorhidrato de alfuzosina, liberación prolongada</i>	1	QL (30/30)
<i>dutasterida</i>	1	QL (30/30)
<i>dutasterida/clorhidrato de tamsulosina</i>	1	QL (30/30)
<i>finasterida, comprimidos, 5 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>clorhidrato de tamsulosina</i>	1	QL (60/30)
Agentes genitourinarios, otros		
<i>cloruro de betanecol</i>	1	
ELMIRON	1	
<i>clorhidrato de fenazopiridina</i>	1	
<i>clorhidrato de fenazopiridina</i>	1	
Agentes hormonales, estimulantes/sustituyentes/modificadores (suprarrenales)		
Agentes hormonales, estimulantes/sustituyentes/modificadores (suprarrenales)		
<i>alfa-metilprednisolona</i>	1	
<i>ala-cort, crema al 1%</i>	1	
<i>dipropionato de alclometasona</i>	1	
<i>dipropionato de betametasona aumentado</i>	1	
<i>dipropionato de betametasona</i>	1	
<i>valerato de betametasona, crema</i>	1	
<i>valerato de betametasona, espuma</i>	1	
<i>valerato de betametasona, loción</i>	1	
<i>valerato de betametasona, pomada</i>	1	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

QL = Límites a la cantidad indicados como (cant./días)

PA = Es posible que se requiera Autorización previa

NDS = Medicamento sin suministro extendido

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

ST = Se aplican las reglas de Tratamiento escalonado

B/D = Medicamentos cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare

En la página 9 podrá encontrar más información sobre los símbolos.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>propionato de clobetasol, crema</i>	1	
<i>propionato de clobetasol, crema emoliente</i>	1	
<i>propionato de clobetasol, espuma emoliente</i>	1	
<i>propionato de clobetasol, solución externa</i>	1	
<i>propionato de clobetasol, espuma</i>	1	
<i>propionato de clobetasol, gel</i>	1	
<i>propionato de clobetasol, pomada</i>	1	
<i>propionato de clobetasol, champú</i>	1	
<i>clodan</i>	1	
<i>acetato de cortisona</i>	1	
DEPO-MEDROL INYECTABLE, 20 MG/ML	1	
<i>desonida, loción</i>	1	
<i>desonida, pomada</i>	1	
<i>desoximetasona, crema</i>	1	
<i>desoximetasona, gel</i>	1	
<i>desoximetasona, pomada</i>	1	
<i>dexametasona, elixir</i>	1	
<i>dexametasona, intensol</i>	1	
<i>dexametasona, solución oral</i>	1	
<i>fosfato sódico de dexametasona inyectable, 10 mg/ml, 120 mg/30 ml, 20 mg/5 ml, 4 mg/ml</i>	1	
<i>dexametasona, comprimidos, 1.5 mg, 1 mg, 2 mg, 6 mg</i>	1	
<i>dexametasona, comprimidos, 0.5 mg, 0.75 mg, 4 mg</i>	1	
<i>acetato de fludrocortisona</i>	1	
<i>fluocinolona acetona, cuerpo</i>	1	
<i>fluocinolona acetona, crema</i>	1	
<i>fluocinolona acetona, solución externa</i>	1	
<i>fluocinolona acetona, pomada</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>fluocinolona acetona, cuero cabelludo</i>	1	
<i>fluocinonida, crema al 0.1%</i>	1	
<i>fluocinonida, crema al 0.05%</i>	1	
<i>fluocinonida, solución externa</i>	1	
<i>fluocinonida, gel</i>	1	
<i>fluocinonida, pomada</i>	1	
<i>propionato de fluticasona, crema</i>	1	
<i>propionato de fluticasona, pomada</i>	1	
<i>propionato de halobetasol</i>	1	
<i>butirato de hidrocortisona (lipídico)</i>	1	
<i>butirato de hidrocortisona (lipofílico)</i>	1	
<i>butirato de hidrocortisona, crema</i>	1	
<i>butirato de hidrocortisona, solución externa</i>	1	
<i>butirato de hidrocortisona, pomada</i>	1	
<i>hidrocortisona, crema externa</i>	1	
<i>hidrocortisona, loción al 2.5%</i>	1	
<i>hidrocortisona, pomada al 1%, 2.5%</i>	1	
<i>hidrocortisona, crema rectal</i>	1	
<i>hidrocortisona, comprimidos</i>	1	
<i>valerato de hidrocortisona</i>	1	
MEDROL, COMPRIMIDOS, 2 MG	1	
<i>acetato de metilprednisolona inyectable, 40 mg/ml, 80 mg/ml</i>	1	
<i>metilprednisolona, paquete dosificado</i>	1	
<i>succinato sódico de metilprednisolona inyectable, 125 mg, 40 mg</i>	1	
<i>metilprednisolona, comprimidos</i>	1	
<i>furoato de mometasona, crema</i>	1	
<i>furoato de mometasona, solución externa</i>	1	

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>furoato de mometasona, pomada</i>	1	
<i>prednicarbato, pomada</i>	1	
<i>prednisolone</i>	1	
<i>fosfato sódico de prednisolona, solución oral, 15 mg/5 ml, 25 mg/5 ml, 5 mg/5 ml</i>	1	
<i>prednisona, intensol</i>	1	
<i>prednisona, solución oral</i>	1	
<i>prednisona, comprimidos, 50 mg</i>	1	
<i>prednisona, comprimidos, 10 mg, 1 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
<i>prednisona, tbpk</i>	1	
<i>procto-med hc</i>	1	
<i>procto-pak</i>	1	
<i>proctosol hc</i>	1	
<i>proctozona-hc</i>	1	
SOLU-CORTEF	1	
TEXACORT	1	
<i>triamcinolona acetona, crema al 0.1%</i>	1	
<i>triamcinolona acetona, crema al 0.025%, 0.5%</i>	1	
<i>triamcinolona acetona, inyectable, 40 mg/ml</i>	1	
<i>triamcinolona acetona, loción</i>	1	
<i>triamcinolona acetona, pomada</i>	1	
<i>trianex</i>	1	NDS
<i>triderm, crema al 0.1%</i>	1	
Agentes hormonales, estimulantes/sustituyentes/modificadores (hipofisarios)		
Agentes hormonales, estimulantes/sustituyentes/modificadores (hipofisarios)		
<i>gonadotropina coriónica</i>	1	PA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>acetato de desmopresina inyectable</i>	1	
<i>acetato de desmopresina, solución nasal</i>	1	QL (15/30)
<i>acetato de desmopresina, comprimidos</i>	1	
GENOTROPIN	1	PA NDS
GENOTROPIN MINIQUICK INYECTABLE, 0.4 MG, 0.6 MG, 0.8 MG, 1.2 MG, 1.4 MG, 1.6 MG, 1.8 MG, 1 MG, 2 MG	1	PA NDS
GENOTROPIN MINIQUICK INYECTABLE, 0.2 MG	1	PA
INCRELEX	1	PA
STIMATE	1	NDS
Agentes hormonales, estimulantes/sustituyentes/modificadores (hormonas sexuales/modificadores)		
Esteroides anabólicos		
ANADROL-50	1	PA NDS
<i>oxandrolona, comprimidos, 2.5 mg</i>	1	PA QL (120/30)
<i>oxandrolona, comprimidos, 10 mg</i>	1	PA QL (60/30)
Andrógenos		
<i>danazol, cápsulas, 50 mg</i>	1	
<i>danazol, cápsulas, 100 mg, 200 mg</i>	1	
<i>cipionato de testosterona</i>	1	
<i>enantato de testosterona</i>	1	QL (5/30)
<i>testosterona, gel, 25 mg/2.5 g, 50 mg/5 g</i>	1	PA QL (300/30)
<i>testosterona, dosificador</i>	1	PA QL (300/30)
Estrógenos		
ALORA	1	PA QL (8/28)
<i>altavera</i>	1	
<i>alyacen 1/35</i>	1	
<i>alyacen 7/7/7</i>	1	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

QL = Límites a la cantidad indicados como (cant./días)

PA = Es posible que se requiera Autorización previa

NDS = Medicamento sin suministro extendido

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

ST = Se aplican las reglas de Tratamiento escalonado

B/D = Medicamentos cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare

En la página 9 podrá encontrar más información sobre los símbolos.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>amethia</i>	1	QL (91/91)
<i>amethia lo</i>	1	QL (91/91)
<i>apri</i>	1	
<i>aranelle</i>	1	
<i>ashlyna</i>	1	QL (91/91)
<i>aubra</i>	1	
<i>aviane</i>	1	
<i>azurette</i>	1	
<i>balziva</i>	1	
<i>bekyree</i>	1	
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	1	
<i>blisovi fe 1/20</i>	1	
<i>briellyn</i>	1	
<i>camrese</i>	1	QL (91/91)
<i>camrese lo</i>	1	QL (91/91)
<i>caziant</i>	1	
<i>cesia</i>	1	
<i>chateal</i>	1	
<i>cryselle-28</i>	1	
<i>cyclafem 1/35</i>	1	
<i>cyclafem 7/7/7</i>	1	
<i>cyred</i>	1	
<i>dasetta 1/35</i>	1	
<i>dasetta 7/7/7</i>	1	
<i>daysee</i>	1	QL (91/91)
DELESTROGEN INYECTABLE, 10 MG/ML	1	
<i>delyla</i>	1	
DEPO-ESTRADIOL	1	
<i>desogestrel/etinilestradiol</i>	1	
<i>elinest</i>	1	
<i>emoquette</i>	1	
<i>enpresse-28</i>	1	
<i>enskyce</i>	1	
<i>estarylla</i>	1	
<i>estradiol, crema</i>	1	
<i>estradiol, parche, dos veces por semana</i>	1	PA QL (8/28)
<i>estradiol, parche semanal</i>	1	PA QL (4/28)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>estradiol, comprimidos, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	PA
<i>estradiol, comprimidos, 10 mcg</i>	1	QL (18/28)
<i>valerato de estradiol</i>	1	
ESTRING	1	QL (1/90)
<i>diacetato de etinodiol/ etinilestradiol, comprimidos, 50 mcg; 1 mg</i>	1	
<i>falmina</i>	1	
<i>feminor</i>	1	
<i>fyavolv, comprimidos, 2.5 mcg; 0.5 mg</i>	1	PA
<i>introvale</i>	1	QL (91/91)
<i>isibloom</i>	1	
<i>jevantique lo</i>	1	PA
<i>jolessa</i>	1	QL (91/91)
<i>juleber</i>	1	
<i>junel 1.5/30</i>	1	
<i>junel 1/20</i>	1	
<i>junel fe 1.5/30</i>	1	
<i>junel fe 1/20</i>	1	
<i>kariva</i>	1	
<i>kelnor 1/35</i>	1	
<i>kelnor 1/50</i>	1	
<i>kimidess</i>	1	
<i>kurvelo</i>	1	
<i>larin 1.5/30</i>	1	
<i>larin 1/20</i>	1	
<i>larin fe 1.5/30</i>	1	
<i>larin fe 1/20</i>	1	
<i>larissia</i>	1	
<i>lessina</i>	1	
<i>levonest</i>	1	
<i>levonorgestrel y etinilestradiol, comprimidos, 0; 0</i>	1	QL (91/91)
<i>levonorgestrel/etinilestradiol, comprimidos, 0.03 mg; 0.15 mg, 0; 0, 20 mcg; 0.1 mg</i>	1	
<i>levonorgestrel/etinilestradiol, comprimidos, 0.03 mg; 0.15 mg, 0; 0</i>	1	QL (91/91)

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>levora 0.15/30-28</i>	1	
<i>low-ogestrel</i>	1	
<i>lutra</i>	1	
<i>marlissa</i>	1	
<i>melodetta 24 fe</i>	1	
MENEST	1	PA
MENOSTAR	1	PA QL (4/28)
<i>mibelas 24 fe</i>	1	
<i>microgestina 1.5/30</i>	1	
<i>microgestina 1/20</i>	1	
<i>microgestina fe</i>	1	
<i>microgestina fe 1.5/30</i>	1	
<i>mili</i>	1	
MINIVELLE	1	PA QL (8/28)
<i>mono-linyah</i>	1	
<i>myzilra</i>	1	
<i>necon 0.5/35-28</i>	1	
<i>necon 7/7/7</i>	1	
<i>acetato de noretindrona/ etinilestradiol, comprimidos, 2.5 mcg; 0.5 mg</i>	1	PA
<i>acetato de noretindrona/ etinilestradiol, comprimidos, 20 mcg; 1 mg</i>	1	
<i>acetato de noretindrona/ etinilestradiol/fumarato ferroso, comprimidos</i>	1	
<i>norgestimato/etinilestradiol</i>	1	
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	1	
<i>nortrel 1/35</i>	1	
<i>nortrel 7/7/7</i>	1	
<i>ogestrel</i>	1	
<i>orsythia</i>	1	
<i>philith</i>	1	
<i>pimtrea</i>	1	
<i>pirmella 1/35</i>	1	

DRUG NAME	DRUG TIER	REQUIREMENTS/ LIMITS
<i>pirmella 7/7/7</i>	1	
<i>portia-28</i>	1	
PREMARIN, CREMA	1	
PREMARIN INYECTABLE	1	
PREMARIN, COMPRIMIDOS	1	PA QL (30/30)
<i>previfem</i>	1	
<i>quasense</i>	1	QL (91/91)
<i>reclipsen</i>	1	
<i>setlakin</i>	1	QL (91/91)
<i>sprintec 28</i>	1	
<i>sronyx</i>	1	
<i>tarina fe 1/20</i>	1	
<i>tri-estarylla</i>	1	
<i>tri-legest fe</i>	1	
<i>tri-linyah</i>	1	
<i>tri-mili</i>	1	
<i>tri-previfem</i>	1	
<i>tri-sprintec</i>	1	
<i>tri-vylibra</i>	1	
<i>trinessa</i>	1	
<i>trivora-28</i>	1	
<i>tydemy</i>	1	
<i>velivet</i>	1	
<i>vienva</i>	1	
<i>viorele</i>	1	
<i>vyfemla</i>	1	
<i>vylibra</i>	1	
<i>wera</i>	1	
<i>yuvafem</i>	1	QL (18/28)
<i>zenchent</i>	1	
<i>zovia 1/35e</i>	1	
Agonistas/antagonistas de la progesterona		
ELLA	1	
MAKENA	1	PA NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

QL = Límites a la cantidad indicados como (cant./días)

PA = Es posible que se requiera Autorización previa

NDS = Medicamento sin suministro extendido

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

ST = Se aplican las reglas de Tratamiento escalonado

B/D = Medicamentos cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare

En la página 9 podrá encontrar más información sobre los símbolos.

Medicamentos cubiertos por categoría

DRUG NAME	DRUG TIER	REQUIREMENTS/ LIMITS
Progestinas		
<i>camila</i>	1	
<i>deblitane</i>	1	
DEPO-PROVERA	1	QL (10/28)
<i>errin</i>	1	
<i>heather</i>	1	
<i>caproato de hidroxiprogesterona</i>	1	PA NDS
<i>incassia</i>	1	
<i>jencycla</i>	1	
<i>jolivette</i>	1	
<i>lyza</i>	1	
MAKENA	1	PA NDS
<i>acetato de medroxiprogesterona inyectable, 150 mg/ml</i>	1	QL (1/90)
<i>acetato de medroxiprogesterona inyectable, 150 mg/ml</i>	1	QL (1/90)
<i>acetato de medroxiprogesterona, comprimidos</i>	1	
<i>acetato de megestrol, suspensión, 40 mg/ml</i>	1	PA
<i>acetato de megestrol, comprimidos</i>	1	PA
<i>nora-be</i>	1	
<i>noretindrona</i>	1	
<i>acetato de noretindrona</i>	1	
<i>norlyroc</i>	1	
<i>progesterona, cápsulas</i>	1	
<i>sharobel</i>	1	
Agentes modificadores selectivos de los receptores estrogénicos		
DUAVEE	1	PA QL (30/30)
<i>clorhidrato de raloxifeno</i>	1	QL (30/30)
Agentes hormonales, estimulantes/sustituyentes/modificadores (tiroideos)		
Agentes hormonales, estimulantes/sustituyentes/modificadores (tiroideos)		
<i>levotiroxina sódica, comprimidos</i>	1	

DRUG NAME	DRUG TIER	REQUIREMENTS/ LIMITS
LEVOXYL, COMPRIMIDOS, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	1	
<i>levoxyl, comprimidos, 100 mcg, 112 mcg, 175 mcg</i>	1	
<i>liotironina sódica inyectable</i>	1	
<i>liotironina sódica, comprimidos</i>	1	
SYNTHROID	1	
THYROLAR-1	1	
THYROLAR-1/2	1	
THYROLAR-1/4	1	
THYROLAR-2	1	
THYROLAR-3	1	
UNITHROID	1	
Agentes hormonales, supresores (suprarrenales)		
Agentes hormonales, supresores (suprarrenales)		
LYSODREN	1	NDS
Agentes hormonales, supresores (hipofisarios)		
Agentes hormonales, supresores (hipofisarios)		
<i>cabergolina</i>	1	QL (16/28)
ELIGARD INYECTABLE, 30 MG	1	PA QL (1/120)
ELIGARD INYECTABLE, 45 MG	1	PA QL (1/180)
ELIGARD INYECTABLE, 7.5 MG	1	PA QL (1/30)
ELIGARD INYECTABLE, 22.5 MG	1	PA QL (1/90)
FIRMAGON INYECTABLE, 80 MG	1	B/D PA QL (1/28)
FIRMAGON INYECTABLE, 120 MG	1	B/D PA NDS QL (4/365)
<i>acetato de leuprolida</i>	1	PA
LUPRON DEPOT (1 MES)	1	PA NDS QL (1/30)
LUPRON DEPOT (3 MESES), INYECTABLE, 11.25 MG	1	PA QL (1/84)
LUPRON DEPOT (3 MESES), INYECTABLE, 22.5 MG	1	PA NDS QL (1/84)
LUPRON DEPOT (4 MES)	1	PA QL (1/112)
LUPRON DEPOT (6 MES)	1	PA QL (1/168)

Medicamentos cubiertos por categoría

DRUG NAME	DRUG TIER	REQUIREMENTS/ LIMITS
LUPRON DEPOT-PED (1 MES)	1	PA NDS QL (1/30)
LUPRON DEPOT-PED (3 MES)	1	PA QL (1/84)
<i>acetato de octreotida</i>	1	PA
SANDOSTATIN LAR DEPOT	1	PA NDS
SIGNIFOR	1	PA NDS QL (60/30)
SOMATULINE DEPOT INYECTABLE, 60 MG/0.2 ML	1	PA NDS QL (0.2/28)
SOMATULINE DEPOT INYECTABLE, 90 MG/0.3 ML	1	PA NDS QL (0.3/28)
SOMATULINE DEPOT INYECTABLE, 120 MG/0.5 ML	1	PA NDS QL (0.5/28)
SOMAVERT	1	PA NDS QL (30/30)
SYNAREL	1	PA NDS
TRELSTAR MIXJECT INYECTABLE, 22.5 MG	1	PA QL (1/168)
TRELSTAR MIXJECT INYECTABLE, 3.75 MG	1	PA NDS QL (1/28)
TRELSTAR MIXJECT INYECTABLE, 11.25 MG	1	PA QL (1/84)
TRIPTODUR	1	PA NDS QL (1/168)
Agentes hormonales, supresores (tiroideos)		
Agentes antitiroideos		
<i>metimazol</i>	1	
<i>propiltiouracilo</i>	1	
Agentes inmunológicos		
Agentes para el angioedema		
CINRYZE	1	PA NDS QL (20/30)
FIRAZYR	1	PA NDS QL (18/30)
RUCONEST	1	PA NDS QL (8/30)
Inmunodepresores		
ASTAGRAF XL	1	PA
AZASAN	1	PA
<i>azatioprina inyectable</i>	1	PA

DRUG NAME	DRUG TIER	REQUIREMENTS/ LIMITS
<i>azatioprina, comprimidos</i>	1	PA
<i>ciclosporina</i>	1	PA
<i>ciclosporina modificada</i>	1	PA
ENBREL INYECTABLE, 25 MG/0.5 ML	1	PA NDS QL (4.08/28)
ENBREL INYECTABLE, 25 MG, 50 MG/ML	1	PA NDS QL (8/28)
ENBREL MINI	1	PA NDS QL (8/28)
ENBREL SURECLICK	1	PA NDS QL (8/28)
ENVARUSUS, COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA X 24 H, 4 MG	1	PA NDS
ENVARUSUS, COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA X 24 H, 0.75 MG, 1 MG	1	PA
<i>gengraf</i>	1	PA
HUMIRA INYECTABLE, 10 MG/0.1 ML, 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML	1	PA NDS QL (2/28)
HUMIRA INYECTABLE, 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	1	PA NDS QL (4/28)
HUMIRA PEDIÁTRICO, ENFERMEDAD DE CROHN, PAQUETE INICIAL INYECTABLE, 40 MG/0.8 ML Y 80 MG/0.8 ML (1 LAPICERA DE CADA UNA)	1	PA NDS QL (4/365)
HUMIRA PEDIÁTRICO, ENFERMEDAD DE CROHN, PAQUETE INICIAL INYECTABLE, 40 MG/0.8 ML (PAQUETE DE 3 Y 6), 80 MG/0.8 ML (PAQUETE DE 3)	1	PA NDS QL (6/365)
HUMIRA PEN	1	PA NDS QL (4/28)
HUMIRA PEN, CD/UC/HS, PAQUETE INICIAL INYECTABLE, 80 MG/0.8 ML	1	PA NDS QL (6/365)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

QL = Límites a la cantidad indicados como (cant./días)

PA = Es posible que se requiera Autorización previa

NDS = Medicamento sin suministro extendido

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

ST = Se aplican las reglas de Tratamiento escalonado

B/D = Medicamentos cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare

En la página 9 podrá encontrar más información sobre los símbolos.

Medicamentos cubiertos por categoría

DRUG NAME	DRUG TIER	REQUIREMENTS/ LIMITS
HUMIRA PEN, CD/UC/ HS, PAQUETE INICIAL INYECTABLE, 40 MG/0.8 ML	1	PA NDS QL (12/365)
HUMIRA PEN, PS/ UV, PAQUETE INICIAL INYECTABLE	1	PA NDS QL (6/365)
HUMIRA PEN, PS/ UV, PAQUETE INICIAL INYECTABLE, 40 MG/0.8 ML	1	PA NDS QL (8/365)
<i>metotrexato sódico</i>	1	
<i>metotrexato, comprimidos</i>	1	
<i>mofetil micofenolato, cápsulas</i>	1	PA
<i>mofetil micofenolato, inyectable</i>	1	PA
<i>mofetil micofenolato, liberación sostenida</i>	1	PA NDS
<i>mofetil micofenolato, comprimidos</i>	1	PA
<i>ácido micofenólico, liberación retardada</i>	1	PA
NULOJIX	1	PA NDS QL (150/30)
PROGRAF INYECTABLE	1	PA
RAPAMUNE, SOLUCIÓN ORAL	1	PA NDS
RENFLEXIS	1	PA NDS
SANDIMMUNE, SOLUCIÓN ORAL	1	PA
<i>sirolimus</i>	1	PA
<i>tacrolimus, cápsulas</i>	1	PA
TORISEL	1	B/D PA NDS QL (4/28)
XATMEP	1	PA
ZORTRESS, COMPRIMIDOS, 0.25 MG	1	PA QL (60/30)
ZORTRESS, COMPRIMIDOS, 0.75 MG	1	PA NDS QL (60/30)
ZORTRESS, COMPRIMIDOS, 0.5 MG	1	PA NDS QL (120/30)
Agentes inmunizantes pasivos		
ATGAM	1	PA
GAMMAKED INYECTABLE, 10 G/100 ML, 2.5 G/25 ML, 20 G/200 ML, 5 G/50 ML	1	B/D PA NDS

DRUG NAME	DRUG TIER	REQUIREMENTS/ LIMITS
GAMMAKED INYECTABLE, 1 G/10 ML	1	B/D PA
GAMUNEX-C INYECTABLE, 10 G/100 ML, 2.5 G/25 ML, 20 G/200 ML, 40 G/400 ML, 5 G/50 ML	1	B/D PA NDS
GAMUNEX-C INYECTABLE, 1 G/10 ML	1	B/D PA
TIMOGLOBULINA	1	B/D PA
Inmunomoduladores		
ACTEMRA INYECTABLE, 162 MG/0.9 ML	1	PA NDS QL (3.6/28)
ACTEMRA INYECTABLE, 200 MG/10 ML, 400 MG/20 ML, 80 MG/4 ML	1	PA NDS QL (40/28)
ACTIMMUNE	1	PA NDS
ARCALYST	1	PA NDS
BENLYSTA INYECTABLE, 400 MG	1	PA NDS QL (9/28)
BENLYSTA INYECTABLE, 120 MG	1	PA NDS QL (30/28)
<i>leflunomida</i>	1	QL (30/30)
RIDAURA	1	
SIMULECT	1	B/D PA NDS
SYNAGIS	1	PA NDS
Vacunas		
ACTHIB	1	
ADACEL	1	QL (0.5/365)
BCG VACCINE	1	
BEXSERO	1	
BOOSTRIX	1	QL (0.5/365)
DAPTACEL	1	
TETANUS/DIPHThERIA TOXOIDS-ADSORBED (PEDIÁTRICA)	1	
ENGERIX-B INYECTABLE, 10 MCG/0.5 ML	1	B/D PA QL (3/365)
ENGERIX-B INYECTABLE, 20 MCG/ML	1	B/D PA QL (8/365)
GARDASIL 9	1	QL (1.5/365)
HAVRIX	1	
HEPLISAV-B	1	B/D PA QL (3/365)

Medicamentos cubiertos por categoría

DRUG NAME	DRUG TIER	REQUIREMENTS/LIMITS
HIBERIX	1	
IMOVAX RABIA (H.D.C.V.)	1	B/D PA
INFANRIX	1	
IPOL INACTIVADA IPV	1	
IXIARO	1	
KINRIX	1	
M-M-R II	1	QL (2/365)
MENACTRA	1	
MENVEO	1	
PEDIARIX	1	
PEDVAX HIB	1	
PROQUAD	1	QL (2/365)
QUADRACEL	1	
RABAVERT	1	B/D PA
RECOMBIVAX HB	1	B/D PA QL (3/365)
ROTARIX	1	
ROTATEQ	1	
SHINGRIX	1	QL (2/999)
STAMARIL	1	QL (1/999)
TENIVAC	1	QL (0.5/28)
TETANUS/DIPHThERIA TOXOIDS-ADSORBED	1	
TRUMENBA	1	
TWINRIX	1	
TYPHIM VI	1	
VAQTA	1	
VARIVAX	1	QL (1/365)
VARIZIG	1	QL (12/30)
VAXCHORA	1	
YF-VAX	1	
ZOSTAVAX	1	QL (1/999)
Agentes para la enfermedad inflamatoria intestinal		
Aminosalicilatos		
APRISO	1	QL (120/30)

DRUG NAME	DRUG TIER	REQUIREMENTS/LIMITS
<i>balsalazida disódica</i>	1	
<i>mesalamina</i>	1	
<i>mesalamina, comprimidos con recubrimiento entérico 1.2 g</i>	1	QL (120/30)
Glucocorticoides		
<i>budesonida, cápsulas con recubrimiento entérico</i>	1	
<i>colocort</i>	1	
<i>hidrocortisona, enema</i>	1	
Sulfonamidas		
<i>sulfasalazina</i>	1	
Agentes para enfermedades óseas metabólicas		
Agentes para enfermedades óseas metabólicas		
<i>alendronato sódico, comprimidos, 35 mg, 70 mg</i>	1	QL (4/28)
<i>alendronato sódico, comprimidos, 10 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	QL (30/30)
BINOSTO	1	
<i>calcitonina-salmón</i>	1	QL (3.7/30)
<i>calcitriol, cápsulas</i>	1	
<i>calcitriol inyectable</i>	1	
<i>calcitriol, solución oral</i>	1	
<i>doxercalciferol, cápsulas, 0.5 mcg</i>	1	QL (90/30)
<i>doxercalciferol, cápsulas, 2.5 mcg</i>	1	QL (120/30)
<i>doxercalciferol, cápsulas, 1 mcg</i>	1	QL (240/30)
<i>etidronato disódico</i>	1	
FORTEO	1	PA NDS QL (2.4/28)
<i>ibandronato sódico, comprimidos</i>	1	QL (1/28)
MIACALCIN	1	NDS
<i>pamidronato disódico</i>	1	B/D PA
<i>paricalcitol, cápsulas, 4 mcg</i>	1	QL (60/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

QL = Límites a la cantidad indicados como (cant./días)

PA = Es posible que se requiera Autorización previa

NDS = Medicamento sin suministro extendido

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

ST = Se aplican las reglas de Tratamiento escalonado

B/D = Medicamentos cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare

En la página 9 podrá encontrar más información sobre los símbolos.

Medicamentos cubiertos por categoría

DRUG NAME	DRUG TIER	REQUIREMENTS/ LIMITS
<i>paricalcitol, cápsulas, 1 mcg, 2 mcg</i>	1	QL (90/30)
PROLIA	1	QL (1/180)
<i>risedronato sódico, comprimidos, 150 mg</i>	1	QL (1/30)
<i>risedronato sódico, comprimidos, 35 mg</i>	1	QL (4/28)
<i>risedronato sódico, comprimidos, 30 mg, 5 mg</i>	1	QL (30/30)
SENSIPAR, COMPRIMIDOS, 30 MG, 60 MG	1	NDS QL (60/30)
SENSIPAR, COMPRIMIDOS, 90 MG	1	NDS QL (120/30)
XGEVA	1	PA NDS QL (1.7/28)
<i>ácido zoledrónico inyectable, 4 mg/5 ml</i>	1	B/D PA QL (15/21)
<i>ácido zoledrónico inyectable, 5 mg/100 ml</i>	1	B/D PA QL (100/365)
Agentes terapéuticos varios		
Agentes terapéuticos varios		
AMINO ACID	1	B/D PA
JERINGA DE INSULINA BD SAFETYGLIDE/1 ML/29 G X 1/2"	1	QL (200/30)
JERINGA DE INSULINA BD ULTRAFINE/0.3 ML/31 G X 5/16"	1	QL (200/30)
JERINGA DE INSULINA BD ULTRAFINE/0.5 ML/30G X 1/2"	1	QL (200/30)
JERINGA DE INSULINA BD ULTRAFINE/1 ML/31 G X 5/16"	1	QL (200/30)
AGUJA PARA LAPICERAS BD/ MINI/ULTRAFINE/31 G X 3/16"	1	QL (200/30)
AGUJA PARA LAPICERAS BD/ NANO/ULTRAFINE/32 G X 4 MM	1	QL (200/30)
AGUJA PARA LAPICERAS BD/ ULTRAFINE/29 G X 12.7 MM	1	QL (200/30)
CARNITOR INYECTABLE	1	B/D PA
FERRIPROX	1	PA NDS
INTRALIPID	1	B/D PA

DRUG NAME	DRUG TIER	REQUIREMENTS/ LIMITS
KORLYM	1	PA NDS QL (120/30)
RINGERS IRRIGATION	1	
<i>levocarnitina</i>	1	
LIPOSYN III	1	B/D PA
NATPARA	1	PA NDS QL (2/28)
NOVOFINE 31	1	QL (200/30)
NOVOFINE, 32 G X 6 MM	1	QL (200/30)
NOVOFINE AUTOCOVER, 30 G X 8 MM	1	QL (200/30)
NOVOTWIST, 32 G X 5 MM	1	QL (200/30)
NUTRILIPID	1	B/D PA
OMNIPOD, PAQUETE DE 5	1	QL (30/30)
OMNIPOD DASH, PAQUETE DE 5	1	QL (30/30)
OMNIPOD DASH SYSTEM	1	QL (1/365)
OMNIPOD, PAQUETE INICIAL	1	QL (1/365)
PHYSIOLYTE	1	
<i>irrigación de solución fisiológica</i>	1	
RINGERS IRRIGATION	1	
<i>agua estéril para irrigación</i>	1	
<i>agua estéril para irrigación, botella de plástico</i>	1	
<i>agua estéril para irrigación con gancho</i>	1	
TECHLITE, AGUJAS PARA LAPICERA/31 G X 6 MM	1	QL (200/30)
TECHLITE, AGUJAS PARA LAPICERA/31 G X 8 MM	1	QL (200/30)
TECHLITE, AGUJAS PARA LAPICERA/32G X 4 MM	1	QL (200/30)
TECHLITE, AGUJAS PARA LAPICERA/32G X 6 MM	1	QL (200/30)
TECHLITE, AGUJAS PARA LAPICERA/32G X 8 MM	1	QL (200/30)
TIS-U-SOL	1	
V-GO 20	1	
V-GO 30	1	
V-GO 40	1	

Medicamentos cubiertos por categoría

DRUG NAME	DRUG TIER	REQUIREMENTS/ LIMITS
Agentes oftálmicos		
Prostaglandina oftálmica y análogos de la prostamida		
<i>bimatoprost, solución oftálmica</i>	1	QL (5/30)
COMBIGAN	1	
<i>latanoprost</i>	1	QL (5/30)
LUMIGAN	1	QL (5/30) ST
TRAVATAN Z	1	QL (5/30)
ZIOPTAN	1	QL (30/30)
Agentes oftálmicos, otros		
<i>sulfato de atropina, solución oftálmica</i>	1	
CYSTARAN	1	PA NDS QL (60/28)
LACRISERT	1	
<i>clorhidrato de proparacaína</i>	1	
RESTASIS	1	QL (60/30)
<i>tropicamida</i>	1	
Agentes antialérgicos oftálmicos		
<i>clorhidrato de azelastina, solución oftálmica</i>	1	
<i>cromolina sódica, solución oftálmica</i>	1	
<i>clorhidrato de epinastina</i>	1	
<i>clorhidrato de olopatadina, solución oftálmica</i>	1	QL (5/30)
<i>clorhidrato de olopatadina, solución oftálmica al 0.2%</i>	1	
PAZEO	1	QL (2.5/30)
Antiinflamatorios oftálmicos		
<i>bromfenac</i>	1	
<i>fosfato sódico de dexametasona, solución oftálmica</i>	1	
<i>diclofenac sódico, solución oftálmica</i>	1	
DUREZOL	1	
<i>fluorometolona</i>	1	

DRUG NAME	DRUG TIER	REQUIREMENTS/ LIMITS
<i>flurbiprofeno sódico</i>	1	
ILEVRO	1	
<i>ketorolaco trometamina, solución oftálmica</i>	1	
LOTEMAX	1	
<i>neomicina/polimixina/ dexametasona</i>	1	
PRED MILD	1	
PRED-G	1	
PRED-G S.O.P.	1	
<i>acetato de prednisolona</i>	1	
<i>fosfato sódico de prednisolona, solución oftálmica</i>	1	
PROLENSA	1	
TOBRADEX, POMADA	1	
<i>tobramicina/dexametasona</i>	1	
Agentes oftálmicos antiglaucoma		
<i>acetazolamida, liberación prolongada</i>	1	
<i>apraclonidina</i>	1	
AZOPT	1	
<i>clorhidrato de betaxolol, solución oftálmica</i>	1	
<i>tartrato de brimonidina, solución oftálmica al 0.15%</i>	1	
<i>tartrato de brimonidina, solución oftálmica al 0.2%</i>	1	
<i>clorhidrato de carteolol</i>	1	
<i>clorhidrato de dorzolamida</i>	1	QL (10/30)
<i>clorhidrato de dorzolamida/ maleato de timolol</i>	1	QL (10/30)
<i>clorhidrato de levobunolol</i>	1	
<i>metipranolol</i>	1	
YODURO DE FOSFOLINA	1	
<i>clorhidrato de pilocarpina</i>	1	
SIMBRINZA	1	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

QL = Límites a la cantidad indicados como (cant./días)

PA = Es posible que se requiera Autorización previa

NDS = Medicamento sin suministro extendido

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

ST = Se aplican las reglas de Tratamiento escalonado

B/D = Medicamentos cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare

En la página 9 podrá encontrar más información sobre los símbolos.

Medicamentos cubiertos por categoría

DRUG NAME	DRUG TIER	REQUIREMENTS/LIMITS
MALEATO DE TIMOLOL, GEL OFTÁLMICO QUE FORMA SOLUCIÓN	1	
<i>maleato de timolol, solución oftálmica</i>	1	
Agentes óticos		
Agentes óticos		
<i>ácido acético</i>	1	
COLY-MYCIN S	1	
<i>fluocinolona acetona, aceite</i>	1	
<i>hidrocortisona/ácido acético</i>	1	
<i>neomicina/polimixina/hc</i>	1	
<i>neomicina/polimixina/hidrocortisona, solución ótica</i>	1	
<i>neomicina/polimixina/hidrocortisona, suspensión ótica</i>	1	
Agentes pulmonares/para las vías respiratorias		
Antiinflamatorios, corticoesteroides inhalables		
ADVAIR DISKUS	1	QL (60/30)
ADVAIR HFA	1	QL (12/30)
ARNUIITY ELLIPTA	1	QL (30/30)
BREO ELLIPTA	1	QL (60/30)
<i>budesonida, suspensión</i>	1	B/D PA QL (120/30)
FLOVENT DISKUS AEPB, 100 MCG/BLÍSTER, 50 MCG/BLÍSTER	1	QL (60/30)
FLOVENT DISKUS AEPB, 250 MCG/BLÍSTER	1	QL (240/30)
FLOVENT HFA AEROSOL, 44 MCG/ACT	1	QL (10.6/30)
FLOVENT HFA AEROSOL, 110 MCG/ACT	1	QL (12/30)
FLOVENT HFA AEROSOL, 220 MCG/ACT	1	QL (24/30)
<i>flunisolida</i>	1	QL (50/30)
<i>propionato de fluticasona, suspensión</i>	1	QL (16/30)
<i>furoato de mometasona, suspensión</i>	1	QL (34/30)

DRUG NAME	DRUG TIER	REQUIREMENTS/LIMITS
Antihistamínicos		
<i>clorhidrato de azelastina, solución nasal</i>	1	QL (30/25)
<i>desloratadina</i>	1	QL (30/30)
<i>clorhidrato de difenhidramina inyectable</i>	1	
<i>diclorhidrato de levocetirizina, solución oral</i>	1	QL (300/30)
<i>diclorhidrato de levocetirizina, comprimidos</i>	1	QL (30/30)
Antileucotrienos		
<i>montelukast sódico</i>	1	QL (30/30)
<i>zafirlukast</i>	1	QL (60/30)
Broncodilatadores anticolinérgicos		
ATROVENT HFA	1	QL (25.8/30)
COMBIVENT RESPIMAT	1	QL (8/30)
INCRUSE ELLIPTA	1	QL (30/30)
<i>bromuro de ipratropio, solución para inhalación</i>	1	B/D PA QL (300/30)
<i>bromuro de ipratropio, solución nasal</i>	1	QL (30/30)
<i>bromuro de ipratropio/sulfato de albuterol</i>	1	B/D PA QL (540/30)
Broncodilatadores simpaticomiméticos		
<i>sulfato de albuterol, liberación prolongada</i>	1	
<i>sulfato de albuterol para nebulizar, al 0.5%</i>	1	B/D PA QL (180/30)
<i>sulfato de albuterol para nebulizar, al 0.083%, 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml</i>	1	B/D PA QL (360/30)
<i>sulfato de albuterol, jarabe</i>	1	
<i>sulfato de albuterol, comprimidos</i>	1	
ANORO ELLIPTA	1	QL (60/30)
<i>clorhidrato de epinefrina inyectable, 1 mg/10 ml, 1 mg/ml, 30 mg/30 ml</i>	1	
<i>epinefrina en autoinyector, 0.15 mg/0.15 ml, 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml</i>	1	QL (2/30)
EPIPEN 2-PAK	1	QL (2/30)

Medicamentos cubiertos por categoría

DRUG NAME	DRUG TIER	REQUIREMENTS/ LIMITS
EPIPEN-JR 2-PAK	1	QL (2/30)
<i>tartrato de levalbuterol hfa</i>	1	QL (30/30)
<i>sulfato de metaproterenol</i>	1	
PERFOROMIST	1	B/D PA QL (120/30)
PROAIR HFA	1	QL (17/30)
PROAIR RESPICLICK	1	QL (2/30)
SEREVENT DISKUS	1	QL (60/30)
<i>sulfato de terbutalina</i>	1	
VENTOLIN HFA	1	QL (36/30)

Agentes para la fibrosis quística

CAYSTON	1	PA NDS QL (84/56)
KALYDECO	1	PA NDS QL (60/30)
ORKAMBI, PAQUETE	1	PA NDS QL (56/28)
ORKAMBI, COMPRIMIDOS	1	PA NDS QL (120/30)
PULMOZYME	1	B/D PA NDS QL (150/30)
TOBI PODHALER	1	NDS QL (1568/365)
<i>tobramicina, solución para nebulizar</i>	1	B/D PA NDS

Estabilizadores de mastocitos

<i>cromolina sódica para nebulizar</i>	1	B/D PA QL (240/30)
--	---	--------------------

Inhibidores de la fosfodiesterasa, enfermedades de las vías respiratorias

<i>aminofilina</i>	1	
DALIRESP, COMPRIMIDOS, 500 MCG	1	PA QL (30/30)
DALIRESP, COMPRIMIDOS, 250 MCG	1	PA QL (60/365)
THEO-24	1	
<i>teofilina, liberación controlada</i>	1	
<i>teofilina, comprimidos de liberación prolongada x 12 h, 300 mg, 450 mg</i>	1	
<i>teofilina, comprimidos de liberación prolongada x 24 h</i>	1	

DRUG NAME	DRUG TIER	REQUIREMENTS/ LIMITS
Antihipertensivos pulmonares		
ADEMPAS	1	PA NDS QL (90/30)
OPSUMIT	1	PA NDS QL (30/30)
REMODULIN	1	B/D PA NDS
<i>sildenafil, comprimidos, 20 mg</i>	1	PA QL (90/30)
TRACLEER, COMPRIMIDOS	1	PA NDS QL (60/30)
TRACLEER, COMPRIMIDOS SOLUBLES	1	PA NDS
VENTAVIS	1	PA NDS QL (270/30)

Agentes para la fibrosis pulmonar

ESBRIET, CÁPSULAS	1	PA NDS QL (270/30)
ESBRIET, COMPRIMIDOS, 801 MG	1	PA NDS QL (90/30)
ESBRIET, COMPRIMIDOS, 267 MG	1	PA NDS QL (270/30)
OFEV	1	PA NDS QL (60/30)

Agentes para las vías respiratorias, otros

<i>acetilcisteína, solución para inhalación</i>	1	B/D PA
ARALAST NP	1	B/D PA NDS
PROLASTIN-C INYECTABLE, 1000 MG	1	B/D PA NDS
<i>ribavirina, solución para inhalación</i>	1	B/D PA NDS
TRELEGY ELLIPTA	1	QL (60/30)
XOLAIR	1	PA NDS QL (6/28)
ZEMAIRA	1	B/D PA NDS

Relajantes de los músculos esqueléticos

Relajantes de los músculos esqueléticos

<i>clorhidrato de ciclobenzaprina, comprimidos, 10 mg, 5 mg</i>	1	PA QL (90/30)
<i>metocarbamol, comprimidos</i>	1	PA
<i>citrato de orfenadrina, liberación prolongada</i>	1	PA QL (60/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

QL = Límites a la cantidad indicados como (cant./días)

PA = Es posible que se requiera Autorización previa

NDS = Medicamento sin suministro extendido

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

ST = Se aplican las reglas de Tratamiento escalonado

B/D = Medicamentos cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare

En la página 9 podrá encontrar más información sobre los símbolos.

Medicamentos cubiertos por categoría

DRUG NAME	DRUG TIER	REQUIREMENTS/ LIMITS
Agentes para trastornos del sueño		
Moduladores de los receptores GABA		
<i>temazepam, cápsulas, 15 mg, 30 mg</i>	1	QL (60/365)
<i>temazepam, cápsulas, 22.5 mg, 7.5 mg</i>	1	QL (60/365)
<i>zaleplon</i>	1	QL (30/30)
<i>tartrato de zolpidem, comprimidos</i>	1	PA QL (30/30)
Trastornos del sueño, otros		
<i>armodafinil</i>	1	PA QL (30/30)
ROZEREM	1	QL (30/30)
SILENOR	1	QL (30/30)
XYREM	1	PA NDS QL (540/30)

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
A					
abacavir, comprimidos	32	acetato de noretindrona/etinilestradiol, comprimidos, 2.5 mcg; 0.5 mg	53	adefovir dipivoxil	31
abacavir/lamivudina	32	acetato de noretindrona/etinilestradiol, comprimidos, 20 mcg; 1 mg	53	ADEMPAS	61
abacavir, solución oral	32	acetato de noretindrona/etinilestradiol/ fumarato ferroso, comprimidos	53	adriamicina inyectable, 2 mg/ml	24
ABELCET	21	acetato de octreotida	55	adrucil	24
ABILIFY MAINTENA	29	acetato de prednisolona	59	ADVAIR DISKUS	60
ABRAXANE	24	acetato de prednisolona	59	ADVAIR HFA	60
acamprosato cálcico, liberación retardada	12	acetazolamida	40	afeditab, liberación controlada	39
acarbosa	34	acetazolamida, liberación prolongada	59	AFINITOR, COMPRIMIDOS, 2.5 MG, 5 MG, 7.5 MG	26
acetaminofeno/codeína, comprimidos, 300 mg; 15 mg, 300 mg; 30 mg	11	acetazolamida sódica	40	AFINITOR, COMPRIMIDOS, 10 MG	26
acetaminofeno/codeína, comprimidos, 300 mg; 60 mg	11	acetilcisteína, solución para inhalación	61	AFINITOR DISPERZ, COMPRIMIDOS SOLUBLES, 2 MG, 3 MG	26
acetaminofeno/codeína, solución oral	10	aciclovir, cápsulas	33	AFINITOR DISPERZ, COMPRIMIDOS SOLUBLES, 5 MG	26
acetato de calcio, cápsulas	47	aciclovir, comprimidos	33	agua estéril para irrigación	58
acetato de calcio, comprimidos, 667 mg	47	aciclovir, pomada	33	agua estéril para irrigación, botella de plástico	58
acetato de caspofungina	21	aciclovir sódico	33	agua estéril para irrigación con gancho	58
acetato de cortisona	50	aciclovir, suspensión	33	AGUJA PARA LAPICERAS BD/ MINI/ULTRAFINE/31 G X 3/16"	58
acetato de desmopresina, comprimidos	51	ácido acético	60	AGUJA PARA LAPICERAS BD/ NANO/ULTRAFINE/32 G X 4 MM	58
acetato de desmopresina inyectable	51	ácido fenofibrico, cápsulas de liberación retardada, 45 mg	41	AGUJA PARA LAPICERAS BD/ NANO/ULTRAFINE/32 G X 4 MM	58
acetato de desmopresina, solución nasal	51	ácido fenofibrico, cápsulas de liberación retardada, 135 mg	41	AGUJA PARA LAPICERAS BD/ ULTRAFINE/29 G X 12.7 MM	58
acetato de flecainida	38	ácido micofenólico, liberación retardada	56	ala-cort, crema al 1%	49
acetato de fludrocortisona	50	ácido tranexámico, comprimidos	37	ALBENZA	28
acetato de leuprolida	54	ácido tranexámico inyectable	37	ALCOHOL, PAÑOS PREPARADOS	13
acetato de medroxiprogesterona, comprimidos	54	ácido valproico	18	ALDURAZYME	49
acetato de medroxiprogesterona inyectable, 150 mg/ml	54	ácido zoledrónico inyectable, 4 mg/5 ml	58	ALECENSA	26
acetato de medroxiprogesterona inyectable, 150 mg/ml	54	ácido zoledrónico inyectable, 5 mg/100 ml	58	alendronato sódico, comprimidos, 10 mg, 40 mg, 5 mg	57
acetato de megestrol, comprimidos	54	acitretina	43	alendronato sódico, comprimidos, 35 mg, 70 mg	57
acetato de megestrol, suspensión, 40 mg/ml	54	ACTEMRA INYECTABLE, 162 MG/0.9 ML	56	alfa-metilprednisolona	49
acetato de metilprednisolona inyectable, 40 mg/ml, 80 mg/ml	50	ACTEMRA INYECTABLE, 200 MG/10 ML, 400 MG/20 ML, 80 MG/4 ML	56	ALIMTA	24
acetato de noretindrona	54	ACTHIB	56	ALINIA, COMPRIMIDOS	28
		ACTIMMUNE	56	ALINIA, LIBERACIÓN SOSTENIDA	28
		ADACEL	56	ALIQOPA	26
		ADAGEN	49	alopurinol	22
				alopurinol sódico	22
				ALORA	51

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
ALOXI	21	<i>amoxicilina/clavulanato de potasio, liberación prolongada</i>	15	APTIOM, COMPRIMIDOS, 200 MG, 400 MG, 800 MG	17
<i>alprazolam, comprimidos, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	33	<i>amoxicilina, comprimidos</i>	15	APTIOM, COMPRIMIDOS, 600 MG	17
<i>alprazolam, comprimidos, 2 mg</i>	33	<i>amoxicilina, liberación sostenida</i>	15	APTIVUS, CÁPSULAS	32
<i>alprazolam, comprimidos orodispersables, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	33	<i>amoxicilina, masticable</i>	15	APTIVUS, SOLUCIÓN ORAL	32
<i>alprazolam, comprimidos orodispersables, 2 mg</i>	33	<i>ampicilina</i>	15	ARALAST NP	61
<i>altavera</i>	51	<i>ampicilina sódica</i>	15	<i>aranelle</i>	52
ALUNBRIG, COMPRIMIDOS, 30 MG	26	<i>ampicilina-sulbactam</i>	15	ARANESP SIN ALBÚMINA INYECTABLE, 10 MCG/0.4 ML, 40 MCG/0.4 ML	36
ALUNBRIG, COMPRIMIDOS, 180 MG, 90 MG	26	AMPYRA	43	ARANESP SIN ALBÚMINA INYECTABLE, 25 MCG/0.42 ML	36
ALUNBRIG, COMPRIMIDOS EN PAQUETE	26	ANADROL-50	51	ARANESP SIN ALBÚMINA INYECTABLE, 25 MCG/ML, 40 MCG/ML	36
<i>alyacen 1/35</i>	51	<i>anaspaz</i>	47	ARANESP SIN ALBÚMINA INYECTABLE, 100 MCG/0.5 ML	36
<i>alyacen 7/7/7</i>	51	<i>anastrozol</i>	26	ARANESP SIN ALBÚMINA INYECTABLE, 100 MCG/ML, 200 MCG/ML, 300 MCG/ML, 60 MCG/ML	36
AMBISOME	21	<i>anfetamina/dextroanfetamina, cápsulas x 24 horas, 1.25 mg; 1.25 mg; 1.25 mg, 6.25 mg; 6.25 mg; 6.25 mg; 6.25 mg</i>	42	ARANESP SIN ALBÚMINA INYECTABLE, 150 MCG/0.3 ML	36
<i>amethia</i>	52	<i>anfetamina/dextroanfetamina, cápsulas x 24 horas, 2.5 mg; 2.5 mg; 2.5 mg; 2.5 mg, 3.75 mg; 3.75 mg; 3.75 mg; 3.75 mg, 5 mg; 5 mg; 5 mg; 5 mg, 7.5 mg; 7.5 mg; 7.5 mg; 7.5 mg</i>	42	ARANESP SIN ALBÚMINA INYECTABLE, 200 MCG/0.4 ML	36
<i>amethia lo</i>	52	<i>anfetamina/dextroanfetamina, comprimidos, 1.25 mg; 1.25 mg; 1.25 mg; 1.25 mg, 1.875 mg; 1.875 mg; 1.875 mg, 2.5 mg; 2.5 mg; 2.5 mg; 2.5 mg, 3.125 mg; 3.125 mg; 3.125 mg; 3.125 mg, 3.75 mg; 3.75 mg; 3.75 mg; 3.75 mg; 3.75 mg, 7.5 mg; 7.5 mg; 7.5 mg</i>	42	ARANESP SIN ALBÚMINA INYECTABLE, 300 MCG/0.6 ML	36
<i>amilorida/hidroclorotiazida</i>	40	<i>anfetamina/dextroanfetamina, comprimidos, 5 mg; 5 mg; 5 mg; 5 mg</i>	42	ARANESP SIN ALBÚMINA INYECTABLE, 500 MCG/ML	36
AMINO ACID	58	<i>anfotericina b</i>	21	ARANESP SIN ALBÚMINA INYECTABLE, 600 MCG/0.3 ML	36
<i>aminofilina</i>	61	ANORO ELLIPTA	60	ARCALYST	56
AMINOSYN	44	APOKYN	28	<i>aripiprazol, comprimidos</i>	29
AMINOSYN AL 7%/ELECTROLYTES	44	<i>apraclonidina</i>	59	<i>aripiprazol, comprimidos orodispersables</i>	29
AMINOSYN AL 8.5%/ELECTROLYTES	44	<i>aprepitant, cápsulas, 40 mg</i>	21	<i>aripiprazol, solución oral</i>	29
AMINOSYN-HBC	44	<i>aprepitant, cápsulas, 80 mg</i>	21	ARISTADA INITIO	29
AMINOSYN II	44	<i>aprepitant, cápsulas, 125 mg</i>	21	ARISTADA INYECTABLE, 441 MG/1.6 ML	29
AMINOSYN II AL 8.5%/ELECTROLYTES	44	<i>aprepitant, cápsulas, en paquete</i>	21	ARISTADA INYECTABLE, 662 MG/2.4 ML	29
AMINOSYN M	44	<i>apri</i>	52	ARISTADA INYECTABLE, 882 MG/3.2 ML	29
AMINOSYN-PF	44	APRISO	57	ARISTADA INYECTABLE, 1064 MG/3.9 ML	29
AMINOSYN-PF AL 7%	44				
AMINOSYN-RF	44				
AMITIZA	48				
<i>amlodipina/valsartán/hctz</i>	39				
<i>amnesteem</i>	43				
<i>amoxapina</i>	21				
<i>amoxicilina, cápsulas</i>	15				
<i>amoxicilina/clavulanato de potasio</i>	15				

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>armodafinil</i>	62	<i>azitromicina, comprimidos, 250 mg, 500 mg</i>	15	<i>besilato de amlodipina/clorhidrato de benazepril, cápsulas, 2.5 mg; 10 mg, 5 mg; 10 mg, 5 mg; 20 mg, 5 mg; 40 mg</i>	39
ARNUITY ELLIPTA	60	<i>azitromicina, comprimidos, 600 mg</i>	15	<i>besilato de amlodipina/clorhidrato de benazepril, cápsulas, 10 mg; 20 mg, 10 mg; 40 mg</i>	39
ARRANON	24	<i>azitromicina inyectable</i>	15	<i>besilato de amlodipina, comprimidos, 2.5 mg</i>	39
<i>ascomp/codeína</i>	11	<i>azitromicina, liberación sostenida, 100 mg/5 ml</i>	15	<i>besilato de amlodipina, comprimidos, 5 mg</i>	39
<i>ashlyna</i>	52	<i>azitromicina, liberación sostenida, 200 mg/5 ml</i>	15	<i>besilato de amlodipina, comprimidos, 10 mg</i>	39
<i>aspirina/dipiridamol</i>	37	<i>azitromicina, paquete</i>	15	<i>besilato de amlodipina/valsartán</i>	39
ASTAGRAF XL	55	AZOPT	59	BESIVANCE	16
<i>atazanavir, cápsulas, 200 mg</i>	32	<i>aztreonam inyectable, 1 g</i>	15	BESPONSA	27
<i>atazanavir, cápsulas, 300 mg</i>	32	AZTREONAM INYECTABLE, 2 G ..	15	BETASERON	43
<i>atenolol</i>	38	<i>azurette</i>	52	<i>bexaroteno</i>	28
<i>atenolol/clortalidona</i>	38	B		BEXSERO	56
ATGAM	56	<i>baciim</i>	13	<i>bicalutamida</i>	23
<i>atomoxetina, cápsulas, 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i>	42	<i>bacitracina inyectable</i>	13	<i>bicarbonato sódico inyectable</i>	46
<i>atomoxetina, cápsulas, 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	42	<i>bacitracina/polimixina b</i>	13	<i>bicarbonato sódico, surtido parcial</i> ..	47
<i>atorvastatina cálcica</i>	41	<i>bacitracina, pomada oftálmica</i>	13	BICILLIN L-A	15
<i>atovaquona</i>	28	<i>baclofen, comprimidos, 10 mg, 5 mg</i> ..	30	BICNU	23
<i>atovaquona/clorhidrato de proguanil</i>	28	<i>baclofen, comprimidos, 20 mg</i>	30	BIDIL	42
ATRIPLA	32	BACTROBAN NASAL	13	BIKTARVY	31
ATROVENT HFA	60	<i>balsalazida disódica</i>	57	BILTRICIDE	28
<i>aubra</i>	52	<i>balziva</i>	52	<i>bimatoprost, solución oftálmica</i>	59
AUGMENTIN SUSR, 125 MG/5 ML; 31.25 MG/5 ML	15	BANZEL, COMPRIMIDOS, 200 MG ..	18	BINOSTO	57
AURYXIA	47	BANZEL, COMPRIMIDOS, 400 MG ..	18	<i>bitartrato de hidrocodona/acetaminofeno, comprimidos, 300 mg; 5 mg, 325 mg; 2.5 mg</i>	11
AVASTIN	27	BANZEL, SUSPENSIÓN	18	<i>bitartrato de hidrocodona/acetaminofeno, comprimidos, 300 mg; 10 mg, 300 mg; 7.5 mg</i>	11
<i>aviane</i>	52	BARACLUDE, SOLUCIÓN ORAL ..	31	<i>bitartrato de hidrocodona/acetaminofeno, solución oral</i>	11
<i>avita, crema</i>	43	<i>base de eritromicina</i>	16	<i>bleomycin</i>	24
<i>avita, gel</i>	43	BAVENCIO	27	BLEPHAMIDE	16
AVONEX	43	BAXDELA	16	BLEPHAMIDE S.O.P.	16
AVONEX PEN	43	BCG VACCINE	56	<i>blisovi fe 1.5/30</i>	52
<i>azacitidina</i>	24	<i>bekyree</i>	52	<i>blisovi fe 1/20</i>	52
AZACTAM	15	BELEODAQ	24		
AZACTAM EN DEXTROSA ISOOSMÓTICA	15	BENDEKA	23		
AZASAN	55	BENLYSTA INYECTABLE, 120 MG ..	56		
AZASITE	15	BENLYSTA INYECTABLE, 400 MG ..	56		
<i>azatioprina, comprimidos</i>	55	<i>benzoato de rizatriptán</i>	22		
<i>azatioprina inyectable</i>	55	<i>benzoato de rizatriptán, comprimidos orodispersables</i>	22		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
BOOSTRIX	56	<i>butalbital/acetaminofeno/</i>		CAPRELSA, COMPRIMIDOS,	
BORTEZOMIB	24	<i>cafeína/codeína</i>	10	100 MG	26
BOSULIF, COMPRIMIDOS, 100 MG	26	<i>butalbital/acetaminofeno/cafeína,</i>		CAPRELSA, COMPRIMIDOS,	
BOSULIF, COMPRIMIDOS,		<i>comprimidos, 325 mg; 50 mg; 40 mg</i>	10	300 MG	26
400 MG, 500 MG	26	<i>butalbital/aspirina/cafeína, cápsulas</i>	10	<i>caproato de hidroxiprogesterona</i>	54
BRAFTOVI	24	<i>butalbital/aspirina/cafeína/codeína</i>	10	CARAFATE, SUSPENSIÓN	48
BREO ELLIPTA	60	<i>butirato de hidrocortisona, crema</i>	50	CARBAGLU	44
<i>briellyn</i>	52	<i>butirato de hidrocortisona (lipídico)</i>	50	<i>carbamazepina</i>	18
BRILINTA	37	<i>butirato de hidrocortisona (lipofílico)</i>	50	<i>carbamazepina, liberación prolongada</i>	18
BRIVIACT, COMPRIMIDOS,		<i>butirato de hidrocortisona, pomada</i>	50	<i>carbidopa</i>	28
10 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	17	<i>butirato de hidrocortisona,</i>		<i>carbidopa/levodopa</i>	28
BRIVIACT, COMPRIMIDOS, 100 MG	17	<i>solución externa</i>	50	<i>carbidopa/levodopa,</i>	
BRIVIACT INYECTABLE	17	BYDUREON	34	<i>comprimidos orodispersables</i>	28
BRIVIACT, SOLUCIÓN ORAL	17	BYDUREON BCISE	34	<i>carbidopa/levodopa/entacapona</i>	28
<i>bromfenac</i>	59	BYDUREON, LAPICERA	34	<i>carbidopa/levodopa,</i>	
<i>bromuro de ipratropio, solución nasal</i>	60	BYSTOLIC, COMPRIMIDOS,		<i>liberación prolongada</i>	28
<i>bromuro de ipratropio,</i>		10 MG, 2.5 MG, 5 MG	39	<i>carbonato de litio,</i>	
<i>solución para inhalación</i>	60	BYSTOLIC, COMPRIMIDOS, 20 MG	39	<i>cápsulas, 150 mg, 600 mg</i>	33
<i>bromuro de ipratropio/</i>				<i>carbonato de litio, cápsulas, 300 mg</i>	33
<i>sulfato de albuterol</i>	60			<i>carbonato de litio, comprimidos</i>	33
<i>bromuro de metescopolamina</i>	47			<i>carbonato de litio,</i>	
<i>bromuro de piridostigmina</i>	22			<i>liberación prolongada</i>	33
<i>bromuro de piridostigmina,</i>				<i>carboplatin inyectable, 150 mg/</i>	
<i>liberación prolongada</i>	23			<i>15 ml, 450 mg/45 ml, 50 mg/5 ml</i>	24
<i>bromuro de propantelina</i>	48			CARNITOR INYECTABLE	58
<i>budesonida, cápsulas</i>				<i>cartia xt</i>	39
<i>con recubrimiento entérico</i>	57			<i>carvedilol</i>	39
<i>budesonida, suspensión</i>	60			CAYSTON	61
<i>bumetanida, comprimidos,</i>				<i>caziant</i>	52
0.5 mg, 1 mg	40			<i>cefaclor, cápsulas</i>	14
<i>bumetanida, comprimidos, 2 mg</i>	40			<i>cefaclor, liberación prolongada</i>	14
<i>bumetanida inyectable</i>	40			<i>cefaclor, liberación sostenida</i>	14
BUPRENORFHINE, PARCHE				<i>cefadroxil</i>	14
TRANSDÉRMICO UNA VEZ POR				<i>cefalexina, cápsulas, 250 mg, 500 mg</i>	15
SEMANA, 10 MCG/H, 15 MCG/H,				<i>cefalexina, liberación sostenida</i>	15
20 MCG/H, 5 MCG/H	10			CEFAZOLIN	14
<i>buprenorfina, parche transdérmico</i>				<i>cefazolina sódica/dextrosa</i>	
<i>una vez por semana, 7.5 mcg/h</i>	10			<i>inyectable, 2 g; 3%</i>	14
<i>busulfán</i>	23			<i>cefazolina sódica inyectable,</i>	
BUSULFEX	23			10 g, 1 g, 1 g/50 ml; 4%, 500 mg	14
<i>butalbital/acetaminofeno/</i>				<i>cefdinir, cápsulas</i>	14
<i>cafeína, cápsulas</i>	10			<i>cefdinir, liberación sostenida</i>	14
		C			
		<i>cabergolina</i>	54		
		CABOMETYX, COMPRIMIDOS,			
		20 MG, 60 MG	26		
		CABOMETYX, COMPRIMIDOS,			
		40 MG	26		
		<i>calcipotrieno, crema</i>	43		
		<i>calcipotrieno, pomada</i>	43		
		<i>calcipotrieno, solución externa</i>	43		
		<i>calcitonina-salmón</i>	57		
		<i>calcitreno</i>	43		
		<i>calcitriol, cápsulas</i>	57		
		<i>calcitriol inyectable</i>	57		
		<i>calcitriol, pomada</i>	43		
		<i>calcitriol, solución oral</i>	57		
		CALQUENCE	26		
		<i>camila</i>	54		
		<i>camrese</i>	52		
		<i>camrese lo</i>	52		
		<i>candesartán cilexetilo</i>	37		
		<i>candesartán cilexetilo/hidroclorotiazida</i>	37		
		CAPASTAT SULFATE	23		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>cefepima</i>	14	CILOXAN, POMADA	16	CLINIMIX AL 4.25%/	
<i>cefepima/dextrosa</i>	14	CIMDUO	32	DEXTROSE AL 10%.....	44
<i>cefixima</i>	14	<i>cimetidina</i>	48	CLINIMIX AL 4.25%/	
<i>cefotaxima sódica</i>	14	CINRYZE	55	DEXTROSE AL 20%.....	44
<i>cefotetan</i>	15	<i>cipionato de testosterona</i>	51	CLINIMIX AL 4.25%/	
<i>cefotitina sódica inyectable,</i> <i>10 g, 1 g, 2 g</i>	14	CIPRODEX	16	DEXTROSE AL 25%.....	44
<i>cefpodoxima proxetil</i>	14	<i>ciprofloxacina, comprimidos de liberación</i> <i>prolongada x 24 h, 500 mg; 0</i>	16	CLINIMIX AL 5%/DEXTROSE AL 15% 44	
<i>cefprozil</i>	14	<i>ciprofloxacina, comprimidos de liberación</i> <i>prolongada x 24 h, 1000 mg; 0</i>	16	CLINIMIX AL 5%/DEXTROSE AL 20% 44	
<i>ceftazidima</i>	14	<i>ciprofloxacina intravenosa en d5w</i> ..	16	CLINIMIX AL 5%/DEXTROSE AL 25% 44	
<i>ceftazidima/dextrosa</i>	14	<i>ciprofloxacina, liberación sostenida</i> ..	16	CLINIMIX E AL 2.75%/	
<i>ceftriaxona en dextrosa isoosmótica</i> ..	14	CIPRO HC.....	16	DEXTROSE AL 10%.....	44
<i>ceftriaxona sódica inyectable,</i> <i>10 g, 1 g, 250 mg, 2 g, 500 mg</i>	14	<i>cisplatino</i>	24	CLINIMIX E AL 4.25%/	
<i>cefuroxima axetil</i>	15	<i>citarabina</i>	24	DEXTROSE AL 10%.....	44
<i>cefuroxima sódica</i>	15	<i>citarabina acuosa</i>	24	CLINIMIX E AL 4.25%/	
<i>celecoxib, cápsulas,</i> <i>100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	10	<i>citrato de fentanil inyectable,</i> <i>1000 mcg/20 ml, 100 mcg/2 ml,</i> <i>2500 mcg/50 ml, 250 mcg/5 ml</i>	11	DEXTROSE AL 25%.....	44
<i>celecoxib, cápsulas, 400 mg</i>	10	<i>citrato de fentanil, paleta transmucosa</i> <i>oral, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg</i> ..	11	CLINIMIX E AL 5%/	
CELONTIN.....	17	<i>citrato de fentanil, paleta transmucosa</i> <i>oral, 1200 mcg, 1600 mcg, 800 mcg</i> ..	11	DEXTROSE AL 25%.....	44
CEREZYME.....	49	<i>citrato de orfenadrina,</i> <i>liberación prolongada</i>	61	CLINIMIX N9G15E	45
<i>cesia</i>	52	<i>citrato de potasio,</i> <i>liberación prolongada</i>	46	CLINISOL SF 15%	45
CHANTIX.....	13	<i>citrato de tamoxifeno</i>	24	<i>clodan</i>	50
CHANTIX, PAQUETE MENSUAL DE CONTINUACIÓN ...	13	<i>cladribina</i>	24	<i>clofarabina</i>	24
CHANTIX, PAQUETE MENSUAL INICIAL.....	13	<i>claravis</i>	43	<i>clonazepam, comprimidos, 0.5 mg</i> ..	17
<i>chateal</i>	52	<i>claritromicina, comprimidos</i>	16	<i>clonazepam, comprimidos, 1 mg</i> ...	17
CHEMET.....	47	<i>claritromicina, liberación prolongada</i> ..	15	<i>clonazepam, comprimidos, 2 mg</i> ...	17
<i>ciclodan</i>	21	<i>claritromicina, liberación sostenida</i> ..	16	<i>clonazepam, comprimidos</i> <i>orodispersables, 0.125 mg,</i> <i>0.25 mg, 0.5 mg</i>	17
<i>ciclofosfamida, cápsulas</i>	23	<i>clindacin etz, compresas</i>	13	<i>clonazepam, comprimidos</i> <i>orodispersables, 1 mg</i>	17
<i>ciclofosfamida inyectable</i>	23	<i>clindacin-p</i>	13	<i>clonazepam, comprimidos</i> <i>orodispersables, 2 mg</i>	17
<i>ciclopirox, champú</i>	22	<i>clindamicina</i>	13	<i>clopidogrel, comprimidos, 75 mg</i> ...	37
<i>ciclopirox, laca para las uñas</i>	22	<i>clindamicina/cloruro de sodio</i>	13	<i>clopidogrel, comprimidos, 300 mg</i> ..	37
<i>ciclopirox, olamina</i>	22	CLINIMIX AL 2.75%/		<i>clorazepato dipotásico,</i> <i>3.75 mg, 7.5 mg</i>	33
<i>ciclopirox, suspensión</i>	22	DEXTROSE AL 5%.....	44	<i>clorazepato dipotásico,</i> <i>comprimidos, 15 mg</i>	33
<i>cicloserina</i>	23	CLINIMIX AL 4.25%/		<i>clorhidrato de acebutolol</i>	38
<i>ciclosporina</i>	55	DEXTROSE AL 5%.....	44	<i>clorhidrato de alfuzosina,</i> <i>liberación prolongada</i>	49
<i>ciclosporina modificada</i>	55			<i>clorhidrato de alosetrón,</i> <i>comprimidos, 0.5 mg</i>	48
<i>cidofovir</i>	31				
<i>cilostazol</i>	37				

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>clorhidrato de alosetrón, comprimidos, 1 mg</i>	48	<i>clorhidrato de bupropión, liberación sostenida</i>	19	<i>clorhidrato de desipramina</i>	21
<i>clorhidrato de amantadina</i>	28	<i>clorhidrato de buspirona, comprimidos, 10 mg, 5 mg</i>	33	<i>clorhidrato de dexmetilfenidato</i>	42
<i>clorhidrato de amilorida</i>	40	<i>clorhidrato de buspirona, comprimidos, 15 mg, 30 mg, 7.5 mg</i>	33	<i>clorhidrato de diciclomina, cápsulas</i>	47
<i>clorhidrato de amiodarona, comprimidos</i>	38	<i>clorhidrato de carteolol</i>	59	<i>clorhidrato de diciclomina, comprimidos</i>	47
<i>clorhidrato de amiodarona inyectable</i>	38	<i>clorhidrato de ciclobenzaprina, comprimidos, 10 mg, 5 mg</i>	61	<i>clorhidrato de diciclomina, solución oral</i>	47
<i>clorhidrato de amiodarona inyectable, 50 mg/ml, 900 mg/18 ml</i>	38	<i>clorhidrato de cimetidina</i>	48	<i>clorhidrato de difenhidramina inyectable</i>	60
<i>clorhidrato de amitriptilina</i>	21	<i>clorhidrato de ciprofloxacina</i>	16	<i>clorhidrato de diltiazem, cápsulas de liberación prolongada x 12 h</i>	39
<i>clorhidrato de anagrelida</i>	36	<i>clorhidrato de ciprofloxacina, comprimidos, 100 mg</i>	16	<i>clorhidrato de diltiazem, cápsulas de liberación prolongada x 24 h, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 420 mg</i>	39
<i>clorhidrato de azelastina, solución nasal</i>	60	<i>clorhidrato de ciprofloxacina, comprimidos, 250 mg</i>	16	<i>clorhidrato de diltiazem, comprimidos</i>	39
<i>clorhidrato de azelastina, solución oftálmica</i>	59	<i>clorhidrato de ciprofloxacina, comprimidos, 750 mg</i>	16	<i>clorhidrato de diltiazem, comprimidos de liberación prolongada x 24 h</i>	39
<i>clorhidrato de benazepril</i>	37	<i>clorhidrato de ciprofloxacina, solución oftálmica</i>	16	<i>clorhidrato de diltiazem inyectable</i>	39
<i>clorhidrato de benazepril/hidroclorotiazida, comprimidos, 10 mg; 12.5 mg, 20 mg; 25 mg, 5 mg; 6.25 mg</i>	38	<i>clorhidrato de clindamicina, cápsulas</i>	13	<i>clorhidrato de donepezilo, comprimidos, 5 mg</i>	19
<i>clorhidrato de benazepril/hidroclorotiazida, comprimidos, 20 mg; 12.5 mg</i>	38	<i>clorhidrato de clonidina</i>	21	<i>clorhidrato de donepezilo, comprimidos, 5 mg</i>	19
<i>clorhidrato de betaxolol, comprimidos</i>	38	<i>clorhidrato de clonidina, comprimidos, 0.1 mg, 0.2 mg</i>	37	<i>clorhidrato de donepezilo, comprimidos, 10 mg</i>	19
<i>clorhidrato de betaxolol, solución oftálmica</i>	59	<i>clorhidrato de clonidina, comprimidos, 0.3 mg</i>	37	<i>clorhidrato de donepezilo, comprimidos, 10 mg</i>	19
<i>clorhidrato de buprenorfina/clorhidrato de naloxona</i>	12	<i>clorhidrato de clonidina, liberación prolongada</i>	42	<i>clorhidrato de donepezilo, comprimidos, 23 mg</i>	19
<i>clorhidrato de buprenorfina inyectable</i>	10	<i>clorhidrato de clonidina, parche semanal, 0.1 mg/24 h, 0.2 mg/24 h</i>	37	<i>clorhidrato de donepezilo, comprimidos dispersables, 5 mg</i>	19
<i>clorhidrato de buprenorfina sublingual</i>	12	<i>clorhidrato de clonidina, parche semanal, 0.3 mg/24 h</i>	37	<i>clorhidrato de donepezilo, comprimidos dispersables, 10 mg</i>	19
<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos, 75 mg</i>	19	<i>clorhidrato de clorpromazina, comprimidos</i>	29	<i>clorhidrato de dorzolamida</i>	59
<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos, 100 mg</i>	19	<i>clorhidrato de clorpromazina inyectable</i>	29	<i>clorhidrato de dorzolamida/maleato de timolol</i>	59
<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos de liberación prolongada x 12 h, 100 mg, 200 mg</i>	19	<i>clorhidrato de colestipol</i>	41	<i>clorhidrato de doxepina</i>	33
CLORHIDRATO DE BUPROPIÓN, COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA X 12 H, 150 MG	19	<i>clorhidrato de daunorrubicina</i>	24	<i>clorhidrato de doxorrubicina</i>	24
<i>clorhidrato de bupropión, liberación prolongada</i>	19	<i>clorhidrato de daunorrubicina inyectable, 20 mg/4 ml</i>	24	<i>clorhidrato de doxorrubicina liposomal</i>	25
<i>clorhidrato de bupropión, liberación sostenida</i>	13	CLORHIDRATO DE DAUNORRUBICINA INYECTABLE, 50 MG/10 ML	24	<i>clorhidrato de duloxetina, cápsulas con recubrimiento entérico, 20 mg</i>	20
		<i>clorhidrato de demeclociclina</i>	16	<i>clorhidrato de duloxetina, cápsulas con recubrimiento entérico, 30 mg</i>	20

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>clorhidrato de duloxetina, cápsulas con recubrimiento entérico, 60 mg</i> . . .	20	<i>clorhidrato de hidralazina inyectable</i> . . .	41	<i>clorhidrato de memantina, liberación prolongada</i>	19
<i>clorhidrato de epinastina</i>	59	<i>clorhidrato de hidromorфона, comprimidos, 2 mg, 4 mg</i>	11	<i>clorhidrato de memantina, paquete de ajuste de dosis</i>	19
<i>clorhidrato de epinefrina inyectable, 1 mg/10 ml, 1 mg/ml, 30 mg/30 ml</i> . . .	60	<i>clorhidrato de hidromorфона, comprimidos, 8 mg</i>	11	<i>clorhidrato de memantina, solución oral</i>	19
<i>clorhidrato de epirrubicina inyectable, 200 mg/100 ml</i>	25	<i>clorhidrato de hidromorфона inyectable</i>	11	<i>clorhidrato de metadona, comprimidos, 5 mg</i>	10
<i>clorhidrato de etambutol</i>	23	<i>clorhidrato de hidromorфона líquido</i> . . .	11	<i>clorhidrato de metadona, comprimidos, 10 mg</i>	10
<i>clorhidrato de fenazopiridina</i>	49	<i>clorhidrato de hidromorфона, monodosis</i>	11	<i>clorhidrato de metadona concentrado</i>	10
<i>clorhidrato de fenazopiridina</i>	49	<i>clorhidrato de idarrubicina inyectable, 10 mg/10 ml</i>	25	<i>clorhidrato de metadona, intensol</i> . . .	10
<i>clorhidrato de fenoxibenzamina</i>	37	<i>clorhidrato de idarrubicina inyectable, 10 mg/10 ml</i>	25	<i>clorhidrato de metadona inyectable</i> . . .	10
<i>clorhidrato de flavoxato</i>	49	<i>clorhidrato de imipramina</i>	21	<i>clorhidrato de metadona, solución oral, 5 mg/5 ml</i>	10
<i>clorhidrato de flufenazina, comprimidos</i>	29	<i>clorhidrato de imipramina, comprimidos, 25 mg, 50 mg</i>	21	<i>clorhidrato de metadona, solución oral, 10 mg/5 ml</i>	10
<i>clorhidrato de flufenazina concentrado</i>	29	<i>clorhidrato de irinotecán</i>	25	<i>clorhidrato de metformina, comprimidos, 500 mg</i>	34
<i>clorhidrato de flufenazina, elixir</i>	29	<i>clorhidrato de irinotecán</i>	25	<i>clorhidrato de metformina, comprimidos, 850 mg</i>	34
<i>clorhidrato de flufenazina inyectable</i> . . .	29	<i>clorhidrato de irinotecán</i>	26	<i>clorhidrato de metformina, comprimidos, 1000 mg</i>	34
<i>clorhidrato de fluoxetina, cápsulas, 10 mg</i>	20	<i>clorhidrato de irinotecán</i>	26	<i>clorhidrato de metformina, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 500 mg (genérico de Glucophage XR)</i>	34
<i>clorhidrato de fluoxetina, cápsulas, 20 mg</i>	20	<i>clorhidrato de irinotecán</i>	26	<i>clorhidrato de metformina, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 750 mg (genérico de Glucophage XR)</i>	34
<i>clorhidrato de fluoxetina, cápsulas, 40 mg</i>	20	<i>clorhidrato de labetalol, comprimidos</i> . . .	39	<i>clorhidrato de metformina, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 1000 mg (genérico de Fortamet)</i>	34
<i>clorhidrato de fluoxetina, comprimidos, 10 mg</i>	20	<i>clorhidrato de labetalol inyectable</i> . . .	39	<i>clorhidrato de metformina, solución oral</i>	34
<i>clorhidrato de fluoxetina, comprimidos, 20 mg</i>	20	<i>clorhidrato de levobunolol</i>	59	<i>clorhidrato de metilfenidato, comprimidos</i>	43
<i>clorhidrato de fluoxetina, solución oral</i> . . .	20	<i>clorhidrato de lidocaína, gel</i>	12	<i>clorhidrato de metilfenidato, comprimidos de liberación controlada y prolongada, 10 mg, 27 mg, 54 mg</i> . . .	42
<i>clorhidrato de gemcitabina</i>	24	<i>clorhidrato de lidocaína, gelatina</i>	12	<i>clorhidrato de metilfenidato, comprimidos de liberación controlada y prolongada, 18 mg</i>	42
<i>clorhidrato de gemcitabina inyectable, 1.5 gm/15 ml, 1 gm/10 ml, 200 mg/2 ml, 2 gm/20 ml</i>	24	<i>clorhidrato de lidocaína, gel</i>	12		
<i>clorhidrato de gemcitabina inyectable, 1 g, 1 g/26.3 ml, 200 mg/5.26 ml, 2 g/52.6 ml</i>	24	<i>clorhidrato de lidocaína inyectable</i>	12		
<i>clorhidrato de granisetron</i>	21	<i>clorhidrato de lidocaína inyectable</i>	38		
<i>clorhidrato de granisetron, comprimidos</i>	21	<i>clorhidrato de lidocaína, solución externa</i>	12		
<i>clorhidrato de granisetron inyectable, 0.1 mg/ml, 1 mg/ml</i>	21	<i>clorhidrato de lidocaína, solución para boca/garganta</i>	12		
<i>clorhidrato de hidralazina, comprimidos</i>	41	<i>clorhidrato de lidocaína viscoso</i>	12		
		<i>clorhidrato de lincomicina</i>	13		
		<i>clorhidrato de loperamida, cápsulas</i> . . .	48		
		<i>clorhidrato de maprotilina</i>	19		
		<i>clorhidrato de meclizina, comprimidos</i> . . .	21		
		<i>clorhidrato de mefloquina</i>	28		
		<i>clorhidrato de melfalan</i>	23		
		<i>clorhidrato de memantina, comprimidos, 5 mg</i>	19		
		<i>clorhidrato de memantina, comprimidos, 10 mg</i>	19		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>clorhidrato de metilfenidato, comprimidos de liberación controlada y prolongada, 20 mg</i>	42	<i>clorhidrato de nefazodona</i>	19	<i>clorhidrato de pioglitazona/ clorhidrato de metformina</i>	34
<i>clorhidrato de metilfenidato, comprimidos de liberación controlada y prolongada, 36 mg</i>	42	<i>clorhidrato de nicardipina, cápsulas</i>	40	<i>clorhidrato de prazosina</i>	37
<i>clorhidrato de metilfenidato, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 18 mg</i>	42	<i>clorhidrato de nicardipina inyectable</i>	40	<i>clorhidrato de prometazina, comprimidos, 12.5 mg, 25 mg</i>	21
<i>clorhidrato de metilfenidato, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 27 mg, 54 mg</i>	42	<i>clorhidrato de nortriptilina</i>	21	<i>clorhidrato de prometazina, comprimidos, 50 mg</i>	21
<i>clorhidrato de metilfenidato, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 36 mg</i>	42	<i>clorhidrato de olopatadina, solución oftálmica</i>	59	<i>clorhidrato de prometazina, jarabe</i>	21
<i>clorhidrato de metoclopramida, comprimidos</i>	48	<i>clorhidrato de olopatadina, solución oftálmica al 0.2%</i>	59	<i>clorhidrato de prometazina, supositorios</i>	21
<i>clorhidrato de metoclopramida inyectable</i>	48	<i>clorhidrato de ondansetrón, comprimidos, 4 mg, 8 mg</i>	21	<i>clorhidrato de propafenona</i>	38
<i>clorhidrato de metoclopramida, solución oral</i>	48	<i>clorhidrato de ondansetrón, comprimidos, 24 mg</i>	21	<i>clorhidrato de propafenona, cápsulas de liberación prolongada x 12 h, 225 mg, 325 mg</i>	38
<i>clorhidrato de mexiletina</i>	38	<i>clorhidrato de ondansetrón inyectable, 40 mg/20 ml, 4 mg/2 ml</i>	21	<i>clorhidrato de propafenona, cápsulas de liberación prolongada x 12 h, 425 mg</i>	38
<i>clorhidrato de midodrina</i>	37	<i>clorhidrato de ondansetrón, solución oral</i>	21	<i>clorhidrato de proparacaína</i>	59
<i>clorhidrato de minociclina</i>	17	<i>clorhidrato de oxycodona, cápsulas</i>	12	<i>clorhidrato de propranolol, liberación prolongada</i>	39
<i>clorhidrato de mitoxantrona</i>	25	<i>clorhidrato de oxycodona, comprimidos, 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	12	<i>clorhidrato de propranolol, comprimidos</i>	39
<i>clorhidrato de moexipril</i>	38	<i>clorhidrato de oxycodona, comprimidos, 30 mg</i>	12	<i>clorhidrato de propranolol, comprimidos, 60 mg</i>	39
<i>clorhidrato de moxifloxacina/ clorhidrato de sodio</i>	16	<i>clorhidrato de oxycodona concentrado</i>	12	<i>clorhidrato de propranolol inyectable</i>	39
<i>clorhidrato de moxifloxacina, comprimidos</i>	16	<i>clorhidrato de oxycodona, solución oral</i>	12	<i>clorhidrato de propranolol, solución oral</i>	39
<i>clorhidrato de moxifloxacina inyectable</i>	16	<i>clorhidrato de palonosetrón inyectable, 0.25 mg/5 ml</i>	21	<i>clorhidrato de protriptilina</i>	21
<i>clorhidrato de moxifloxacina, solución oftálmica</i>	16	<i>clorhidrato de paroxetina, comprimidos, 10 mg</i>	20	<i>clorhidrato de quinapril</i>	38
<i>clorhidrato de naftifina</i>	22	<i>clorhidrato de paroxetina, comprimidos, 20 mg</i>	20	<i>clorhidrato de raloxifeno</i>	54
<i>clorhidrato de naftifina</i>	22	<i>clorhidrato de paroxetina, comprimidos, 30 mg, 40 mg</i>	20	<i>clorhidrato de ranitidina, cápsulas</i>	48
<i>clorhidrato de nalbufina inyectable, 10 mg/ml</i>	12	<i>clorhidrato de paroxetina, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 12.5 mg</i>	20	<i>clorhidrato de ranitidina, comprimidos</i>	48
<i>clorhidrato de nalbufina inyectable, 20 mg/ml</i>	12	<i>clorhidrato de paroxetina, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 25 mg, 37.5 mg</i>	20	<i>clorhidrato de ranitidina inyectable</i>	48
<i>clorhidrato de naloxona</i>	12	<i>clorhidrato de pilocarpina</i>	43	<i>clorhidrato de ranitidina inyectable, 50 mg/2 ml</i>	48
<i>clorhidrato de naltrexona</i>	12	<i>clorhidrato de pilocarpina</i>	43	<i>clorhidrato de ranitidina, jarabe</i>	48
<i>clorhidrato de naratriptán</i>	22	<i>clorhidrato de pilocarpina</i>	59	<i>clorhidrato de rimantadina</i>	33
<i>clorhidrato de nefazodona</i>	19	<i>clorhidrato de pioglitazona</i>	34	<i>clorhidrato de ropinirol</i>	28

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>clorhidrato de sertralina, comprimidos, 100 mg</i>	20	<i>clorhidrato de vancomicina, cápsulas, 250 mg</i>	14	<i>cloruro de potasio, comprimidos de liberación prolongada y controlada</i> . 46	
<i>clorhidrato de sertralina concentrado</i> . 20		<i>clorhidrato de vancomicina/ cloruro de sodio inyectable al 0.9%; 750 mg/150 ml</i>	14	<i>cloruro de potasio/dextrosa/ cloruro de sodio</i>	46
<i>clorhidrato de sotalol</i>	38	<i>clorhidrato de vancomicina en dextrosa</i>	14	<i>cloruro de potasio/dextrosa inyectable al 5%; 20 meq/l, 5%; 40 meq/l</i>	46
<i>clorhidrato de sotalol (af)</i>	38	<i>clorhidrato de vancomicina inyectable al 0.9%; 1 g/200 ml, 10 g, 1 g, 500 mg, 5 g, 750 mg</i>	14	<i>cloruro de potasio/dextrosa/solución de lactato sódico compuesta inyectable, 3 meq/l; 149 meq/l; 5%; 28 meq/l; 24 meq/l; 130 meq/l</i>	46
<i>clorhidrato de sotalol af</i>	38	<i>clorhidrato de venlafaxina</i>	20	<i>cloruro de potasio inyectable, 10 meq/100 ml, 20 meq/100 ml, 2 meq/ml, 40 meq/100 ml</i>	46
<i>clorhidrato de sotalol (af), comprimidos, 80 mg</i>	38	<i>clorhidrato de venlafaxina, cápsulas de liberación prolongada x 24 h, 37.5 mg</i> . 20		<i>cloruro de potasio, liberación controlada</i>	46
<i>clorhidrato de sotalol af, comprimidos, 160 mg</i>	38	<i>clorhidrato de venlafaxina, cápsulas de liberación prolongada x 24 h, 75 mg</i> . . 21		<i>cloruro de potasio, liberación sostenida</i>	46
<i>clorhidrato de sotalol, comprimidos, 120 mg</i>	38	<i>clorhidrato de venlafaxina, cápsulas de liberación prolongada x 24 h, 150 mg</i> . 20		<i>cloruro de potasio, solución oral</i> . . . 46	
<i>clorhidrato de tamsulosina</i>	49	<i>clorhidrato de verapamilo, cápsulas de liberación prolongada x 24 h, 100 mg, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i> . 40		<i>cloruro de sodio al 0.45%</i>	47
<i>clorhidrato de terazosina, cápsulas, 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	37	<i>clorhidrato de verapamilo, cápsulas de liberación prolongada x 24 h, 200 mg</i> . 40		<i>cloruro de sodio inyectable al 0.9%, 2.5 meq/ml, 3%, 5%</i>	47
<i>clorhidrato de terazosina, cápsulas, 10 mg</i>	37	<i>clorhidrato de verapamilo, comprimidos</i>	40	<i>clotrimazol, crema externa</i>	22
<i>clorhidrato de terbinafina, comprimidos</i>	22	<i>clorhidrato de verapamilo, comprimidos de liberación prolongada y controlada</i> 40		<i>clotrimazol/dipropionato de betametasona</i>	22
<i>clorhidrato de tetraciclina</i>	17	<i>clorhidrato de verapamilo inyectable</i> 40		<i>clotrimazol, pastillas</i>	22
<i>clorhidrato de tiagabina</i>	18	<i>clorhidrato de ziprasidona</i>	30	<i>clotrimazol, solución externa</i>	22
<i>clorhidrato de tioridazina</i>	29	<i>clorotiazida</i>	40	<i>clozapina, comprimidos, 25 mg, 50 mg</i> 30	
<i>clorhidrato de tizanidina, cápsulas</i> . 30		<i>clorotiazida sódica</i>	40	<i>clozapina, comprimidos, 100 mg</i> . . . 30	
<i>clorhidrato de tizanidina, comprimidos</i>	30	<i>clortalidona</i>	41	<i>clozapina, comprimidos, 200 mg</i> . . . 30	
<i>clorhidrato de topotecán inyectable, 4 mg</i>	26	<i>cloruro de betanecol</i>	49	<i>clozapina, comprimidos orodispersables, 12.5 mg, 25 mg</i> . . . 30	
<i>clorhidrato de tramadol</i>	12	<i>cloruro de oxibutinina, comprimidos</i> 49		<i>clozapina, comprimidos orodispersables, 100 mg</i>	30
<i>clorhidrato de tramadol/acetamonifeno</i> 12		<i>cloruro de oxibutinina, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 5 mg</i> . . . 49		<i>clozapina, comprimidos orodispersables, 150 mg</i>	30
<i>clorhidrato de trazodona, comprimidos, 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	19	<i>cloruro de oxibutinina, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 10 mg, 15 mg</i>	49	<i>clozapina, comprimidos orodispersables, 200 mg</i>	30
<i>clorhidrato de trazodona, comprimidos, 300 mg</i>	19	<i>cloruro de oxibutinina, jarabe</i>	49	COARTEM	28
<i>clorhidrato de trientina</i>	47	<i>cloruro de potasio, cápsulas de liberación prolongada y controlada</i> . 46		<i>colchicina, cápsulas</i>	22
<i>clorhidrato de trifluoperazina</i>	29	<i>cloruro de potasio/cloruro de sodio inyectable, 20 meq/l; 0.45%, 20 meq/l; 0.9%, 40 meq/l; 0.9%</i>	46	<i>colchicina, comprimidos</i>	22
<i>clorhidrato de trihexifenidilo</i>	28			<i>colestiramina</i>	41
<i>clorhidrato de valaciclovir</i>	33			<i>colestiramina suave</i>	41
<i>clorhidrato de valaciclovir, comprimidos, 1 g</i>	33			<i>colistimetato sódico</i>	13
<i>clorhidrato de valganciclovir</i>	31				
<i>clorhidrato de vancomicina, cápsulas, 125 mg</i>	14				

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>colocort</i>	57	D		<i>desvenlafaxina, liberación prolongada</i> .20	
COLY-MYCIN S	60	<i>dacarbazina</i>	23	<i>dexametasona, comprimidos,</i> <i>0.5 mg, 0.75 mg, 4 mg</i>	50
COMBIGAN	59	<i>dactinomicina</i>	24	<i>dexametasona, comprimidos,</i> <i>1.5 mg, 1 mg, 2 mg, 6 mg</i>	50
COMBIVENT RESPIMAT	60	DALIRESP, COMPRIMIDOS, 250 MCG	61	<i>dexametasona, elixir</i>	50
COMETRIQ, KIT DE DOSIS DIARIA DE 60 MG	26	DALIRESP, COMPRIMIDOS, 500 MCG	61	<i>dexametasona, intensol</i>	50
COMETRIQ, KIT DE DOSIS DIARIA DE 100 MG	26	<i>danazol, cápsulas, 50 mg</i>	51	<i>dexametasona, solución oral</i>	50
COMETRIQ, KIT DE DOSIS DIARIA DE 140 MG	26	<i>danazol, cápsulas, 100 mg, 200 mg</i> ..	51	<i>dexrazoxano</i>	24
COMPLERA	31	<i>dantroleno sódico</i>	30	<i>dextrosa al 2.5%/nacl al 0.45%</i>	45
<i>compro</i>	21	<i>dapsona, comprimidos</i>	23	<i>dextrosa al 5% /</i> <i>electrolito n.o 48, viaflex</i>	45
<i>constulosa</i>	48	DAPTACEL	56	<i>dextrosa al 5%/nacl al 0.2%</i>	45
COPAXONE INYECTABLE, 20 MG/ML	43	<i>daptomicina inyectable, 500 mg</i>	13	<i>dextrosa al 5%/nacl al 0.9%</i>	45
COPAXONE INYECTABLE, 40 MG/ML	43	DARAPRIM	28	<i>dextrosa al 5%/nacl al 0.33%</i>	45
CORLANOR	40	DARZALEX	27	<i>dextrosa al 5%/nacl al 0.45%</i>	45
COSMEGEN	24	<i>dasetta 1/35</i>	52	<i>dextrosa al 5%/nacl al 0.225%</i>	45
COTELLIC	26	<i>dasetta 7/7/7</i>	52	<i>dextrosa al 5%/solución</i> <i>de lactato sódico compuesta</i>	45
COUMADIN	35	<i>daysee</i>	52	<i>dextrosa al 10%/nacl 0.45%</i>	45
CREON	49	<i>deblítane</i>	54	<i>dextrosa al 10%/nacl al 0.2%</i>	45
CRESTOR	41	<i>decanoato de flufenazina</i>	29	DEXTROSE 5%/NACL AL 0.3%	45
CRIXIVAN, CÁPSULAS, 200 MG ..	32	<i>decanoato de haloperidol</i>	29	DEXTROSE AL 5%	45
CRIXIVAN, CÁPSULAS, 400 MG ..	32	<i>decitabina</i>	24	DEXTROSE AL 10%	45
<i>cromolina sódica concentrada</i>	48	DELESTROGEN INYECTABLE, 10 MG/ML	52	DEXTROSE AL 20%	45
<i>cromolina sódica para nebulizar</i> ...	61	<i>delyla</i>	52	DEXTROSE AL 25%	45
<i>cromolina sódica,</i> <i>solución oftálmica</i>	59	DEMSEER	40	DEXTROSE AL 30%	45
<i>cryselle-28</i>	52	DENAVIR	33	DEXTROSE AL 40%	45
CUPRIMINE	47	DEPEN TITRATABS	47	DEXTROSE AL 50%	45
CURITY, GASAS 2" X 2"	43	DEPO-ESTRADIOL	52	DEXTROSE AL 70%	45
<i>cyclafem 1/35</i>	52	DEPO-MEDROL INYECTABLE, 20 MG/ML	50	<i>diacetato de etinodiol/etinilestradiol,</i> <i>comprimidos, 50 mcg; 1 mg</i>	52
<i>cyclafem 7/7/7</i>	52	DEPO-PROVERA	54	DIASTAT ACUDIAL, GEL, 10 MG ...	18
CYCLOSET	34	DESCOVY	32	DIASTAT ACUDIAL, GEL, 20 MG ...	18
CYRAMZA	27	<i>desloratadina</i>	60	DIASTAT PEDIÁTRICO	18
<i>cyred</i>	52	<i>desogestrel/etinilestradiol</i>	52	<i>diazepam, comprimidos</i>	33
CYSTADANE	49	<i>desonida, loción</i>	50	<i>diazepam, gel rectal, gel, 2.5 mg</i> ...	18
CYSTAGON	49	<i>desonida, pomada</i>	50	<i>diazepam, gel rectal, gel, 10 mg</i> ...	18
CYSTARAN	59	<i>desoximetasona, crema</i>	50	<i>diazepam, gel rectal, gel, 20 mg</i> ...	18
		<i>desoximetasona, gel</i>	50	<i>diazepam inyectable, 5 mg/ml</i>	33
		<i>desoximetasona, pomada</i>	50	<i>diazepam, solución oral</i>	33

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>diclofenac potásico</i>	10	<i>dipropionato de betametasona aumentado</i>	49	ELIGARD INYECTABLE, 30 MG . . .	54
<i>diclofenac sódico, gel al 1%</i>	43	<i>disulfiram</i>	12	ELIGARD INYECTABLE, 45 MG . . .	54
<i>diclofenac sódico, liberación prolongada</i>	10	<i>divalproex sódico</i>	18	<i>elimest</i>	52
<i>diclofenac sódico, liberación retardada</i>	10	<i>divalproex sódico, liberación prolongada</i>	18	ELIQUIS, COMPRIMIDOS, 2.5 MG . . .	35
<i>diclofenac sódico, solución oftálmica</i>	59	<i>divalproex sódico, liberación retardada</i>	18	ELIQUIS, COMPRIMIDOS, 5 MG . . .	35
<i>diclofenac sódico, solución transdérmica</i>	43	<i>docetaxel inyectable, 160 mg/16 ml, 160 mg/8 ml, 20 mg/2 ml, 20 mg/ml, 80 mg/4 ml, 80 mg/8 ml</i>	24	ELIQUIS, PAQUETE INICIAL	35
<i>diclorhidrato de levocetirizina, comprimidos</i>	60	DOCETAXEL INYECTABLE, 200 MG/10 ML	24	ELITEK	24
<i>diclorhidrato de levocetirizina, solución oral</i>	60	<i>dofetilide</i>	38	ELLA	53
<i>diclorhidrato de pramipexol</i>	28	<i>doxercalciferol, cápsulas, 0.5 mcg</i>	57	ELMIRON	49
<i>diclorhidrato de pramipexol, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 0.375 mg, 0.75 mg, 1.5 mg</i>	28	<i>doxercalciferol, cápsulas, 1 mcg</i>	57	EMCYT	24
<i>diclorhidrato de pramipexol, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 2.25 mg, 3.75 mg, 3 mg, 4.5 mg</i>	28	<i>doxercalciferol, cápsulas, 2.5 mcg</i>	57	EMEND, LIBERACIÓN SOSTENIDA	21
<i>dicloxacilina sódica</i>	15	<i>doxiciclina, liberación sostenida</i>	17	<i>emoquette</i>	52
<i>didanosina</i>	32	<i>doxy 100</i>	16	EMPLICITI	27
<i>difenoxilato atropina, comprimidos</i>	48	<i>dronabinol</i>	21	EMSAM	19
<i>difenoxilato/atropina, líquido</i>	48	DROXIA	24	EMTRIVA, CÁPSULAS	32
DIFICID	16	DUAVEE	54	EMTRIVA, SOLUCIÓN ORAL	32
<i>diflunisal</i>	10	DURAMORPH	10	<i>enantato de testosterona</i>	51
<i>digitek, comprimidos, 0.25 mg</i>	40	DUREZOL	59	ENBREL INYECTABLE, 25 MG/0.5 ML	55
<i>digitek, comprimidos, 0.125 mg</i>	40	<i>dutasterida</i>	49	ENBREL INYECTABLE, 25 MG, 50 MG/ML	55
<i>digox, comprimidos, 125 mcg</i>	40	<i>dutasterida/clorhidrato de tamsulosina</i>	49	ENBREL MINI	55
<i>digox, comprimidos, 250 mcg</i>	40	E		ENBREL SURECLICK	55
<i>digoxina, comprimidos, 125 mcg</i>	40	EDARBI	37	<i>endocet, comprimidos, 325 mg; 2.5 mg, 325 mg; 5 mg</i>	11
<i>digoxina, comprimidos, 250 mcg</i>	40	EDARBYCLOR	37	<i>endocet, comprimidos, 325 mg; 7.5 mg</i>	11
<i>digoxina inyectable</i>	40	<i>edisilato de proclorperazina</i>	29	<i>endocet, comprimidos, 325 mg; 10 mg</i>	11
DILANTIN, CÁPSULAS, 30 MG	18	<i>ed-spaz</i>	47	ENGERIX-B INYECTABLE, 10 MCG/0.5 ML	56
<i>diltiazem, cápsulas de administración controlada x 24 h, 180 mg</i>	39	EDURANT	31	ENGERIX-B INYECTABLE, 20 MCG/ML	56
<i>dilt-xr</i>	39	<i>e.e.s. 400</i>	16	<i>enoxaparina sódica inyectable, 30 mg/0.3 ml</i>	35
<i>dinitrato de isosorbida, comprimidos</i>	42	<i>efavirenz, cápsulas, 50 mg</i>	31	<i>enoxaparina sódica inyectable, 40 mg/0.4 ml</i>	35
<i>dinitrato de isosorbida, liberación prolongada</i>	42	<i>efavirenz, cápsulas, 200 mg</i>	31	<i>enoxaparina sódica inyectable, 60 mg/0.6 ml</i>	36
<i>dipropionato de alclometasona</i>	49	<i>efavirenz, comprimidos</i>	31	<i>enoxaparina sódica inyectable, 100 mg/ml, 150 mg/ml, 300 mg/3 ml</i>	36
<i>dipropionato de betametasona</i>	49	ELAPRASE	49	<i>enoxaparina sódica inyectable, 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml</i>	36
		ELIDEL	44		
		ELIGARD INYECTABLE, 7.5 MG	54		
		ELIGARD INYECTABLE, 22.5 MG	54		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>enpresse-28</i>	52	<i>esomeprazole sodium</i>	48	FANAPT, COMPRIMIDOS, 10 MG, 12 MG, 6 MG, 8 MG	29
<i>enskyce</i>	52	<i>esomeprazol magnésico</i>	48	FANAPT, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS	29
<i>entacapona</i>	28	<i>espironolactona</i>	40	FARESTON.....	24
<i>entecavir</i>	31	<i>espironolactona/hidroclorotiazida</i> ..	40	FARXIGA	34
ENTRESTO	37	<i>estarylla</i>	52	FARYDAK	26
<i>enulosa</i>	48	<i>estavudina</i>	32	FASLODEX	24
ENVARBUS, COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA X 24 H, 0.75 MG, 1 MG.....	55	<i>estearato de eritrocina</i>	16	<i>felbamato, comprimidos</i>	18
ENVARBUS, COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA X 24 H, 4 MG	55	<i>ésteres etílicos de los ácidos omega 3</i>	41	<i>felbamato, suspensión</i>	18
EPCLUSA	31	<i>estradiol, comprimidos, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	52	<i>felodipina, liberación prolongada</i> ...	39
<i>epinefrina en autoinyector, 0.15 mg/0.15 ml, 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml</i>	60	<i>estradiol, comprimidos, 10 mcg</i>	52	<i>feminor</i>	52
EPIPEN 2-PAK.....	60	<i>estradiol, crema</i>	52	<i>fenilbutirato sódico</i>	49
EPIPEN-JR 2-PAK.....	61	<i>estradiol, parche, dos veces por semana</i>	52	<i>fenitoína</i>	18
<i>epitol</i>	18	<i>estradiol, parche semanal</i>	52	<i>fenitoína, infatabs</i>	18
EPIVIR HBV, SOLUCIÓN ORAL ...	31	ESTRING.....	52	<i>fenitoína sódica</i>	18
ERBITUX	27	<i>etacrinato sódico</i>	40	<i>fenitoína sódica liberación prolongada</i> .	18
<i>eritromicina, gel</i>	16	ETHYOL.....	25	<i>fenobarbital, comprimidos</i>	18
<i>eritromicina, paños</i>	16	<i>etidronato disódico</i>	57	<i>fenobarbital, elixir</i>	18
<i>eritromicina/peróxido de benzoilo</i> ...	44	<i>etilsuccinato de eritromicina</i>	16	<i>fenofibrato, cápsulas, 43 mg, 50 mg</i> ..	41
<i>eritromicina, pomada</i>	16	<i>etodolac</i>	10	<i>fenofibrato, cápsulas, 67 mg</i>	41
<i>eritromicina, solución externa</i>	16	<i>etodolac, liberación prolongada</i>	10	<i>fenofibrato, cápsulas, 130 mg, 150 mg</i>	41
ERIVEDGE	26	<i>etopósido inyectable</i>	26	<i>fenofibrato, cápsulas, 134 mg, 200 mg</i>	41
ERLEADA	23	<i>etosuximida</i>	17	<i>fenofibrato, comprimidos, 48 mg</i> ...	41
<i>errin</i>	54	EVOMELA.....	23	<i>fenofibrato, comprimidos, 54 mg</i> ...	41
<i>ertapenem</i>	15	EVOTAZ	32	<i>fenofibrato, comprimidos, 145 mg</i> ..	41
<i>ertapenem sódico</i>	15	<i>exemestano</i>	26	<i>fenofibrato, comprimidos, 160 mg</i> ..	41
ERWINAZE	25	<i>ezetimiba</i>	41	<i>fenofibrato micronizado, cápsulas, 67 mg</i>	41
<i>ery</i>	16	<i>ezetimiba/simvastatina</i>	41	<i>fenofibrato micronizado, cápsulas, 134 mg, 200 mg</i>	41
ERYPED 400	16	F		<i>fantanil</i>	10
ERY-TAB.....	16	FABRAZYME	49	FERRIPROX.....	58
ERYTHROCIN LACTOBIONATE ...	16	<i>falmina</i>	52	FETZIMA	20
ESBRIET, CÁPSULAS	61	<i>famciclovir</i>	33	FETZIMA, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS	20
ESBRIET, COMPRIMIDOS, 267 MG .	61	<i>famotidina, comprimidos, 20 mg, 40 mg</i>	48	<i>finasterida, comprimidos, 5 mg</i>	49
ESBRIET, COMPRIMIDOS, 801 MG .	61	<i>famotidina inyectable</i>	48	FIRAZYR	55
<i>escopolamina</i>	21	<i>famotidina premezclada</i>	48	FIRMAGON INYECTABLE, 80 MG .	54
<i>esgic, cápsulas</i>	10	FANAPT, COMPRIMIDOS, 1 MG, 2 MG, 4 MG	29	FIRMAGON INYECTABLE, 120 MG ..	54

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
FLOVENT DISKUS AEPB, 100MCG/BLÍSTER, 50 MCG/BLÍSTER.....	60	<i>flurbiprofeno sódico</i>	59	FREAMINE III INYECTABLE, 89 MEQ/L; 710 MG/100 ML; 950 MG/100 ML; 3 MEQ/L; 24 MG/100 ML; 1400 MG/100 ML; 280 MG/100 ML; 690 MG/100 ML; 910 MG/100 ML; 730 MG/100 ML; 530 MG/100 ML; 560 MG/100 ML; 10 MMOLE/L; 120 MG/100 ML; 1120 MG/100 ML; 590 MG/100 ML; 10 MEQ/L; 400 MG/100 ML; 150 MG/100 ML; 660 MG/100 ML ..	45
FLOVENT DISKUS AEPB, 250 MCG/BLÍSTER.....	60	<i>flutamida</i>	23	<i>fumarato de bisoprolol</i>	38
FLOVENT HFA AEROSOL, 44 MCG/ACT.....	60	FOLOTYN	24	<i>fumarato de bisoprolol/ hidroclorotiazida</i>	38
FLOVENT HFA AEROSOL, 110 MCG/ACT.....	60	<i>fondaparinux sódico inyectable, 2.5 mg/0.5 ml</i>	36	<i>fumarato de disoproxilo de tenofovir</i> ... 32	
FLOVENT HFA AEROSOL, 220 MCG/ACT	60	<i>fondaparinux sódico inyectable, 5 mg/0.4 ml</i>	36	<i>fumarato de quetiapina</i>	30
<i>flucitosina</i>	22	<i>fondaparinux sódico inyectable, 7.5 mg/0.6ml</i>	36	<i>fumarato de quetiapina, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 150 mg, 200 mg</i>	30
<i>fluconazol</i>	22	<i>fondaparinux sódico inyectable, 10 mg/0.8 ml</i>	36	<i>fumarato de quetiapina, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	30
<i>fluconazol en nacl</i>	22	FORTEO.....	57	<i>furoato de mometasona, crema</i> ...	50
<i>flunisolida</i>	60	<i>fosamprenavir cálcico</i>	32	<i>furoato de mometasona, pomada</i> ..	51
<i>fluocinolona acetona, aceite</i>	60	<i>fosfato de carvedilol</i>	39	<i>furoato de mometasona, solución externa</i>	50
<i>fluocinolona acetona, crema</i>	50	<i>fosfato de clindamicina, crema</i>	13	<i>furoato de mometasona, suspensión</i> .	60
<i>fluocinolona acetona, cuero cabelludo</i>	50	<i>fosfato de clindamicina en d5w</i>	13	<i>furosemida, comprimidos</i>	40
<i>fluocinolona acetona, cuerpo</i>	50	<i>fosfato de clindamicina, gel</i>	13	<i>furosemida inyectable</i>	40
<i>fluocinolona acetona, pomada</i> ...	50	<i>fosfato de clindamicina inyectable, 150 mg/ml, 300 mg/2 ml, 600 mg/4 ml, 900 mg/6 ml</i>	13	<i>furosemida, solución oral</i>	40
<i>fluocinolona acetona, solución externa</i>	50	<i>fosfato de clindamicina, loción</i>	13	FUSILEV.....	25
<i>fluocinonida, crema al 0.1%</i>	50	<i>fosfato de clindamicina, paño</i>	13	FUZEON.....	32
<i>fluocinonida, crema al 0.05%</i>	50	<i>fosfato de clindamicina, solución externa</i>	13	<i>fyavolv, comprimidos, 2.5 mcg; 0.5 mg</i>	52
<i>fluocinonida, gel</i>	50	<i>fosfato de cloroquina</i>	28	FYCOMPA, COMPRIMIDOS	17
<i>fluocinonida, pomada</i>	50	<i>fosfato de fludarabina inyectable, 50 mg</i>	25	FYCOMPA, SUSPENSIÓN	17
<i>fluocinonida, solución externa</i>	50	<i>fosfato de oseltamivir</i>	33		
<i>fluoride</i>	45	<i>fosfato sódico de dexametasona inyectable, 10 mg/ml, 120 mg/30 ml, 20 mg/5 ml, 4 mg/ml</i>	50	G	
<i>fluoritab, comprimidos masticables, 0.5 mg, 1 mg</i>	45	<i>fosfato sódico de dexametasona, solución oftálmica</i>	59	<i>gabapentina, cápsulas, 100 mg</i>	18
<i>fluorometolona</i>	59	<i>fosfato sódico de prednisolona, solución oftálmica</i>	59	<i>gabapentina, cápsulas, 300 mg, 400 mg</i>	18
<i>fluorouracilo, crema al 0.5%</i>	44	<i>fosfato sódico de prednisolona, solución oral, 15 mg/5 ml, 25 mg/5 ml, 5 mg/5 ml</i>	51	<i>gabapentina, comprimidos, 600 mg</i> .	18
<i>fluorouracilo, crema al 5%</i>	44	<i>fosfenitoína sódica</i>	18	<i>gabapentina, comprimidos, 800 mg</i> .	18
<i>fluorouracilo inyectable</i>	24	<i>fosinopril sódico</i>	38	<i>gabapentina, solución oral</i>	18
<i>fluorouracilo, solución externa</i>	44	<i>fosinopril sódico/hidroclorotiazida</i> ... 38			
<i>fluoruro de sodio, comprimidos masticables, 0.5 mg, 1 mg</i>	47	FREAMINE HBC 6.9%.....	45		
<i>fluoxetina, cápsulas, 10 mg</i>	20				
<i>fluoxetina, cápsulas, 20 mg</i>	20				
<i>fluoxetina, liberación retardada</i>	20				
<i>flurbiprofeno</i>	10				

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
GABITRIL, COMPRIMIDOS, 12 MG, 16 MG	18	<i>glicopirrolato inyectable, 0.2 mg/ml, 0.4 mg/2 ml, 1 mg/5 ml, 4 mg/20 ml</i>	47	<i>haloperidol, comprimidos, 10 mg, 20 mg</i>	29
GAMMAKED INYECTABLE, 1 G/10 ML	56	<i>glimepirida, comprimidos, 1 mg</i>	34	<i>haloperidol concentrado</i>	29
GAMMAKED INYECTABLE, 10 G/100 ML, 2.5 G/25 ML, 20 G/200 ML, 5 G/50 ML	56	<i>glimepirida, comprimidos, 2 mg</i>	34	HARVONI	31
GAMUNEX-C INYECTABLE, 1 G/10 ML	56	<i>glimepirida, comprimidos, 4 mg</i>	34	HAVRIX	56
GAMUNEX-C INYECTABLE, 10 G/100 ML, 2.5 G/25 ML, 20 G/200 ML, 40 G/400 ML, 5 G/50 ML	56	<i>glipizida/clorhidrato de metformina, comprimidos, 2.5 mg; 250 mg</i>	34	<i>heather</i>	54
<i>ganciclovir inyectable, 500 mg, 500 mg/10 ml</i>	31	<i>glipizida/clorhidrato de metformina, comprimidos, 2.5 mg; 500 mg, 5 mg; 500 mg</i>	34	<i>heparina sódica/ cloruro de sodio al 0.9%</i>	36
GARDASIL 9	56	<i>glipizida, comprimidos, 5 mg</i>	34	<i>heparina sódica/cloruro de sodio, premezcla al 0.9%</i>	36
GATTEX	48	<i>glipizida, comprimidos, 10 mg</i>	34	<i>heparina sódica/d5w</i>	36
<i>gavilyte-c</i>	48	<i>glipizida, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 2.5 mg</i>	34	<i>heparina sódica/dextrosa</i>	36
<i>gavilyte-g</i>	48	<i>glipizida, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 5 mg</i>	34	<i>heparina sódica inyectable, 5000 unidades/0.5 ml</i>	36
<i>gavilyte-n/paquete con sabor</i>	48	<i>glipizida, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 10 mg</i>	34	<i>heparina sódica inyectable, 10000 unidades/ml, 1000 unidades/ml, 20000 unidades/ml, 5000 unidades/ml</i>	36
GAZYVA	27	<i>glipizida, comprimidos de liberación prolongada (xl) x 24 h, 2.5 mg</i>	34	<i>heparina sódica/nacl al 0.9%</i>	36
<i>gemcitabina</i>	24	<i>glipizida, comprimidos de liberación prolongada (xl) x 24 h, 5 mg</i>	34	<i>heparina sódica/nacl al 0.45%, inyectable, 50 unidades/ml; 0.45%</i>	36
<i>gemfibrozil</i>	41	<i>glipizida, comprimidos de liberación prolongada (xl) x 24 h, 10 mg</i>	34	HEPATAMINE	45
<i>generlac</i>	48	GLUCAGEN HYPOKIT	35	HEPLISAV-B	56
<i>gengraf</i>	55	GLUCAGON, KIT DE EMERGENCIA	35	HERCEPTIN INYECTABLE, 150 MG	27
GENOTROPIN	51	<i>gluconato de clorhexidina, solución para boca/garganta</i>	43	HERCEPTIN INYECTABLE, 440 MG	27
GENOTROPIN MINIQUICK INYECTABLE, 0.2 MG	51	<i>glydo</i>	12	HETLIOZ	43
GENOTROPIN MINIQUICK INYECTABLE, 0.4 MG, 0.6 MG, 0.8 MG, 1.2 MG, 1.4 MG, 1.6 MG, 1.8 MG, 1 MG, 2 MG	51	GLYXAMBI	34	HEXALEN	23
<i>gentak</i>	13	<i>gonadotropina coriónica</i>	51	HIBERIX	57
<i>gentamicina isotónica</i>	13	GRALISE	18	<i>hiclato de doxiciclina, cápsulas</i>	16
GENVOYA	31	GRALISE, PAQUETE INICIAL	18	<i>hiclato de doxiciclina, comprimidos, 20 mg</i>	17
GEODON INYECTABLE	29	<i>griseofulvina micronizada</i>	22	<i>hiclato de doxiciclina, comprimidos, 100 mg</i>	16
GILENYA	43	<i>griseofulvina ultramicronizada</i>	22	<i>hidrobromuro de citalopram, comprimidos, 10 mg</i>	20
GILOTRIF	26	GUANIDINE HCL	22	<i>hidrobromuro de citalopram, comprimidos, 20 mg</i>	20
GLEOSTINE, CÁPSULAS, 10 MG, 40 MG	23	H		<i>hidrobromuro de citalopram, comprimidos, 20 mg</i>	20
GLEOSTINE, CÁPSULAS, 100 MG	23	HALAVEN	25	<i>hidrobromuro de citalopram, comprimidos, 40 mg</i>	20
<i>glicopirrolato, comprimidos</i>	47	<i>haloperidol, comprimidos, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	29	<i>hidrobromuro de citalopram, solución oral</i>	20

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>hidrobromuro de darifenacina, liberación prolongada</i>	49	HUMIRA PEDIÁTRICO, ENFERMEDAD DE CROHN, PAQUETE INICIAL INYECTABLE, 40 MG/0.8 ML Y 80 MG/0.8 ML (1 LAPICERA DE CADA UNA)	55	<i>imipenem/cilastatina inyectable, 250 mg; 250 mg</i>	15
<i>hidrobromuro de galantamina, comprimidos</i>	19	HUMIRA PEN	55	<i>imipenem/cilastatina inyectable, 500 mg; 500 mg</i>	15
<i>hidrobromuro de galantamina, liberación prolongada</i>	19	HUMIRA PEN, CD/UC/HS, PAQUETE INICIAL INYECTABLE, 40 MG/0.8 ML	56	<i>imiquiremod</i>	44
<i>hidrobromuro de galantamina, solución oral</i>	19	HUMIRA PEN, CD/UC/HS, PAQUETE INICIAL INYECTABLE, 80 MG/0.8 ML	55	<i>imiquiremod, bomba</i>	44
<i>hidroclorotiazida</i>	41	HUMIRA PEN, PS/UV, PAQUETE INICIAL INYECTABLE	56	IMOVAX RABIA (H.D.C.V.)	57
<i>hidrocodona/acetaminofeno, comprimidos, 325 mg; 5 mg</i>	11	HUMIRA PEN, PS/UV, PAQUETE INICIAL INYECTABLE, 40 MG/0.8 ML	56	<i>incassia</i>	54
<i>hidrocodona/acetaminofeno, comprimidos, 325 mg; 10 mg, 325 mg; 7.5 mg</i>	11	HUMULIN 70/30	35	INCRELEX	51
<i>hidrocodona/ibuprofeno</i>	11	HUMULIN 70/30 KWIKPEN	35	INCRUSE ELLIPTA	60
<i>hidrocortisona/ácido acético</i>	60	HUMULIN N	35	<i>indapamida</i>	41
<i>hidrocortisona, comprimidos</i>	50	HUMULIN N KWIKPEN	35	INFANRIX	57
<i>hidrocortisona, crema externa</i>	50	HUMULIN R	35	INFUMORPH 200	10
<i>hidrocortisona, crema rectal</i>	50	HUMULIN R U-500 (CONCENTRADO)	35	INFUMORPH 500	10
<i>hidrocortisona, enema</i>	57	HUMULIN R U-500 KWIKPEN	35	INLYTA	26
<i>hidrocortisona, loción al 2.5%</i>	50			INTELENCE, COMPRIMIDOS, 25 MG	31
<i>hidrocortisona, pomada al 1%, 2.5%</i>	50			INTELENCE, COMPRIMIDOS, 100 MG, 200 MG	31
<i>hidroxiurea</i>	24			INTRALIPID	58
<i>hipurato de metenamina</i>	14			INTRON A INYECTABLE, 10 MU, 10 MU/ML, 18 MU, 50 MU	31
HUMALOG	35			INTRON A INYECTABLE, 6000000 UNIDADES/ML	31
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	35			<i>introvale</i>	52
HUMALOG KWIKPEN	35	<i>ibandronato sódico, comprimidos</i>	57	INVANZ	15
HUMALOG MIX 50/50	35	IBRANCE	26	INVEGA SUSTENNA INYECTABLE, 39 MG/0.25 ML	29
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	35	<i>ibudone, comprimidos, 5 mg; 200 mg</i>	11	INVEGA SUSTENNA INYECTABLE, 78 MG/0.5 ML	29
HUMALOG MIX 75/25	35	<i>ibuprofeno, comprimidos, 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	10	INVEGA SUSTENNA INYECTABLE, 117 MG/0.75 ML	29
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	35	<i>ibuprofeno, comprimidos, 600 mg, 800 mg</i>	10	INVEGA SUSTENNA INYECTABLE, 156 MG/ML	29
HUMIRA INYECTABLE, 10 MG/0.1 ML, 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML	55	<i>ibuprofeno, suspensión</i>	10	INVEGA SUSTENNA INYECTABLE, 234 MG/1.5 ML	29
HUMIRA INYECTABLE, 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	55	ICLUSIG, COMPRIMIDOS, 15 MG	26	INVEGA TRINZA INYECTABLE, 273 MG/0.875 ML	29
HUMIRA PEDIÁTRICO, ENFERMEDAD DE CROHN, PAQUETE INICIAL INYECTABLE, 40 MG/0.8 ML (PAQUETE DE 3 Y 6), 80 MG/0.8 ML (PAQUETE DE 3)	55	ICLUSIG, COMPRIMIDOS, 45 MG	26	INVEGA TRINZA INYECTABLE, 410 MG/1.315 ML	29
		IDHIFA	26	INVEGA TRINZA INYECTABLE, 546 MG/1.75 ML	29
		<i>ifosfamida inyectable, 1 g, 3 g</i>	23	INVEGA TRINZA INYECTABLE, 819 MG/2.625 ML	29
		ILEVRO	59		
		IMBRUVICA, CÁPSULAS, 70 MG	26		
		IMBRUVICA, CÁPSULAS, 140 MG	26		
		IMBRUVICA, COMPRIMIDOS	26		
		IMFINZI	27		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
INVIRASE, CÁPSULAS	32	JANUMET, COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA X 24 H, 1000 MG; 100 MG, 500 MG; 50 MG	34	KCL AL 0.3%/D5W/NACL AL 0.9%	45
INVIRASE, COMPRIMIDOS	32	JANUVIA	34	KCL AL 0.3%/D5W/NACL AL 0.45%	45
INVOKAMET	34	JARDIANCE	34	KCL AL 0.15%/D5W/NACL AL 0.2%	45
INVOKAMET, LIBERACIÓN PROLONGADA	34	<i>jencycla</i>	54	KCL AL 0.15%/D5W/NACL AL 0.9%	45
INVOKANA	34	JENTADUETO	34	KCL AL 0.15%/D5W/NACL AL 0.45%	45
IPOL INACTIVADA IPV	57	JENTADUETO, COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA X 24 H, 2.5 MG, 1000 MG	34	KCL AL 0.15%/D5W/NACL AL 0.225%	45
<i>irbesartán</i>	37	JENTADUETO, COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA X 24 H, 5 MG, 1000 MG	34	KCL AL 0.075%/D5W/NACL AL 0.45%	45
<i>irbesartán/hidroclorotiazida</i>	37	JERINGA DE INSULINA BD SAFETYGLIDE/1 ML/29 G X 1/2"	58	<i>kelnor 1/35</i>	52
IRESSA	26	JERINGA DE INSULINA BD ULTRAFINE/0.3 ML/31 G X 5/16"	58	<i>kelnor 1/50</i>	52
<i>irinotecán</i>	25	JERINGA DE INSULINA BD ULTRAFINE/0.5 ML/30G X 1/2"	58	<i>ketoconazol, champú</i>	22
<i>irrigación de solución fisiológica</i>	58	JERINGA DE INSULINA BD ULTRAFINE/1 ML/31 G X 5/16"	58	<i>ketoconazol, comprimidos</i>	22
ISENTRESS, COMP. MASTICABLES, 25 MG	31	<i>jevantique lo</i>	52	<i>ketoconazol, crema</i>	22
ISENTRESS, COMP. MASTICABLES, 100 MG	31	JEVTANA	25	<i>ketorolaco trometamina, solución oftálmica</i>	59
ISENTRESS, COMPRIMIDOS	31	<i>jolessa</i>	52	KEYTRUDA	27
ISENTRESS, DE DOSIS ALTA	31	<i>jolivette</i>	54	<i>kimidess</i>	52
ISENTRESS, PAQUETE	31	<i>juleber</i>	52	KINRIX	57
<i>isibloom</i>	52	JULUCA	31	<i>kionex</i>	47
<i>isoniazida, comprimidos</i>	23	<i>junel 1.5/30</i>	52	KISQALI	25
<i>isoniazida inyectable</i>	23	<i>junel 1/20</i>	52	KISQALI FEMARA, DOSIS DE 200	23
<i>isoniazida, jarabe</i>	23	<i>junel fe 1.5/30</i>	52	KISQALI FEMARA, DOSIS DE 400	23
<i>isotretinoína</i>	44	<i>junel fe 1/20</i>	52	KISQALI FEMARA, DOSIS DE 600	23
<i>isradipina</i>	39			<i>klor-con</i>	45
ISTODAX (CON SURTIDO ADICIONAL)	25			KLOR-CON 8	45
<i>itraconazol, cápsulas</i>	22			KLOR-CON 10	45
<i>ivermectina</i>	28			<i>klor-con m10</i>	45
IXIARO	57			<i>klor-con m20</i>	45
				<i>klor-con sprinkle</i>	45
				KORLYM	58
				<i>kurvelo</i>	52
				KUVAN	49
				KYPROLIS	26
J		K		L	
JADENU	47	KABIVEN	45	LACRISERT	59
JADENU SPRINKLE	47	KADCYLA	27	LACTATED RINGERS INYECTABLE, 3 MEQ/L; 109 MEQ/L; 28 MEQ/L; 4 MEQ/L; 130 MEQ/L	46
JAKAFI	26	KALETRA, COMPRIMIDOS, 100 MG; 25 MG	32	LACTATED RINGERS, VIAFLEX	46
<i>jantoven</i>	36	KALETRA, COMPRIMIDOS, 200 MG; 50 MG	32	<i>lactato de amonio</i>	43
JANUMET	34	KALYDECO	61		
JANUMET, COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA X 24 H, 1000 MG, 50 MG	34	<i>kariva</i>	52		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>lactato de haloperidol</i>	29	LEVEMIR FLEXTOUCH	35	<i>linezolid inyectable</i>	13
<i>lactulosa, solución oral</i>	48	<i>levetiracetam/cloruro de sodio</i>	17	<i>linezolid, liberación sostenida</i>	13
<i>lamivudina, comprimidos, 100 mg</i>	31	<i>levetiracetam, comprimidos</i>	17	LINZESS.	48
<i>lamivudina, comprimidos, 150 mg</i>	32	<i>levetiracetam, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 500 mg</i>	17	<i>liotironina sódica, comprimidos</i>	54
<i>lamivudina, comprimidos, 300 mg</i>	32	<i>levetiracetam, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 750 mg</i>	17	<i>liotironina sódica inyectable</i>	54
<i>lamivudina, solución oral</i>	32	<i>levetiracetam, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 750 mg</i>	17	<i>lipodox 50</i>	25
<i>lamivudina/zidovudina</i>	32	<i>levetiracetam inyectable</i>	17	LIPOSYN III	58
<i>lamotrigina</i>	18	<i>levetiracetam, solución oral</i>	17	<i>lisinopril</i>	38
<i>lamotrigina, comprimidos orodispersables</i>	18	<i>levocarnitina</i>	58	<i>lisinopril/hidroclorotiazida, comprimidos, 12.5 mg; 10 mg, 25 mg; 20 mg</i>	38
<i>lamotrigina, liberación prolongada</i>	18	<i>levofloxacina, comprimidos, 250 mg, 750 mg</i>	16	<i>lisinopril/hidroclorotiazida, comprimidos, 12.5 mg; 20 mg</i>	38
LANTUS	35	<i>levofloxacina, comprimidos, 500 mg</i>	16	LIVALO	41
LANTUS SOLOSTAR	35	<i>levofloxacina en d5w</i>	16	LONSURF, COMPRIMIDOS, 6.14 MG; 15 MG	24
<i>larin 1.5/30</i>	52	<i>levofloxacina inyectable</i>	16	LONSURF, COMPRIMIDOS, 8.19 MG; 20 MG	24
<i>larin 1/20</i>	52	<i>levofloxacina, solución oral</i>	16	<i>lopinavir/ritonavir</i>	32
<i>larin fe 1.5/30</i>	52	<i>levoleucovorina cálcica inyectable, 175 mg/17.5 ml</i>	25	<i>lorazepam, comprimidos, 0.5 mg, 1 mg</i>	33
<i>larin fe 1/20</i>	52	<i>levoleucovorina inyectable, 175 mg/17.5 ml, 250 mg/25 ml, 50 mg</i>	25	<i>lorazepam, comprimidos, 2 mg</i>	33
<i>larissia</i>	52	<i>levonest</i>	52	<i>lorazepam concentrado</i>	33
LARTRUVO	25	<i>levonorgestrel/etinilestradiol, comprimidos, 0.03 mg; 0.15 mg, 0; 0</i>	52	<i>lorazepam, intensol</i>	33
<i>latanoprost</i>	59	<i>levonorgestrel/etinilestradiol, comprimidos, 0.03 mg; 0.15 mg, 0; 0, 20 mcg; 0.1 mg</i>	52	<i>lorazepam inyectable, 2 mg/ml, 4 mg/ml</i>	33
LATUDA, COMPRIMIDOS, 80 MG	30	<i>levonorgestrel y etinilestradiol, comprimidos, 0; 0</i>	52	<i>lorcet</i>	11
LATUDA, COMPRIMIDOS, 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG	30	<i>levora 0.15/30-28</i>	53	<i>lorcet hd</i>	11
<i>leflunomida</i>	56	<i>levotiroxina sódica, comprimidos</i>	54	<i>lorcet plus, comprimidos, 325 mg; 7.5 mg</i>	11
LENVIMA, DOSIS DIARIA DE 4 MG	27	<i>levoxyl, comprimidos, 100 mcg, 112 mcg, 175 mcg</i>	54	<i>losartán potásico, comprimidos, 25 mg, 50 mg</i>	37
LENVIMA, DOSIS DIARIA DE 8 MG	27	LEVOXYL, COMPRIMIDOS, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	54	<i>losartán potásico, comprimidos, 100 mg</i>	37
LENVIMA, DOSIS DIARIA DE 10 MG	26	LEXIVA, SUSPENSIÓN	32	<i>losartán potásico/hidroclorotiazida, comprimidos, 12.5 mg; 50 mg</i>	37
LENVIMA, DOSIS DIARIA DE 12 MG	27	<i>lidocaína, parche</i>	12	<i>losartán potásico/hidroclorotiazida, comprimidos, 12.5 mg; 100 mg, 25 mg; 100 mg</i>	37
LENVIMA, DOSIS DIARIA DE 14 MG	27	<i>lidocaína, pomada</i>	12	LOTEMAX	59
LENVIMA, DOSIS DIARIA DE 18 MG	27	<i>lidocaína/prilocaina, crema</i>	12	<i>lovastatina, comprimidos, 10 mg, 20 mg</i>	41
LENVIMA, DOSIS DIARIA DE 20 MG	27	<i>lidocaína viscosa</i>	12	<i>lovastatina, comprimidos, 40 mg</i>	41
LENVIMA, DOSIS DIARIA DE 24 MG	27	<i>lindano</i>	28		
<i>lessina</i>	52	<i>linezolid, comprimidos</i>	14		
<i>letrozol</i>	26				
<i>leucovorina cálcica, comprimidos</i>	25				
<i>leucovorina cálcica inyectable, 100 mg, 350 mg, 500 mg, 50 mg</i>	25				
LEUKERAN	23				
LEUKINE INYECTABLE 250 MCG	36				
LEVEMIR	35				

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>low-ogestrel</i>	53	<i>maleato de fluvoxamina, comprimidos, 25 mg, 50 mg</i>	20	<i>mesilato de doxazosina, comprimidos, 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	37
<i>loxapina</i>	29	<i>maleato de fluvoxamina, comprimidos, 100 mg</i>	20	<i>mesilato de doxazosina, comprimidos, 8 mg</i>	37
<i>ludent</i>	46	<i>maleato de fluvoxamina, liberación prolongada</i>	20	<i>mesilato de imatinib</i>	26
LUMIGAN	59	<i>maleato de fluvoxamina, liberación prolongada</i>	20	<i>mesilato de rasagilina</i>	28
LUMIZYME	49	<i>maleato de proclorperazina</i>	29	<i>mesna</i>	25
LUPRON DEPOT (1 MES)	54	<i>maleato de timolol, comprimidos</i> ...	39	MESNEX, COMPRIMIDOS	25
LUPRON DEPOT (3 MESES), INYECTABLE, 11.25 MG	54	MALEATO DE TIMOLOL, GEL OFTÁLMICO QUE FORMA SOLUCIÓN	60	<i>metadato, liberación prolongada</i> ...	42
LUPRON DEPOT (3 MESES), INYECTABLE, 22.5 MG	54	<i>maleato de timolol, solución oftálmica</i>	60	<i>metazolamida</i>	40
LUPRON DEPOT (4 MES)	54	<i>maleato de timolol, solución oftálmica</i>	60	<i>methoxsalen</i>	44
LUPRON DEPOT (6 MES)	54	<i>maleato de trimipramina</i>	21	METHYCLOTHIAZIDE	41
LUPRON DEPOT-PED (1 MES)	55	<i>marlissa</i>	53	<i>metilprednisolona, comprimidos</i> ...	50
LUPRON DEPOT-PED (3 MES)	55	MARPLAN	19	<i>metilprednisolona, paquete dosificado</i> .	50
<i>luterá</i>	53	MATULANE	23	<i>metimazol</i>	55
LYNPARZA, CÁPSULAS	27	<i>matzim la</i>	39	<i>metipranolol</i>	59
LYNPARZA, COMPRIMIDOS	25	MEDROL, COMPRIMIDOS, 2 MG ..	50	<i>metocarbamol, comprimidos</i>	61
LYRICA, CÁPSULAS, 100 MG, 150 MG, 200 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	17	MEKINIST, COMPRIMIDOS, 0.5 MG .	27	<i>metolazona</i>	41
LYRICA, CÁPSULAS, 225 MG, 300 MG	17	MEKINIST, COMPRIMIDOS, 2 MG .	27	<i>metoprolol/hidroclorotiazida</i>	39
LYRICA, COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN CONTROLADA X 24 H, 165 MG, 82.5 MG	43	MEKTOVI	25	<i>metotrexato, comprimidos</i>	56
LYRICA, COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN CONTROLADA X 24 H, 330 MG	43	<i>melodetta 24 fe</i>	53	<i>metotrexato sódico</i>	56
LYRICA, SOLUCIÓN ORAL	17	<i>meloxicam</i>	10	<i>metronidazol, comprimidos</i>	14
LYSODREN	54	MENACTRA	57	<i>metronidazol, crema</i>	14
<i>lyza</i>	54	MENEST	53	<i>metronidazol en nacl al 0.79%</i>	14
M		MENSTAR	53	<i>metronidazol, gel</i>	14
MAGNESIUM SULFATE INYECTABLE, 20 G/500 ML, 2 G/50 ML, 40 G/1000 ML, 4 G/100 ML, 4 G/50 ML	46	MENVEO	57	<i>metronidazol, inyectable, 500 mg/100 ml; 0.79%, 5 mg/ml</i> ...	14
MAKENA	53	<i>mercaptipurina</i>	24	<i>metronidazol, loción</i>	14
MAKENA	54	<i>meropenem</i>	15	<i>metronidazol vaginal</i>	14
<i>malati3n</i>	28	<i>meropenem/cloruro de sodio</i>	15	MIACALCIN	57
<i>maleato de enalapril</i>	38	<i>mesalamina</i>	57	<i>mibelas 24 fe</i>	53
<i>maleato de enalapril/hidroclorotiazida</i> .	38	<i>mesalamina, comprimidos con recubrimiento entérico 1.2 g</i>	57	<i>microgestina 1.5/30</i>	53
		<i>mesilato de benzotropina, comprimidos</i>	28	<i>microgestina 1/20</i>	53
		<i>mesilato de benzotropina inyectable</i> ..	28	<i>microgestina fe</i>	53
		<i>mesilato de bromocriptina</i>	28	<i>microgestina fe 1.5/30</i>	53
		<i>mesilato de dihidroergotamina inyectable</i>	22	<i>migergot</i>	22
		<i>mesilato de dihidroergotamina, solución nasal</i>	22	<i>miglitol</i>	34
				<i>miglustato</i>	49
				<i>mili</i>	53
				<i>minitran</i>	42

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
MINIVELLE	53	MOZOBIL	36	neomicina/polimixina/hc	60
minoxidil	41	MULTAQ	38	neomicina/polimixina/hidrocortisona, solución ótica	60
mirtazapina	19	multivitámicos con flúor, comprimidos masticables	47	neomicina/polimixina/hidrocortisona, suspensión oftálmica	14
mirtazapina, comprimidos orodispersables	19	mupirocina, crema	14	neomicina/polimixina/hidrocortisona, suspensión ótica	60
misoprostol	48	mupirocina, pomada	14	neo-polycin	14
MITIGARE	22	MUSTARGEN	23	neo-polycin hc	14
mitigo	10	MYLOTARG	27	NEPHRAMINE	46
mitomicina inyectable, 20 mg, 5 mg	25	myorisan	44	NERLYNX	25
mitomicina inyectable, 40 mg	25	MYRBETRIQ	49	NEUPRO	28
M-M-R II	57	myzilra	53	nevirapina, comprimidos	31
moexipril/hidroclorotiazida	38	N		nevirapina, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 100 mg	31
mofetil micofenolato, cápsulas	56	nabumetona	10	nevirapina, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 400 mg	31
mofetil micofenolato, comprimidos	56	nadolol	39	NEXAVAR	27
mofetil micofenolato, inyectable	56	nadolol/bendroflumetiazida	39	niacina, comprimidos de liberación controlada y prolongada, 500 mg	41
mofetil micofenolato, liberación sostenida	56	nafcilina sódica	15	niacina, comprimidos de liberación controlada y prolongada, 1000 mg, 750 mg	41
mondoxyne nl	17	NAFTIN, GEL	22	niacor	41
monohidrato de doxiciclina, cápsulas, 100 mg, 50 mg	17	NAGLAZYME	49	NICOTROL, INHALADOR	13
monohidrato de doxiciclina, comprimidos	17	NAMZARIC C4PK	43	NICOTROL NS	13
monohidrato de nitrofurantoína	14	NAMZARIC CP24	43	nifedipina, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 30 mg, 60 mg	40
monohidrato de nitrofurantoína/ macrocrisales	14	naproxeno, comprimidos, 250 mg	10	nifedipina, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 90 mg	40
mono-linyah	53	naproxeno, comprimidos, 375 mg, 500 mg	10	nilutamida	23
mononitrato de isosorbida	42	naproxeno, liberación retardada	10	nimodipina	40
mononitrato de isosorbida, liberación prolongada	42	naproxeno sódico, comprimidos, 275 mg, 550 mg	10	NINLARO	25
montelukast sódico	60	naproxeno, suspensión	10	NIPENT	24
morgidox 1x50 mg	17	NARCAN	12	nisoldipina, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 17 mg, 25.5 mg, 34 mg, 8.5 mg	40
morgidox 1x100 mg, cápsulas	17	NATACYN	22	nisoldipina, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 20 mg, 30 mg, 40 mg	40
morgidox 2x100 mg, cápsulas	17	nateglinida	34	nistatina	22
MORPHINE SULFATE, COMPRIMIDOS	12	NATPARA	58	nistatina/triamcinolona	22
MORPHINE SULFATE INYECTABLE, 2 MG/ML	11	NEBUPENT	28	nitrato de econazol	22
MORPHINE SULFATE INYECTABLE, 4 MG/ML	11	necon 0.5/35-28	53		
MORPHINE SULFATE INYECTABLE, 10 MG/ML, 8 MG/ML	11	necon 7/7/7	53		
MOVIPREP	48	neomicina/bacitracina/polimixina	14		
		neomicina/polimixina/ bacitracina/hidrocortisona	14		
		neomicina/polimixina/dexametasona	59		
		neomicina/polimixina/gramicidina	14		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>nitrofurantoína</i>	14	<i>nyamyc</i>	22	<i>oxalato de escitalopram, comprimidos, 5 mg</i>	20
<i>nitrofurantoína, macrocristales</i>	14	<i>nystop</i>	22	<i>oxalato de escitalopram, comprimidos, 10 mg</i>	20
<i>nitroglicerina inyectable</i>	42	O		<i>oxalato de escitalopram, comprimidos, 20 mg</i>	20
<i>nitroglicerina lingual</i>	42	ODEFSEY.....	31	<i>oxalato de escitalopram, solución oral</i>	20
<i>nitroglicerina sublingual</i>	42	ODOMZO.....	25	<i>oxaliplatino inyectable, 100 mg</i>	25
<i>nitroglicerina transdérmica</i>	42	OFEV.....	61	<i>oxaliplatino inyectable, 100 mg/20 ml, 50 mg/10 ml</i>	25
<i>nizatidina, cápsulas</i>	48	<i>ofloxacina</i>	16	<i>oxandrolona, comprimidos, 2.5 mg</i>	51
<i>nora-be</i>	54	<i>ogestrel</i>	53	<i>oxandrolona, comprimidos, 10 mg</i>	51
<i>noretindrona</i>	54	<i>olanzapina, comprimidos</i>	30	<i>oxaprozina</i>	10
<i>norgestimato/etinilestradiol</i>	53	<i>olanzapina, comprimidos orodispersables</i>	30	<i>oxazepam</i>	33
<i>norlyroc</i>	54	<i>olanzapina/fluoxetina</i>	20	<i>oxcarbazepina</i>	18
NORMOSOL-M EN D5W.....	46	<i>olanzapina inyectable</i>	30	<i>oxicodona/acetaminofeno, comprimidos, 325 mg; 2.5 mg, 325 mg; 5 mg</i>	12
NORMOSOL -R.....	46	<i>olmesartán medoxomilo</i>	37	<i>oxicodona/acetaminofeno, comprimidos, 325 mg; 7.5 mg</i>	12
NORMOSOL-R.....	46	<i>olmesartán medoxomilo/hidroclorotiazida</i>	37	<i>oxicodona/acetaminofeno, comprimidos, 325 mg; 10 mg</i>	12
NORMOSOL-R EN D5W.....	46	<i>omeprazol, cápsulas de liberación retardada</i>	48	<i>oxicodona/aspirina</i>	12
NORTHERA, CÁPSULAS, 100 MG.....	40	OMNIPOD DASH, PAQUETE DE 5.....	58	<i>oxicodona/ibuprofeno</i>	12
NORTHERA, CÁPSULAS, 200 MG, 300 MG.....	40	OMNIPOD DASH SYSTEM.....	58	OZEMPIC.....	34
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	53	OMNIPOD, PAQUETE DE 5.....	58		
<i>nortrel 1/35</i>	53	OMNIPOD, PAQUETE INICIAL.....	58	P	
<i>nortrel 7/7/7</i>	53	ONCASPAR.....	25	<i>paceron</i>	38
NORVIR, CÁPSULAS.....	32	<i>ondansetrón, comprimidos orodispersables</i>	21	<i>paclitaxel inyectable, 100 mg/16.7 ml, 150 mg/25 ml, 300 mg/50 ml</i>	25
NORVIR, COMPRIMIDOS.....	32	ONFI, COMPRIMIDOS, 10 MG.....	18	<i>paliperidona, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 1.5 mg, 3 mg</i>	30
NORVIR, PAQUETE.....	32	ONFI, COMPRIMIDOS, 20 MG.....	18	<i>paliperidona, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 6 mg</i>	30
NORVIR, SOLUCIÓN ORAL.....	32	ONFI, SUSPENSIÓN.....	18	<i>paliperidona, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 9 mg</i>	30
NOVOFINE 31.....	58	OPDIVO.....	27	<i>pamidronato disódico</i>	57
NOVOFINE, 32 G X 6 MM.....	58	OPSUMIT.....	61	PANRETIN.....	28
NOVOFINE AUTOCOVER, 30 G X 8 MM.....	58	<i>oralone, pasta dental</i>	43	<i>pantoprazol sódico, comprimidos con recubrimiento entérico</i>	48
NOVOTWIST, 32 G X 5 MM.....	58	ORFADIN.....	49	<i>paricalcitol, cápsulas, 1 mcg, 2 mcg</i>	58
NOXAFIL, COMPRIMIDOS CON RECUBRIMIENTO ENTÉRICO.....	22	ORKAMBI, COMPRIMIDOS.....	61	<i>paricalcitol, cápsulas, 4 mcg</i>	57
NOXAFIL, SUSPENSIÓN.....	22	ORKAMBI, PAQUETE.....	61	<i>paroex</i>	43
NUEDEXTA.....	43	<i>orsythia</i>	53		
<i>nulev</i>	48	<i>oscimin</i>	48		
NULOJIX.....	56	OSMOPREP.....	48		
NUPLAZID, CÁPSULAS.....	30	<i>oxacilina sódica</i>	15		
NUPLAZID, COMPRIMIDOS, 10 MG.....	30				
NUPLAZID, COMPRIMIDOS, 17 MG.....	30				
NUTRILIPID.....	58				

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
PASER	23	<i>pimtea</i>	53	PREMASOL INYECTABLE, 52 MEQ/L; 1760 MG/100 ML; 880 MG/100 ML; 34 MEQ/L; 1760 MG/100 ML; 372 MG/100 ML; 406 MG/100 ML; 526 MG/100 ML; 492 MG/100 ML; 492 MG/100 ML; 526 MG/100 ML; 356 MG/100 ML; 356 MG/100 ML; 390 MG/100 ML; 34 MG/100 ML; 152 MG/100 ML...	46
PAXIL, SUSPENSIÓN	20	<i>pindolol</i>	39	<i>premasol inyectable, 56 meq/l;</i> 320 mg/100 ml; 730 mg/100 ml; 190 mg/100 ml; 3 meq/l; 20 mg/100 ml; 300 mg/100 ml; 220 mg/100 ml; 290 mg/100 ml; 490 mg/100 ml; 840 mg/100 ml; 490 mg/100 ml; 200 mg/100 ml; 290 mg/100 ml; 410 mg/100 ml; 230 mg/100 ml; 5 meq/l; 15 mg/100 ml; 250 mg/100 ml; 120 mg/100 ml; 140 mg/100 ml; 470 mg/100 ml	46
PAZEO	59	<i>piperacilina sódica/ tazobactam sódico</i>	15	<i>prevalite</i>	41
PEDIARIX	57	<i>piperacilina/tazobactam</i>	15	<i>previfem</i>	53
PEDVAX HIB	57	<i>pirazinamida</i>	23	PREZCOBIX	32
<i>peg 3350/electrolitos</i>	48	<i>pirmella 1/35</i>	53	PREZISTA, COMPRIMIDOS, 75 MG.	33
<i>peg-3350/electrolitos</i>	48	<i>pirmella 7/7/7</i>	53	PREZISTA, COMPRIMIDOS, 150 MG	33
<i>peg-3350/nacl/ bicarbonato de na/kcl</i>	48	PLENAMINE	46	PREZISTA, COMPRIMIDOS, 600 MG	33
PEGANONE	18	<i>podofilox</i>	44	PREZISTA, COMPRIMIDOS, 800 MG	33
PEGASYS INYECTABLE, 180 MCG/0.5 ML	31	<i>polietilenglicol 3350, polvo</i>	48	PREZISTA, SUSPENSIÓN	32
PEGASYS INYECTABLE, 180 MCG/ML	31	<i>polycin</i>	14	PRIFTIN	23
PEGASYS PROCLICK	31	POMALYST	24	PRIMAQUINE PHOSPHATE	28
<i>penicilina g potásica</i>	15	<i>portia-28</i>	53	<i>primidona</i>	18
<i>penicilina v potásica, comprimidos, 250 mg</i>	15	PORTRAZZA	25	PRISTIQ	20
<i>penicilina v potásica, comprimidos, 500 mg</i>	15	POTASSIUM CHLORIDE/ DEXTROSE/LACTATED RINGERS INYECTABLE, 3 MEQ/L; 149 MEQ/L; 5%; 28 MEQ/L; 44 MEQ/L; 130 MEQ/L	46	PROAIR HFA	61
<i>penicilina v potásica, solución oral</i>	15	POTELIGEO	27	PROAIR RESPICLICK	61
PENTAM 300	28	PRADAXA	36	<i>probenecid</i>	22
<i>pentoxifilina, liberación prolongada</i>	40	PRALUENT	41	<i>probenecid/colchicina</i>	22
<i>perfenazina</i>	29	<i>prasugrel</i>	37	PROCALAMINE	46
<i>perfenazina/amitriptilina</i>	21	<i>pravastatina sódica</i>	41	<i>proclorperazina</i>	21
PERFOROMIST	61	<i>praziquantel</i>	28	PROCRIT INYECTABLE, 10000 UNIDADES/ML, 2000 UNIDADES/ML, 3000 UNIDADES/ML, 4000 UNIDADES/ML	36
PERIKABIVEN	46	PRED-G	59	PROCRIT INYECTABLE, 20000 UNIDADES/ML	36
<i>perindopril erbumina</i>	38	PRED-G S.O.P.	59		
<i>periogard</i>	43	PRED MILD	59		
PERJETA	27	<i>prednicarbato, pomada</i>	51		
<i>permetrina</i>	28	<i>prednisolone</i>	51		
<i>pfizerpen inyectable, 20 mu, 5000000 unidades</i>	15	<i>prednisona, comprimidos, 10 mg, 1 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	51		
<i>phenadoz</i>	21	<i>prednisona, comprimidos, 50 mg</i>	51		
<i>philith</i>	53	<i>prednisona, intensol</i>	51		
PHOSLYRA	47	<i>prednisona, solución oral</i>	51		
PHYSIOLYTE	58	<i>prednisona, tbpk</i>	51		
PICATO, GEL AL 0.05%	44	PREMARIN, COMPRIMIDOS	53		
PICATO, GEL AL 0.015%	44	PREMARIN, CREMA	53		
<i>pimozida</i>	29	PREMARIN INYECTABLE	53		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
PROCRIT INYECTABLE, 40000 UNIDADES/ML	36	<i>quasense</i>	53	RETACRIT INYECTABLE, 10000 UNIDADES/ML, 2000 UNIDADES/ML, 3000 UNIDADES/ML, 4000 UNIDADES/ML	37
<i>procto-med hc</i>	51	<i>quinapril/hidroclorotiazida, comprimidos, 12.5 mg; 10 mg</i>	38	RETACRIT INYECTABLE, 40000 UNIDADES/ML	37
<i>procto-pak</i>	51	<i>quinapril/hidroclorotiazida, comprimidos, 12.5 mg; 20 mg, 25 mg; 20 mg</i>	38	RETROVIR, INFUSIÓN IV	32
<i>proctosol hc</i>	51			REVLIMID, CÁPSULAS, 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	24
<i>proctozona-hc</i>	51			REVLIMID, CÁPSULAS, 15 MG, 20 MG, 25 MG	24
<i>progesterona, cápsulas</i>	54	R		REXULTI	30
PROGLYCEM	35	RABAVERT	57	REYATAZ, PAQUETE	33
PROGRAF INYECTABLE	56	<i>ramipril</i>	38	<i>ribavirina, cápsulas</i>	31
PROLASTIN-C INYECTABLE, 1000 MG	61	RANEXA	40	<i>ribavirina, comprimidos</i>	31
PROLENSA	59	RAPAMUNE, SOLUCIÓN ORAL	56	<i>ribavirina, solución para inhalación</i>	61
PROLEUKIN	25	REBIF	43	RIDAURA	56
PROLIA	58	REBIF, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS	43	<i>rifabutin</i>	23
PROMACTA	36	REBIF REBIDOSE	43	<i>rifampina, cápsulas</i>	23
<i>promethegan</i>	21	REBIF REBIDOSE, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS	43	<i>rifampina inyectable</i>	23
<i>propiltiouracilo</i>	55	<i>reclipsen</i>	53	RIFATER	23
<i>propionato de clobetasol, champú</i>	50	RECOMBIVAX HB	57	<i>riluzol</i>	43
<i>propionato de clobetasol, crema</i>	50	RECTIV	44	RINGERS IRRIGATION	58
<i>propionato de clobetasol, crema emoliente</i>	50	REGONOL	23	RINGERS IRRIGATION	58
<i>propionato de clobetasol, espuma</i>	50	REGRANEX	44	RIOMET	35
<i>propionato de clobetasol, espuma emoliente</i>	50	RELISTOR INYECTABLE, 8 MG/0.4 ML	48	<i>risedronato sódico, comprimidos, 30 mg, 5 mg</i>	58
<i>propionato de clobetasol, gel</i>	50	RELISTOR INYECTABLE, 12 MG/0.6ML	48	<i>risedronato sódico, comprimidos, 35 mg</i>	58
<i>propionato de clobetasol, pomada</i>	50	REMODULIN	61	<i>risedronato sódico, comprimidos, 150 mg</i>	58
<i>propionato de clobetasol, solución externa</i>	50	RENFLIXIS	56	RISPERDAL CONSTA INYECTABLE, 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG	30
<i>propionato de fluticasona, crema</i>	50	<i>repaglinida, comprimidos, 0.5 mg, 1 mg</i>	35	RISPERDAL CONSTA INYECTABLE, 50 MG	30
<i>propionato de fluticasona, pomada</i>	50	<i>repaglinida, comprimidos, 2 mg</i>	35	<i>risperidona, comprimidos, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	30
<i>propionato de fluticasona, suspensión</i>	60	REPATHA	41	<i>risperidona, comprimidos, 4 mg</i>	30
<i>propionato de halobetasol</i>	50	REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	41	<i>risperidona, comprimidos orodispersables, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	30
<i>propranolol/hidroclorotiazida</i>	39	REPATHA SURECLICK	41	<i>risperidona, comprimidos orodispersables, 4 mg</i>	30
PROQUAD	57	RESCRIPTOR, COMPRIMIDOS, 100 MG	31		
PROSOL	46	RESCRIPTOR, COMPRIMIDOS, 200 MG	31		
PULMOZYME	61	RESTASIS	59		
PURIXAN	24				
Q					
QUADRACEL	57				

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>risperidona m-tab</i>	30	SENSIPAR, COMPRIMIDOS, 90 MG	58	STAMARIL	57
<i>risperidona, solución oral</i>	30	SEREVENT DISKUS	61	STIMATE	51
<i>ritonavir</i>	33	<i>setlakin</i>	53	STIVARGA	27
RITUXAN	27	SEVELAMER CARBONATE, COMPRIMIDOS	47	STRIBILD	31
RITUXAN HYCELA	27	SEVELAMER CARBONATE, PAQUETE	47	SUBOXONE	12
<i>rivastigmina, sistema transdérmico</i> ..	19	<i>sharobel</i>	54	<i>succinato de loxapina</i>	29
<i>romidepsina</i>	25	SHINGRIX	57	<i>succinato de metoprolol, liberación prolongada</i>	39
<i>rosadan</i>	14	SIGNIFOR	55	<i>succinato de sumatriptán, comprimidos</i>	22
<i>rosuvastatina cálcica</i>	41	<i>sildenafil, comprimidos, 20 mg</i>	61	<i>succinato de sumatriptán inyectable, 4 mg/0.5 ml</i>	22
ROTARIX	57	SILENOR	62	<i>succinato de sumatriptán inyectable, 6 mg/0.5 ml</i>	22
ROTATEQ	57	SIMBRINZA	59	<i>succinato de sumatriptán inyectable, resurtido, 4 mg/0.5 ml</i> ...	22
<i>roweepra</i>	17	SIMULECT	56	<i>succinato de sumatriptán inyectable, resurtido, 6 mg/0.5 ml</i> ...	22
<i>roweepra, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 500 mg</i>	17	<i>simvastatina</i>	41	<i>succinato de sumatriptán inyectable, resurtido, 6 mg/0.5 ml</i> ...	22
<i>roweepra, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 750 mg</i>	17	<i>sirolimus</i>	56	<i>succinato sódico de cloranfenicol</i> ...	13
ROZEREM	62	SIRTURO	23	<i>succinato sódico de metilprednisolona inyectable, 125 mg, 40 mg</i>	50
RUBRACA	25	SODIUM LACTATE INYECTABLE 5 MEQ/ML	47	<i>sucralfato</i>	48
RUCONEST	55	SOLIQUA 100/33	35	<i>sulfacetamida de sodio, solución oftálmica</i>	16
RYDAPT	25	SOLTAMOX	24	<i>sulfacetamida sódica/ fosfato sódico de prednisolona</i>	16
RYTARY	28	<i>solución de cloruro sódico compuesta inyectable, 4.5 meq/l; 156 meq/l; 4 meq/l; 147 meq/l</i>	46	<i>sulfacetamida sódica, loción</i>	16
S		SOLU-CORTEF	51	<i>sulfacetamida sódica, solución oftálmica</i>	16
SABRIL, COMPRIMIDOS	18	SOMATULINE DEPOT INYECTABLE, 60 MG/0.2 ML	55	<i>sulfadiazina</i>	16
<i>salsalato</i>	10	SOMATULINE DEPOT INYECTABLE, 90 MG/0.3 ML	55	<i>sulfadiazina de plata</i>	14
SAMSCA, COMPRIMIDOS, 15 MG	47	SOMATULINE DEPOT INYECTABLE, 120 MG/0.5 ML	55	<i>sulfametoxazol/trimetoprima, comprimidos</i>	16
SAMSCA, COMPRIMIDOS, 30 MG	47	SOMAVERT	55	<i>sulfametoxazol/trimetoprima, doble concentración</i>	16
SANCUSO	21	<i>sorina</i>	38	<i>sulfametoxazol/trimetoprima inyectable</i>	16
SANDIMMUNE, SOLUCIÓN ORAL	56	SPORANOX, SOLUCIÓN ORAL ..	22	<i>sulfametoxazol/trimetoprima, suspensión</i>	16
SANDOSTATIN LAR DEPOT	55	<i>sprintec 28</i>	53	<i>sulfasalazina</i>	57
SANTYL	44	SPRITAM TB3D 750 MG	17	<i>sulfato de abacavir/ lamivudina/zidovudina</i>	32
SAPHRIS	30	SPRITAM TB3D 1000 MG, 250 MG, 500 MG	17	<i>sulfato de albuterol, comprimidos</i> ..	60
SELZENTRY, COMPRIMIDOS, 25 MG	32	SPRYCEL	27		
SELZENTRY, COMPRIMIDOS, 150 MG, 75 MG	32	<i>sps</i>	47		
SELZENTRY, COMPRIMIDOS, 300 MG	32	<i>sronyx</i>	53		
SELZENTRY, SOLUCIÓN ORAL ..	32	<i>ssd</i>	14		
SENSIPAR, COMPRIMIDOS, 30 MG, 60 MG	58				

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
sulfato de albuterol, jarabe	60	sulfato de hiosciamina, comprimidos	47	sulfato de vinblastina	26
sulfato de albuterol, liberación prolongada	60	sulfato de hiosciamina, comprimidos dispersables	47	sulfato de vincristina	26
sulfato de albuterol para nebulizar, al 0.5%	60	sulfato de hiosciamina, comprimidos orodispersables	47	sulfatos de neomicina/polimixina b	13
sulfato de albuterol para nebulizar, al 0.083%, 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml	60	sulfato de hiosciamina, elixir	47	sulfatrim pediátrico	16
sulfato de amikacina	13	sulfato de hiosciamina, sublingual	47	sulfonato de poliestireno sódico, polvo	47
sulfato de atazanavir, cápsulas, 150 mg	32	sulfato de magnesio en d5w	17	sulfonato de poliestireno sódico, suspensión, 15 g/60 ml, 30 g/120 ml	47
sulfato de atazanavir, cápsulas, 200 mg	32	sulfato de magnesio inyectable, 20 g/500 ml, 2 g/50 ml, 40 g/1000 ml, 4 g/100 ml, 4 g/50 ml, 50%	46	sulfuro de selenio, loción	44
sulfato de atazanavir, cápsulas, 300 mg	32	sulfato de metaproterenol	61	sulindac	10
sulfato de atropina inyectable, 0.5 mg/5 ml	40	sulfato de morfina, comprimidos de liberación controlada y prolongada	10	sumatriptán	22
sulfato de atropina inyectable, 0.25 mg/5 ml, 1 mg/ml, 8 mg/20 ml	47	sulfato de morfina inyectable, 0.5 mg/ml, 1 mg/ml	11	SUPRAX SUSR, 500 MG/5 ML	15
sulfato de atropina, solución oftálmica	59	sulfato de morfina inyectable, 4 mg/ml	11	SUPREP, KIT DE PREPARACIÓN INTESTINAL	48
sulfato de bleomicina	24	sulfato de morfina inyectable, 10 mg/ml	11	SUTENT	27
sulfato de dextroanfetamina, cápsulas de liberación prolongada x 24 h, 5 mg	42	sulfato de morfina inyectable, 150 mg/30 ml, 1 mg/ml, 50 mg/ml, 5 mg/ml	11	SYLATRON	25
sulfato de dextroanfetamina, cápsulas de liberación prolongada x 24 h, 10 mg	42	sulfato de morfina, solución oral, 10 mg/5 ml	12	SYMFI	32
sulfato de dextroanfetamina, cápsulas de liberación prolongada x 24 h, 15 mg	42	sulfato de morfina, solución oral, 20 mg/5 ml	12	SYMFI LO	32
sulfato de dextroanfetamina, comprimidos, 5 mg	42	sulfato de morfina, solución oral, 100 mg/5 ml	12	SYMLINPEN 60	35
sulfato de dextroanfetamina, comprimidos, 10 mg	42	sulfato de neomicina	13	SYMLINPEN 120	35
sulfato de dextroanfetamina, solución oral	42	sulfato de paromomicina	13	SYMTUZA	33
sulfato de estreptomina	13	sulfato de polimixina b	14	SYNAGIS	56
sulfato de fenelzina	19	sulfato de polimixina b/ sulfato de trimetoprima	14	SYNAREL	55
sulfato de gentamicina/ cloruro de sodio al 0.9%	13	sulfato de quinidina	38	SYNERCID	14
sulfato de gentamicina, crema	13	sulfato de quinina	28	SYNJARDY	35
sulfato de gentamicina inyectable	13	sulfato de terbutalina	61	SYNJARDY, COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA X 24 H, 10 MG; 1000 MG, 25 MG; 1000 MG	35
sulfato de gentamicina pediátrico	13	sulfato de tobramicina inyectable, 1.2 g, 10 mg/ml, 80 mg/2 ml	13	SYNJARDY, COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA X 24 H, 12.5 MG; 1000 MG, 5 MG; 1000 MG	35
sulfato de gentamicina, pomada	13	sulfato de tobramicina, solución oftálmica	13	SYNRIBO	25
sulfato de gentamicina, solución oftálmica	13	sulfato de tranilcipromina	20	SYNTHROID	54
sulfato de hidroxycloquina	28	sulfato de trimetoprima/ sulfato de polimixina b	14	SYPRINE	47
				T	
				TABLOID	24
				tacrolimus, cápsulas	56
				tacrolimus, pomada	44
				TAFINLAR	27
				TAGRISSO	27

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
TARCEVA, COMPRIMIDOS, 25 MG . . . 27		TECHLITE, AGUJAS PARA LAPICERA/31 G X 6 MM. 58		THYROLAR-1/2 54	
TARCEVA, COMPRIMIDOS, 100 MG, 150 MG 27		TECHLITE, AGUJAS PARA LAPICERA/31 G X 8 MM. 58		THYROLAR-1/4 54	
TARGRETIN GEL 28		TECHLITE, AGUJAS PARA LAPICERA/32G X 4 MM 58		THYROLAR-2 54	
<i>tarina fe 1/20</i> 53		TECHLITE, AGUJAS PARA LAPICERA/32G X 6 MM 58		THYROLAR-3 54	
<i>tartrato de brimonidina, solución oftálmica al 0.2%</i> 59		TECHLITE, AGUJAS PARA LAPICERA/32G X 8 MM 58		TIBSOVO 27	
<i>tartrato de brimonidina, solución oftálmica al 0.15%</i> 59		TEFLARO 15		<i>tigeciclina</i> 14	
<i>tartrato de butorfanol inyectable, 1 mg/ml</i> 11		TEKURNA 40		TIMOGLOBULINA 56	
<i>tartrato de butorfanol inyectable, 2 mg/ml</i> 11		TEKURNA HCT 40		<i>tiotepa</i> 23	
<i>tartrato de butorfanol, solución nasal</i> 11		<i>telmisartán</i> 37		<i>tiotixeno</i> 29	
<i>tartrato de ergotamina/cafeína</i> 22		<i>telmisartán/amlodipina</i> 37		TIS-U-SOL 58	
<i>tartrato de levalbuterol hfa</i> 61		<i>telmisartán/hiclorotiazida</i> 37		TIVICAY, COMPRIMIDOS, 10 MG . . . 31	
<i>tartrato de metoprolol, comprimidos</i> . . . 39		<i>temazepam, cápsulas, 15 mg, 30 mg</i> . 62		TIVICAY, COMPRIMIDOS, 25 MG, 50 MG 31	
<i>tartrato de metoprolol inyectable</i> . . . 39		<i>temazepam, cápsulas, 22.5 mg, 7.5 mg</i> 62		TOBI PODHALER 61	
<i>tartrato de rivastigmina</i> 19		<i>temsrolimus</i> 27		TOBRADEX, POMADA 59	
<i>tartrato de tolterodina</i> 49		TENIVAC 57		<i>tobramicina/dexametasona</i> 59	
<i>tartrato de tolterodina, liberación prolongada</i> 49		<i>teofilina, comprimidos de liberación prolongada x 12 h, 300 mg, 450 mg</i> . . 61		<i>tobramicina, solución oftálmica</i> 13	
<i>tartrato de vinorelbina inyectable 50 mg/5 ml</i> 26		<i>teofilina, comprimidos de liberación prolongada x 24 h</i> 61		<i>tobramicina, solución para nebulizar</i> . . 61	
<i>tartrato de zolpidem, comprimidos</i> . 62		<i>teofilina, liberación controlada</i> 61		TOBEX, POMADA 13	
TASIGNA, CÁPSULAS, 50 MG 27		<i>terconazol</i> 22		TOLAK 44	
TASIGNA, CÁPSULAS, 150 MG, 200 MG 27		<i>testosterona, dosificador</i> 51		<i>tolcapona</i> 28	
<i>tazaroteno</i> 44		<i>testosterona, gel, 25 mg/2.5 g, 50 mg/5 g</i> 51		<i>topiramato</i> 18	
<i>tazicef inyectable, 1 g, 2 g, 6 g</i> 15		TETANUS/DIPHThERIA 57		<i>toposar</i> 26	
TAZORAC, CREMA 44		TOXOIDS-ADSORBED 57		TORISEL 56	
TAZORAC, GEL 44		TETANUS/DIPHThERIA TOXOIDS-ADSORBED (PEDIÁTRICA) 56		<i>torsemida</i> 40	
<i>taztia, cápsulas de liberación prolongada x 24 h, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i> 40		<i>tetrabenazina, comprimidos, 12.5 mg</i> . 43		TOUJEO MAX SOLOSTAR 35	
TECENTRIQ 27		<i>tetrabenazina, comprimidos, 25 mg</i> . 43		TOUJEO SOLOSTAR 35	
TECFIDERA, CÁPSULAS DE LIBERACIÓN RETARDADA, 120 MG . 43		TEXACORT 51		TPN ELECTROLYTES 47	
TECFIDERA, CÁPSULAS DE LIBERACIÓN RETARDADA, 240 MG . 43		THALOMID, CÁPSULAS, 100 MG, 150 MG, 50 MG 24		TRACLEER, COMPRIMIDOS 61	
TECFIDERA, PAQUETE INICIAL . . . 43		THALOMID, CÁPSULAS, 200 MG . . 24		TRACLEER, COMPRIMIDOS SOLUBLES 61	
		THEO-24 61		TRADJENTA 35	
		THYROLAR-1 54		<i>trandolapril/clorhidrato de verapamilo, comprimidos de liberación prolongada y controlada, 1 mg; 240 mg, 2 mg; 180 mg, 2 mg; 240 mg</i> 38	
				<i>trandolapril/clorhidrato de verapamilo, comprimidos de liberación prolongada y controlada, 4 mg, 240 mg</i> 38	
				<i>trandolapril, comprimidos, 1 mg</i> 38	
				<i>trandolapril, comprimidos, 2 mg, 4 mg</i> . 38	

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
TRAVASOL	47	<i>trinessa</i>	53	<i>valerato de betametasona, pomada</i>	49
TRAVATAN Z	59	TRINTELLIX	19	<i>valerato de estradiol</i>	52
TREANDA INYECTABLE, 25 MG	23	<i>tri-previfem</i>	53	<i>valerato de hidrocortisona</i>	50
TREANDA INYECTABLE, 100 MG	23	TRIPTODUR	55	<i>valganciclovir</i>	31
TRECTOR	23	TRISENOX	25	<i>valproato sódico inyectable,</i> <i>100 mg/ml</i>	18
TRELEGY ELLIPTA	61	<i>tri-sprintec</i>	53	<i>valsartán</i>	37
TRELSTAR MIXJECT INYECTABLE, 3.75 MG	55	TRIUMEQ	32	<i>valsartán/hidroclorotiazida</i>	37
TRELSTAR MIXJECT INYECTABLE, 11.25 MG	55	<i>trivora-28</i>	53	<i>vancomicina</i>	14
TRELSTAR MIXJECT INYECTABLE, 22.5 MG	55	<i>tri-vylibra</i>	53	<i>vandazole</i>	14
TRESIBA FLEXTOUCH	35	TROGARZO	32	VAQTA	57
<i>tretinoína, cápsulas</i>	28	TROKENDI, CÁPSULAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA X 24 H, 100 MG, 25 MG, 50 MG	18	VARIVAX	57
<i>tretinoína, crema</i>	44	TROKENDI, COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA X 24 H, 200 MG	18	VARIZIG	57
<i>tretinoína, gel al 0.01%</i>	44	TROPHAMINE	47	VASCEPA, CÁPSULAS, 0.5 G	41
<i>tretinoína, gel al 0.05%</i>	44	<i>tropicamida</i>	59	VASCEPA, CÁPSULAS, 1 GM	41
<i>tretinoína, gel al 0.025%</i>	44	TRULANCE	48	VAXCHORA	57
<i>tretinoína, microesferas</i>	44	TRULICITY	35	VECTIBIX	28
<i>tretinoína, microesferas,</i> <i>dosificador, gel al 0.1%</i>	44	TRUMENBA	57	VELCADE	25
<i>triamcinolona acetona,</i> <i>crema al 0.1%</i>	51	TRUVADA	32	<i>velivet</i>	53
<i>triamcinolona acetona,</i> <i>crema al 0.025%, 0.5%</i>	51	TWINRIX	57	VELPHORO	47
<i>triamcinolona acetona,</i> <i>inyectable, 40 mg/ml</i>	51	TYBOST	32	VELTASSA	47
<i>triamcinolona acetona, loción</i>	51	<i>tydemy</i>	53	VENCLEXTA, COMPRIMIDOS, 10 MG	26
<i>triamcinolona acetona,</i> <i>pasta dental</i>	43	TYKERB	27	VENCLEXTA, COMPRIMIDOS, 50 MG	25
<i>triamcinolona acetona, pomada</i>	51	TYPHIM VI	57	VENCLEXTA, COMPRIMIDOS, 100 MG	25
<i>triamtereno/hidroclorotiazida</i>	40	TYSABRI	43	VENCLEXTA, PAQUETE INICIAL	25
<i>trianex</i>	51	U		VENTAVIS	61
<i>triderm, crema al 0.1%</i>	51	ULORIC	22	VENTOLIN HFA	61
<i>tri-estarylla</i>	53	UNITHROID	54	VERAPAMIL HCL SR, CÁPSULAS DE LIBERACIÓN SOSTENIDA X 24 H, 360 MG	40
<i>trifluridina</i>	33	UNITUXIN	28	VERSACLOZ	30
<i>tri-legest fe</i>	53	<i>ursodiol</i>	48	VERZENIO	26
<i>tri-linyah</i>	53	V		VESICARE	49
<i>trilyte</i>	48	VALCHLOR	23	V-GO 20	58
<i>trimetoprima</i>	14	<i>valerato de betametasona, crema</i>	49	V-GO 30	58
<i>tri-mili</i>	53	<i>valerato de betametasona, espuma</i>	49	V-GO 40	58
		<i>valerato de betametasona, loción</i>	49	VIBERZI	48

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>vicodin</i> , comprimidos, 300 mg; 5 mg	12	W		Z	
<i>vicodin es</i> , comprimidos, 300 mg; 7.5 mg	12	<i>warfarina sódica</i>	36	<i>zafirlukast</i>	60
<i>vicodin hp</i> , comprimidos, 300 mg; 10 mg	12	WELCHOL	41	<i>zaleplon</i>	62
VICTOZA	35	<i>wera</i>	53	ZALTRAP	27
VIDEX, CÁPSULAS DE LIBERACIÓN RETARDADA CON RECUBRIMIENTO ENTÉRICO, 125 MG	32	X		ZANOSAR	23
VIDEX PEDIÁTRICO	32	XALKORI	27	ZARXIO	36
<i>vienva</i>	53	XARELTO, COMPRIMIDOS, 10 MG, 20 MG	36	<i>zebutal</i> , cápsulas, 325 mg, 50 mg, 40 mg	10
<i>vigabatrina</i>	18	XARELTO, COMPRIMIDOS, 15 MG	36	ZEJULA	26
VIIBRYD	21	XARELTO, PAQUETE INICIAL	36	ZELBORAF	27
VIIBRYD, PAQUETE INICIAL	21	XATMEP	56	ZEMAIRA	61
VIMPAT, COMPRIMIDOS	18	XGEVA	58	<i>zenatano</i>	44
VIMPAT INYECTABLE	18	XIFAXAN, COMPRIMIDOS, 550 MG	14	<i>zenchent</i>	53
VIMPAT, SOLUCIÓN ORAL	18	XIGDUO, COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA X 24 H, 5 MG; 1000 MG	35	ZENPEP	49
<i>vincasar pfs</i>	26	XIGDUO, COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA X 24 H, 10 MG; 1000 MG, 10 MG; 500 MG, 2.5 MG; 1000 MG, 5 MG; 500 MG	35	ZERIT, SOLUCIÓN ORAL	32
<i>viorele</i>	53	XOLAIR	61	<i>zidovudina</i> , cápsulas	32
VIRACEPT, COMPRIMIDOS, 250 MG	33	XTAMPZA LIBERACIÓN PROLONGADA	10	<i>zidovudina</i> , comprimidos	32
VIRACEPT, COMPRIMIDOS, 625 MG	33	XTANDI	23	<i>zidovudina</i> , jarabe	32
VIRAMUNE, SUSPENSIÓN	32	XULTOPHY 100/3.6	35	ZIOPTAN	59
VIREAD, COMPRIMIDOS, 150 MG, 200 MG, 250 MG	32	XYREM	62	ZIRGAN	31
VIREAD, POLVO	32	Y		ZITIGA, COMPRIMIDOS, 250 MG	24
<i>voriconazol</i> , comprimidos	22	YERVOY INYECTABLE, 50 MG/10 ML	28	ZITIGA, COMPRIMIDOS, 500 MG	23
<i>voriconazol inyectable</i>	22	YERVOY INYECTABLE, 200 MG/40 ML	28	ZOLINZA	26
<i>voriconazol</i> , liberación sostenida	22	YF-VAX	57	<i>zonisamida</i>	17
VOSEVI	31	YODURO DE FOSFOLINA	59	ZORTRESS, COMPRIMIDOS, 0.5 MG	56
VOTRIENT	27	YONDELIS	23	ZORTRESS, COMPRIMIDOS, 0.25 MG	56
VP-PNV-DHA	47	YONSA	23	ZORTRESS, COMPRIMIDOS, 0.75 MG	56
VRAYLAR, CÁPSULAS	30	<i>yuvaferm</i>	53	ZOSTAVAX	57
VRAYLAR CPPK	30			ZOSYN INYECTABLE 5%; 2 G/50 ML; 0.25 G/50 ML, 5%; 3 G/50 ML; 0.375 G/50 ML, 5%; 4 G/100 ML; 0.5 G/100 ML	15
<i>vyfemla</i>	53			<i>zovia 1/35e</i>	53
<i>vylibra</i>	53			ZOVIRAX, CREMA	33
VYXEOS	24			ZUBSOLV SUBLINGUAL, 0.7 MG; 0.18 MG	12

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
ZUBSOLV SUBLINGUAL, 1.4 MG; 0.36 MG, 11.4 MG; 2.9 MG, 2.9 MG; 0.71 MG, 5.7 MG; 1.4 MG, 8.6 MG; 2.1 MG...	12				
ZYCLARA.....	44				
ZYCLARA PUMP, CREMA AL 2.5%	44				
ZYCLARA PUMP, CREMA AL 3.75%	44				
ZYDELIG	27				
ZYKADIA	27				
ZYLET.....	13				
ZYPREXA RELPREVV INYECTABLE, 210 MG	30				
ZYPREXA RELPREVV INYECTABLE, 300 MG	30				
ZYPREXA RELPREVV INYECTABLE, 405 MG	30				



1-800-668-3813 (TTY 711)

Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana.
Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local; los sábados, de 8 a.m. a 6 p.m., hora local. Se usa un servicio de mensajes los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales.



CignaHealthSpring.com

Esta lista de medicamentos se actualizó en noviembre de 2018. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente de Cigna-HealthSpring al 1-800-668-3813 o, para los usuarios de TTY, al 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, o visite www.CignaHealthSpring.com. Todos los productos y servicios de Cigna se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de Cigna Corporation, incluyendo Cigna Health and Life Insurance Company, Cigna HealthCare of South Carolina, Inc., Cigna HealthCare of North Carolina, Inc., Cigna HealthCare of Georgia, Inc., Cigna HealthCare of Arizona, Inc., Cigna HealthCare of St. Louis, Inc., HealthSpring Life & Health Insurance Company, Inc., HealthSpring of Florida, Inc., Bravo Health Mid-Atlantic, Inc. y Bravo Health Pennsylvania, Inc.

© 2018 Cigna