

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

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

## **Plan de cobertura**

**Cigna-HealthSpring Achieve (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 <http://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.

HPMS Approved Formulary File Submission ID 19146, Version Number 6

INT\_19\_65288\_C\_Final\_2bS Alternate Format 07312018



**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 Achieve (HMO SNP).

Este documento incluye una lista de medicamentos (formulario) para nuestros planes, que está actualizada a noviembre de 2018. Para obtener una lista de medicamentos actualizada, 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 de costo

compartido o en un nivel inferior, 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 pasarlo inmediatamente a un nivel de costo compartido diferente o 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 o pasarlo a un nivel de costo compartido diferente. 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 o pasamos

un medicamento a un nivel de costo compartido mayor, 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 7. 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 7. 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 59. El Índice de medicamentos cubiertos proporciona una lista de todos los medicamentos incluidos en este documento. 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 opiode 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 opiode (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 7. 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.
- 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.
- Hable con su farmacéutico si está experimentando alguna nueva dificultad con sus medicamentos de mantenimiento.

### ¿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.
- Consulte las Tablas de niveles de medicamentos y costos compartidos para averiguar si su plan ofrece ahorros en los copagos con el servicio de pedido por correo.
- 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.
- Puede pedirnos que proporcionemos una excepción a la asignación de nivel para que un medicamento con un costo compartido mayor se cubra con un nivel de costo compartido más bajo. Si su medicamento está incluido en el nivel de Medicamentos no preferidos, puede pedirnos que lo cubramos en el nivel de Medicamentos de marca preferida, y si su medicamento está incluido en el nivel de Medicamentos genéricos, puede pedirnos que lo cubramos en el nivel de Medicamentos genéricos preferidos. Esto reduciría la cantidad que debería pagar por su medicamento. Tenga en cuenta que, si aprobamos su solicitud de cubrir un medicamento que no figura en nuestra lista de medicamentos, no podrá pedirnos que proporcionemos un nivel de cobertura más alto para el medicamento. Además, no podrá pedirnos que proporcionemos un nivel de cobertura más alto para los medicamentos que pertenezcan al nivel de medicamentos de especialidad.

Por lo general, Cigna-HealthSpring solo aprobará su solicitud de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en nuestra lista de medicamentos, el medicamento con un costo compartido menor 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, la asignación de nivel o las restricciones a la utilización. **Cuando usted solicite una excepción vinculada con la lista de medicamentos, la asignación de nivel 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 7 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 59.

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 7, 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).

### **¿Qué es una farmacia de la red preferida?**

Si su plan tiene farmacias de la red preferidas, usted seguramente ahorre dinero si usa estas farmacias. Los costos de sus medicamentos con receta (como el copago o el coseguro) generalmente serán más bajos en una farmacia de la red preferida porque tiene un acuerdo preferido con su plan. Si necesita ayuda para encontrar una farmacia de la red, llame a Servicio al Cliente al 1-800-668-3813 (TTY 711), o también puede visitar [www.CignaHealthSpring.com](http://www.CignaHealthSpring.com) para ver el Directorio de farmacias más actualizado.

### **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. El Nivel 1 es para los medicamentos genéricos preferidos. El Nivel 2 es para los medicamentos genéricos. El Nivel 3 es para los medicamentos de marca preferida. El Nivel número 4 es para los medicamentos no preferidos. El Nivel 5 es para los medicamentos de especialidad. El Nivel 6 se aplica solamente para los planes Cigna-HealthSpring Achieve (HMO SNP) y se denomina Medicamentos seleccionados para la diabetes. Consulte la siguiente tabla. También puede consultar su documento de Evidencia de cobertura para obtener detalles adicionales.

Cigna-HealthSpring no siempre puede mantener todos los medicamentos genéricos en los niveles de medicamentos

Genéricos preferidos y Genéricos, y algunos medicamentos genéricos pueden estar en el Nivel 3, Nivel 4, Nivel 5 o Nivel 6. Recuerde que el nombre “Nivel 3: Medicamentos de marca preferida” es simplemente una descripción de la mayoría de los medicamentos incluidos en el nivel. No significa que en ese nivel haya solamente medicamentos de marca.

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.**

**Cigna-HealthSpring usa farmacias de la red preferidas. Consulte su Directorio de farmacias o visite [www.CignaHealthSpring.com](http://www.CignaHealthSpring.com) para buscar una farmacia minorista o de pedido por correo preferida que le quede cerca.**

### Área de servicio: Atlántico central

**H2108-029 – Cigna-HealthSpring Achieve (HMO SNP):** District of Columbia; Montgomery y Prince George's, Maryland; Kent, New Castle y Sussex, Delaware

Nivel del medicamento	Opción preferida de costo compartido minorista	Opción estándar de costo compartido minorista	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo
	30/60/90 días	30/60/90 días	30/60/90 días	30/60/90 días
<b>Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos</b>	\$4 / \$8 / \$8	\$9 / \$18 / \$18	\$4 / \$8 / \$0	\$9 / \$18 / \$18
<b>Nivel 2: Medicamentos genéricos</b>	\$15 / \$30 / \$30	\$20 / \$40 / \$40	\$15 / \$30 / \$0	\$20 / \$40 / \$40
<b>Nivel 3: Medicamentos de marca preferida</b>	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141
<b>Nivel 4: Medicamentos no preferidos</b>	\$95 / \$190 / \$285	\$100 / \$200 / \$300	\$95 / \$190 / \$285	\$100 / \$200 / \$300
<b>Nivel 5: Nivel de especialidad</b>	27% (30 días)	27% (30 días)	27% (30 días)	27% (30 días)
<b>Nivel 6: Medicamentos seleccionados para la diabetes</b>	\$5 / \$10 / \$10	\$6 / \$12 / \$12	\$5 / \$10 / \$10	\$6 / \$12 / \$12

### Área de servicio: Maryland

**H2108-030 – Cigna-HealthSpring Achieve (HMO SNP):** Anne Arundel, Baltimore, Baltimore City y Harford, Maryland

Nivel del medicamento	Opción preferida de costo compartido minorista	Opción estándar de costo compartido minorista	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo
	30/60/90 días	30/60/90 días	30/60/90 días	30/60/90 días
<b>Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos</b>	\$4 / \$8 / \$8	\$9 / \$18 / \$18	\$4 / \$8 / \$0	\$9 / \$18 / \$18
<b>Nivel 2: Medicamentos genéricos</b>	\$15 / \$30 / \$30	\$20 / \$40 / \$40	\$15 / \$30 / \$0	\$20 / \$40 / \$40
<b>Nivel 3: Medicamentos de marca preferida</b>	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141
<b>Nivel 4: Medicamentos no preferidos</b>	\$95 / \$190 / \$285	\$100 / \$200 / \$300	\$95 / \$190 / \$285	\$100 / \$200 / \$300
<b>Nivel 5: Nivel de especialidad</b>	27% (30 días)	27% (30 días)	27% (30 días)	27% (30 días)
<b>Nivel 6: Medicamentos seleccionados para la diabetes</b>	\$10 / \$20 / \$20	\$11 / \$22 / \$22	\$10 / \$20 / \$20	\$11 / \$22 / \$22

**Área de servicio: Pennsylvania**

**H3949-024 – Cigna-HealthSpring Achieve (HMO SNP):** Bucks, Chester, Delaware, Lancaster, Montgomery y Philadelphia, Pennsylvania

Nivel del medicamento	Opción preferida de costo compartido minorista	Opción estándar de costo compartido minorista	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo
	30/60/90 días	30/60/90 días	30/60/90 días	30/60/90 días
<b>Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos</b>	\$1 / \$2 / \$2	\$6 / \$12 / \$12	\$1 / \$2 / \$0	\$6 / \$12 / \$12
<b>Nivel 2: Medicamentos genéricos</b>	\$5 / \$10 / \$10	\$10 / \$20 / \$20	\$5 / \$10 / \$0	\$10 / \$20 / \$20
<b>Nivel 3: Medicamentos de marca preferida</b>	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141
<b>Nivel 4: Medicamentos no preferidos</b>	\$95 / \$190 / \$285	\$100 / \$200 / \$300	\$95 / \$190 / \$285	\$100 / \$200 / \$300
<b>Nivel 5: Nivel de especialidad</b>	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)
<b>Nivel 6: Medicamentos seleccionados para la diabetes</b>	\$5 / \$10 / \$10	\$5 / \$10 / \$10	\$5 / \$10 / \$10	\$5 / \$10 / \$10

**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
<b>Analgésicos</b>		
<b>Analgésicos</b>		
<i>acetaminofeno/codeína, solución oral</i>	2	NDS QL (2700/30)
<i>butalbital/acetaminofeno/cafeína, cápsulas</i>	3	PA QL (180/30)
<i>butalbital/acetaminofeno/cafeína, comprimidos, 325 mg; 50 mg; 40 mg</i>	3	PA QL (180/30)
<i>butalbital/aspirina/cafeína, cápsulas</i>	3	PA QL (180/30)
<i>butalbital/aspirina/cafeína/codeína</i>	3	PA NDS QL (180/30)
<i>esgic, cápsulas</i>	3	PA QL (180/30)
<i>zebutal, cápsulas, 325 mg, 50 mg, 40 mg</i>	3	PA QL (180/30)
<b>Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos</b>		
<i>celecoxib, cápsulas, 400 mg</i>	2	QL (30/30)
<i>celecoxib, cápsulas, 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	2	QL (60/30)
<i>diclofenac potásico</i>	2	
<i>diclofenac sódico, liberación retardada</i>	2	
<i>diclofenac sódico, liberación prolongada</i>	2	
<i>diflunisal</i>	2	
<i>etodolac</i>	4	
<i>etodolac, liberación prolongada</i>	4	
<i>flurbiprofeno</i>	2	
<i>ibuprofeno, comprimidos, 600 mg, 800 mg</i>	1	
<i>ibuprofeno, suspensión</i>	2	
<i>ibuprofeno, comprimidos, 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	1	
<i>meloxicam</i>	1	QL (30/30)
<i>nabumetona</i>	2	
<i>naproxeno, liberación retardada</i>	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>naproxeno sódico, comprimidos, 275 mg, 550 mg</i>	4	
<i>naproxeno, suspensión</i>	2	
<i>naproxeno, comprimidos, 250 mg</i>	2	
<i>naproxeno, comprimidos, 375 mg, 500 mg</i>	1	
<i>oxaprozina</i>	4	
<i>salsalato</i>	2	
<i>sulindac</i>	2	
<b>Analgésicos opioides de acción prolongada</b>		
<i>clorhidrato de buprenorfina inyectable</i>	4	QL (150/30)
<b>BUPRENORPHINE, PARCHE TRANSDÉRMICO UNA VEZ POR SEMANA, 10 MCG/H, 15 MCG/H, 20 MCG/H, 5 MCG/H</b>	4	NDS QL (4/28)
<i>buprenorfina, parche transdérmico una vez por semana, 7.5 mcg/h</i>	4	NDS QL (4/28)
<b>DURAMORPH</b>	4	B/D PA NDS QL (180/30)
<i>fentanil</i>	4	NDS QL (10/30)
<b>INFUMORPH 200</b>	4	NDS QL (200/30)
<b>INFUMORPH 500</b>	4	NDS QL (200/30)
<i>clorhidrato de metadona concentrado</i>	2	NDS QL (500/30)
<i>clorhidrato de metadona inyectable</i>	4	NDS QL (150/30)
<i>clorhidrato de metadona, intensol</i>	2	NDS QL (500/30)
<i>clorhidrato de metadona, solución oral, 10 mg/5 ml</i>	2	NDS QL (450/30)
<i>clorhidrato de metadona, solución oral, 5 mg/5 ml</i>	2	NDS QL (600/30)
<i>clorhidrato de metadona, comprimidos, 10 mg</i>	2	NDS QL (120/30)

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 6 podrá encontrar más información sobre los símbolos.

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>clorhidrato de metadona, comprimidos, 5 mg</i>	2	NDS QL (180/30)
<i>mitigo</i>	4	NDS QL (200/30)
<i>sulfato de morfina, comprimidos de liberación controlada y prolongada</i>	3	NDS QL (90/30)
XTAMPZA LIBERACIÓN PROLONGADA	3	NDS QL (60/30)
<b>Analgésicos opioides de acción rápida</b>		
<i>acetaminofeno/codeína, comprimidos, 300 mg; 60 mg</i>	2	NDS QL (180/30)
<i>acetaminofeno/codeína, comprimidos, 300 mg; 15 mg, 300 mg; 30 mg</i>	2	NDS QL (360/30)
<i>ascomp/codeína</i>	3	PA NDS QL (180/30)
<i>butalbital/acetaminofeno/ cafeína/codeína</i>	3	PA NDS QL (180/30)
<i>tartrato de butorfanol inyectable, 2 mg/ml</i>	4	NDS QL (240/30)
<i>tartrato de butorfanol inyectable, 1 mg/ml</i>	4	NDS QL (480/30)
<i>tartrato de butorfanol, solución nasal</i>	2	NDS QL (5/30)
<i>endocet, comprimidos, 325 mg; 10 mg</i>	3	NDS QL (180/30)
<i>endocet, comprimidos, 325 mg; 7.5 mg</i>	3	NDS QL (240/30)
<i>endocet, comprimidos, 325 mg; 2.5 mg, 325 mg; 5 mg</i>	3	NDS QL (360/30)
<i>citrato de fentanilo inyectable, 1000 mcg/20 ml, 100 mcg/2 ml, 2500 mcg/50 ml, 250 mcg/5 ml</i>	4	B/D PA NDS
<i>citrato de fentanilo, paleta transmucosa oral, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg</i>	4	PA NDS QL (120/30)
<i>citrato de fentanilo, paleta transmucosa oral, 1200 mcg, 1600 mcg, 800 mcg</i>	5	PA NDS QL (120/30)
<i>bitartrato de hidrocodona/ acetaminofeno, solución oral</i>	3	NDS QL (2700/30)
<i>bitartrato de hidrocodona/ acetaminofeno, comprimidos, 300 mg; 10 mg, 300 mg; 7.5 mg</i>	3	NDS QL (180/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>bitartrato de hidrocodona/ acetaminofeno, comprimidos, 300 mg; 5 mg, 325 mg; 2.5 mg</i>	3	NDS QL (360/30)
<i>hidrocodona/acetaminofeno, comprimidos, 325 mg; 10 mg, 325 mg; 7.5 mg</i>	3	NDS QL (180/30)
<i>hidrocodona/acetaminofeno, comprimidos, 325 mg; 5 mg</i>	3	NDS QL (360/30)
<i>hidrocodona/ibuprofeno</i>	3	NDS QL (150/30)
<i>clorhidrato de hidromorfona, monodosis</i>	4	NDS
<i>clorhidrato de hidromorfona inyectable</i>	4	NDS
<i>clorhidrato de hidromorfona líquido</i>	3	NDS QL (1200/30)
<i>clorhidrato de hidromorfona, comprimidos, 8 mg</i>	3	NDS QL (120/30)
<i>clorhidrato de hidromorfona, comprimidos, 2 mg, 4 mg</i>	3	NDS QL (180/30)
<i>ibudone, comprimidos, 5 mg; 200 mg</i>	3	NDS QL (150/30)
<i>lorcet</i>	3	NDS QL (360/30)
<i>lorcet hd</i>	3	NDS QL (180/30)
<i>lorcet plus, comprimidos, 325 mg; 7.5 mg</i>	3	NDS QL (180/30)
<i>sulfato de morfina inyectable, 150 mg/30 ml, 1 mg/ml, 50 mg/ml, 5 mg/ml</i>	4	B/D PA NDS
<i>sulfato de morfina inyectable, 0.5 mg/ml, 1 mg/ml</i>	4	B/D PA NDS QL (180/30)
MORPHINE SULFATE INYECTABLE, 10 MG/ML, 8 MG/ML	4	B/D PA NDS QL (240/30)
<i>sulfato de morfina inyectable, 10 mg/ml</i>	4	B/D PA NDS QL (240/30)
MORPHINE SULFATE INYECTABLE, 4 MG/ML	4	B/D PA NDS QL (480/30)
<i>sulfato de morfina inyectable, 4 mg/ml</i>	4	B/D PA NDS QL (480/30)
MORPHINE SULFATE INYECTABLE, 2 MG/ML	4	B/D PA NDS QL (1200/30)
<i>sulfato de morfina, solución oral, 100 mg/5 ml</i>	2	NDS QL (240/30)

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>sulfato de morfina, solución oral, 10 mg/5 ml</i>	2	NDS QL (700/30)
<i>sulfato de morfina, solución oral, 20 mg/5 ml</i>	2	NDS QL (900/30)
MORPHINE SULFATE, COMPRIMIDOS	3	NDS QL (120/30)
<i>clorhidrato de nalbufina inyectable, 20 mg/ml</i>	4	NDS QL (90/30)
<i>clorhidrato de nalbufina inyectable, 10 mg/ml</i>	4	NDS QL (180/30)
<i>clorhidrato de oxicodona, cápsulas</i>	4	NDS QL (120/30)
<i>clorhidrato de oxicodona concentrado</i>	3	NDS QL (120/30)
<i>clorhidrato de oxicodona, solución oral</i>	3	NDS QL (1200/30)
<i>clorhidrato de oxicodona, comprimidos, 30 mg</i>	3	NDS QL (90/30)
<i>clorhidrato de oxicodona, comprimidos, 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	3	NDS QL (120/30)
<i>oxicodona/acetaminofeno, comprimidos, 325 mg; 10 mg</i>	3	NDS QL (180/30)
<i>oxicodona/acetaminofeno, comprimidos, 325 mg; 7.5 mg</i>	3	NDS QL (240/30)
<i>oxicodona/acetaminofeno, comprimidos, 325 mg; 2.5 mg, 325 mg; 5 mg</i>	3	NDS QL (360/30)
<i>oxicodona/aspirina</i>	3	NDS QL (180/30)
<i>oxicodona/ibuprofeno</i>	3	NDS QL (28/30)
<i>clorhidrato de tramadol</i>	2	NDS QL (240/30)
<i>clorhidrato de tramadol/ acetaminofeno</i>	3	NDS QL (240/30)
<i>vicodin es, comprimidos, 300 mg; 7.5 mg</i>	3	NDS QL (180/30)
<i>vicodin hp, comprimidos, 300 mg; 10 mg</i>	3	NDS QL (180/30)
<i>vicodin, comprimidos, 300 mg; 5 mg</i>	3	NDS QL (360/30)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<b>Anestésicos</b>		
<b>Anestésicos locales</b>		
<i>glydo</i>	3	PA
<i>clorhidrato de lidocaína, solución externa</i>	2	PA
<i>clorhidrato de lidocaína, gel</i>	3	PA
<i>clorhidrato de lidocaína inyectable</i>	4	
<i>clorhidrato de lidocaína, gelatina</i>	3	PA
<i>clorhidrato de lidocaína, solución para boca/garganta</i>	1	
<i>clorhidrato de lidocaína viscoso</i>	1	
<i>lidocaína, pomada</i>	4	PA QL (50/30)
<i>lidocaína, parche</i>	4	PA QL (90/30)
<i>lidocaína viscosa</i>	1	
<i>lidocaína/prilocaina, crema</i>	4	PA
<b>Agentes antiadicciones/para el tratamiento del abuso de sustancias</b>		
<b>Productos para frenar el consumo de alcohol/las ansias de beber</b>		
<i>acamprosato cálcico, liberación retardada</i>	2	
<i>disulfiram</i>	2	
<i>clorhidrato de naltrexona</i>	2	
<b>Tratamientos para la dependencia de opioides</b>		
<i>clorhidrato de buprenorfina sublingual</i>	4	PA QL (90/30)
<i>clorhidrato de buprenorfina/ clorhidrato de naloxona</i>	4	QL (90/30)
SUBOXONE	3	PA QL (90/30)
ZUBSOLV SUBLINGUAL, 0.7 MG; 0.18 MG	3	PA QL (30/30)

*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 6 podrá encontrar más información sobre los símbolos.

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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	3	PA QL (90/30)
<b>Agentes para revertir los efectos de opioides</b>		
<i>clorhidrato de naloxona</i>	2	
NARCAN	3	QL (4/30)
<b>Agentes para dejar de fumar</b>		
<i>clorhidrato de bupropión, liberación sostenida</i>	3	QL (60/30)
CHANTIX	3	QL (56/28)
CHANTIX, PAQUETE MENSUAL DE CONTINUACIÓN	3	QL (56/28)
CHANTIX, PAQUETE MENSUAL INICIAL	3	QL (56/28)
NICOTROL, INHALADOR	4	QL (1008/90)
NICOTROL NS	4	QL (30/30)
<b>Antibacterianos</b>		
<b>Aminoglucósidos</b>		
<i>sulfato de amikacina</i>	4	
<i>gentak</i>	2	
<i>sulfato de gentamicina, crema</i>	3	
<i>sulfato de gentamicina inyectable</i>	4	
<i>sulfato de gentamicina, pomada</i>	3	
<i>sulfato de gentamicina, solución oftálmica</i>	4	
<i>sulfato de gentamicina pediátrico</i>	4	
<i>sulfato de gentamicina/cloruro de sodio al 0.9%</i>	4	
<i>gentamicina isotónica</i>	4	
<i>sulfato de neomicina</i>	2	
<i>sulfatos de neomicina/polimixina b</i>	4	
<i>sulfato de paromomicina</i>	4	
<i>sulfato de estreptomomicina</i>	4	
<i>tobramicina, solución oftálmica</i>	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>sulfato de tobramicina inyectable, 1.2 g, 10 mg/ml, 80 mg/2 ml</i>	4	
<i>sulfato de tobramicina, solución oftálmica</i>	2	
TOBREX, POMADA	4	
ZYLET	3	
<b>Antibacterianos, otros</b>		
ALCOHOL, PAÑOS PREPARADOS	6	
<i>baciim</i>	4	
<i>bacitracina inyectable</i>	4	
<i>bacitracina, pomada oftálmica</i>	2	
<i>bacitracina/polimixina b</i>	2	
BACTROBAN NASAL	3	
<i>succinato sódico de cloranfenicol</i>	4	
<i>clindacin etz, compresas</i>	2	
<i>clindacin-p</i>	2	
<i>clindamicina</i>	4	
<i>clorhidrato de clindamicina, cápsulas</i>	2	
<i>fosfato de clindamicina, crema</i>	3	
<i>fosfato de clindamicina, solución externa</i>	3	
<i>fosfato de clindamicina, gel</i>	3	
<i>fosfato de clindamicina en d5w</i>	4	
<i>fosfato de clindamicina inyectable, 150 mg/ml, 300 mg/2 ml, 600 mg/4 ml, 900 mg/6 ml</i>	4	
<i>fosfato de clindamicina, loción</i>	4	
<i>fosfato de clindamicina, paño</i>	2	
<i>clindamicina/cloruro de sodio</i>	4	
<i>colistimetato sódico</i>	4	
<i>daptomicina inyectable, 500 mg</i>	5	B/D PA NDS
<i>clorhidrato de lincomicina</i>	4	
<i>linezolid inyectable</i>	4	
<i>linezolid, liberación sostenida</i>	5	NDS QL (1800/30)
<i>linezolid, comprimidos</i>	5	NDS QL (60/30)
<i>hipurato de metenamina</i>	2	

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>metronidazol, crema</i>	3	
<i>metronidazol, gel</i>	3	
<i>metronidazol en cloruro de sodio al 0.79%</i>	4	
<i>metronidazol, inyectable, 500 mg/100 ml; 0.79%, 5 mg/ml</i>	4	
<i>metronidazol, loción</i>	3	
<i>metronidazol, comprimidos</i>	1	
<i>metronidazol vaginal</i>	3	
<i>mupirocina, crema</i>	4	
<i>mupirocina, pomada</i>	2	
<i>neo-polycin</i>	2	
<i>neo-polycin hc</i>	3	
<i>neomicina/bacitracina/polimixina</i>	2	
<i>neomicina/polimixina/bacitracina/hidrocortisona</i>	3	
<i>neomicina/polimixina/gramicidina</i>	2	
<i>neomicina/polimixina/hidrocortisona, suspensión oftálmica</i>	2	
<i>nitrofurantoína</i>	4	
<i>nitrofurantoína, macrocristales</i>	2	
<i>monohidrato de nitrofurantoína</i>	2	
<i>monohidrato de nitrofurantoína/macrocrístales</i>	2	
<i>polycin</i>	2	
<i>sulfato de polimixina b</i>	4	
<i>sulfato de polimixina b/sulfato de trimetoprima</i>	2	
<i>rosadan</i>	3	
<i>sulfadiazina de plata</i>	3	
<i>ssd</i>	3	
SYNERCID	5	NDS
<i>tigeciclina</i>	5	NDS

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

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 6 podrá encontrar más información sobre los símbolos.

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>cefoxitina sódica inyectable, 10 g, 1 g, 2 g</i>	4	
<i>cefepodoxima proxetil</i>	2	
<i>cefprozil</i>	2	
<i>ceftazidima</i>	4	
<i>ceftazidima/dextrosa</i>	4	
<i>ceftriaxona en dextrosa isoosmótica</i>	4	
<i>ceftriaxona sódica inyectable, 10 g, 1 g, 250 mg, 2 g, 500 mg</i>	4	
<i>cefuroxima axetil</i>	2	
<i>cefuroxima sódica</i>	4	
<i>cefalexina, cápsulas, 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>cefalexina, liberación sostenida</i>	2	
SUPRAX SUSR, 500 MG/5 ML	4	
<i>tazicef inyectable, 1 g, 2 g, 6 g</i>	4	
TEFLARO	5	NDS
<b>Betalactámicos, otros</b>		
AZACTAM	4	
AZACTAM EN DEXTROSA ISOOSMÓTICA	4	
<i>aztreonam inyectable, 1 g</i>	4	
AZTREONAM INYECTABLE, 2 G	5	NDS
<i>cefotetan</i>	4	
<i>ertapenem</i>	4	
<i>ertapenem sódico</i>	4	
<i>imipenem/cilastatina inyectable, 500 mg; 500 mg</i>	4	
<i>imipenem/cilastatina inyectable, 250 mg; 250 mg</i>	3	
INVANZ	4	
<i>meropenem</i>	4	
<i>meropenem/cloruro de sodio</i>	4	
<b>Betalactámicos, penicilinas</b>		
<i>amoxicilina, cápsulas</i>	1	
<i>amoxicilina, masticable</i>	2	
<i>amoxicilina, liberación sostenida</i>	1	
<i>amoxicilina, comprimidos</i>	2	

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

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>claritromicina, liberación sostenida</i>	3	
<i>claritromicina, comprimidos</i>	2	
DIFICID	5	PA NDS QL (20/10)
<i>e.e.s. 400</i>	3	
<i>ery</i>	3	
ERY-TAB	3	
ERYPED 400	5	NDS
ERYTHROCIN LACTOBIONATE	4	
<i>estearato de eritrocina</i>	3	
<i>base de eritromicina</i>	4	
<i>etilsuccinato de eritromicina</i>	3	
<i>eritromicina, solución externa</i>	2	
<i>eritromicina, gel</i>	3	
<i>eritromicina, pomada</i>	2	
<i>eritromicina, paños</i>	3	
<b>Quinolonas</b>		
BAXDELA	4	
BESIVANCE	4	
CILOXAN, POMADA	3	
CIPRO HC	3	
CIPRODEX	3	
<i>ciprofloxacina, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 500 mg; 0</i>	3	QL (3/3)
<i>ciprofloxacina, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 1000 mg; 0</i>	3	QL (14/14)
<i>clorhidrato de ciprofloxacina, solución oftálmica</i>	2	
<i>clorhidrato de ciprofloxacina, comprimidos, 750 mg</i>	2	
<i>clorhidrato de ciprofloxacina, comprimidos, 250 mg</i>	1	
<i>clorhidrato de ciprofloxacina, comprimidos, 100 mg</i>	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>clorhidrato de ciprofloxacina</i>	1	
<i>ciprofloxacina intravenosa en d5w</i>	4	
<i>ciprofloxacina, liberación sostenida</i>	2	
<i>levofloxacina en d5w</i>	4	
<i>levofloxacina inyectable</i>	4	
<i>levofloxacina, solución oral</i>	2	
<i>levofloxacina, comprimidos, 500 mg</i>	2	
<i>levofloxacina, comprimidos, 250 mg, 750 mg</i>	2	QL (30/30)
<i>clorhidrato de moxifloxacina/ clorhidrato de sodio</i>	4	
<i>clorhidrato de moxifloxacina inyectable</i>	4	
<i>clorhidrato de moxifloxacina, comprimidos</i>	2	
<i>clorhidrato de moxifloxacina, solución oftálmica</i>	3	
<i>ofloxacina</i>	2	
<b>Sulfonamidas</b>		
BLEPHAMIDE	3	
BLEPHAMIDE S.O.P.	3	
<i>sulfacetamida de sodio, solución oftálmica</i>	2	
<i>sulfacetamida sódica, loción</i>	3	
<i>sulfacetamida sódica, solución oftálmica</i>	2	
<i>sulfacetamida sódica/fosfato sódico de prednisolona</i>	2	
<i>sulfadiazina</i>	3	
<i>sulfametoxazol/trimetoprima, doble concentración</i>	1	
<i>sulfametoxazol/trimetoprima inyectable</i>	4	
<i>sulfametoxazol/trimetoprima, suspensión</i>	4	

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 6 podrá encontrar más información sobre los símbolos.

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>sulfametoxazol/trimetoprima, comprimidos</i>	1	
<i>sulfatrim pediátrico</i>	4	
<b>Tetraciclinas</b>		
<i>clorhidrato de demeclociclina</i>	3	
<i>doxy 100</i>	4	
<i>hiclato de doxiciclina, cápsulas</i>	1	
<i>hiclato de doxiciclina, comprimidos, 100 mg</i>	1	
<i>hiclato de doxiciclina, comprimidos, 20 mg</i>	2	
<i>monohidrato de doxiciclina, cápsulas, 100 mg, 50 mg</i>	2	QL (60/30)
<i>monohidrato de doxiciclina, comprimidos</i>	2	
<i>doxiciclina, liberación sostenida</i>	2	
<i>clorhidrato de minociclina</i>	2	
<i>mondoxyne nl</i>	2	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>	2	
<b>Antiepilépticos</b>		
<b>Antiepilépticos, otros</b>		
<i>APTOM, COMPRIMIDOS, 200 MG, 400 MG, 800 MG</i>	5	NDS QL (30/30)
<i>APTOM, COMPRIMIDOS, 600 MG</i>	5	NDS QL (60/30)
<i>BRIVIACT INYECTABLE</i>	5	NDS QL (600/30)
<i>BRIVIACT, SOLUCIÓN ORAL</i>	5	NDS QL (1200/30)
<i>BRIVIACT, COMPRIMIDOS, 10 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG</i>	5	NDS QL (60/30)
<i>BRIVIACT, COMPRIMIDOS, 100 MG</i>	5	NDS QL (120/30)
<i>FYCOMPA, SUSPENSIÓN</i>	4	QL (720/30)
<i>FYCOMPA, COMPRIMIDOS</i>	4	QL (30/30)
<i>levetiracetam, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 750 mg</i>	2	QL (120/30)
<i>levetiracetam, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 500 mg</i>	2	QL (180/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>levetiracetam inyectable</i>	4	
<i>levetiracetam, solución oral</i>	2	
<i>levetiracetam, comprimidos</i>	2	
<i>levetiracetam/cloruro de sodio</i>	4	
<i>sulfato de magnesio en d5w</i>	4	B/D PA
<i>roweepra</i>	2	
<i>roweepra, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 750 mg</i>	2	QL (120/30)
<i>roweepra, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 500 mg</i>	2	QL (180/30)
<i>SPRITAM TB3D 1000 MG, 250 MG, 500 MG</i>	4	QL (60/30)
<i>SPRITAM TB3D 750 MG</i>	4	QL (120/30)
<b>Agentes modificadores de los canales de calcio</b>		
<i>CELONTIN</i>	3	
<i>etosuximida</i>	3	
<i>LYRICA, CÁPSULAS, 225 MG, 300 MG</i>	3	QL (60/30)
<i>LYRICA, CÁPSULAS, 100 MG, 150 MG, 200 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG</i>	3	QL (90/30)
<i>LYRICA, SOLUCIÓN ORAL</i>	3	QL (900/30)
<i>zonisamida</i>	2	
<b>Agentes aumentadores del ácido Gama-aminobutírico (GABA)</b>		
<i>clonazepam, comprimidos orodispersables, 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg</i>	2	QL (90/30)
<i>clonazepam, comprimidos orodispersables, 1 mg</i>	2	QL (120/30)
<i>clonazepam, comprimidos orodispersables, 2 mg</i>	2	QL (300/30)
<i>clonazepam, comprimidos, 0.5 mg</i>	2	QL (90/30)
<i>clonazepam, comprimidos, 1 mg</i>	2	QL (120/30)
<i>clonazepam, comprimidos, 2 mg</i>	2	QL (300/30)
<i>DIASTAT ACUDIAL, GEL, 10 MG</i>	4	QL (20/30)



## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
DIASTAT ACUDIAL, GEL, 20 MG	4	QL (40/30)
DIASTAT PEDIÁTRICO	4	QL (5/30)
<i>diazepam, gel rectal, gel, 2.5 mg</i>	3	QL (5/30)
<i>diazepam, gel rectal, gel, 10 mg</i>	3	QL (20/30)
<i>diazepam, gel rectal, gel, 20 mg</i>	3	QL (40/30)
<i>divalproex sódico</i>	2	
<i>divalproex sódico, liberación retardada</i>	2	
<i>divalproex sódico, liberación prolongada</i>	2	
<i>gabapentina, cápsulas, 100 mg</i>	2	QL (180/30)
<i>gabapentina, cápsulas, 300 mg, 400 mg</i>	2	QL (270/30)
<i>gabapentina, solución oral</i>	2	QL (2160/30)
<i>gabapentina, comprimidos, 800 mg</i>	2	
<i>gabapentina, comprimidos, 600 mg</i>	2	QL (180/30)
GABITRIL, COMPRIMIDOS, 12 MG, 16 MG	4	
GRALISE	3	
GRALISE, PAQUETE INICIAL	3	QL (156/365)
ONFI, SUSPENSIÓN	5	NDS QL (480/30)
ONFI, COMPRIMIDOS, 20 MG	5	NDS QL (60/30)
ONFI, COMPRIMIDOS, 10 MG	3	QL (60/30)
<i>fenobarbital, elixir</i>	3	QL (1500/30)
<i>fenobarbital, comprimidos</i>	3	QL (120/30)
<i>primidona</i>	2	
SABRIL, COMPRIMIDOS	5	PA NDS QL (180/30)
<i>clorhidrato de tiagabina</i>	4	
<i>valproato sódico inyectable, 100 mg/ml</i>	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>ácido valproico</i>	2	
<i>vigabatrina</i>	5	PA NDS QL (200/30)
<b>Agentes reductores del Glutamato</b>		
<i>felbamato, suspensión</i>	5	NDS
<i>felbamato, comprimidos</i>	4	
<i>lamotrigina</i>	2	
<i>lamotrigina, liberación prolongada</i>	2	
<i>lamotrigina, comprimidos orodispersables</i>	2	
<i>topiramato</i>	2	
TROKENDI, COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA X 24 H, 200 MG	5	NDS QL (60/30)
TROKENDI, CÁPSULAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA X 24 H, 100 MG, 25 MG, 50 MG	4	QL (30/30)
<b>Agentes de los canales de sodio</b>		
BANZEL, SUSPENSIÓN	5	PA NDS QL (2400/30)
BANZEL, COMPRIMIDOS, 200 MG	5	PA NDS QL (60/30)
BANZEL, COMPRIMIDOS, 400 MG	5	PA NDS QL (240/30)
<i>carbamazepina</i>	2	
<i>carbamazepina, liberación prolongada</i>	2	
DILANTIN, CÁPSULAS, 30 MG	3	
<i>epitol</i>	2	
<i>fosfenitoína sódica</i>	4	
<i>oxcarbazepina</i>	2	
PEGANONE	3	
<i>fenitoína</i>	2	
<i>fenitoína, infatabs</i>	2	

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 6 podrá encontrar más información sobre los símbolos.

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>fenitoína sódica</i>	4	
<i>fenitoína sódica liberación prolongada</i>	2	
VIMPAT INYECTABLE	4	QL (1200/30)
VIMPAT, SOLUCIÓN ORAL	4	QL (1200/30)
VIMPAT, COMPRIMIDOS	4	QL (60/30)
<b>Agentes antidemencia</b>		
<b>Inhibidores de la colinesterasa</b>		
<i>clorhidrato de donepezilo, comprimidos, 5 mg</i>	2	QL (30/30)
<i>clorhidrato de donepezilo, comprimidos, 10 mg</i>	2	QL (60/30)
<i>clorhidrato de donepezilo, comprimidos, 23 mg</i>	3	QL (30/30)
<i>clorhidrato de donepezilo, comprimidos dispersables, 5 mg</i>	2	QL (30/30)
<i>clorhidrato de donepezilo, comprimidos dispersables, 10 mg</i>	2	QL (60/30)
<i>clorhidrato de donepezilo, comprimidos, 5 mg</i>	2	QL (30/30)
<i>clorhidrato de donepezilo, comprimidos, 10 mg</i>	2	QL (60/30)
<i>hidrobromuro de galantamina, liberación prolongada</i>	4	QL (30/30)
<i>hidrobromuro de galantamina, solución oral</i>	4	QL (200/30)
<i>hidrobromuro de galantamina, comprimidos</i>	4	QL (60/30)
<i>tartrato de rivastigmina</i>	4	QL (60/30)
<i>rivastigmina, sistema transdérmico</i>	4	QL (30/30)
<b>Antagonista de los receptores de N-metil-D-aspartato (NMDA)</b>		
<i>clorhidrato de memantina, comprimidos, 10 mg</i>	2	PA QL (60/30)
<i>clorhidrato de memantina, comprimidos, 5 mg</i>	2	PA QL (90/30)
<i>clorhidrato de memantina, paquete de ajuste de dosis</i>	3	PA QL (49/28)
<i>clorhidrato de memantina, liberación prolongada</i>	3	PA QL (30/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>clorhidrato de memantina, solución oral</i>	2	PA QL (360/30)
<b>Antidepresivos</b>		
<b>Antidepresivos, otros</b>		
<i>CLORHIDRATO DE BUPROPIÓN, COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA X 12 H, 150 MG</i>	3	QL (60/30)
<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos de liberación prolongada x 12 h, 100 mg, 200 mg</i>	3	QL (60/30)
<i>clorhidrato de bupropión, liberación sostenida</i>	3	QL (60/30)
<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos, 100 mg</i>	3	QL (120/30)
<i>clorhidrato de bupropión, liberación prolongada</i>	3	QL (30/30)
<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos, 75 mg</i>	3	QL (180/30)
<i>clorhidrato de maprotilina</i>	4	QL (90/30)
<i>mirtazapina</i>	2	QL (30/30)
<i>mirtazapina, comprimidos orodispersables</i>	2	QL (30/30)
<i>clorhidrato de nefazodona</i>	3	QL (60/30)
<i>clorhidrato de nefazodona</i>	3	QL (60/30)
<i>clorhidrato de trazodona, comprimidos, 300 mg</i>	2	
<i>clorhidrato de trazodona, comprimidos, 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	1	
TRINTELLIX	4	QL (30/30) ST
<b>Inhibidores de la monoaminoxidasa</b>		
EMSAM	5	NDS QL (30/30)
MARPLAN	4	QL (180/30)
<i>sulfato de fenelzina</i>	3	
<i>sulfato de tranilcipromina</i>	4	
<b>SSRI/SNRI (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina/inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina)</b>		
<i>hidrobromuro de citalopram, solución oral</i>	3	QL (600/30)

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>hidrobromuro de citalopram, comprimidos, 10 mg</i>	1	
<i>hidrobromuro de citalopram, comprimidos, 40 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>hidrobromuro de citalopram, comprimidos, 20 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>desvenlafaxina, liberación prolongada</i>	4	QL (30/30)
<i>clorhidrato de duloxetina, cápsulas con recubrimiento entérico, 20 mg</i>	2	QL (60/30)
<i>clorhidrato de duloxetina, cápsulas con recubrimiento entérico, 60 mg</i>	2	QL (60/30)
<i>clorhidrato de duloxetina, cápsulas con recubrimiento entérico, 30 mg</i>	2	QL (90/30)
<i>oxalato de escitalopram, solución oral</i>	3	QL (600/30)
<i>oxalato de escitalopram, comprimidos, 5 mg</i>	2	QL (30/30)
<i>oxalato de escitalopram, comprimidos, 10 mg</i>	2	QL (60/30)
<i>oxalato de escitalopram, comprimidos, 20 mg</i>	2	QL (90/30)
FETZIMA	4	QL (30/30) ST
FETZIMA, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS	4	QL (56/365) ST
<i>fluoxetina, cápsulas, 10 mg</i>	2	QL (30/30)
<i>fluoxetina, cápsulas, 20 mg</i>	2	QL (120/30)
<i>fluoxetina, liberación retardada</i>	2	QL (4/28)
<i>clorhidrato de fluoxetina, cápsulas, 10 mg</i>	2	QL (30/30)
<i>clorhidrato de fluoxetina, cápsulas, 40 mg</i>	2	QL (60/30)
<i>clorhidrato de fluoxetina, cápsulas, 20 mg</i>	2	QL (120/30)
<i>clorhidrato de fluoxetina, solución oral</i>	2	QL (600/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>clorhidrato de fluoxetina, comprimidos, 10 mg</i>	2	QL (30/30)
<i>clorhidrato de fluoxetina, comprimidos, 20 mg</i>	2	QL (120/30)
<i>maleato de fluvoxamina, liberación prolongada</i>	2	QL (60/30)
<i>maleato de fluvoxamina, comprimidos, 25 mg, 50 mg</i>	2	QL (30/30)
<i>maleato de fluvoxamina, comprimidos, 100 mg</i>	2	QL (90/30)
<i>olanzapina/fluoxetina</i>	4	QL (30/30)
<i>clorhidrato de paroxetina, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 12.5 mg</i>	2	QL (30/30)
<i>clorhidrato de paroxetina, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 25 mg, 37.5 mg</i>	2	QL (60/30)
<i>clorhidrato de paroxetina, comprimidos, 10 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>clorhidrato de paroxetina, comprimidos, 20 mg</i>	1	QL (90/30)
<i>clorhidrato de paroxetina, comprimidos, 30 mg, 40 mg</i>	2	QL (60/30)
PAXIL, SUSPENSIÓN	4	QL (900/30) ST
PRISTIQ	4	QL (30/30)
<i>clorhidrato de sertralina concentrado</i>	2	QL (300/30)
<i>clorhidrato de sertralina, comprimidos, 25 mg</i>	2	QL (30/30)
<i>clorhidrato de sertralina, comprimidos, 100 mg</i>	2	QL (60/30)
<i>clorhidrato de sertralina, comprimidos, 50 mg</i>	2	QL (120/30)
<i>clorhidrato de venlafaxina</i>	2	QL (90/30)
<i>clorhidrato de venlafaxina, cápsulas de liberación prolongada x 24 h, 37.5 mg</i>	2	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 6 podrá encontrar más información sobre los símbolos.

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
clorhidrato de venlafaxina, cápsulas de liberación prolongada x 24 h, 150 mg	2	QL (60/30)
clorhidrato de venlafaxina, cápsulas de liberación prolongada x 24 h, 75 mg	2	QL (90/30)
VIIBRYD	4	QL (30/30) ST
VIIBRYD, PAQUETE INICIAL	4	QL (30/30) ST
<b>Tricíclicos</b>		
clorhidrato de amitriptilina	3	PA
amoxapina	3	
clorhidrato de clomipramina	3	PA
clorhidrato de desipramina	3	
clorhidrato de imipramina, comprimidos, 25 mg, 50 mg	3	PA
clorhidrato de imipramina	3	PA
clorhidrato de nortriptilina	2	
perfenazina/amitriptilina	4	PA
clorhidrato de protriptilina	3	
maleato de trimipramina	4	PA
<b>Antieméticos</b>		
<b>Antieméticos, otros</b>		
compro	2	
clorhidrato de meclizina, comprimidos	2	
phenadoz	4	
proclorperazina	2	
clorhidrato de prometazina, supositorios	4	
clorhidrato de prometazina, jarabe	2	PA
clorhidrato de prometazina, comprimidos, 12.5 mg, 25 mg	2	PA
clorhidrato de prometazina, comprimidos, 50 mg	2	PA
promethegan	4	
escopolamina	4	QL (10/30)
<b>Medicamentos complementarios para terapias emetogénicas</b>		
ALOXI	5	B/D PA NDS
aprepitant, cápsulas, 40 mg	4	B/D PA QL (1/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
aprepitant, cápsulas, 125 mg	4	B/D PA QL (2/28)
aprepitant, cápsulas, 80 mg	4	B/D PA QL (4/28)
aprepitant, cápsulas, en paquete	4	B/D PA QL (6/28)
dronabinol	4	PA QL (60/30)
EMEND, LIBERACIÓN SOSTENIDA	4	B/D PA QL (6/28)
clorhidrato de granisetron inyectable, 0.1 mg/ml, 1 mg/ml	4	B/D PA
clorhidrato de granisetron, comprimidos	3	B/D PA QL (30/30)
clorhidrato de granisetron	4	B/D PA
clorhidrato de ondansetrón inyectable, 40 mg/20 ml, 4 mg/2 ml	4	
clorhidrato de ondansetrón, solución oral	3	B/D PA QL (450/30)
clorhidrato de ondansetrón, comprimidos, 24 mg	1	B/D PA QL (15/30)
clorhidrato de ondansetrón, comprimidos, 4 mg, 8 mg	1	B/D PA QL (90/30)
ondansetrón, comprimidos orodispersables	1	B/D PA QL (90/30)
clorhidrato de palonosetrón inyectable, 0.25 mg/5 ml	5	B/D PA NDS
SANCUSO	5	NDS QL (4/28)
<b>Antimicóticos</b>		
<b>Antimicóticos</b>		
ABELCET	5	PA NDS
AMBISOME	5	PA NDS
anfotericina b	4	PA
acetato de caspofungina	5	PA NDS
ciclodan	3	
ciclopirox, laca para las uñas	3	
ciclopirox, olamina	3	
ciclopirox, champú	3	
ciclopirox, suspensión	3	
clotrimazol, crema externa	2	
clotrimazol, solución externa	2	
clotrimazol, pastillas	2	

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>clotrimazol/dipropionato de betametasona</i>	2	
<i>nitrato de econazol</i>	3	
<i>fluconazol</i>	2	
<i>fluconazol en nacl</i>	4	
<i>flucitosina</i>	5	NDS
<i>griseofulvina micronizada</i>	4	
<i>griseofulvina ultramicronizada</i>	4	
<i>itraconazol, cápsulas</i>	4	PA QL (120/30)
<i>ketoconazol, crema</i>	2	
<i>ketoconazol, champú</i>	2	
<i>ketoconazol, comprimidos</i>	2	
<i>clorhidrato de naftifina</i>	3	
<i>clorhidrato de naftifina</i>	3	
NAFTIN, GEL	3	
NATACYN	3	
NOXAFIL, SUSPENSIÓN	5	PA NDS QL (600/30)
NOXAFIL, COMPRIMIDOS CON RECUBRIMIENTO ENTÉRICO	5	PA NDS QL (96/30)
<i>nyamyc</i>	2	
<i>nistatina</i>	2	
<i>nistatina/triamcinolona</i>	4	
<i>nystop</i>	2	
SPORANOX, SOLUCIÓN ORAL	5	PA NDS
<i>clorhidrato de terbinafina, comprimidos</i>	1	QL (90/365)
<i>terconazol</i>	3	
<i>voriconazol inyectable</i>	5	PA NDS
<i>voriconazol, liberación sostenida</i>	5	PA NDS QL (300/30)
<i>voriconazol, comprimidos</i>	4	PA QL (90/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<b>Agentes antigotosos</b>		
<b>Agentes antigotosos</b>		
<i>alopurinol</i>	1	
<i>alopurinol sódico</i>	4	
<i>colchicina, cápsulas</i>	3	QL (60/30)
<i>colchicina, comprimidos</i>	3	QL (120/30)
MITIGARE	3	QL (60/30)
<i>probenecid</i>	2	
<i>probenecid/colchicina</i>	2	
ULORIC	3	QL (30/30) ST
<b>Agentes antimigrañosos</b>		
<b>Alcaloides del ergot</b>		
<i>mesilato de dihidroergotamina inyectable</i>	4	QL (30/28)
<i>mesilato de dihidroergotamina, solución nasal</i>	4	PA QL (8/30)
<i>tartrato de ergotamina/cafeína</i>	3	QL (40/28)
<i>migergot</i>	5	NDS QL (20/28)
<b>Agonistas de los receptores (5-HT) 1b/1d de serotonina</b>		
<i>clorhidrato de naratriptán</i>	3	QL (9/30)
<i>benzoato de rizatriptán</i>	3	QL (12/30)
<i>benzoato de rizatriptán, comprimidos orodispersables</i>	3	QL (12/30)
<i>sumatriptán</i>	4	QL (12/30)
<i>succinato de sumatriptán inyectable, 6 mg/0.5 ml</i>	4	QL (4/30)
<i>succinato de sumatriptán inyectable, 4 mg/0.5 ml</i>	4	QL (8/30)
<i>succinato de sumatriptán inyectable, resurtido, 6 mg/0.5 ml</i>	4	QL (4/30)
<i>succinato de sumatriptán inyectable, resurtido, 4 mg/0.5 ml</i>	4	QL (8/30)
<i>succinato de sumatriptán, comprimidos</i>	2	QL (9/30)

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 6 podrá encontrar más información sobre los símbolos.

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<b>Agentes antimasténicos</b>		
<b>Parasimpaticomiméticos</b>		
GUANIDINE HCL	3	
<i>bromuro de piridostigmina</i>	3	
<i>bromuro de piridostigmina, liberación prolongada</i>	3	
REGONOL	4	
<b>Antimicobacterianos</b>		
<b>Antimicobacterianos, otros</b>		
<i>dapsona, comprimidos</i>	3	
<i>rifabutina</i>	3	
<b>Antituberculosos</b>		
CAPASTAT SULFATE	4	
<i>cicloserina</i>	2	
<i>clorhidrato de etambutol</i>	3	
<i>isoniazida inyectable</i>	4	
<i>isoniazida, jarabe</i>	3	
<i>isoniazida, comprimidos</i>	2	
PASER	4	
PRIFTIN	4	
<i>pirazinamida</i>	3	
<i>rifampina, cápsulas</i>	2	
<i>rifampina inyectable</i>	4	
RIFATER	4	
SIRUORO	4	PA QL (188/365)
TRECTOR	3	
<b>Antineoplásicos</b>		
<b>Agentes alquilantes</b>		
BENDEKA	5	B/D PA NDS QL (8/21)
BICNU	4	B/D PA
<i>busulfán</i>	5	B/D PA NDS
BUSULFEX	5	B/D PA NDS
<i>ciclofosfamida, cápsulas</i>	3	B/D PA
<i>ciclofosfamida inyectable</i>	5	B/D PA NDS
<i>dacarbazina</i>	4	B/D PA
EVOMELA	5	PA NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
GLEOSTINE, CÁPSULAS, 100 MG	4	
GLEOSTINE, CÁPSULAS, 100 MG, 40 MG	3	
HEXALEN	5	NDS
<i>ifosfamida inyectable, 1 g, 3 g</i>	4	B/D PA
KISQALI FEMARA, DOSIS DE 200	5	PA NDS QL (49/28)
KISQALI FEMARA, DOSIS DE 400	5	PA NDS QL (70/28)
KISQALI FEMARA, DOSIS DE 600	5	PA NDS QL (91/28)
LEUKERAN	4	
MATULANE	5	NDS
<i>clorhidrato de melfalan</i>	5	B/D PA NDS
MUSTARGEN	4	B/D PA
<i>tiotepa</i>	4	PA
TREANDA INYECTABLE, 100 MG	5	B/D PA NDS
TREANDA INYECTABLE, 25 MG	5	B/D PA NDS QL (8/21)
VALCHLOR	5	PA NDS QL (60/30)
YONDELIS	5	PA NDS
ZANOSAR	4	B/D PA
<b>Antiandrógenos</b>		
<i>bicalutamida</i>	2	QL (30/30)
ERLEADA	5	PA NDS QL (120/30)
<i>flutamida</i>	2	
<i>nilutamida</i>	5	NDS QL (60/30)
XTANDI	5	PA NDS QL (120/30)
YONSA	5	PA NDS QL (120/30)
ZYTIGA, COMPRIMIDOS, 500 MG	5	PA NDS QL (60/30)
ZYTIGA, COMPRIMIDOS, 250 MG	5	PA NDS QL (120/30)
<b>Agentes antiangiogénicos</b>		
POMALYST	5	PA NDS QL (21/28)
REVLIMID, CÁPSULAS, 15 MG, 20 MG, 25 MG	5	PA NDS QL (21/28)

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
REVLIMID, CÁPSULAS, 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	5	PA NDS QL (28/28)
THALOMID, CÁPSULAS, 100 MG, 150 MG, 50 MG	5	PA NDS QL (28/28)
THALOMID, CÁPSULAS, 200 MG	5	PA NDS QL (56/28)
<b>Antiestrógenos/modificadores</b>		
EMCYT	4	
FARESTON	5	NDS QL (30/30)
FASLODEX	5	B/D PA NDS QL (30/30)
SOLTAMOX	5	NDS
<i>citrato de tamoxifeno</i>	2	
<b>Antimetabolitos</b>		
<i>adrucil</i>	4	B/D PA
ALIMTA	5	PA NDS
ARRANON	4	
<i>cladribina</i>	4	B/D PA
<i>clofarabina</i>	4	B/D PA
<i>citarabina</i>	4	B/D PA
<i>citarabina acuosa</i>	4	B/D PA
DROXIA	3	
ELITEK	5	B/D PA NDS
<i>fluorouracilo inyectable</i>	4	B/D PA
FOLOTYN	5	B/D PA NDS
<i>gemcitabina</i>	4	B/D PA
<i>clorhidrato de gemcitabina</i>	4	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>	4	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>	5	B/D PA NDS
<i>hidroxiurea</i>	2	
LONSURF, COMPRIMIDOS, 8.19 MG; 20 MG	5	PA NDS QL (80/28)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
LONSURF, COMPRIMIDOS, 6.14 MG; 15 MG	5	PA NDS QL (100/28)
<i>mercaptopurina</i>	2	
NIPENT	5	B/D PA NDS
PURIXAN	5	PA NDS QL (300/30)
TABLOID	4	
VYXEOS	5	B/D PA NDS
<b>Antineoplásicos, otros</b>		
ABRAXANE	5	PA NDS
<i>adriamicina inyectable, 2 mg/ml</i>	4	B/D PA
<i>azacitidina</i>	5	B/D PA NDS
BELEODAQ	5	PA NDS
<i>bleomycin</i>	4	B/D PA
<i>sulfato de bleomicina</i>	4	B/D PA
BORTEZOMIB	5	PA NDS QL (14/21)
BRAFTOVI	5	PA NDS QL (180/30)
<i>carboplatin inyectable, 150 mg/15 ml, 450 mg/45 ml, 50 mg/5 ml</i>	4	B/D PA
<i>cisplatino</i>	4	B/D PA
COSMEGEN	5	B/D PA NDS
<i>dactinomicina</i>	5	B/D PA NDS
<i>clorhidrato de daunorrubicina</i>	4	B/D PA
CLORHIDRATO DE DAUNORRUBICINA INYECTABLE, 50 MG/10 ML	4	B/D PA
<i>clorhidrato de daunorrubicina inyectable, 20 mg/4 ml</i>	4	B/D PA
<i>decitabina</i>	5	NDS
<i>dexrazoxano</i>	4	B/D PA
DOCETAXEL INYECTABLE, 200 MG/10 ML	5	B/D 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 6 podrá encontrar más información sobre los símbolos.

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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>	5	B/D PA NDS	MEKTOVI	5	PA NDS QL (180/30)
<i>clorhidrato de doxorubicina</i>	4	B/D PA	<i>mesna</i>	4	B/D PA
<i>clorhidrato de doxorubicina liposomal</i>	5	B/D PA NDS	MESNEX, COMPRIMIDOS	5	NDS
<i>clorhidrato de doxorubicina liposomal</i>	5	B/D PA NDS	<i>mitomicina inyectable, 40 mg</i>	5	B/D PA NDS
<i>clorhidrato de epirubicina inyectable, 200 mg/100 ml</i>	4	B/D PA	<i>mitomicina inyectable, 20 mg, 5 mg</i>	4	B/D PA
ERWINAZE	5	B/D PA NDS QL (60/28)	<i>clorhidrato de mitoxantrona</i>	3	B/D PA
ETHYOL	5	B/D PA NDS	NERLYNX	5	PA NDS QL (180/30)
<i>fosfato de fludarabina inyectable, 50 mg</i>	4	B/D PA	NINLARO	5	PA NDS QL (3/28)
FUSILEV	5	NDS	ODOMZO	5	PA NDS QL (30/30)
HALAVEN	5	PA NDS	ONCASPAR	5	B/D PA NDS
<i>clorhidrato de idarrubicina inyectable, 10 mg/10 ml</i>	5	B/D PA NDS	<i>oxaliplatino inyectable, 100 mg</i>	5	B/D PA NDS
<i>clorhidrato de idarrubicina inyectable, 10 mg/10 ml</i>	5	B/D PA NDS	<i>oxaliplatino inyectable, 100 mg/20 ml, 50 mg/10 ml</i>	4	B/D PA
<i>irinotecán</i>	4	B/D PA	<i>paclitaxel inyectable, 100 mg/16.7 ml, 150 mg/25 ml, 300 mg/50 ml</i>	4	B/D PA
<i>clorhidrato de irinotecán</i>	4	B/D PA	PORTRAZZA	5	PA NDS QL (100/21)
<i>clorhidrato de irinotecán</i>	4	B/D PA	PROLEUKIN	5	B/D PA NDS
ISTODAX (CON SURTIDO ADICIONAL)	5	PA NDS	<i>romidepsina</i>	5	PA NDS
JEVTANA	5	PA NDS	RUBRACA	5	PA NDS QL (120/30)
KISQALI	5	PA NDS QL (63/28)	RYDAPT	5	PA NDS QL (224/28)
LARTRUVO	5	PA NDS	SYLATRON	5	PA NDS QL (4/28)
<i>leucovorina cálcica inyectable, 100 mg, 350 mg, 500 mg, 50 mg</i>	4		SYNRIBO	5	PA NDS QL (28/28)
<i>leucovorina cálcica, comprimidos</i>	3		TRISENOX	4	B/D PA
<i>levoleucovorina cálcica inyectable, 175 mg/17.5 ml</i>	5	NDS	VELCADE	5	PA NDS QL (14/21)
<i>levoleucovorina inyectable, 175 mg/17.5 ml, 250 mg/25 ml, 50 mg</i>	5	NDS	VENCLEXTA, PAQUETE INICIAL	5	PA NDS QL (84/365)
<i>lipodox 50</i>	5	B/D PA NDS	VENCLEXTA, COMPRIMIDOS, 100 MG	5	PA NDS QL (120/30)
LYNPARZA, COMPRIMIDOS	5	PA NDS QL (120/30)	VENCLEXTA, COMPRIMIDOS, 50 MG	4	PA QL (30/30)
			VENCLEXTA, COMPRIMIDOS, 10 MG	4	PA QL (60/30)
			VERZENIO	5	PA NDS QL (60/30)
			<i>sulfato de vinblastina</i>	4	B/D PA
			<i>vincasar pfs</i>	4	B/D PA



## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>sulfato de vincristina</i>	4	B/D PA
<i>tartrato de vinorelbina inyectable 50 mg/5 ml</i>	4	B/D PA
ZEJULA	5	PA NDS QL (90/30)
ZOLINZA	5	NDS QL (120/30)
<b>Inhibidores de la aromataasa, 3.<sup>ra</sup> Generación</b>		
<i>anastrozol</i>	2	QL (30/30)
<i>exemestano</i>	2	QL (60/30)
<i>letrozol</i>	2	QL (30/30)
<b>Inhibidores de enzimas</b>		
<i>etopósido inyectable</i>	3	B/D PA
<i>clorhidrato de irinotecán</i>	4	B/D PA
KYPROLIS	5	B/D PA NDS
<i>toposar</i>	3	B/D PA
<i>clorhidrato de topotecán inyectable, 4 mg</i>	5	NDS
<b>Inhibidores de dianas moleculares</b>		
AFINITOR DISPERZ, COMPRIMIDOS SOLUBLES, 2 MG, 3 MG	5	PA NDS QL (56/28)
AFINITOR DISPERZ, COMPRIMIDOS SOLUBLES, 5 MG	5	PA NDS QL (112/28)
AFINITOR, COMPRIMIDOS, 2.5 MG, 5 MG, 7.5 MG	5	PA NDS QL (28/28)
AFINITOR, COMPRIMIDOS, 10 MG	5	PA NDS QL (56/28)
ALECENSA	5	PA NDS QL (240/30)
ALIQOPA	5	PA NDS QL (3/28)
ALUNBRIG, COMPRIMIDOS, 180 MG, 90 MG	5	PA NDS QL (30/30)
ALUNBRIG, COMPRIMIDOS, 30 MG	5	PA NDS QL (180/30)
ALUNBRIG, COMPRIMIDOS EN PAQUETE	5	PA NDS QL (60/365)
BOSULIF, COMPRIMIDOS, 400 MG, 500 MG	5	PA NDS QL (30/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
BOSULIF, COMPRIMIDOS, 100 MG	5	PA NDS QL (120/30)
CABOMETYX, COMPRIMIDOS, 20 MG, 60 MG	5	PA NDS QL (30/30)
CABOMETYX, COMPRIMIDOS, 40 MG	5	PA NDS QL (60/30)
CALQUENCE	5	PA NDS QL (60/30)
CAPRELSA, COMPRIMIDOS, 300 MG	5	PA NDS QL (30/30)
CAPRELSA, COMPRIMIDOS, 100 MG	5	PA NDS QL (60/30)
COMETRIQ, KIT DE DOSIS DIARIA DE 100 MG	5	PA NDS QL (56/28)
COMETRIQ, KIT DE DOSIS DIARIA DE 60 MG	5	PA NDS QL (84/28)
COMETRIQ, KIT DE DOSIS DIARIA DE 140 MG	5	PA NDS QL (112/28)
COTELLIC	5	PA NDS QL (63/28)
ERIVEDGE	5	PA NDS QL (28/28)
FARYDAK	5	PA NDS QL (6/21)
GILOTRIF	5	PA NDS QL (30/30)
IBRANCE	5	PA NDS QL (21/28)
ICLUSIG, COMPRIMIDOS, 45 MG	5	PA NDS QL (30/30)
ICLUSIG, COMPRIMIDOS, 15 MG	5	PA NDS QL (60/30)
IDHIFA	5	PA NDS QL (30/30)
<i>mesilato de imatinib</i>	5	PA NDS QL (60/30)
IMBRUVICA, CÁPSULAS, 70 MG	5	PA NDS QL (30/30)
IMBRUVICA, CÁPSULAS, 140 MG	5	PA NDS QL (120/30)
IMBRUVICA, COMPRIMIDOS	5	PA NDS QL (30/30)
INLYTA	5	PA NDS QL (120/30)
IRESSA	5	PA NDS QL (30/30)
JAKAFI	5	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 6 podrá encontrar más información sobre los símbolos.

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
LENVIMA, DOSIS DIARIA DE 10 MG	5	PA NDS QL (30/30)
LENVIMA, DOSIS DIARIA DE 12 MG	5	PA NDS QL (90/30)
LENVIMA, DOSIS DIARIA DE 14 MG	5	PA NDS QL (60/30)
LENVIMA, DOSIS DIARIA DE 18 MG	5	PA NDS QL (90/30)
LENVIMA, DOSIS DIARIA DE 20 MG	5	PA NDS QL (60/30)
LENVIMA, DOSIS DIARIA DE 24 MG	5	PA NDS QL (90/30)
LENVIMA, DOSIS DIARIA DE 4 MG	5	PA NDS QL (30/30)
LENVIMA, DOSIS DIARIA DE 8 MG	5	PA NDS QL (60/30)
LYNPARZA, CÁPSULAS	5	PA NDS QL (448/28)
MEKINIST, COMPRIMIDOS, 2 MG	5	PA NDS QL (30/30)
MEKINIST, COMPRIMIDOS, 0.5 MG	5	PA NDS QL (90/30)
NEXAVAR	5	PA NDS QL (120/30)
SPRYCEL	5	PA NDS QL (30/30)
STIVARGA	5	PA NDS
SUTENT	5	PA NDS QL (28/28)
TAFINLAR	5	PA NDS QL (120/30)
TAGRISSO	5	PA NDS QL (30/30)
TARCEVA, COMPRIMIDOS, 100 MG, 150 MG	5	PA NDS QL (30/30)
TARCEVA, COMPRIMIDOS, 25 MG	5	PA NDS QL (60/30)
TASIGNA, CÁPSULAS, 150 MG, 200 MG	5	PA NDS QL (112/28)
TASIGNA, CÁPSULAS, 50 MG	5	PA NDS QL (420/30)
<i>temsirolimus</i>	5	B/D PA NDS QL (4/28)
TIBSOVO	5	PA NDS QL (60/30)
TYKERB	5	PA NDS QL (180/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
VOTRIENT	5	PA NDS QL (120/30)
XALKORI	5	PA NDS QL (60/30)
ZALTRAP	5	PA NDS QL (40/28)
ZELBORAF	5	PA NDS QL (240/30)
ZYDELIG	5	PA NDS QL (60/30)
ZYKADIA	5	PA NDS QL (140/28)

### Anticuerpos monoclonales/conjugados anticuerpo-medicamento

AVASTIN	5	PA NDS
BAVENCIO	5	PA NDS
BESPONSA	5	PA NDS
CYRAMZA	5	PA NDS
DARZALEX	5	PA NDS
EMPLICITI	5	PA NDS
ERBITUX	5	PA NDS
GAZYVA	5	PA NDS
HERCEPTIN INYECTABLE, 440 MG	5	PA NDS
HERCEPTIN INYECTABLE, 150 MG	5	B/D PA NDS
IMFINZI	5	PA NDS
KADCYLA	5	PA NDS
KEYTRUDA	5	PA NDS
MYLOTARG	5	PA NDS
OPDIVO	5	PA NDS QL (80/28)
PERJETA	5	PA NDS
POTELIGEO	5	PA NDS
RITUXAN	5	PA NDS
RITUXAN HYCELA	5	PA NDS
TECENTRIQ	5	PA NDS QL (20/21)
UNITUXIN	5	PA NDS
VECTIBIX	5	PA NDS
YERVOY INYECTABLE, 50 MG/10 ML	5	PA NDS
YERVOY INYECTABLE, 200 MG/40 ML	5	PA NDS QL (80/21)

### Retinoides

<i>bexaroteno</i>	5	NDS
-------------------	---	-----

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
PANRETIN	5	NDS
TARGRETIN GEL	5	NDS QL (60/30)
<i>tretinoína, cápsulas</i>	5	NDS
<b>Antiparasitarios</b>		
<b>Antihelmínticos</b>		
ALBENZA	5	NDS
BILTRICIDE	4	
<i>ivermectina</i>	3	
<i>praziquantel</i>	4	
<b>Antiprotozoarios</b>		
ALINIA, LIBERACIÓN SOSTENIDA	5	NDS QL (150/30)
ALINIA, COMPRIMIDOS	5	NDS QL (20/30)
<i>atovaquona</i>	4	
<i>atovaquona/clorhidrato de proguanil</i>	2	
<i>fosfato de cloroquina</i>	2	
COARTEM	4	QL (24/30)
DARAPRIM	5	NDS QL (90/30)
<i>sulfato de hidroxicloroquina</i>	2	
<i>clorhidrato de mefloquina</i>	2	
NEBUPENT	3	B/D PA QL (6/28)
PENTAM 300	3	
PRIMAQUINE PHOSPHATE	3	
<i>sulfato de quinina</i>	4	QL (42/7)
<b>Pediculicidas/escabicidas</b>		
<i>lindano</i>	3	
<i>malatión</i>	4	
<i>permetrina</i>	2	
<b>Agentes antiparkinsonianos</b>		
<b>Anticolinérgicos</b>		
<i>mesilato de benzotropina inyectable</i>	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>mesilato de benzotropina, comprimidos</i>	2	PA
<i>clorhidrato de trihexifenidilo</i>	2	PA
<b>Agentes antiparkinsonianos, otros</b>		
<i>clorhidrato de amantadina</i>	3	
<i>entacapona</i>	4	QL (240/30)
<i>tolcapona</i>	5	NDS
<b>Agonistas de la dopamina</b>		
APOKYN	5	PA NDS QL (60/30)
<i>mesilato de bromocriptina</i>	2	
NEUPRO	4	QL (30/30)
<i>diclorhidrato de pramipexol</i>	2	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>	4	QL (30/30)
<i>diclorhidrato de pramipexol, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 0.375 mg, 0.75 mg, 1.5 mg</i>	4	QL (90/30)
<i>clorhidrato de ropinirol</i>	2	
<b>Precursores de la dopamina/inhibidores de la descarboxilasa de L-aminoácidos</b>		
<i>carbidopa</i>	2	
<i>carbidopa/levodopa</i>	2	
<i>carbidopa/levodopa, liberación prolongada</i>	3	
<i>carbidopa/levodopa, comprimidos orodispersables</i>	2	
<i>carbidopa/levodopa/entacapona</i>	3	
RYTARY	4	ST
<b>Inhibidores de la monoaminoxidasa B (MAO-B)</b>		
<i>mesilato de rasagilina</i>	3	QL (30/30)
<i>clorhidrato de selegilina</i>	3	

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 6 podrá encontrar más información sobre los símbolos.

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<b>Antipsicóticos</b>		
<b>1.ª Generación/típicos</b>		
<i>clorhidrato de clorpromazina inyectable</i>	4	
<i>clorhidrato de clorpromazina, comprimidos</i>	2	
<i>decanoato de flufenazina</i>	4	
<i>clorhidrato de flufenazina concentrado</i>	4	
<i>clorhidrato de flufenazina, elixir</i>	4	
<i>clorhidrato de flufenazina inyectable</i>	4	
<i>clorhidrato de flufenazina, comprimidos</i>	2	
<i>haloperidol concentrado</i>	2	
<i>decanoato de haloperidol</i>	4	
<i>lactato de haloperidol</i>	4	
<i>haloperidol, comprimidos, 10 mg, 20 mg</i>	2	
<i>haloperidol, comprimidos, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	
<i>loxapina</i>	2	
<i>succinato de loxapina</i>	2	
<i>perfenazina</i>	4	
<i>pimozida</i>	3	
<i>edisilato de proclorperazina</i>	4	
<i>maleato de proclorperazina</i>	2	
<i>clorhidrato de tioridazina</i>	3	
<i>tiotixeno</i>	4	
<i>clorhidrato de trifluoperazina</i>	3	
<b>2.ª Generación/atípicos</b>		
ABILIFY MANTENA	5	NDS QL (1/28)
<i>aripiprazol, comprimidos orodispersables</i>	5	NDS QL (60/30)
<i>aripiprazol, solución oral</i>	3	QL (900/30)
<i>aripiprazol, comprimidos</i>	3	QL (30/30)
ARISTADA INITIO	5	NDS QL (4.8/365)
ARISTADA INYECTABLE, 441 MG/1.6 ML	5	NDS QL (1.6/28)
ARISTADA INYECTABLE, 662 MG/2.4 ML	5	NDS QL (2.4/28)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ARISTADA INYECTABLE, 882 MG/3.2 ML	5	NDS QL (3.2/28)
ARISTADA INYECTABLE, 1064 MG/3.9 ML	5	QL (3.9/56)
FANAPT, COMPRIMIDOS, 10 MG, 12 MG, 6 MG, 8 MG	5	NDS QL (60/30) ST
FANAPT, COMPRIMIDOS, 1 MG, 2 MG, 4 MG	4	QL (60/30) ST
FANAPT, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS	4	QL (16/365) ST
GEODON INYECTABLE	4	QL (6/30)
INVEGA SUSTENNA INYECTABLE, 39 MG/0.25 ML	4	QL (0.25/28)
INVEGA SUSTENNA INYECTABLE, 78 MG/0.5 ML	5	NDS QL (0.5/28)
INVEGA SUSTENNA INYECTABLE, 117 MG/0.75 ML	5	NDS QL (0.75/28)
INVEGA SUSTENNA INYECTABLE, 156 MG/ML	5	NDS QL (1/28)
INVEGA SUSTENNA INYECTABLE, 234 MG/1.5 ML	5	NDS QL (1.5/28)
INVEGA TRINZA INYECTABLE, 273 MG/0.875 ML	5	QL (0.88/90)
INVEGA TRINZA INYECTABLE, 410 MG/1.315 ML	5	QL (1.32/90)
INVEGA TRINZA INYECTABLE, 546 MG/1.75 ML	5	QL (1.75/90)
INVEGA TRINZA INYECTABLE, 819 MG/2.625 ML	5	QL (2.63/90)
LATUDA, COMPRIMIDOS, 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG	5	NDS QL (30/30)
LATUDA, COMPRIMIDOS, 80 MG	5	NDS QL (60/30)
NUPLAZID, CÁPSULAS	5	PA NDS QL (30/30)
NUPLAZID, COMPRIMIDOS, 10 MG	5	PA NDS QL (30/30)
NUPLAZID, COMPRIMIDOS, 17 MG	5	PA NDS QL (60/30)
<i>olanzapina inyectable</i>	4	QL (30/30)

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>olanzapina, comprimidos orodispersables</i>	3	QL (30/30)
<i>olanzapina, comprimidos</i>	2	QL (30/30)
<i>paliperidona, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 1.5 mg, 3 mg</i>	2	QL (30/30) ST
<i>paliperidona, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 6 mg</i>	2	QL (60/30) ST
<i>paliperidona, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 9 mg</i>	5	NDS QL (30/30) ST
<i>fumarato de quetiapina</i>	2	QL (60/30)
<i>fumarato de quetiapina, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 150 mg, 200 mg</i>	3	QL (30/30)
<i>fumarato de quetiapina, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	3	QL (60/30)
REXULTI	5	NDS QL (30/30)
RISPERDAL CONSTA INYECTABLE, 50 MG	5	NDS QL (2/28)
RISPERDAL CONSTA INYECTABLE, 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG	4	QL (2/28)
<i>risperidona m-tab</i>	3	QL (60/30)
<i>risperidona, comprimidos orodispersables, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	3	QL (60/30)
<i>risperidona, comprimidos orodispersables, 4 mg</i>	3	QL (120/30)
<i>risperidona, solución oral</i>	2	QL (240/30)
<i>risperidona, comprimidos, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	2	QL (60/30)
<i>risperidona, comprimidos, 4 mg</i>	2	QL (120/30)
SAPHRIS	4	QL (60/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
VRAYLAR, CÁPSULAS	5	NDS QL (30/30) ST
VRAYLAR CPPK	4	QL (14/365) ST
<i>clorhidrato de ziprasidona</i>	3	QL (60/30)
ZYPREXA RELPREVV INYECTABLE, 210 MG	4	QL (2/28)
ZYPREXA RELPREVV INYECTABLE, 405 MG	5	NDS QL (1/28)
ZYPREXA RELPREVV INYECTABLE, 300 MG	5	NDS QL (2/28)

### Resistentes a los tratamientos

<i>clozapina, comprimidos orodispersables, 12.5 mg, 25 mg</i>	4	
<i>clozapina, comprimidos orodispersables, 150 mg</i>	4	QL (180/30)
<i>clozapina, comprimidos orodispersables, 100 mg</i>	4	QL (270/30)
<i>clozapina, comprimidos orodispersables, 200 mg</i>	5	NDS QL (120/30)
<i>clozapina, comprimidos, 25 mg, 50 mg</i>	3	
<i>clozapina, comprimidos, 200 mg</i>	3	QL (120/30)
<i>clozapina, comprimidos, 100 mg</i>	3	QL (270/30)
VERSACLOZ	4	QL (540/30)

### Agentes antiespásticos

#### Agentes antiespásticos

<i>baclofen, comprimidos, 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>baclofen, comprimidos, 20 mg</i>	2	
<i>dantroleno sódico</i>	3	
<i>clorhidrato de tizanidina, cápsulas</i>	4	
<i>clorhidrato de tizanidina, comprimidos</i>	2	

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 6 podrá encontrar más información sobre los símbolos.

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<b>Antivíricos</b>		
<b>Agentes anti citomegalovirus (CMV)</b>		
<i>cidofovir</i>	5	NDS
<i>ganciclovir inyectable, 500 mg, 500 mg/10 ml</i>	3	B/D PA
<i>valganciclovir</i>	5	NDS
<i>clorhidrato de valganciclovir</i>	5	NDS
ZIRGAN	3	
<b>Agentes anti hepatitis B (HBV)</b>		
<i>adefovir dipivoxil</i>	5	NDS QL (30/30)
BARACLUDE, SOLUCIÓN ORAL	4	QL (630/30)
<i>entecavir</i>	4	QL (30/30)
EPIVIR HBV, SOLUCIÓN ORAL	3	
INTRON A INYECTABLE, 6000000 UNIDADES/ML	4	
INTRON A INYECTABLE, 10 MU, 10 MU/ML, 18 MU, 50 MU	5	NDS
<i>lamivudina, comprimidos, 100 mg</i>	3	
<b>Agentes anti hepatitis C (HCV), agentes de acción directa</b>		
EPCLUSA	5	PA NDS QL (28/28)
HARVONI	5	PA NDS QL (28/28)
VOSEVI	5	PA NDS QL (30/30)
<b>Agentes anti hepatitis C (HCV), otros</b>		
PEGASYS INYECTABLE, 180 MCG/0.5 ML	5	PA NDS QL (2/28)
PEGASYS INYECTABLE, 180 MCG/ML	5	PA NDS QL (4/28)
PEGASYS PROCLICK	5	PA NDS QL (2/28)
<i>ribavirina, cápsulas</i>	3	QL (168/28)
<i>ribavirina, comprimidos</i>	3	QL (168/28)
<b>Agentes anti VIH, inhibidores de la integrasa (INSTI)</b>		
BIKTARVY	5	NDS QL (30/30)
GENVOYA	5	NDS QL (30/30)
ISENTRESS, COMP. MASTICABLES, 100 MG	5	NDS QL (180/30)
ISENTRESS, COMP. MASTICABLES, 25 MG	3	QL (180/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ISENTRESS, DE DOSIS ALTA	5	NDS QL (60/30)
ISENTRESS, PAQUETE	5	NDS QL (180/30)
ISENTRESS, COMPRIMIDOS	5	NDS QL (60/30)
JULUCA	5	NDS QL (30/30)
TIVICAY, COMPRIMIDOS, 25 MG, 50 MG	5	NDS QL (60/30)
TIVICAY, COMPRIMIDOS, 10 MG	4	QL (60/30)
<b>Agentes anti VIH, inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa (NNRTI)</b>		
COMPLERA	5	NDS QL (30/30)
EDURANT	5	NDS QL (30/30)
<i>efavirenz, cápsulas, 200 mg</i>	3	QL (60/30)
<i>efavirenz, cápsulas, 50 mg</i>	3	QL (90/30)
<i>efavirenz, comprimidos</i>	5	NDS QL (30/30)
INTALENCE, COMPRIMIDOS, 100 MG, 200 MG	5	NDS QL (60/30)
INTELENCE, COMPRIMIDOS, 25 MG	4	QL (120/30)
<i>nevirapina, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 400 mg</i>	3	QL (30/30)
<i>nevirapina, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 100 mg</i>	3	QL (90/30)
<i>nevirapina, comprimidos</i>	3	QL (60/30)
ODEFSEY	5	NDS QL (30/30)
RESCRIPTOR, COMPRIMIDOS, 200 MG	4	QL (180/30)
RESCRIPTOR, COMPRIMIDOS, 100 MG	4	QL (270/30)
STRIBILD	5	NDS QL (30/30)
SYMFI	5	NDS QL (30/30)
SYMFI LO	5	NDS QL (30/30)
VIRAMUNE, SUSPENSIÓN	4	QL (1200/30)
<b>Agentes anti VIH, inhibidores nucleósidos y nucleótidos de la transcriptasa inversa (NRTI)</b>		
<i>abacavir, solución oral</i>	3	QL (960/30)
<i>sulfato de abacavir/lamivudina/zidovudina</i>	5	NDS QL (60/30)
<i>abacavir, comprimidos</i>	4	QL (60/30)
<i>abacavir/lamivudina</i>	5	NDS QL (30/30)

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
CIMDUO	5	NDS QL (30/30)
DESCOVY	5	NDS QL (30/30)
<i>didanosina</i>	4	QL (30/30)
EMTRIVA, CÁPSULAS	3	QL (30/30)
EMTRIVA, SOLUCIÓN ORAL	3	QL (680/28)
<i>lamivudina, solución oral</i>	3	QL (900/30)
<i>lamivudina, comprimidos, 300 mg</i>	3	QL (30/30)
<i>lamivudina, comprimidos, 150 mg</i>	3	QL (60/30)
<i>lamivudina/zidovudina</i>	4	QL (60/30)
RETROVIR, INFUSIÓN IV	4	
<i>estavudina</i>	3	QL (60/30)
<i>fumarato de disoproxilo de tenofovir</i>	5	NDS QL (30/30)
TRIUMEQ	5	NDS QL (30/30)
TRUVADA	5	NDS QL (30/30)
VIDEX, CÁPSULAS DE LIBERACIÓN RETARDADA CON RECUBRIMIENTO ENTÉRICO, 125 MG	4	
VIDEX PEDIÁTRICO	4	QL (1200/30)
VIREAD, POLVO	5	NDS QL (240/30)
VIREAD, COMPRIMIDOS, 150 MG, 200 MG, 250 MG	5	NDS QL (30/30)
ZERIT, SOLUCIÓN ORAL	4	QL (2400/30)
<i>zidovudina, cápsulas</i>	3	QL (180/30)
<i>zidovudina, jarabe</i>	3	QL (1680/28)
<i>zidovudina, comprimidos</i>	3	QL (60/30)
<b>Agentes anti VIH, otros</b>		
ATRIPLA	5	NDS QL (30/30)
FUZEON	5	NDS QL (60/30)
SELZENTRY, SOLUCIÓN ORAL	5	NDS QL (1610/26)
SELZENTRY, COMPRIMIDOS, 150 MG, 75 MG	5	NDS QL (60/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
SELZENTRY, COMPRIMIDOS, 300 MG	5	NDS QL (120/30)
SELZENTRY, COMPRIMIDOS, 25 MG	4	QL (240/30)
TROGARZO	5	B/D PA NDS
TYBOST	3	QL (30/30)
<b>Agentes anti VIH, inhibidores de la proteasa</b>		
APTIVUS, CÁPSULAS	5	NDS QL (120/30)
APTIVUS, SOLUCIÓN ORAL	5	NDS QL (285/28)
<i>atazanavir, cápsulas, 300 mg</i>	5	NDS QL (30/30)
<i>atazanavir, cápsulas, 200 mg</i>	5	NDS QL (60/30)
<i>sulfato de atazanavir, cápsulas, 300 mg</i>	5	NDS QL (30/30)
<i>sulfato de atazanavir, cápsulas, 200 mg</i>	5	NDS QL (60/30)
<i>sulfato de atazanavir, cápsulas, 150 mg</i>	4	QL (30/30)
CRIXIVAN, CÁPSULAS, 400 MG	4	QL (180/30)
CRIXIVAN, CÁPSULAS, 200 MG	4	QL (270/30)
EVOTAZ	5	NDS QL (30/30)
<i>fosamprenavir cálcico</i>	5	NDS QL (120/30)
INVIRASE, CÁPSULAS	5	NDS QL (300/30)
INVIRASE, COMPRIMIDOS	5	NDS QL (120/30)
KALETRA, COMPRIMIDOS, 200 MG; 50 MG	5	NDS QL (120/30)
KALETRA, COMPRIMIDOS, 100 MG; 25 MG	4	QL (300/30)
LEXIVA, SUSPENSIÓN	4	QL (1575/28)
<i>lopinavir/ritonavir</i>	4	QL (480/30)
NORVIR, CÁPSULAS	4	QL (360/30)
NORVIR, SOLUCIÓN ORAL	4	QL (480/30)
NORVIR, PAQUETE	4	QL (360/30)
NORVIR, COMPRIMIDOS	4	QL (360/30)
PREZCOBIX	5	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 6 podrá encontrar más información sobre los símbolos.

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
PREZISTA, SUSPENSIÓN	5	NDS QL (400/30)
PREZISTA, COMPRIMIDOS, 800 MG	5	NDS QL (30/30)
PREZISTA, COMPRIMIDOS, 600 MG	5	NDS QL (60/30)
PREZISTA, COMPRIMIDOS, 150 MG	4	QL (180/30)
PREZISTA, COMPRIMIDOS, 75 MG	3	QL (210/30)
REYATAZ, PAQUETE	5	NDS QL (180/30)
<i>ritonavir</i>	4	QL (360/30)
SYMTUZA	5	NDS QL (30/30)
VIRACEPT, COMPRIMIDOS, 625 MG	5	NDS QL (120/30)
VIRACEPT, COMPRIMIDOS, 250 MG	5	NDS QL (270/30)
<b>Agentes antigripales</b>		
<i>fosfato de oseltamivir</i>	3	
<i>clorhidrato de rimantadina</i>	2	
<b>Agentes antiherpéticos</b>		
<i>aciclovir, cápsulas</i>	2	
<i>aciclovir, pomada</i>	4	QL (30/30)
<i>aciclovir sódico</i>	4	B/D PA
<i>aciclovir, suspensión</i>	4	
<i>aciclovir, comprimidos</i>	2	
DENAVIR	5	NDS QL (5/30)
<i>famciclovir</i>	3	QL (60/30)
<i>trifluridina</i>	3	
<i>clorhidrato de valaciclovir, comprimidos, 1 g</i>	2	QL (30/30)
<i>clorhidrato de valaciclovir</i>	2	QL (30/30)
ZOVIRAX, CREMA	4	QL (5/30)
<b>Ansiolíticos</b>		
<b>Ansiolíticos, otros</b>		
<i>clorhidrato de buspirona, comprimidos, 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>clorhidrato de buspirona, comprimidos, 15 mg, 30 mg, 7.5 mg</i>	2	
<i>clorhidrato de doxepina</i>	3	PA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<b>Benzodiazepinas</b>		
<i>alprazolam, comprimidos orodispersables, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	3	QL (90/30)
<i>alprazolam, comprimidos orodispersables, 2 mg</i>	3	QL (150/30)
<i>alprazolam, comprimidos, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	2	QL (90/30)
<i>alprazolam, comprimidos, 2 mg</i>	2	QL (150/30)
<i>clorazepato dipotásico, 3.75 mg, 7.5 mg</i>	3	QL (90/30)
<i>clorazepato dipotásico, comprimidos, 15 mg</i>	3	QL (180/30)
<i>diazepam inyectable, 5 mg/ml</i>	2	
<i>diazepam, solución oral</i>	2	QL (1200/30)
<i>diazepam, comprimidos</i>	2	QL (120/30)
<i>lorazepam concentrado</i>	2	QL (150/30)
<i>lorazepam inyectable, 2 mg/ml, 4 mg/ml</i>	4	
<i>lorazepam, intensol</i>	2	QL (150/30)
<i>lorazepam, comprimidos, 0.5 mg, 1 mg</i>	2	QL (90/30)
<i>lorazepam, comprimidos, 2 mg</i>	2	QL (150/30)
<i>oxazepam</i>	2	QL (120/30)
<b>Agentes para el trastorno bipolar</b>		
<b>Estabilizadores del estado de ánimo</b>		
<i>carbonato de litio, cápsulas, 300 mg</i>	1	
<i>carbonato de litio, cápsulas, 150 mg, 600 mg</i>	2	
<i>carbonato de litio, liberación prolongada</i>	2	
<i>carbonato de litio, comprimidos</i>	2	
<b>Reguladores de la Glucosa en sangre</b>		
<b>Agentes antidiabéticos</b>		
<i>acarbosea</i>	6	QL (90/30)
BYDUREON	4	QL (4/28)
BYDUREON BCISE	4	QL (4/28)
BYDUREON, LAPICERA	4	QL (4/28)
CYCLOSET	4	QL (180/30)
FARXIGA	6	QL (30/30)



## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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	6	QL (30/30)
INVOKAMET	4	QL (60/30)
INVOKAMET, LIBERACIÓN PROLONGADA	4	QL (60/30)
INVOKANA	4	QL (30/30)
JANUMET	6	QL (60/30)
JANUMET, COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA X 24 H, 1000 MG; 100 MG, 500 MG; 50 MG	6	QL (30/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
JANUMET, COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA X 24 H, 1000 MG, 50 MG	6	QL (60/30)
JANUVIA	6	QL (30/30)
JARDIANCE	6	QL (30/30)
JENTADUETO	6	QL (60/30)
JENTADUETO, COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA X 24 H, 5 MG, 1000 MG	6	QL (30/30)
JENTADUETO, COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA X 24 H, 2.5 MG, 1000 MG	6	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>	6	QL (750/30)
<i>clorhidrato de metformina, comprimidos, 500 mg</i>	1	QL (150/30)
<i>miglitol</i>	6	QL (90/30)
<i>nateglinida</i>	1	QL (90/30)
OZEMPIC	6	QL (3/28)
<i>clorhidrato de pioglitazona</i>	1	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 6 podrá encontrar más información sobre los símbolos.

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>clorhidrato de pioglitazona/ clorhidrato de metformina</i>	1	QL (90/30)
<i>repaglinida, comprimidos, 0.5 mg, 1 mg</i>	1	QL (120/30)
<i>repaglinida, comprimidos, 2 mg</i>	1	QL (240/30)
RIOMET	6	QL (750/30)
SYMLINPEN 120	5	PA NDS QL (10.8/28)
SYMLINPEN 60	5	PA NDS QL (6/30)
SYNJARDY	6	QL (60/30)
SYNJARDY, COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA X 24 H, 10 MG; 1000 MG, 25 MG; 1000 MG	6	QL (30/30)
SYNJARDY, COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA X 24 H, 12.5 MG; 1000 MG, 5 MG; 1000 MG	6	QL (60/30)
TRADJENTA	6	QL (30/30)
TRULICITY	6	QL (2/28)
VICTOZA	6	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	6	QL (30/30)
XIGDUO, COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA X 24 H, 5 MG; 1000 MG	6	QL (60/30)
<b>Agentes Glucémicos</b>		
GLUCAGEN HYPOKIT	3	QL (4/30)
GLUCAGON, KIT DE EMERGENCIA	3	QL (4/30)
PROGLYCEM	4	
<b>Insulinas</b>		
HUMALOG	6	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	6	
HUMALOG KWIKPEN	6	
HUMALOG MIX 50/50	6	
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	6	
HUMALOG MIX 75/25	6	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	6	
HUMULIN 70/30	6	
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	6	
HUMULIN N	6	
HUMULIN N KWIKPEN	6	
HUMULIN R	6	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRADO)	6	
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	6	
LANTUS	3	
LANTUS SOLOSTAR	3	
LEVEMIR	3	
LEVEMIR FLEXTOUCH	3	
SOLIQUA 100/33	3	QL (18/30) ST
TOUJEO MAX SOLOSTAR	3	
TOUJEO SOLOSTAR	3	
TRESIBA FLEXTOUCH	3	
XULTOPHY 100/3.6	3	QL (15/30) ST
<b>Derivados hematológicos/modificadores/aumentadores de volumen</b>		
<b>Anticoagulantes</b>		
COUMADIN	4	
ELIQUIS, PAQUETE INICIAL	4	QL (74/30)
ELIQUIS, COMPRIMIDOS, 2.5 MG	4	QL (60/30)
ELIQUIS, COMPRIMIDOS, 5 MG	4	QL (74/30)
<i>enoxaparina sódica inyectable, 30 mg/0.3 ml</i>	4	QL (9/90)
<i>enoxaparina sódica inyectable, 40 mg/0.4 ml</i>	4	QL (12/90)
<i>enoxaparina sódica inyectable, 60 mg/0.6 ml</i>	4	QL (18/90)
<i>enoxaparina sódica inyectable, 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml</i>	4	QL (24/90)
<i>enoxaparina sódica inyectable, 100 mg/ml, 150 mg/ml, 300 mg/3 ml</i>	4	QL (30/90)
<i>fondaparinux sódico inyectable, 2.5 mg/0.5 ml</i>	4	QL (15/90)

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>fondaparinux sódico inyectable, 5 mg/0.4 ml</i>	5	NDS QL (12/90)
<i>fondaparinux sódico inyectable, 7.5 mg/0.6 ml</i>	5	NDS QL (18/90)
<i>fondaparinux sódico inyectable, 10 mg/0.8 ml</i>	5	NDS QL (24/90)
<i>heparina sódica inyectable, 10000 unidades/ml, 1000 unidades/ml, 20000 unidades/ml, 5000 unidades/ml</i>	3	
<i>heparina sódica inyectable, 5000 unidades/0.5 ml</i>	4	
<i>heparina sódica/d5w</i>	4	
<i>heparina sódica/dextrosa</i>	4	
<i>heparina sódica/nacl al 0.45%, inyectable, 50 unidades/ml; 0.45%</i>	4	
<i>heparina sódica/nacl al 0.9%</i>	4	
<i>heparina sódica/cloruro de sodio al 0.9%</i>	4	
<i>heparina sódica/cloruro de sodio, premezcla al 0.9%</i>	4	
<i>jantoven</i>	1	
PRADAXA	4	QL (60/30)
<i>warfarina sódica</i>	1	
XARELTO, PAQUETE INICIAL	3	QL (102/365)
XARELTO, COMPRIMIDOS, 10 MG, 20 MG	3	QL (30/30)
XARELTO, COMPRIMIDOS, 15 MG	3	QL (60/30)
<b>Modificadores de la formación de la sangre</b>		
<i>clorhidrato de anagrelida</i>	2	
ARANESP SIN ALBÚMINA INYECTABLE, 600 MCG/0.3 ML	4	PA QL (1.2/28)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ARANESP SIN ALBÚMINA INYECTABLE, 10 MCG/0.4 ML, 40 MCG/0.4 ML	4	PA QL (1.6/28)
ARANESP SIN ALBÚMINA INYECTABLE, 25 MCG/0.42 ML	4	PA QL (1.68/28)
ARANESP SIN ALBÚMINA INYECTABLE, 25 MCG/ML, 40 MCG/ML	4	PA QL (4/28)
ARANESP SIN ALBÚMINA INYECTABLE, 500 MCG/ML	5	PA NDS QL (1/21)
ARANESP SIN ALBÚMINA INYECTABLE, 150 MCG/0.3 ML	5	PA NDS QL (1.2/28)
ARANESP SIN ALBÚMINA INYECTABLE, 200 MCG/0.4 ML	5	PA NDS QL (1.6/28)
ARANESP SIN ALBÚMINA INYECTABLE, 100 MCG/0.5 ML	5	PA NDS QL (2/28)
ARANESP SIN ALBÚMINA INYECTABLE, 300 MCG/0.6 ML	5	PA NDS QL (2.4/28)
ARANESP SIN ALBÚMINA INYECTABLE, 100 MCG/ML, 200 MCG/ML, 300 MCG/ML, 60 MCG/ML	5	PA NDS QL (4/28)
LEUKINE INYECTABLE 250 MCG	5	PA NDS
MOZOBIL	5	NDS QL (9.6/30)
PROCRIT INYECTABLE, 40000 UNIDADES/ML	5	PA NDS QL (6/28)
PROCRIT INYECTABLE, 20000 UNIDADES/ML	5	PA NDS QL (12/28)
PROCRIT INYECTABLE, 10000 UNIDADES/ML, 2000 UNIDADES/ML, 3000 UNIDADES/ML, 4000 UNIDADES/ML	4	PA QL (12/28)
PROMACTA	5	PA 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 6 podrá encontrar más información sobre los símbolos.

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ZARXIO	5	PA NDS
<b>Agentes hemostáticos</b>		
RETACRIT INYECTABLE, 10000 UNIDADES/ML, 2000 UNIDADES/ML, 3000 UNIDADES/ML, 4000 UNIDADES/ML	4	PA QL (12/28)
RETACRIT INYECTABLE, 40000 UNIDADES/ML	5	PA NDS QL (6/28)
ácido tranexámico inyectable	2	
ácido tranexámico, comprimidos	3	QL (30/28)
<b>Agentes modificadores de plaquetas</b>		
aspirina/dipiridamol	4	QL (60/30)
BRILINTA	3	QL (60/30)
cilostazol	2	
clopidogrel, comprimidos, 300 mg	2	QL (2/365)
clopidogrel, comprimidos, 75 mg	2	QL (30/30)
prasugrel	4	QL (30/30)
<b>Agentes cardiovasculares</b>		
<b>Agonistas adrenérgicos alfa</b>		
clorhidrato de clonidina, parche semanal, 0.1 mg/24 h, 0.2 mg/24 h	2	QL (4/28)
clorhidrato de clonidina, parche semanal, 0.3 mg/24 h	2	QL (8/28)
clorhidrato de clonidina, comprimidos, 0.3 mg	2	
clorhidrato de clonidina, comprimidos, 0.1 mg, 0.2 mg	1	
clorhidrato de midodrina	2	
<b>Agentes bloqueadores adrenérgicos alfa</b>		
mesilato de doxazosina, comprimidos, 1 mg, 2 mg, 4 mg	2	QL (30/30)
mesilato de doxazosina, comprimidos, 8 mg	2	QL (60/30)
clorhidrato de fenoxibenzamina	5	NDS
clorhidrato de prazosina	2	
clorhidrato de terazosina, cápsulas, 1 mg, 2 mg, 5 mg	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
clorhidrato de terazosina, cápsulas, 10 mg	1	QL (60/30)
<b>Antagonistas de los receptores de angiotensina II</b>		
candesartán cilexetilo	1	QL (30/30)
candesartán cilexetilo/hidroclorotiazida	1	QL (30/30)
EDARBI	4	QL (30/30) ST
EDARBYCLOR	4	ST
ENTRESTO	3	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)
<b>Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ACE)</b>		
clorhidrato de benazepril	1	QL (60/30)
clorhidrato de benazepril/hidroclorotiazida, comprimidos, 10 mg; 12.5 mg, 20 mg; 25 mg, 5 mg; 6.25 mg	1	QL (30/30)
clorhidrato de benazepril/hidroclorotiazida, comprimidos, 20 mg; 12.5 mg	1	QL (60/30)
maleato de enalapril	1	QL (60/30)
maleato de enalapril/hidroclorotiazida	1	

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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)
<b>Antiarrítmicos</b>		
<i>clorhidrato de amiodarona inyectable, 50 mg/ml, 900 mg/18 ml</i>	4	
<i>clorhidrato de amiodarona, comprimidos</i>	2	
<i>clorhidrato de amiodarona inyectable</i>	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>dofetilide</i>	3	QL (60/30)
<i>acetato de flecainida</i>	2	
<i>clorhidrato de lidocaína inyectable</i>	4	
<i>clorhidrato de mexiletina</i>	2	
MULTAQ	3	QL (60/30)
<i>paceron</i>	2	
<i>clorhidrato de propafenona</i>	2	
<i>clorhidrato de propafenona, cápsulas de liberación prolongada x 12 h, 225 mg, 325 mg</i>	4	
<i>clorhidrato de propafenona, cápsulas de liberación prolongada x 12 h, 425 mg</i>	4	
<i>sulfato de quinidina</i>	2	
<i>sorina</i>	2	
<i>clorhidrato de sotalol</i>	2	
<i>clorhidrato de sotalol (af)</i>	2	
<i>clorhidrato de sotalol af</i>	2	
<i>clorhidrato de sotalol (af), comprimidos, 80 mg</i>	2	
<i>clorhidrato de sotalol af, comprimidos, 160 mg</i>	2	
<i>clorhidrato de sotalol, comprimidos, 120 mg</i>	2	
<b>Agentes bloqueadores adrenérgicos beta</b>		
<i>clorhidrato de acebutolol</i>	2	
<i>atenolol</i>	1	
<i>atenolol/clortalidona</i>	1	
<i>clorhidrato de betaxolol, comprimidos</i>	2	
<i>fumarato de bisoprolol</i>	2	
<i>fumarato de bisoprolol/hidroclorotiazida</i>	1	
BYSTOLIC, COMPRIMIDOS, 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	3	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 6 podrá encontrar más información sobre los símbolos.

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
BYSTOLIC, COMPRIMIDOS, 20 MG	3	QL (60/30)
<i>carvedilol</i>	1	
<i>fosfato de carvedilol</i>	3	QL (30/30)
<i>clorhidrato de labetalol inyectable</i>	4	
<i>clorhidrato de labetalol, comprimidos</i>	2	
<i>succinato de metoprolol, liberación prolongada</i>	1	QL (60/30)
<i>tartrato de metoprolol inyectable</i>	4	
<i>tartrato de metoprolol, comprimidos</i>	1	
<i>metoprolol/hidroclorotiazida</i>	2	
<i>nadolol</i>	3	
<i>nadolol/bendroflumetiazida</i>	3	
<i>pindolol</i>	1	
<i>clorhidrato de propranol, liberación prolongada</i>	3	
<i>clorhidrato de propranolol inyectable</i>	4	
<i>clorhidrato de propranolol, solución oral</i>	2	
<i>clorhidrato de propranolol, comprimidos</i>	1	
<i>clorhidrato de propranolol, comprimidos, 60 mg</i>	1	
<i>propranolol/hidroclorotiazida</i>	2	
<i>maleato de timolol, comprimidos</i>	4	
<b>Agentes bloqueadores de los canales de calcio</b>		
<i>afeditab, liberación controlada</i>	2	QL (60/30)
<i>besilato de amlodipina, comprimidos, 10 mg</i>	1	QL (30/30)
<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)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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>	2	
<i>dilt-xr</i>	2	
<i>diltiazem, cápsulas de administración controlada x 24 h, 180 mg</i>	2	
<i>clorhidrato de diltiazem, cápsulas de liberación prolongada x 12 h</i>	2	
<i>clorhidrato de diltiazem, cápsulas de liberación prolongada x 24 h, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 420 mg</i>	2	
<i>clorhidrato de diltiazem, comprimidos de liberación prolongada x 24 h</i>	2	
<i>clorhidrato de diltiazem inyectable</i>	4	
<i>clorhidrato de diltiazem, comprimidos</i>	2	
<i>felodipina, liberación prolongada</i>	2	QL (60/30)
<i>isradipina</i>	3	
<i>matzim la</i>	2	
<i>clorhidrato de nicardipina, cápsulas</i>	2	
<i>clorhidrato de nicardipina inyectable</i>	4	
<i>nifedipina, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 90 mg</i>	2	QL (30/30)
<i>nifedipina, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 30 mg, 60 mg</i>	2	QL (60/30)
<i>nimodipina</i>	4	

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>nisoldipina, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	2	
<i>nisoldipina, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 17 mg, 25.5 mg, 34 mg, 8.5 mg</i>	2	QL (30/30)
<i>taztia, cápsulas de liberación prolongada x 24 h, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	2	
<i>clorhidrato de verapamilo, cápsulas de liberación prolongada x 24 h, 100 mg, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	2	QL (30/30)
<i>clorhidrato de verapamilo, cápsulas de liberación prolongada x 24 h, 200 mg</i>	2	QL (60/30)
<i>clorhidrato de verapamilo, comprimidos de liberación prolongada y controlada</i>	2	
<i>clorhidrato de verapamilo inyectable</i>	4	
VERAPAMIL HCL, CÁPSULAS DE LIBERACIÓN SOSTENIDA X 24 H, 360 MG	3	QL (30/30)
<i>clorhidrato de verapamilo, comprimidos</i>	1	
<b>Agentes cardiovasculares, otros</b>		
<i>sulfato de atropina inyectable, 0.5 mg/5 ml</i>	4	
CORLANOR	4	PA QL (60/30)
DEMSEER	5	NDS
<i>digitek, comprimidos, 0.125 mg</i>	2	QL (30/30)
<i>digitek, comprimidos, 0.25 mg</i>	2	PA
<i>digox, comprimidos, 125 mcg</i>	2	QL (30/30)
<i>digox, comprimidos, 250 mcg</i>	2	PA
<i>digoxina inyectable</i>	4	PA
<i>digoxina, comprimidos, 125 mcg</i>	2	QL (30/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>digoxina, comprimidos, 250 mcg</i>	2	PA
NORTHERA, CÁPSULAS, 100 MG	5	PA NDS QL (90/30)
NORTHERA, CÁPSULAS, 200 MG, 300 MG	5	PA NDS QL (180/30)
<i>pentoxifilina, liberación prolongada</i>	2	
RANEXA	3	QL (60/30)
TEKTURNA	3	QL (30/30)
TEKTURNA HCT	3	QL (30/30)
<b>Diuréticos, inhibidores de la anhidrasa carbónica</b>		
<i>acetazolamida</i>	3	
<i>acetazolamida sódica</i>	4	
<i>metazolamida</i>	4	
<b>Diuréticos, de asa</b>		
<i>bumetanida inyectable</i>	4	
<i>bumetanida, comprimidos, 0.5 mg, 1 mg</i>	1	
<i>bumetanida, comprimidos, 2 mg</i>	2	
<i>etacrinato sódico</i>	4	
<i>furosemida inyectable</i>	2	
<i>furosemida, solución oral</i>	2	
<i>furosemida, comprimidos</i>	1	
<i>torsemida</i>	2	
<b>Diuréticos, ahorradores de potasio</b>		
<i>clorhidrato de amilorida</i>	2	
<i>amilorida/hidroclorotiazida</i>	1	
<i>espironolactona</i>	1	
<i>espironolactona/hidroclorotiazida</i>	2	
<i>triamtereno/hidroclorotiazida</i>	1	
<b>Diuréticos, tiazida</b>		
<i>clorotiazida</i>	2	
<i>clorotiazida sódica</i>	4	

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 6 podrá encontrar más información sobre los símbolos.

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>clortalidona</i>	2	
<i>hidroclorotiazida</i>	1	
<i>indapamida</i>	1	
METILCLOTIAZIDA	3	
<i>metolazona</i>	2	
<b>Dislipidémicos, derivados del ácido fibrico</b>		
<i>fenofibrato, cápsulas, 130 mg, 150 mg</i>	4	QL (30/30)
<i>fenofibrato, cápsulas, 43 mg, 50 mg</i>	4	QL (60/30)
<i>fenofibrato, cápsulas, 134 mg, 200 mg</i>	3	QL (30/30)
<i>fenofibrato, cápsulas, 67 mg</i>	3	QL (60/30)
<i>fenofibrato micronizado, cápsulas, 134 mg, 200 mg</i>	3	QL (30/30)
<i>fenofibrato micronizado, cápsulas, 67 mg</i>	3	QL (60/30)
<i>fenofibrato, comprimidos, 145 mg</i>	4	QL (30/30)
<i>fenofibrato, comprimidos, 48 mg</i>	4	QL (60/30)
<i>fenofibrato, comprimidos, 160 mg</i>	2	QL (30/30)
<i>fenofibrato, comprimidos, 54 mg</i>	2	QL (60/30)
<i>ácido fenofibrico, cápsulas de liberación retardada, 135 mg</i>	4	QL (30/30)
<i>ácido fenofibrico, cápsulas de liberación retardada, 45 mg</i>	4	QL (60/30)
<i>gemfibrozil</i>	2	QL (60/30)
<b>Dislipidémicos, inhibidores de la HMG CoA reductasa</b>		
<i>atorvastatina cálcica</i>	1	QL (30/30)
CRESTOR	4	QL (30/30) ST
LIVALO	3	QL (30/30) ST
<i>lovastatina, comprimidos, 10 mg, 20 mg</i>	1	QL (30/30)
<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)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<b>Dislipidémicos, otros</b>		
<i>colestiramina</i>	2	
<i>colestiramina suave</i>	2	
<i>clorhidrato de colestipol</i>	3	
<i>ezetimiba</i>	2	QL (30/30)
<i>ezetimiba/simvastatina</i>	4	QL (30/30)
<i>niacina, comprimidos de liberación controlada y prolongada, 500 mg</i>	2	QL (30/30)
<i>niacina, comprimidos de liberación controlada y prolongada, 1000 mg, 750 mg</i>	2	QL (60/30)
<i>niacor</i>	2	
<i>ésteres etílicos de los ácidos omega 3</i>	4	QL (120/30)
PRALUENT	5	PA NDS
<i>prevalite</i>	2	
REPATHA	5	PA NDS
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	5	PA NDS
REPATHA SURECLICK	5	PA NDS
VASCEPA, CÁPSULAS, 1 GM	4	QL (120/30)
VASCEPA, CÁPSULAS, 0.5 G	4	QL (240/30)
WELCHOL	4	
<b>Vasodilatadores arteriales de acción directa</b>		
<i>clorhidrato de hidralazina inyectable</i>	4	
<i>clorhidrato de hidralazina, comprimidos</i>	2	
<i>minoxidil</i>	2	
<b>Vasodilatadores arteriales/venosos de acción directa</b>		
BIDIL	3	QL (180/30)
<i>dinitrato de isosorbida, liberación prolongada</i>	2	
<i>dinitrato de isosorbida, comprimidos</i>	3	
<i>mononitrato de isosorbida</i>	2	
<i>mononitrato de isosorbida, liberación prolongada</i>	2	
<i>minitran</i>	2	QL (30/30)
<i>nitroglicerina inyectable</i>	4	
<i>nitroglicerina lingual</i>	4	



## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>nitroglicerina sublingual</i>	2	
<i>nitroglicerina transdérmica</i>	2	QL (30/30)
<b>Agentes para el sistema nervioso central</b>		
<b>Agentes para el trastorno de déficit de atención e hiperactividad, anfetaminas</b>		
<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>	4	QL (30/30)
<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>	4	QL (60/30)
<i>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; 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</i>	3	QL (60/30)
<i>anfetamina/dextroanfetamina, comprimidos, 5 mg; 5 mg; 5 mg; 5 mg</i>	3	QL (90/30)
<i>sulfato de dextroanfetamina, cápsulas de liberación prolongada x 24 h, 5 mg</i>	4	QL (60/30)
<i>sulfato de dextroanfetamina, cápsulas de liberación prolongada x 24 h, 10 mg</i>	4	QL (90/30)
<i>sulfato de dextroanfetamina, cápsulas de liberación prolongada x 24 h, 15 mg</i>	4	QL (120/30)
<i>sulfato de dextroanfetamina, solución oral</i>	4	QL (1800/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>sulfato de dextroanfetamina, comprimidos, 5 mg</i>	4	QL (60/30)
<i>sulfato de dextroanfetamina, comprimidos, 10 mg</i>	4	QL (180/30)
<b>Agentes para el trastorno de déficit de atención e hiperactividad, no anfetaminas</b>		
<i>atomoxetina, cápsulas, 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	4	QL (30/30)
<i>atomoxetina, cápsulas, 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i>	4	QL (60/30)
<i>clorhidrato de clonidina, liberación prolongada</i>	4	QL (120/30)
<i>clorhidrato de dexmetilfenidato</i>	2	QL (60/30)
<i>metadato, liberación prolongada</i>	3	QL (90/30)
<i>clorhidrato de metilfenidato, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 27 mg, 54 mg</i>	3	QL (30/30)
<i>clorhidrato de metilfenidato, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 36 mg</i>	3	QL (60/30)
<i>clorhidrato de metilfenidato, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 18 mg</i>	3	QL (120/30)
<i>clorhidrato de metilfenidato, comprimidos de liberación controlada y prolongada, 10 mg, 27 mg, 54 mg</i>	3	QL (30/30)
<i>clorhidrato de metilfenidato, comprimidos de liberación controlada y prolongada, 36 mg</i>	3	QL (60/30)
<i>clorhidrato de metilfenidato, comprimidos de liberación controlada y prolongada, 20 mg</i>	3	QL (90/30)
<i>clorhidrato de metilfenidato, comprimidos de liberación controlada y prolongada, 18 mg</i>	3	QL (120/30)
<i>clorhidrato de metilfenidato, comprimidos</i>	3	QL (90/30)

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 6 podrá encontrar más información sobre los símbolos.

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<b>Sistema nervioso central, otros</b>		
HETLIOZ	5	PA NDS QL (30/30)
LYRICA, COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN CONTROLADA X 24 H, 330 MG	3	QL (60/30)
LYRICA, COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN CONTROLADA X 24 H, 165 MG, 82.5 MG	3	QL (90/30)
NAMZARIC C4PK	3	PA QL (56/365)
NAMZARIC CP24	3	PA QL (30/30)
NUDEXTA	4	PA QL (60/30)
<i>riluzol</i>	4	
<i>tetrabenazina, comprimidos, 12.5 mg</i>	5	PA NDS QL (90/30)
<i>tetrabenazina, comprimidos, 25 mg</i>	5	PA NDS QL (120/30)
<b>Agentes para la esclerosis múltiples</b>		
AMPYRA	5	PA NDS QL (60/30)
AVONEX	5	PA NDS QL (4/28)
AVONEX PEN	5	PA NDS QL (4/28)
BETASERON	5	PA NDS QL (14/28)
COPAXONE INYECTABLE, 40 MG/ML	5	PA NDS QL (12/28)
COPAXONE INYECTABLE, 20 MG/ML	5	PA NDS QL (30/30)
GILENYA	5	PA NDS QL (30/30)
REBIF	5	PA NDS QL (6/28)
REBIF REBIDOSE	5	PA NDS QL (6/28)
REBIF REBIDOSE, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS	5	PA NDS QL (4.2/28)
REBIF, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS	5	PA NDS QL (4.2/28)
TECFIDERA, CÁPSULAS DE LIBERACIÓN RETARDADA, 120 MG	5	PA NDS QL (14/30)
TECFIDERA, CÁPSULAS DE LIBERACIÓN RETARDADA, 240 MG	5	PA NDS QL (60/30)
TECFIDERA, PAQUETE INICIAL	5	PA NDS QL (120/365)
TYSABRI	5	PA NDS QL (15/28)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<b>Agentes dentales y bucales</b>		
<b>Agentes dentales y bucales</b>		
<i>gluconato de clorhexidina, solución para boca/garganta</i>	1	
<i>oralone, pasta dental</i>	3	
<i>paroex</i>	1	
<i>periogard</i>	1	
<i>clorhidrato de pilocarpina</i>	3	
<i>clorhidrato de pilocarpina</i>	3	
<i>triamcinolona acetonida, pasta dental</i>	3	
<b>Agentes dermatológicos</b>		
<b>Agentes dermatológicos</b>		
<i>acitretina</i>	4	PA
<i>lactato de amonio</i>	2	
<i>amnestem</i>	4	
<i>avita, crema</i>	4	PA QL (45/30)
<i>avita, gel</i>	4	PA
<i>calcipotrieno, crema</i>	4	QL (120/30)
<i>calcipotrieno, solución externa</i>	4	QL (60/30)
<i>calcipotrieno, pomada</i>	4	QL (120/30)
<i>calcitreno</i>	4	QL (120/30)
<i>calcitriol, pomada</i>	3	QL (800/30)
<i>claravis</i>	4	
CURITY, GASAS 2" X 2"	6	
<i>diclofenac sódico, gel al 1%</i>	3	QL (1000/30)
<i>diclofenac sódico, solución transdérmica</i>	4	QL (1050/30)
ELIDEL	4	QL (100/90)
<i>eritromicina/peróxido de benzoilo</i>	4	
<i>fluorouracilo, crema al 0.5%</i>	5	NDS
<i>fluorouracilo, crema al 5%</i>	3	
<i>fluorouracilo, solución externa</i>	2	
<i>imiquimod</i>	3	QL (12/30)
<i>imiquimod, bomba</i>	5	NDS QL (56/30)
<i>isotretinoína</i>	4	
<i>methoxsalen</i>	4	
<i>myorisan</i>	4	

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
PICATO, GEL AL 0.05%	4	QL (2/56)
PICATO, GEL AL 0.015%	4	QL (3/56)
<i>podofilox</i>	2	
RECTIV	4	QL (30/30)
REGRANEX	5	PA NDS QL (15/30)
SANTYL	3	
<i>sulfuro de selenio, loción</i>	2	
<i>tacrolimus, pomada</i>	3	QL (100/90)
<i>tazaroteno</i>	4	
TAZORAC, CREMA	4	
TAZORAC, GEL	4	QL (100/30)
TOLAK	4	
<i>tretinoína, crema</i>	4	PA QL (45/30)
<i>tretinoína, gel al 0.025%</i>	4	PA
<i>tretinoína, gel al 0.05%</i>	4	PA QL (45/30)
<i>tretinoína, gel al 0.01%</i>	3	PA QL (45/30)
<i>tretinoína, microesferas</i>	4	PA
<i>tretinoína, microesferas, dosificador, gel al 0.1%</i>	4	PA
<i>zenatano</i>	4	
ZYCLARA	5	NDS QL (56/30)
ZYCLARA PUMP, CREMA AL 2.5%	5	NDS QL (15/30)
ZYCLARA PUMP, CREMA AL 3.75%	5	NDS QL (56/30)

### Electrolitos/minerales/metales/vitaminas

#### Reemplazo de electrolitos/minerales

AMINOSYN	4	B/D PA
AMINOSYN AL 7%/ ELECTROLITOS	4	B/D PA
AMINOSYN AL 8.5%/ ELECTROLITOS	4	B/D PA
AMINOSYN II	4	B/D PA
AMINOSYN II AL 8.5%/ ELECTROLITOS	4	B/D PA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
AMINOSYN M	4	B/D PA
AMINOSYN-HBC	4	B/D PA
AMINOSYN-PF	4	B/D PA
AMINOSYN-PF AL 7%	4	B/D PA
AMINOSYN-RF	4	B/D PA
CARBAGLU	5	PA NDS
CLINIMIX AL 2.75%/ DEXTROSA AL 5%	4	B/D PA
CLINIMIX AL 4.25%/ DEXTROSA AL 10%	4	B/D PA
CLINIMIX AL 4.25%/ DEXTROSA AL 20%	4	B/D PA
CLINIMIX AL 4.25%/ DEXTROSA AL 25%	4	B/D PA
CLINIMIX AL 4.25%/ DEXTROSA AL 5%	4	B/D PA
CLINIMIX AL 5%/DEXTROSA AL 15%	4	B/D PA
CLINIMIX AL 5%/DEXTROSA AL 20%	4	B/D PA
CLINIMIX AL 5%/DEXTROSA AL 25%	4	B/D PA
CLINIMIX E AL 2.75%/ DEXTROSA AL 10%	4	B/D PA
CLINIMIX E AL 4.25%/ DEXTROSA AL 10%	4	B/D PA
CLINIMIX E AL 4.25%/ DEXTROSA AL 25%	4	B/D PA
CLINIMIX E AL 5%/DEXTROSA AL 25%	4	B/D PA
CLINIMIX N9G15E	4	B/D PA
CLINISOL SF 15%	4	B/D PA
<i>dextrosa al 10%/nacl 0.45%</i>	4	B/D PA
<i>dextrosa al 5% /electrolito n.o 48, viaflex</i>	4	B/D PA
DEXTROSA AL 10%	4	B/D PA
<i>dextrosa al 10%/nacl al 0.2%</i>	4	B/D PA

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 6 podrá encontrar más información sobre los símbolos.

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>dextrosa al 2.5%/nacl al 0.45%</i>	4	B/D PA
DEXTROSE AL 20%	4	B/D PA
DEXTROSE AL 25%	4	B/D PA
DEXTROSE AL 30%	4	B/D PA
DEXTROSE AL 40%	4	B/D PA
DEXTROSE AL 5%	4	
<i>dextrosa al 5%/solución de lactato sódico compuesta</i>	4	B/D PA
<i>dextrosa al 5%/nacl al 0.2%</i>	4	
<i>dextrosa al 5%/nacl al 0.225%</i>	4	
DEXTROSE AL 5%/NACL AL 0.3%	4	
<i>dextrosa al 5%/nacl al 0.33%</i>	4	
<i>dextrosa al 5%/nacl al 0.45%</i>	4	
<i>dextrosa al 5%/nacl al 0.9%</i>	4	
DEXTROSE AL 50%	4	B/D PA
DEXTROSE AL 70%	4	
<i>fluoride</i>	1	
<i>floritab, comprimidos masticables, 0.5 mg, 1 mg</i>	1	
FREAMINE HBC 6.9%	4	B/D PA
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	4	B/D PA
HEPATAMINE	4	B/D PA
KABIVEN	4	B/D PA
KCL AL 0.075%/D5W/NACL AL 0.45%	4	B/D PA
KCL AL 0.15%/D5W/NACL AL 0.2%	4	B/D PA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
KCL AL 0.15%/D5W/NACL AL 0.225%	4	B/D PA
KCL AL 0.15%/D5W/NACL AL 0.45%	4	B/D PA
KCL AL 0.15%/D5W/NACL AL 0.9%	4	B/D PA
KCL AL 0.3%/D5W/NACL AL 0.45%	4	B/D PA
KCL AL 0.3%/D5W/NACL AL 0.9%	4	B/D PA
<i>klor-con</i>	2	
KLOR-CON 10	3	
KLOR-CON 8	3	
<i>klor-con m10</i>	1	
<i>klor-con m20</i>	1	
<i>klor-con sprinkle</i>	2	
LACTATED RINGERS INYECTABLE, 3 MEQ/L; 109 MEQ/L; 28 MEQ/L; 4 MEQ/L; 130 MEQ/L	4	B/D PA
LACTATED RINGERS, VIAFLEX	4	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	4	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>	4	B/D PA
NEPHRAMINE	4	B/D PA
NORMOSOL -R	4	B/D PA
NORMOSOL-M EN D5W	4	B/D PA
NORMOSOL-R	4	B/D PA
NORMOSOL-R EN D5W	4	B/D PA
PERIKABIVEN	4	B/D PA
PLENAMINE	4	B/D PA
<i>cloruro de potasio, liberación controlada</i>	1	
<i>cloruro de potasio, cápsulas de liberación prolongada y controlada</i>	2	

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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>	4	B/D PA
<i>cloruro de potasio, solución oral</i>	3	
<i>cloruro de potasio, liberación sostenida</i>	1	
<i>cloruro de potasio/dextrosa inyectable al 5%; 20 meq/l, 5%; 40 meq/l</i>	4	B/D PA
POTASSIUM CHLORIDE/ DEXTROSE/LACTATED RINGER INYECTABLE, 3 MEQ/L; 149 MEQ/L; 5%; 28 MEQ/L; 44 MEQ/L; 130 MEQ/L	4	B/D PA
<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>	4	B/D PA
<i>cloruro de potasio/dextrosa/ cloruro de sodio</i>	4	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>	4	B/D PA
<i>citrato de potasio, liberación prolongada</i>	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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	4	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>	4	B/D PA
PROCALAMINE	4	B/D PA
PROSOL	4	B/D PA
<i>solución de cloruro sódico compuesta inyectable, 4.5 meq/l; 156 meq/l; 4 meq/l; 147 meq/l</i>	4	B/D PA
<i>bicarbonato sódico inyectable</i>	4	
<i>bicarbonato sódico, surtido parcial</i>	4	
<i>cloruro de sodio al 0.45%</i>	4	
<i>cloruro de sodio inyectable al 0.9%, 2.5 meq/ml, 3%, 5%</i>	4	
<i>fluoruro de sodio, comprimidos masticables, 0.5 mg, 1 mg</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 6 podrá encontrar más información sobre los símbolos.

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
SODIUM LACTATE INYECTABLE 5 MEQ/ML	4	B/D PA
TPN ELECTROLYTES	4	B/D PA
TRAVASOL	4	B/D PA
TROPHAMINE	4	B/D PA
<b>Modificadores de electrolitos/minerales/metales</b>		
CHEMET	5	NDS
CUPRIMINE	5	NDS
DEPEN TITRATABS	5	NDS
JADENU	5	NDS
JADENU, CON GRÁNULOS	5	NDS
<i>kionex</i>	3	
SAMSCA, COMPRIMIDOS, 15 MG	5	PA NDS QL (30/30)
SAMSCA, COMPRIMIDOS, 30 MG	5	PA NDS QL (60/30)
<i>sulfonato de poliestireno sódico, polvo</i>	3	
<i>sulfonato de poliestireno sódico, suspensión, 15 g/60 ml, 30 g/120 ml</i>	3	
<i>sps</i>	3	
SYPRINE	5	NDS
<i>clorhidrato de trientina</i>	5	NDS
VELTASSA	3	
<b>Aglutinantes de fosfato</b>		
AURYXIA	4	QL (360/30)
<i>acetato de calcio, cápsulas</i>	2	
<i>acetato de calcio, comprimidos, 667 mg</i>	2	
PHOSLYRA	4	
SEVELAMER CARBONATE, PAQUETE	4	QL (180/30)
SEVELAMER CARBONATE, COMPRIMIDOS	4	QL (540/30)
VELPHORO	4	QL (180/30)
<b>Vitaminas</b>		
<i>multivitamínicos con flúor, comprimidos masticables</i>	2	
VP-PNV-DHA	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<b>Agentes Gastrointestinales</b>		
<b>Antiespasmódicos Gastrointestinales</b>		
<i>anaspaz</i>	2	
<i>sulfato de atropina inyectable, 0.25 mg/5 ml, 1 mg/ml, 8 mg/20 ml</i>	4	
<i>clorhidrato de dicitlomina, cápsulas</i>	1	
<i>clorhidrato de dicitlomina, solución oral</i>	3	
<i>clorhidrato de dicitlomina, comprimidos</i>	1	
<i>ed-spaz</i>	2	
<i>glicopirrolato inyectable, 0.2 mg/ml, 0.4 mg/2 ml, 1 mg/5 ml, 4 mg/20 ml</i>	4	
<i>glicopirrolato, comprimidos</i>	2	
<i>sulfato de hiosciamina, elixir</i>	2	
<i>sulfato de hiosciamina, comprimidos orodispersables</i>	2	
<i>sulfato de hiosciamina, sublingual</i>	2	
<i>sulfato de hiosciamina, comprimidos</i>	2	
<i>sulfato de hiosciamina, comprimidos dispersables</i>	2	
<i>bromuro de metescopolamina</i>	3	
<i>nulev</i>	2	
<i>oscimin</i>	2	
<i>bromuro de propantelina</i>	4	
<b>Agentes Gastrointestinales, otros</b>		
<i>cromolina sódica concentrada</i>	4	
<i>difenoxilato/atropina, líquido</i>	3	
<i>difenoxilato atropina, comprimidos</i>	2	
GATTEX	5	PA NDS
<i>clorhidrato de loperamida, cápsulas</i>	2	
<i>clorhidrato de metoclopramida inyectable</i>	4	
<i>clorhidrato de metoclopramida, solución oral</i>	2	

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>clorhidrato de metoclopramida, comprimidos</i>	2	
OSMOPREP	4	
RELISTOR INYECTABLE, 8 MG/0.4 ML	5	PA NDS QL (11.2/28)
RELISTOR INYECTABLE, 12 MG/0.6 ML	5	PA NDS QL (16.8/28)
TRULANCE	4	QL (30/30)
<i>ursodiol</i>	3	
<b>Antagonistas de los receptores de histamina2 (H2)</b>		
<i>cimetidina</i>	2	
<i>clorhidrato de cimetidina</i>	2	
<i>famotidina inyectable</i>	4	
<i>famotidina premezclada</i>	4	
<i>famotidina, comprimidos, 20 mg, 40 mg</i>	2	
<i>nizatidina, cápsulas</i>	2	
<i>clorhidrato de ranitidina, cápsulas</i>	2	
<i>clorhidrato de ranitidina inyectable</i>	4	
<i>clorhidrato de ranitidina, jarabe</i>	2	
<i>clorhidrato de ranitidina, comprimidos</i>	1	
<i>clorhidrato de ranitidina inyectable, 50 mg/2 ml</i>	4	
<b>Agentes para el síndrome del colon irritable</b>		
<i>clorhidrato de alosetrón, comprimidos, 1 mg</i>	5	PA NDS QL (60/30)
<i>clorhidrato de alosetrón, comprimidos, 0.5 mg</i>	4	PA QL (60/30)
AMITIZA	3	QL (60/30)
LINZESS	3	QL (30/30)
VIBERZI	4	PA QL (60/30)
<b>Laxantes</b>		
<i>constulosa</i>	2	
<i>enulosa</i>	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>gavilyte-c</i>	2	
<i>gavilyte-g</i>	2	
<i>gavilyte-n/paquete con sabor</i>	2	
<i>generlac</i>	2	
<i>lactulosa, solución oral</i>	2	
MOVIPREP	3	
<i>peg 3350/electrolitos</i>	2	
<i>peg-3350/electrolitos</i>	2	
<i>peg-3350/nacl/bicarbonato de na/kcl</i>	2	
<i>polietilenglicol 3350, polvo</i>	2	
SUPREP, KIT DE PREPARACIÓN INTESTINAL	3	
<i>trilyte</i>	2	
<b>Protectores</b>		
CARAFATE, SUSPENSIÓN	4	
<i>misoprostol</i>	3	
<i>sucralfato</i>	2	
<b>Inhibidores de la bomba de protones</b>		
<i>esomeprazol magnésico</i>	3	QL (60/30)
<i>esomeprazole sodium</i>	4	
<i>omeprazol, cápsulas de liberación retardada</i>	2	QL (60/30)
<i>pantoprazol sódico, comprimidos con recubrimiento entérico</i>	1	QL (60/30)
<b>Trastorno Genético o enzimático: Reemplazo, modificadores, tratamiento</b>		
<b>Trastorno Genético o enzimático: Reemplazo, modificadores, tratamiento</b>		
ADAGEN	5	PA NDS
ALDURAZYME	5	PA NDS
CEREZYME	5	B/D PA NDS
CREON	3	
CYSTADANE	5	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 6 podrá encontrar más información sobre los símbolos.

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
CYSTAGON	4	
ELAPRASE	5	PA NDS
FABRAZYME	5	B/D PA NDS
KUVAN	5	PA NDS
LUMIZYME	5	PA NDS
<i>miglustato</i>	5	NDS QL (90/30)
NAGLAZYME	5	PA NDS
ORFADIN	5	NDS
<i>fenilbutirato sódico</i>	5	PA NDS
ZENPEP	3	

### Agentes Genitourinarios

#### Antiespasmódicos urinarios

<i>hidrobromuro de darifenacina, liberación prolongada</i>	4	QL (30/30)
<i>clorhidrato de flavoxato</i>	2	
MYRBETRIQ	3	QL (30/30)
<i>cloruro de oxibutinina, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 5 mg</i>	2	QL (30/30)
<i>cloruro de oxibutinina, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 10 mg, 15 mg</i>	2	QL (60/30)
<i>cloruro de oxibutinina, jarabe</i>	1	QL (600/30)
<i>cloruro de oxibutinina, comprimidos</i>	1	QL (120/30)
<i>tartrato de tolterodina</i>	3	QL (60/30)
<i>tartrato de tolterodina, liberación prolongada</i>	3	QL (30/30)
VESICARE	4	QL (30/30)

#### Agentes para la hipertrofia prostática benigna

<i>clorhidrato de alfuzosina, liberación prolongada</i>	2	QL (30/30)
<i>dutasterida</i>	2	QL (30/30)
<i>dutasterida/clorhidrato de tamsulosina</i>	4	QL (30/30)
<i>finasterida, comprimidos, 5 mg</i>	2	QL (30/30)
<i>clorhidrato de tamsulosina</i>	2	QL (60/30)

#### Agentes Genitourinarios, otros

<i>cloruro de betanecol</i>	2	
ELMIRON	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>clorhidrato de fenazopiridina</i>	2	
<i>clorhidrato de fenazopiridina</i>	2	

### Agentes hormonales, estimulantes/sustituyentes/modificadores (suprarrenales)

#### Agentes hormonales, estimulantes/sustituyentes/modificadores (suprarrenales)

<i>alfa-metilprednisolona</i>	4	
<i>ala-cort, crema al 1%</i>	1	
<i>dipropionato de aclometasona</i>	2	
<i>dipropionato de betametasona aumentado</i>	2	
<i>dipropionato de betametasona</i>	3	
<i>valerato de betametasona, crema</i>	2	
<i>valerato de betametasona, espuma</i>	3	
<i>valerato de betametasona, loción</i>	2	
<i>valerato de betametasona, pomada</i>	2	
<i>propionato de clobetasol, crema</i>	2	
<i>propionato de clobetasol, crema emoliente</i>	2	
<i>propionato de clobetasol, espuma emoliente</i>	4	
<i>propionato de clobetasol, solución externa</i>	2	
<i>propionato de clobetasol, espuma</i>	4	
<i>propionato de clobetasol, gel</i>	2	
<i>propionato de clobetasol, pomada</i>	2	
<i>propionato de clobetasol, champú</i>	4	
<i>clodan</i>	4	
<i>acetato de cortisona</i>	4	
DEPO-MEDROL INYECTABLE, 20 MG/ML	4	
<i>desonida, loción</i>	2	
<i>desonida, pomada</i>	2	
<i>desoximetasona, crema</i>	4	



## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>desoximetasona, gel</i>	4	
<i>desoximetasona, pomada</i>	4	
<i>dexametasona, elixir</i>	2	
<i>dexametasona, intensol</i>	4	
<i>dexametasona, solución oral</i>	2	
<i>fosfato sódico de dexametasona inyectable, 10 mg/ml, 120 mg/30 ml, 20 mg/5 ml, 4 mg/ml</i>	4	
<i>dexametasona, comprimidos, 0.5 mg, 0.75 mg, 4 mg</i>	1	
<i>dexametasona, comprimidos, 1.5 mg, 1 mg, 2 mg, 6 mg</i>	2	
<i>acetato de fludrocortisona</i>	2	
<i>fluocinolona acetona, cuerpo</i>	3	
<i>fluocinolona acetona, crema</i>	2	
<i>fluocinolona acetona, solución externa</i>	2	
<i>fluocinolona acetona, pomada</i>	2	
<i>fluocinolona acetona, cuero cabelludo</i>	3	
<i>fluocinonida, crema al 0.05%</i>	2	
<i>fluocinonida, crema al 0.1%</i>	4	
<i>fluocinonida, solución externa</i>	3	
<i>fluocinonida, gel</i>	2	
<i>fluocinonida, pomada</i>	3	
<i>propionato de fluticasona, crema</i>	2	
<i>propionato de fluticasona, pomada</i>	2	
<i>propionato de halobetasol</i>	3	
<i>butirato de hidrocortisona (lipídico)</i>	4	
<i>butirato de hidrocortisona (lipofílico)</i>	4	
<i>butirato de hidrocortisona, crema</i>	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>butirato de hidrocortisona, solución externa</i>	3	
<i>butirato de hidrocortisona, pomada</i>	3	
<i>hidrocortisona, crema externa</i>	1	
<i>hidrocortisona, loción al 2.5%</i>	2	
<i>hidrocortisona, pomada al 1%, 2.5%</i>	2	
<i>hidrocortisona, crema rectal</i>	2	
<i>hidrocortisona, comprimidos</i>	2	
<i>valerato de hidrocortisona</i>	3	
<b>MEDROL, COMPRIMIDOS, 2 MG</b>	3	
<i>acetato de metilprednisolona inyectable, 40 mg/ml, 80 mg/ml</i>	4	
<i>metilprednisolona, paquete dosificado</i>	2	
<i>succinato sódico de metilprednisolona inyectable, 125 mg, 40 mg</i>	4	
<i>metilprednisolona, comprimidos</i>	2	
<i>furoato de mometasona, crema</i>	2	
<i>furoato de mometasona, solución externa</i>	2	
<i>furoato de mometasona, pomada</i>	2	
<i>prednicarbato, pomada</i>	2	
<i>prednisolone</i>	3	
<i>fosfato sódico de prednisolona, solución oral, 15 mg/5 ml, 25 mg/5 ml, 5 mg/5 ml</i>	3	
<i>prednisona, intensol</i>	4	
<i>prednisona, solución oral</i>	2	
<i>prednisona, comprimidos, 50 mg</i>	2	
<i>prednisona, comprimidos, 10 mg, 1 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</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 6 podrá encontrar más información sobre los símbolos.

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>prednisona, tbpk</i>	1	
<i>procto-med hc</i>	2	
<i>procto-pak</i>	2	
<i>proctosol hc</i>	2	
<i>proctozona-hc</i>	2	
SOLU-CORTEF	4	
TEXACORT	3	
<i>triamcinolona acetonaída, crema al 0.1%</i>	1	
<i>triamcinolona acetonaída, crema al 0.025%, 0.5%</i>	2	
<i>triamcinolona acetonaída, inyetable, 40 mg/ml</i>	2	
<i>triamcinolona acetonaída, loción</i>	2	
<i>triamcinolona acetonaída, pomada</i>	2	
<i>trianex</i>	5	NDS
<i>triderm, crema al 0.1%</i>	1	
<b>Agentes hormonales, estimulantes/sustituyentes/modificadores (hipofisarios)</b>		
<b>Agentes hormonales, estimulantes/sustituyentes/modificadores (hipofisarios)</b>		
<i>gonadotropina coriónica</i>	4	PA
<i>acetato de desmopresina inyetable</i>	4	
<i>acetato de desmopresina, solución nasal</i>	4	QL (15/30)
<i>acetato de desmopresina, comprimidos</i>	2	
GENOTROPIN	5	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	5	PA NDS
GENOTROPIN MINIQUICK INYECTABLE, 0.2 MG	4	PA
INCRELEX	4	PA
STIMATE	5	NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<b>Agentes hormonales, estimulantes/sustituyentes/modificadores (hormonas sexuales/modificadores)</b>		
<b>Esteroides anabólicos</b>		
ANADROL-50	5	PA NDS
<i>oxandrolona, comprimidos, 2.5 mg</i>	3	PA QL (120/30)
<i>oxandrolona, comprimidos, 10 mg</i>	4	PA QL (60/30)
<b>Andrógenos</b>		
<i>danazol, cápsulas, 100 mg, 200 mg</i>	4	
<i>danazol, cápsulas, 50 mg</i>	3	
<i>cipionato de testosterona</i>	4	
<i>enantato de testosterona</i>	4	QL (5/30)
<i>testosterona, gel, 25 mg/2.5 g, 50 mg/5 g</i>	4	PA QL (300/30)
<i>testosterona, dosificador</i>	4	PA QL (300/30)
<b>Estrógenos</b>		
ALORA	3	PA QL (8/28)
<i>altavera</i>	2	
<i>alyacen 1/35</i>	2	
<i>alyacen 7/7/7</i>	2	
<i>amethia</i>	2	QL (91/91)
<i>amethia lo</i>	2	QL (91/91)
<i>apri</i>	2	
<i>aranelle</i>	2	
<i>ashlyna</i>	2	QL (91/91)
<i>aubra</i>	2	
<i>aviane</i>	2	
<i>azurette</i>	2	
<i>balziva</i>	2	
<i>bekyree</i>	2	
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	2	
<i>blisovi fe 1/20</i>	2	
<i>briellyn</i>	2	
<i>camrese</i>	2	QL (91/91)
<i>camrese lo</i>	2	QL (91/91)
<i>caziant</i>	2	
<i>cesia</i>	2	
<i>chateal</i>	2	

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>cryselle-28</i>	2	
<i>cyclafem 1/35</i>	2	
<i>cyclafem 7/7/7</i>	2	
<i>cyred</i>	2	
<i>dasetta 1/35</i>	2	
<i>dasetta 7/7/7</i>	2	
<i>daysee</i>	2	QL (91/91)
DELESTROGEN INYECTABLE, 10 MG/ML	4	
<i>delyla</i>	2	
DEPO-ESTRADIOL	4	
<i>desogestrel/etinilestradiol</i>	2	
<i>elinest</i>	2	
<i>emoquette</i>	2	
<i>enpresse-28</i>	2	
<i>enskyce</i>	2	
<i>estarylla</i>	2	
<i>estradiol, crema</i>	4	
<i>estradiol, parche, dos veces por semana</i>	2	PA QL (8/28)
<i>estradiol, parche semanal</i>	2	PA QL (4/28)
<i>estradiol, comprimidos, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	2	PA
<i>estradiol, comprimidos, 10 mcg</i>	4	QL (18/28)
<i>valerato de estradiol</i>	4	
ESTRING	4	QL (1/90)
<i>diacetato de etinodiol/etinilestradiol, comprimidos, 50 mcg; 1 mg</i>	2	
<i>falmina</i>	2	
<i>feminor</i>	2	
<i>fyavolv, comprimidos, 2.5 mcg; 0.5 mg</i>	3	PA
<i>introvale</i>	2	QL (91/91)
<i>isibloom</i>	2	
<i>jevantique lo</i>	3	PA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>jolessa</i>	2	QL (91/91)
<i>juleber</i>	2	
<i>junel 1.5/30</i>	2	
<i>junel 1/20</i>	2	
<i>junel fe 1.5/30</i>	2	
<i>junel fe 1/20</i>	2	
<i>kariva</i>	2	
<i>kelnor 1/35</i>	2	
<i>kelnor 1/50</i>	2	
<i>kimidess</i>	2	
<i>kurvelo</i>	2	
<i>larin 1.5/30</i>	2	
<i>larin 1/20</i>	2	
<i>larin fe 1.5/30</i>	2	
<i>larin fe 1/20</i>	2	
<i>larissia</i>	2	
<i>lessina</i>	2	
<i>levonest</i>	2	
<i>levonorgestrel y etinilestradiol, comprimidos, 0; 0</i>	2	QL (91/91)
<i>levonorgestrel/etinilestradiol, comprimidos, 0.03 mg; 0.15 mg, 0; 0, 20 mcg; 0.1 mg</i>	2	
<i>levonorgestrel/etinilestradiol, comprimidos, 0.03 mg; 0.15 mg, 0; 0</i>	2	QL (91/91)
<i>levora 0.15/30-28</i>	2	
<i>low-ogestrel</i>	2	
<i>lutera</i>	2	
<i>marlissa</i>	2	
<i>melodetta 24 fe</i>	2	
MENEST	3	PA
MENOSTAR	3	PA QL (4/28)
<i>mibelas 24 fe</i>	2	
<i>microgestina 1.5/30</i>	2	

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 6 podrá encontrar más información sobre los símbolos.

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>microgestina 1/20</i>	2	
<i>microgestina fe</i>	2	
<i>microgestina fe 1.5/30</i>	2	
<i>mili</i>	2	
MINIVELLE	4	PA QL (8/28)
<i>mono-linyah</i>	2	
<i>myzilra</i>	2	
<i>necon 0.5/35-28</i>	2	
<i>necon 7/7/7</i>	3	
<i>acetato de noretindrona/ etinilestradiol, comprimidos, 2.5 mcg; 0.5 mg</i>	3	PA
<i>acetato de noretindrona/ etinilestradiol, comprimidos, 20 mcg; 1 mg</i>	2	
<i>acetato de noretindrona/ etinilestradiol/fumarato ferroso, comprimidos</i>	2	
<i>norgestimato/etinilestradiol</i>	2	
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	2	
<i>nortrel 1/35</i>	2	
<i>nortrel 7/7/7</i>	2	
<i>ogestrel</i>	3	
<i>orsythia</i>	2	
<i>philith</i>	2	
<i>pimtrea</i>	2	
<i>pirmella 1/35</i>	2	
<i>pirmella 7/7/7</i>	2	
<i>portia-28</i>	2	
PREMARIN, CREMA	3	
PREMARIN INYECTABLE	4	
PREMARIN, COMPRIMIDOS	3	PA QL (30/30)
<i>previfem</i>	2	
<i>quasense</i>	2	QL (91/91)
<i>reclipsen</i>	2	
<i>setlakin</i>	2	QL (91/91)
<i>sprintec 28</i>	2	
<i>sronyx</i>	2	
<i>tarina fe 1/20</i>	2	
<i>tri-estarylla</i>	2	
<i>tri-legest fe</i>	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>tri-linyah</i>	2	
<i>tri-mili</i>	2	
<i>tri-previfem</i>	2	
<i>tri-sprintec</i>	2	
<i>tri-vylibra</i>	2	
<i>trinessa</i>	3	
<i>trivora-28</i>	2	
<i>tydemy</i>	2	
<i>velivet</i>	2	
<i>vienva</i>	2	
<i>viorele</i>	2	
<i>vyfemla</i>	2	
<i>vylibra</i>	2	
<i>wera</i>	2	
<i>yuvafem</i>	4	QL (18/28)
<i>zenchent</i>	2	
<i>zovia 1/35e</i>	2	
<b>Agonistas/antagonistas de la progesterona</b>		
ELLA	3	
MAKENA	5	PA NDS
<b>Progestinas</b>		
<i>camila</i>	2	
<i>deblitane</i>	2	
DEPO-PROVERA	4	QL (10/28)
<i>errin</i>	2	
<i>heather</i>	2	
<i>caproato de hidroxiprogesterona</i>	5	PA NDS
<i>incassia</i>	2	
<i>jencycla</i>	2	
<i>jolivette</i>	3	
<i>lyza</i>	2	
MAKENA	5	PA NDS
<i>acetato de medroxiprogesterona inyectable, 150 mg/ml</i>	2	QL (1/90)
<i>acetato de medroxiprogesterona inyectable, 150 mg/ml</i>	4	QL (1/90)

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>acetato de medroxiprogesterona, comprimidos</i>	1	
<i>acetato de megestrol, suspensión, 40 mg/ml</i>	3	PA
<i>acetato de megestrol, comprimidos</i>	3	PA
<i>nora-be</i>	2	
<i>noretindrona</i>	2	
<i>acetato de noretindrona</i>	2	
<i>norlyroc</i>	2	
<i>progesterona, cápsulas</i>	2	
<i>sharobel</i>	2	
<b>Agentes modificadores selectivos de los receptores estrogénicos</b>		
DUAVEE	4	PA QL (30/30)
<i>clorhidrato de raloxifeno</i>	2	QL (30/30)
<b>Agentes hormonales, estimulantes/sustituyentes/modificadores (tiroideos)</b>		
<b>Agentes hormonales, estimulantes/sustituyentes/modificadores (tiroideos)</b>		
<i>levotiroxina sódica, comprimidos</i>	1	
LEVOXYL, COMPRIMIDOS, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	3	
<i>levoxyl, comprimidos, 100 mcg, 112 mcg, 175 mcg</i>	3	
<i>liotironina sódica inyectable</i>	4	
<i>liotironina sódica, comprimidos</i>	2	
SYNTHROID	3	
THYROLAR-1	3	
THYROLAR-1/2	3	
THYROLAR-1/4	3	
THYROLAR-2	3	
THYROLAR-3	3	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
UNITHROID	3	
<b>Agentes hormonales, supresores (suprarrenales)</b>		
<b>Agentes hormonales, supresores (suprarrenales)</b>		
LYSODREN	5	NDS
<b>Agentes hormonales, supresores (hipofisarios)</b>		
<b>Agentes hormonales, supresores (hipofisarios)</b>		
<i>cabergolina</i>	3	QL (16/28)
ELIGARD INYECTABLE, 30 MG	4	PA QL (1/120)
ELIGARD INYECTABLE, 45 MG	4	PA QL (1/180)
ELIGARD INYECTABLE, 7.5 MG	4	PA QL (1/30)
ELIGARD INYECTABLE, 22.5 MG	4	PA QL (1/90)
FIRMAGON INYECTABLE, 80 MG	4	B/D PA QL (1/28)
FIRMAGON INYECTABLE, 120 MG	5	B/D PA NDS QL (4/365)
<i>acetato de leuprolida</i>	4	PA
LUPRON DEPOT (1 MES)	5	PA NDS QL (1/30)
LUPRON DEPOT (3 MES)	5	PA QL (1/84)
LUPRON DEPOT (4 MES)	5	PA QL (1/112)
LUPRON DEPOT (6 MES)	5	PA QL (1/168)
LUPRON DEPOT-PED (1 MES)	5	PA NDS QL (1/30)
LUPRON DEPOT-PED (3 MES)	5	PA QL (1/84)
<i>acetato de octreotida</i>	4	PA
SANDOSTATIN LAR DEPOT	5	PA NDS
SIGNIFOR	5	PA NDS QL (60/30)
SOMATULINE DEPOT INYECTABLE, 60 MG/0.2 ML	5	PA NDS QL (0.2/28)
SOMATULINE DEPOT INYECTABLE, 90 MG/0.3 ML	5	PA NDS QL (0.3/28)

*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 6 podrá encontrar más información sobre los símbolos.

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
SOMATULINE DEPOT INYECTABLE, 120 MG/0.5 ML	5	PA NDS QL (0.5/28)
SOMAVERT	5	PA NDS QL (30/30)
SYNAREL	5	PA NDS
TRELSTAR MIXJECT INYECTABLE, 22.5 MG	5	PA QL (1/168)
TRELSTAR MIXJECT INYECTABLE, 3.75 MG	5	PA NDS QL (1/28)
TRELSTAR MIXJECT INYECTABLE, 11.25 MG	5	PA QL (1/84)
TRIPTODUR	5	PA NDS QL (1/168)
<b>Agentes hormonales, supresores (tiroideos)</b>		
<b>Agentes antitiroideos</b>		
<i>metimazol</i>	2	
<i>propiltiouracilo</i>	3	
<b>Agentes inmunológicos</b>		
<b>Agentes para el angioedema</b>		
CINRYZE	5	PA NDS QL (20/30)
FIRAZYR	5	PA NDS QL (18/30)
RUCONEST	5	PA NDS QL (8/30)
<b>Inmunodepresores</b>		
ASTAGRAF XL	4	PA
AZASAN	3	PA
<i>azatioprina inyectable</i>	4	PA
<i>azatioprina, comprimidos</i>	2	PA
<i>ciclosporina</i>	4	PA
<i>ciclosporina modificada</i>	4	PA
ENBREL INYECTABLE, 25 MG/0.5 ML	5	PA NDS QL (4.08/28)
ENBREL INYECTABLE, 25 MG, 50 MG/ML	5	PA NDS QL (8/28)
ENBREL MINI	5	PA NDS QL (8/28)
ENBREL SURECLICK	5	PA NDS QL (8/28)
ENVARBUS, COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA X 24 H, 4 MG	5	PA NDS
ENVARBUS, COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA X 24 H, 0.75 MG, 1 MG	4	PA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>gengraf</i>	4	PA
HUMIRA INYECTABLE, 10 MG/0.1 ML, 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML	5	PA NDS QL (2/28)
HUMIRA INYECTABLE, 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	5	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)	5	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)	5	PA NDS QL (6/365)
HUMIRA PEN	5	PA NDS QL (4/28)
HUMIRA PEN, CD/UC/ HS, PAQUETE INICIAL INYECTABLE, 80 MG/0.8 ML	5	PA NDS QL (6/365)
HUMIRA PEN, CD/UC/ HS, PAQUETE INICIAL INYECTABLE, 40 MG/0.8 ML	5	PA NDS QL (12/365)
HUMIRA PEN, PS/ UV, PAQUETE INICIAL INYECTABLE	5	PA NDS QL (6/365)
HUMIRA PEN, PS/ UV, PAQUETE INICIAL INYECTABLE, 40 MG/0.8 ML	5	PA NDS QL (8/365)
<i>metotrexato sódico</i>	4	
<i>metotrexato, comprimidos</i>	2	
<i>mofetil micofenolato, cápsulas</i>	2	PA
<i>mofetil micofenolato, inyectable</i>	4	PA
<i>mofetil micofenolato, liberación sostenida</i>	5	PA NDS
<i>mofetil micofenolato, comprimidos</i>	2	PA
<i>ácido micofenólico, liberación retardada</i>	2	PA
NULOJIX	5	PA NDS QL (150/30)
PROGRAF INYECTABLE	4	PA

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
RAPAMUNE, SOLUCIÓN ORAL	5	PA NDS
RENFLXIS	5	PA NDS
SANDIMMUNE, SOLUCIÓN ORAL	4	PA
<i>sirolimus</i>	4	PA
<i>tacrolimus, cápsulas</i>	2	PA
TORISEL	5	B/D PA NDS QL (4/28)
XATMEP	4	PA
ZORTRESS, COMPRIMIDOS, 0.25 MG	4	PA QL (60/30)
ZORTRESS, COMPRIMIDOS, 0.75 MG	5	PA NDS QL (60/30)
ZORTRESS, COMPRIMIDOS, 0.5 MG	5	PA NDS QL (120/30)
<b>Agentes inmunizantes pasivos</b>		
ATGAM	4	PA
GAMMAKED INYECTABLE, 10 G/100 ML, 2.5 G/25 ML, 20 G/200 ML, 5 G/50 ML	5	B/D PA NDS
GAMMAKED INYECTABLE, 1 G/10 ML	3	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	5	B/D PA NDS
GAMUNEX-C INYECTABLE, 1 G/10 ML	4	B/D PA
THYMOGLOBULIN	3	B/D PA
<b>Inmunomoduladores</b>		
ACTEMRA INYECTABLE, 162 MG/0.9 ML	5	PA NDS QL (3.6/28)
ACTEMRA INYECTABLE, 200 MG/10 ML, 400 MG/20 ML, 80 MG/4 ML	5	PA NDS QL (40/28)
ACTIMMUNE	5	PA NDS
ARCALYST	5	PA NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
BENLYSTA INYECTABLE, 400 MG	5	PA NDS QL (9/28)
BENLYSTA INYECTABLE, 120 MG	5	PA NDS QL (30/28)
<i>leflunomida</i>	2	QL (30/30)
RIDAURA	4	
SIMULECT	5	B/D PA NDS
SYNAGIS	5	PA NDS
<b>Vacunas</b>		
ACTHIB	4	
ADACEL	4	QL (0.5/365)
BCG VACCINE	4	
BEXSERO	4	
BOOSTRIX	4	QL (0.5/365)
DAPTACEL	4	
DIPHTHERIA/TETANUS/ TOXOIDES ABSORBIDOS (PEDIÁTRICA)	4	
ENGERIX-B INYECTABLE, 10 MCG/0.5 ML	4	B/D PA QL (3/365)
ENGERIX-B INYECTABLE, 20 MCG/ML	4	B/D PA QL (8/365)
GARDASIL 9	4	QL (1.5/365)
HAVRIX	4	
HEPLISAV-B	4	B/D PA QL (3/365)
HIBERIX	4	
IMOVAX RABIA (H.D.C.V.)	4	B/D PA
INFANRIX	4	
IPOL INACTIVADA IPV	4	
IXIARO	4	
KINRIX	4	
M-M-R II	4	QL (2/365)
MENACTRA	4	
MENVEO	4	
PEDIARIX	4	

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 6 podrá encontrar más información sobre los símbolos.

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
PEDVAX HIB	4	
PROQUAD	4	QL (2/365)
QUADRACEL	4	
RBAVERT	4	B/D PA
RECOMBIVAX HB	4	B/D PA QL (3/365)
ROTARIX	3	
ROTATEQ	3	
SHINGRIX	4	QL (2/999)
STAMARIL	4	QL (1/999)
TENIVAC	4	QL (0.5/28)
DIPHThERIA/TETANUS/ TOXOIDES ABSORBIDOS	4	
TRUMENBA	4	
TWINRIX	4	
TYPHIM VI	4	
VAQTA	4	
VARIVAX	4	QL (1/365)
VARIZIG	4	QL (12/30)
VAXCHORA	4	
YF-VAX	4	
ZOSTAVAX	4	QL (1/999)

### Agentes para la enfermedad inflamatoria intestinal

#### Aminosalicilatos

APRISO	3	QL (120/30)
<i>balsazida disódica</i>	4	
<i>mesalamina</i>	4	
<i>mesalamina, comprimidos con recubrimiento entérico 1.2 g</i>	4	QL (120/30)

#### Glucocorticoides

<i>budesonida, cápsulas con recubrimiento entérico</i>	4	
<i>colocort</i>	3	
<i>hidrocortisona, enema</i>	3	

#### Sulfonamidas

<i>sulfasalazina</i>	2	
----------------------	---	--

### Agentes para enfermedades óseas metabólicas

#### Agentes para enfermedades óseas metabólicas

<i>alendronato sódico, comprimidos, 35 mg, 70 mg</i>	1	QL (4/28)
--	---	-----------

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>alendronato sódico, comprimidos, 10 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	QL (30/30)
BINOSTO	4	
<i>calcitonina-salmón</i>	2	QL (3.7/30)
<i>calcitriol, cápsulas</i>	2	
<i>calcitriol inyectable</i>	4	
<i>calcitriol, solución oral</i>	2	
<i>doxercalciferol, cápsulas, 0.5 mcg</i>	4	QL (90/30)
<i>doxercalciferol, cápsulas, 2.5 mcg</i>	4	QL (120/30)
<i>doxercalciferol, cápsulas, 1 mcg</i>	4	QL (240/30)
<i>etidronato disódico</i>	2	
FORTEO	5	PA NDS QL (2.4/28)
<i>ibandronato sódico, comprimidos</i>	3	QL (1/28)
MIACALCIN	5	NDS
<i>pamidronato disódico</i>	4	B/D PA
<i>paricalcitol, cápsulas, 4 mcg</i>	4	QL (60/30)
<i>paricalcitol, cápsulas, 1 mcg, 2 mcg</i>	2	QL (90/30)
PROLIA	4	QL (1/180)
<i>risedronato sódico, comprimidos, 150 mg</i>	3	QL (1/30)
<i>risedronato sódico, comprimidos, 35 mg</i>	3	QL (4/28)
<i>risedronato sódico, comprimidos, 30 mg, 5 mg</i>	3	QL (30/30)
SENSIPAR, COMPRIMIDOS, 30 MG, 60 MG	5	NDS QL (60/30)
SENSIPAR, COMPRIMIDOS, 90 MG	5	NDS QL (120/30)
XGEVA	5	PA NDS QL (1.7/28)
<i>ácido zoledrónico inyectable, 4 mg/5 ml</i>	4	B/D PA QL (15/21)
<i>ácido zoledrónico inyectable, 5 mg/100 ml</i>	4	B/D PA QL (100/365)



## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<b>Agentes terapéuticos varios</b>		
<b>Agentes terapéuticos varios</b>		
AMINO ACID	4	B/D PA
JERINGA DE INSULINA BD SAFETYGLIDE/1 ML/29 G X 1/2"	6	QL (200/30)
JERINGA DE INSULINA ULTRAFINA BD/0.3 ML/31 G X 5/16"	6	QL (200/30)
JERINGA DE INSULINA ULTRAFINA BD/0.5 ML/30 G X 1/2"	6	QL (200/30)
JERINGA DE INSULINA ULTRAFINA BD/1 ML/31 G X 5/16"	6	QL (200/30)
AGUJA PARA LAPICERAS BD/ MINI/ULTRAFINA/31 G X 3/16"	6	QL (200/30)
AGUJA PARA LAPICERAS BD/ NANO/ULTRAFINA/32 G X 4 MM	6	QL (200/30)
AGUJA PARA LAPICERAS BD/ ULTRAFINA/29 G X 12.7 MM	6	QL (200/30)
CARNITOR INYECTABLE	4	B/D PA
FERRIPROX	5	PA NDS
INTRALIPID	4	B/D PA
KORLYM	5	PA NDS QL (120/30)
LACTATED RINGERS, IRRIGACIÓN	4	
<i>levocarnitina</i>	2	
LIPOSYN III	4	B/D PA
NATPARA	5	PA NDS QL (2/28)
NOVOFINE 31	6	QL (200/30)
NOVOFINE, 32 G X 6 MM	6	QL (200/30)
NOVOFINE AUTOCOVER, 30 G X 8 MM	6	QL (200/30)
NOVOTWIST, 32 G X 5 MM	6	QL (200/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
NUTRILIPID	4	B/D PA
OMNIPOD, PAQUETE DE 5	3	QL (30/30)
OMNIPOD DASH, PAQUETE DE 5	3	QL (30/30)
OMNIPOD DASH SYSTEM	3	QL (1/365)
OMNIPOD, PAQUETE INICIAL	3	QL (1/365)
PHYSIOLYTE	4	
<i>physiosol irrigation</i>	4	
RINGERS, IRRIGACIÓN	4	
<i>cloruro de sodio para irrigación al 0.9%</i>	4	
<i>agua estéril para irrigación</i>	4	
<i>agua estéril para irrigación, botella de plástico</i>	4	
<i>agua estéril para irrigación con gancho</i>	4	
TECHLITE, AGUJAS PARA LAPICERA/31 G X 6 MM	6	QL (200/30)
TECHLITE, AGUJAS PARA LAPICERA/31 G X 8 MM	6	QL (200/30)
TECHLITE, AGUJAS PARA LAPICERA/32 G X 4 MM	6	QL (200/30)
TECHLITE, AGUJAS PARA LAPICERA/32 G X 6 MM	6	QL (200/30)
TECHLITE, AGUJAS PARA LAPICERA/32 G X 8 MM	6	QL (200/30)
TIS-U-SOL	4	
V-GO 20	3	
V-GO 30	3	
V-GO 40	3	
<b>Agentes oftálmicos</b>		
<b>Prostaglandina oftálmica y análogos de la prostamida</b>		
<i>bimatoprost, solución oftálmica</i>	2	QL (5/30)
COMBIGAN	3	
<i>latanoprost</i>	2	QL (5/30)
LUMIGAN	4	QL (5/30) ST

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 6 podrá encontrar más información sobre los símbolos.

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
TRAVATAN Z	3	QL (5/30)
ZIOPTAN	4	QL (30/30)
<b>Agentes oftálmicos, otros</b>		
<i>sulfato de atropina, solución oftálmica</i>	3	
CYSTARAN	5	PA NDS QL (60/28)
LACRISERT	3	
<i>clorhidrato de proparacaína</i>	2	
RESTASIS	3	QL (60/30)
<i>tropicamida</i>	2	
<b>Agentes antialérgicos oftálmicos</b>		
<i>clorhidrato de azelastina, solución oftálmica</i>	2	
<i>cromolina sódica, solución oftálmica</i>	2	
<i>clorhidrato de epinastina</i>	3	
<i>clorhidrato de olopatadina, solución oftálmica</i>	3	QL (5/30)
<i>clorhidrato de olopatadina, solución oftálmica al 0.2%</i>	4	
PAZEO	3	QL (2.5/30)
<b>Antiinflamatorios oftálmicos</b>		
<i>bromfenac</i>	4	
<i>fosfato sódico de dexametasona, solución oftálmica</i>	2	
<i>diclofenac sódico, solución oftálmica</i>	2	
DUREZOL	3	
<i>fluorometolona</i>	3	
<i>flurbiprofeno sódico</i>	2	
ILEVRO	3	
<i>ketorolaco trometamina, solución oftálmica</i>	2	
LOTEMAX	4	
<i>neomicina/polimixina/ dexametasona</i>	2	
PRED MILD	3	
PRED-G	3	
PRED-G S.O.P.	3	
<i>acetato de prednisolona</i>	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>fosfato sódico de prednisolona, solución oftálmica</i>	1	
PROLENSA	3	
TOBRADEX, POMADA	3	
<i>tobramicina/dexametasona</i>	3	
<b>Agentes oftálmicos antiglaucoma</b>		
<i>acetazolamida, liberación prolongada</i>	3	
<i>apraclonidina</i>	3	
AZOPT	3	
<i>clorhidrato de betaxolol, solución oftálmica</i>	3	
<i>tartrato de brimonidina, solución oftálmica al 0.15%</i>	3	
<i>tartrato de brimonidina, solución oftálmica al 0.2%</i>	2	
<i>clorhidrato de carteolol</i>	2	
<i>clorhidrato de dorzolamida</i>	2	QL (10/30)
<i>clorhidrato de dorzolamida/ maleato de timolol</i>	2	QL (10/30)
<i>clorhidrato de levobunolol</i>	1	
<i>metipranolol</i>	2	
PHOSPHOLINE IODIDE	4	
<i>clorhidrato de pilocarpina</i>	3	
SIMBRINZA	4	
TIMOLOL MALEATE, GEL OFTÁLMICO QUE FORMA SOLUCIÓN	4	
<i>maleato de timolol, solución oftálmica</i>	1	

### Agentes óticos

#### Agentes óticos

<i>ácido acético</i>	2	
COLY-MYCIN S	4	
<i>fluocinolona acetona, aceite</i>	4	
<i>hidrocortisona/ácido acético</i>	2	
<i>neomicina/polimixina/hc</i>	3	
<i>neomicina/polimixina/ hidrocortisona, solución ótica</i>	3	

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>neomicina/polimixina/hidrocortisona, suspensión ótica</i>	3	
<b>Agentes pulmonares/para las vías respiratorias</b>		
<b>Antiinflamatorios, corticoesteroides inhalables</b>		
ADVAIR DISKUS	3	QL (60/30)
ADVAIR HFA	3	QL (12/30)
ARNUITY ELLIPTA	3	QL (30/30)
BREO ELLIPTA	3	QL (60/30)
<i>budesonida, suspensión</i>	4	B/D PA QL (120/30)
FLOVENT DISKUS AEPB, 100 MCG/BLÍSTER, 50 MCG/BLÍSTER	3	QL (60/30)
FLOVENT DISKUS AEPB, 250 MCG/BLÍSTER	3	QL (240/30)
FLOVENT HFA AEROSOL, 44 MCG/ACT	3	QL (10.6/30)
FLOVENT HFA AEROSOL, 110 MCG/ACT	3	QL (12/30)
FLOVENT HFA AEROSOL, 220 MCG/ACT	3	QL (24/30)
<i>flunisolida</i>	3	QL (50/30)
<i>propionato de fluticasona, suspensión</i>	2	QL (16/30)
<i>furoato de mometasona, suspensión</i>	3	QL (34/30)
<b>Antihistamínicos</b>		
<i>clorhidrato de azelastina, solución nasal</i>	3	QL (30/25)
<i>desloratadina</i>	2	QL (30/30)
<i>clorhidrato de difenhidramina inyectable</i>	4	
<i>diclorhidrato de levocetirizina, solución oral</i>	4	QL (300/30)
<i>diclorhidrato de levocetirizina, comprimidos</i>	2	QL (30/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<b>Antileucotrienos</b>		
<i>montelukast sódico</i>	2	QL (30/30)
<i>zafirlukast</i>	3	QL (60/30)
<b>Broncodilatadores anticolinérgicos</b>		
ATROVENT HFA	3	QL (25.8/30)
COMBIVENT RESPIMAT	3	QL (8/30)
INCRUSE ELLIPTA	3	QL (30/30)
<i>bromuro de ipratropio, solución para inhalación</i>	2	B/D PA QL (300/30)
<i>bromuro de ipratropio, solución nasal</i>	2	QL (30/30)
<i>bromuro de ipratropio/sulfato de albuterol</i>	2	B/D PA QL (540/30)
<b>Broncodilatadores simpaticomiméticos</b>		
<i>sulfato de albuterol, liberación prolongada</i>	2	
<i>sulfato de albuterol para nebulizar, al 0.5%</i>	2	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>	2	B/D PA QL (360/30)
<i>sulfato de albuterol, jarabe</i>	2	
<i>sulfato de albuterol, comprimidos</i>	2	
ANORO ELLIPTA	3	QL (60/30)
<i>clorhidrato de epinefrina inyectable, 1 mg/10 ml, 1 mg/ml, 30 mg/30 ml</i>	4	
<i>epinefrina en autoinyector, 0.15 mg/0.15 ml, 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml</i>	2	QL (2/30)
EIPEN 2-PAK	3	QL (2/30)
EIPEN-JR 2-PAK	3	QL (2/30)
<i>tartrato de levalbuterol hfa</i>	3	QL (30/30)
<i>sulfato de metaproterenol</i>	3	
PERFOROMIST	3	B/D PA QL (120/30)
PROAIR HFA	3	QL (17/30)

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 6 podrá encontrar más información sobre los símbolos.

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
PROAIR RESPICLICK	3	QL (2/30)
SEREVENT DISKUS	3	QL (60/30)
<i>sulfato de terbutalina</i>	4	
VENTOLIN HFA	4	QL (36/30)
<b>Agentes para la fibrosis quística</b>		
CAYSTON	5	PA NDS QL (84/56)
KALYDECO	5	PA NDS QL (60/30)
ORKAMBI, PAQUETE	5	PA NDS QL (56/28)
ORKAMBI, COMPRIMIDOS	5	PA NDS QL (120/30)
PULMOZYME	5	B/D PA NDS QL (150/30)
TOBI PODHALER	5	NDS QL (1568/365)
<i>tobramicina, solución para nebulizar</i>	5	B/D PA NDS
<b>Estabilizadores de mastocitos</b>		
<i>cromolina sódica para nebulizar</i>	2	B/D PA QL (240/30)
<b>Inhibidores de la fosfodiesterasa, enfermedades de las vías respiratorias</b>		
<i>aminofilina</i>	4	
DALIRESP, COMPRIMIDOS, 500 MCG	4	PA QL (30/30)
DALIRESP, COMPRIMIDOS, 250 MCG	4	PA QL (60/365)
THEO-24	4	
<i>teofilina, liberación controlada</i>	3	
<i>teofilina, comprimidos de liberación prolongada x 12 h, 300 mg, 450 mg</i>	3	
<i>teofilina, comprimidos de liberación prolongada x 24 h</i>	3	
<b>Antihipertensivos pulmonares</b>		
ADEMPAS	5	PA NDS QL (90/30)
OPSUMIT	5	PA NDS QL (30/30)
REMODULIN	5	B/D PA NDS
<i>sildenafil, comprimidos, 20 mg</i>	3	PA QL (90/30)
TRACLEER, COMPRIMIDOS	5	PA NDS QL (60/30)
TRACLEER, COMPRIMIDOS SOLUBLES	5	PA NDS
VENTAVIS	5	PA NDS QL (270/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<b>Agentes para la fibrosis pulmonar</b>		
ESBRIET, CÁPSULAS	5	PA NDS QL (270/30)
ESBRIET, COMPRIMIDOS, 801 MG	5	PA NDS QL (90/30)
ESBRIET, COMPRIMIDOS, 267 MG	5	PA NDS QL (270/30)
OFEV	5	PA NDS QL (60/30)
<b>Agentes para las vías respiratorias, otros</b>		
<i>acetilcisteína, solución para inhalación</i>	3	B/D PA
ARALAST NP	5	B/D PA NDS
PROLASTIN-C INYECTABLE, 1000 MG	5	B/D PA NDS
<i>ribavirina, solución para inhalación</i>	5	B/D PA NDS
TRELEGY ELLIPTA	3	QL (60/30)
XOLAIR	5	PA NDS QL (6/28)
ZEMAIRA	5	B/D PA NDS
<b>Relajantes de los músculos esqueléticos</b>		
<b>Relajantes de los músculos esqueléticos</b>		
<i>clorhidrato de ciclobenzaprina, comprimidos, 10 mg, 5 mg</i>	3	PA QL (90/30)
<i>metocarbamol, comprimidos</i>	2	PA
<i>citrate de orfenadrina, liberación prolongada</i>	2	PA QL (60/30)
<b>Agentes para trastornos del sueño</b>		
<b>Moduladores de los receptores GABA</b>		
<i>temazepam, cápsulas, 15 mg, 30 mg</i>	2	QL (60/365)
<i>temazepam, cápsulas, 22.5 mg, 7.5 mg</i>	3	QL (60/365)
<i>zaleplon</i>	2	QL (30/30)
<i>tartrato de zolpidem, comprimidos</i>	3	PA QL (30/30)
<b>Trastornos del sueño, otros</b>		
<i>armodafinil</i>	4	PA QL (30/30)
ROZEREM	3	QL (30/30)
SILENOR	3	QL (30/30)
XYREM	5	PA NDS QL (540/30)

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<b>A</b>					
<i>abacavir, comprimidos</i> .....	28	<i>acetato de noretindrona/etinilestradiol, comprimidos, 2.5 mcg; 0.5 mg</i> .....	50	<i>adefovir dipivoxil</i> .....	28
<i>abacavir/lamivudina</i> .....	28	<i>acetato de noretindrona/etinilestradiol, comprimidos, 20 mcg; 1 mg</i> .....	50	ADEMPAS .....	58
<i>abacavir, solución oral</i> .....	28	<i>acetato de noretindrona/etinilestradiol/ fumarato ferroso, comprimidos</i> .....	50	<i>adriamicina inyectable, 2 mg/ml</i> ....	21
ABELCET .....	18	<i>acetato de octreotida</i> .....	51	<i>adrucil</i> .....	21
ABILIFY MAINTENA .....	26	<i>acetato de prednisolona</i> .....	56	ADVAIR DISKUS .....	57
ABRAXANE .....	21	<i>acetazolamida</i> .....	37	ADVAIR HFA .....	57
<i>acamprosato cálcico, liberación retardada</i> .....	9	<i>acetazolamida, liberación prolongada</i> .....	56	<i>afeditab, liberación controlada</i> .....	36
<i>acarbosa</i> .....	30	<i>acetazolamida sódica</i> .....	37	AFINITOR, COMPRIMIDOS, 2.5 MG, 5 MG, 7.5 MG .....	23
<i>acetaminofeno/codeína, comprimidos, 300 mg; 15 mg, 300 mg; 30 mg</i> .....	8	<i>acetilcisteína, solución para inhalación</i> .....	58	AFINITOR, COMPRIMIDOS, 10 MG .....	23
<i>acetaminofeno/codeína, comprimidos, 300 mg; 60 mg</i> .....	8	<i>aciclovir, cápsulas</i> .....	30	AFINITOR DISPERZ, COMPRIMIDOS SOLUBLES, 2 MG, 3 MG .....	23
<i>acetaminofeno/codeína, solución oral</i> ..	7	<i>aciclovir, comprimidos</i> .....	30	AFINITOR DISPERZ, COMPRIMIDOS SOLUBLES, 5 MG .....	23
<i>acetato de calcio, cápsulas</i> .....	44	<i>aciclovir, pomada</i> .....	30	<i>agua estéril para irrigación</i> .....	55
<i>acetato de calcio, comprimidos, 667 mg</i> .....	44	<i>aciclovir sódico</i> .....	30	<i>agua estéril para irrigación, botella de plástico</i> .....	55
<i>acetato de caspofungina</i> .....	18	<i>aciclovir, suspensión</i> .....	30	<i>agua estéril para irrigación con gancho</i> .....	55
<i>acetato de cortisona</i> .....	46	<i>ácido acético</i> .....	56	AGUJA PARA LAPICERAS BD/ MINI/ULTRAFINA/31 G X 3/16" .....	55
<i>acetato de desmopresina, comprimidos</i> .....	48	<i>ácido fenofibrico, cápsulas de liberación retardada, 45 mg</i> ....	38	AGUJA PARA LAPICERAS BD/ NANO/ULTRAFINA/32 G X 4 MM .....	55
<i>acetato de desmopresina inyectable</i> ..	48	<i>ácido fenofibrico, cápsulas de liberación retardada, 135 mg</i> ....	38	AGUJA PARA LAPICERAS BD/ ULTRAFINA/29 G X 12.7 MM .....	55
<i>acetato de desmopresina, solución nasal</i> .....	48	<i>ácido micofenólico, liberación retardada</i> .....	52	<i>ala-cort, crema al 1%</i> .....	46
<i>acetato de flecainida</i> .....	35	<i>ácido tranexámico, comprimidos</i> ..	34	ALBENZA .....	25
<i>acetato de fludrocortisona</i> .....	47	<i>ácido tranexámico inyectable</i> .....	34	ALCOHOL, PAÑOS PREPARADOS ..	10
<i>acetato de leuprolida</i> .....	51	<i>ácido valproico</i> .....	15	ALDURAZYME .....	45
<i>acetato de medroxiprogesterona, comprimidos</i> .....	51	<i>ácido zoledrónico inyectable, 4 mg/5 ml</i> .....	54	ALECENSA .....	23
<i>acetato de medroxiprogesterona inyectable, 150 mg/ml</i> .....	50	<i>ácido zoledrónico inyectable, 5 mg/100 ml</i> .....	54	<i>alendronato sódico, comprimidos, 10 mg, 40 mg, 5 mg</i> ..	54
<i>acetato de medroxiprogesterona inyectable, 150 mg/ml</i> .....	50	<i>acitretina</i> .....	40	<i>alendronato sódico, comprimidos, 35 mg, 70 mg</i> .....	54
<i>acetato de megestrol, comprimidos</i> ..	51	ACTEMRA INYECTABLE, 162 MG/0.9 ML .....	53	<i>alfa-metilprednisolona</i> .....	46
<i>acetato de megestrol, suspensión, 40 mg/ml</i> .....	51	ACTEMRA INYECTABLE, 200 MG/10 ML, 400 MG/20 ML, 80 MG/4 ML .....	53	ALIMTA .....	21
<i>acetato de metilprednisolona inyectable, 40 mg/ml, 80 mg/ml</i> ....	47	ACTHIB .....	53	ALINIA, COMPRIMIDOS .....	25
<i>acetato de noretindrona</i> .....	51	ACTIMMUNE .....	53	ALINIA, LIBERACIÓN SOSTENIDA ..	25
		ADACEL .....	53	ALIQOPA .....	23
		ADAGEN .....	45	<i>alopurinol</i> .....	19
				<i>alopurinol sódico</i> .....	19
				ALORA .....	48

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
ALOXI .....	18	<i>amoxicilina/clavulanato de potasio, liberación prolongada</i> .....	12	APTIOM, COMPRIMIDOS, 200 MG, 400 MG, 800 MG .....	14
<i>alprazolam, comprimidos, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i> .....	30	<i>amoxicilina, comprimidos</i> .....	12	APTIOM, COMPRIMIDOS, 600 MG	14
<i>alprazolam, comprimidos, 2 mg</i> .....	30	<i>amoxicilina, liberación sostenida</i> .....	12	APTIVUS, CÁPSULAS .....	29
<i>alprazolam, comprimidos orodispersables, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i> .....	30	<i>amoxicilina, masticable</i> .....	12	APTIVUS, SOLUCIÓN ORAL .....	29
<i>alprazolam, comprimidos orodispersables, 2 mg</i> .....	30	<i>ampicilina</i> .....	12	ARALAST NP .....	58
<i>altavera</i> .....	48	<i>ampicilina sódica</i> .....	12	<i>aranelle</i> .....	48
ALUNBRIG, COMPRIMIDOS, 30 MG	23	<i>ampicilina-sulbactam</i> .....	12	ARANESP SIN ALBÚMINA INYECTABLE, 10 MCG/0.4 ML, 40 MCG/0.4 ML .....	33
ALUNBRIG, COMPRIMIDOS, 180 MG, 90 MG .....	23	AMPYRA .....	40	ARANESP SIN ALBÚMINA INYECTABLE, 25 MCG/0.42 ML .....	33
ALUNBRIG, COMPRIMIDOS EN PAQUETE .....	23	ANADROL-50 .....	48	ARANESP SIN ALBÚMINA INYECTABLE, 25 MCG/ML, 40 MCG/ML .....	33
<i>alyacen 1/35</i> .....	48	<i>anaspaz</i> .....	44	ARANESP SIN ALBÚMINA INYECTABLE, 100 MCG/0.5 ML .....	33
<i>alyacen 7/7/7</i> .....	48	<i>anastrozol</i> .....	23	ARANESP SIN ALBÚMINA INYECTABLE, 100 MCG/ML, 200 MCG/ML, 300 MCG/ML, 60 MCG/ML .....	33
AMBISOME .....	18	<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> .....	39	ARANESP SIN ALBÚMINA INYECTABLE, 150 MCG/0.3 ML .....	33
<i>amethia</i> .....	48	<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> .....	39	ARANESP SIN ALBÚMINA INYECTABLE, 200 MCG/0.4 ML .....	33
<i>amethia lo</i> .....	48	<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, 7.5 mg; 7.5 mg; 7.5 mg</i> .....	39	ARANESP SIN ALBÚMINA INYECTABLE, 300 MCG/0.6 ML .....	33
<i>amilorida/hidroclorotiazida</i> .....	37	<i>anfetamina/dextroanfetamina, comprimidos, 5 mg; 5 mg; 5 mg; 5 mg</i> .....	39	ARANESP SIN ALBÚMINA INYECTABLE, 500 MCG/ML .....	33
AMINO ACID .....	55	<i>anfotericina b</i> .....	18	ARANESP SIN ALBÚMINA INYECTABLE, 600 MCG/0.3 ML .....	33
<i>aminofilina</i> .....	58	ANORO ELLIPTA .....	57	ARCALYST .....	53
AMINOSYN .....	41	APOKYN .....	25	<i>aripirazol, comprimidos</i> .....	26
AMINOSYN AL 7%/ELECTROLITOS	41	<i>apraclonidina</i> .....	56	<i>aripirazol, comprimidos orodispersables</i> .....	26
AMINOSYN AL 8.5%/ELECTROLITOS	41	<i>aprepitant, cápsulas, 40 mg</i> .....	18	<i>aripirazol, solución oral</i> .....	26
AMINOSYN-HBC .....	41	<i>aprepitant, cápsulas, 80 mg</i> .....	18	ARISTADA INITIO .....	26
AMINOSYN II .....	41	<i>aprepitant, cápsulas, 125 mg</i> .....	18	ARISTADA INYECTABLE, 441 MG/1.6 ML .....	26
AMINOSYN II AL 8.5%/ELECTROLITOS .....	41	<i>aprepitant, cápsulas, en paquete</i> .....	18	ARISTADA INYECTABLE, 662 MG/2.4 ML .....	26
AMINOSYN M .....	41	<i>apri</i> .....	48	ARISTADA INYECTABLE, 882 MG/3.2 ML .....	26
AMINOSYN-PF .....	41	APRISO .....	54	ARISTADA INYECTABLE, 1064 MG/3.9 ML .....	26
AMINOSYN-PF AL 7% .....	41				
AMINOSYN-RF .....	41				
AMITIZA .....	45				
<i>amlodipina/valsartán/hctz</i> .....	36				
<i>amnestem</i> .....	40				
<i>amoxapina</i> .....	18				
<i>amoxicilina, cápsulas</i> .....	12				
<i>amoxicilina/clavulanato de potasio</i> ..	12				

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>armodafinil</i> .....	58	<i>azitromicina, comprimidos, 600 mg</i> ..	12	<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> .....	36
ARNUITY ELLIPTA .....	57	<i>azitromicina inyectable</i> .....	12	<i>besilato de amlodipina/clorhidrato de benazepril, cápsulas, 10 mg; 20 mg, 10 mg; 40 mg</i> .....	36
ARRANON .....	21	<i>azitromicina, liberación sostenida, 100 mg/5 ml</i> .....	12	<i>besilato de amlodipina, comprimidos, 2.5 mg</i> .....	36
<i>ascomp/codeína</i> .....	8	<i>azitromicina, liberación sostenida, 200 mg/5 ml</i> .....	12	<i>besilato de amlodipina, comprimidos, 5 mg</i> .....	36
<i>ashlyna</i> .....	48	<i>azitromicina, paquete</i> .....	12	<i>besilato de amlodipina, comprimidos, 10 mg</i> .....	36
<i>aspirina/dipiridamol</i> .....	34	AZOPT .....	56	<i>besilato de amlodipina/valsartán</i> .....	36
ASTAGRAF XL .....	52	<i>aztreonam inyectable, 1 g</i> .....	12	BESIVANCE .....	13
<i>atazanavir, cápsulas, 200 mg</i> .....	29	AZTREONAM INYECTABLE, 2 G ..	12	BESPONSA .....	24
<i>atazanavir, cápsulas, 300 mg</i> .....	29	<i>azurette</i> .....	48	BETASERON .....	40
<i>atenolol</i> .....	35	<b>B</b>		<i>bexaroteno</i> .....	24
<i>atenolol/clortalidona</i> .....	35	<i>baciim</i> .....	10	BEXSERO .....	53
ATGAM .....	53	<i>bacitracina inyectable</i> .....	10	<i>bicalutamida</i> .....	20
<i>atomoxetina, cápsulas, 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i> .....	39	<i>bacitracina/polimixina b</i> .....	10	<i>bicarbonato sódico inyectable</i> .....	43
<i>atomoxetina, cápsulas, 100 mg, 60 mg, 80 mg</i> .....	39	<i>bacitracina, pomada oftálmica</i> .....	10	<i>bicarbonato sódico, surtido parcial</i> ..	43
<i>atorvastatina cálcica</i> .....	38	<i>baclofen, comprimidos, 10 mg, 5 mg</i> ..	27	BICILLIN L-A .....	12
<i>atovaquona</i> .....	25	<i>baclofen, comprimidos, 20 mg</i> .....	27	BICNU .....	20
<i>atovaquona/clorhidrato de proguanil</i> ..	25	BACTROBAN NASAL .....	10	BIDIL .....	38
ATRIPLA .....	29	<i>balsalazida disódica</i> .....	54	BIKTARVY .....	28
ATROVENT HFA .....	57	<i>balziva</i> .....	48	BILTRICIDE .....	25
<i>aubra</i> .....	48	BANZEL, COMPRIMIDOS, 200 MG .....	15	<i>bimatoprost, solución oftálmica</i> .....	55
AUGMENTIN SUSR, 125 MG/5 ML; 31.25 MG/5 ML .....	12	BANZEL, COMPRIMIDOS, 400 MG .....	15	BINOSTO .....	54
AURYXIA .....	44	BANZEL, SUSPENSIÓN .....	15	<i>bitartrato de hidrocodona/acetaminofeno, comprimidos, 300 mg; 5 mg, 325 mg; 2.5 mg</i> .....	8
AVASTIN .....	24	BARACLUDE, SOLUCIÓN ORAL ..	28	<i>bitartrato de hidrocodona/acetaminofeno, comprimidos, 300 mg; 10 mg, 300 mg; 7.5 mg</i> .....	8
<i>aviane</i> .....	48	<i>base de eritromicina</i> .....	13	<i>bitartrato de hidrocodona/acetaminofeno, solución oral</i> .....	8
<i>avita, crema</i> .....	40	BAVENCIO .....	24	<i>bleomycin</i> .....	21
<i>avita, gel</i> .....	40	BAXDELA .....	13	BLEPHAMIDE .....	13
AVONEX .....	40	BCG VACCINE .....	53	BLEPHAMIDE S.O.P. ....	13
AVONEX PEN .....	40	<i>bekyree</i> .....	48	<i>blisovi fe 1.5/30</i> .....	48
<i>azacitidina</i> .....	21	BELEODAQ .....	21	<i>blisovi fe 1/20</i> .....	48
AZACTAM .....	12	BENDEKA .....	20		
AZACTAM EN DEXTROSA ISOOSMÓTICA .....	12	BENLYSTA INYECTABLE, 120 MG ..	53		
AZASAN .....	52	BENLYSTA INYECTABLE, 400 MG ..	53		
AZASITE .....	12	<i>benzoato de rizatriptán</i> .....	19		
<i>azatioprina, comprimidos</i> .....	52	<i>benzoato de rizatriptán, comprimidos orodispersables</i> .....	19		
<i>azatioprina inyectable</i> .....	52				
<i>azitromicina, comprimidos, 250 mg, 500 mg</i> .....	12				





# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>cefepima</i> .....	11	CILOXAN, POMADA .....	13	CLINIMIX AL 4.25%/	
<i>cefepima/dextrosa</i> .....	11	CIMDUO .....	29	DEXTROSA AL 10%.....	41
<i>cefixima</i> .....	11	<i>cimetidina</i> .....	45	CLINIMIX AL 4.25%/	
<i>cefotaxima sódica</i> .....	11	CINRYZE .....	52	DEXTROSA AL 20%.....	41
<i>cefotetan</i> .....	12	<i>cipionato de testosterona</i> .....	48	CLINIMIX AL 4.25%/	
<i>cefoxitina sódica inyectable,</i>		CIPRODEX .....	13	DEXTROSA AL 25%.....	41
<i>10 g, 1 g, 2 g</i> .....	12	<i>ciprofloxacina, comprimidos de liberación</i>		CLINIMIX AL 5%/DEXTROSA AL 15% 41	
<i>cefpodoxima proxetil</i> .....	12	<i>prolongada x 24 h, 500 mg; 0</i> .....	13	CLINIMIX AL 5%/DEXTROSA AL 20% 41	
<i>cefprozil</i> .....	12	<i>ciprofloxacina, comprimidos de liberación</i>		CLINIMIX AL 5%/DEXTROSA AL 25% 41	
<i>ceftazidima</i> .....	12	<i>prolongada x 24 h, 1000 mg; 0</i> .....	13	CLINIMIX E AL 2.75%/	
<i>ceftazidima/dextrosa</i> .....	12	<i>ciprofloxacina intravenosa en d5w</i> ..	13	DEXTROSA AL 10%.....	41
<i>ceftriaxona en dextrosa isoosmótica</i> ..	12	<i>ciprofloxacina, liberación sostenida</i>	13	CLINIMIX E AL 4.25%/	
<i>ceftriaxona sódica inyectable,</i>		CIPRO HC.....	13	DEXTROSA AL 10%.....	41
<i>10 g, 1 g, 250 mg, 2 g, 500 mg</i> .....	12	<i>cisplatino</i> .....	21	CLINIMIX E AL 4.25%/	
<i>cefuroxima axetil</i> .....	12	<i>citarabina</i> .....	21	DEXTROSA AL 25%.....	41
<i>cefuroxima sódica</i> .....	12	<i>citarabina acuosa</i> .....	21	CLINIMIX E AL 5%/	
<i>celecoxib, cápsulas,</i>		<i>citrato de fentanilo inyectable,</i>		DEXTROSA AL 25%.....	41
<i>100 mg, 200 mg, 50 mg</i> .....	7	<i>1000 mcg/20 ml, 100 mcg/2 ml,</i>		CLINIMIX N9G15E .....	41
<i>celecoxib, cápsulas, 400 mg</i> .....	7	<i>2500 mcg/50 ml, 250 mcg/5 ml</i> .....	8	CLINISOL SF 15% .....	41
CELONTIN.....	14	<i>citrato de fentanilo, paleta transmucosa</i>		<i>clodan</i> .....	46
CEREZYME.....	45	<i>oral, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg</i> ..	8	<i>clofarabina</i> .....	21
<i>cesia</i> .....	48	<i>citrato de fentanilo, paleta transmucosa</i>		<i>clonazepam, comprimidos, 0.5 mg</i> ..	14
CHANTIX.....	10	<i>oral, 1200 mcg, 1600 mcg, 800 mcg</i> .	8	<i>clonazepam, comprimidos, 1 mg</i> ...	14
CHANTIX, PAQUETE		<i>citrato de orfenadrina,</i>		<i>clonazepam, comprimidos, 2 mg</i> ...	14
MENSUAL DE CONTINUACIÓN ...	10	<i>liberación prolongada</i> .....	58	<i>clonazepam, comprimidos</i>	
CHANTIX, PAQUETE		<i>citrato de potasio,</i>		<i>orodispersables, 0.125 mg,</i>	
MENSUAL INICIAL.....	10	<i>liberación prolongada</i> .....	43	<i>0.25 mg, 0.5 mg</i> .....	14
<i>chateal</i> .....	48	<i>citrato de tamoxifeno</i> .....	21	<i>clonazepam, comprimidos</i>	
CHEMET .....	44	<i>cladribina</i> .....	21	<i>orodispersables, 1 mg</i> .....	14
<i>ciclodan</i> .....	18	<i>claravis</i> .....	40	<i>clonazepam, comprimidos</i>	
<i>ciclofosfamida, cápsulas</i> .....	20	<i>claritromicina, comprimidos</i> .....	13	<i>orodispersables, 2 mg</i> .....	14
<i>ciclofosfamida inyectable</i> .....	20	<i>claritromicina, liberación prolongada</i> ..	12	<i>clopidogrel, comprimidos, 75 mg</i> ...	34
<i>ciclopirox, champú</i> .....	18	<i>claritromicina, liberación sostenida</i> .	13	<i>clopidogrel, comprimidos, 300 mg</i> ..	34
<i>ciclopirox, laca para las uñas</i> .....	18	<i>clindacin etz, compresas</i> .....	10	<i>clorazepato dipotásico,</i>	
<i>ciclopirox, olamina</i> .....	18	<i>clindacin-p</i> .....	10	<i>3.75 mg, 7.5 mg</i> .....	30
<i>ciclopirox, suspensión</i> .....	18	<i>clindamicina</i> .....	10	<i>clorazepato dipotásico,</i>	
<i>cicloserina</i> .....	20	<i>clindamicina/cloruro de sodio</i> .....	10	<i>comprimidos, 15 mg</i> .....	30
<i>ciclosporina</i> .....	52	CLINIMIX AL 2.75%/		<i>clorhidrato de acebutolol</i> .....	35
<i>ciclosporina modificada</i> .....	52	DEXTROSA AL 5%.....	41	<i>clorhidrato de alfuzosina,</i>	
<i>cidofovir</i> .....	28	CLINIMIX AL 4.25%/		<i>liberación prolongada</i> .....	46
<i>cilostazol</i> .....	34	DEXTROSA AL 5%.....	41	<i>clorhidrato de alosetrón,</i>	
				<i>comprimidos, 0.5 mg</i> .....	45

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>clorhidrato de alosetrón, comprimidos, 1 mg</i> . . . . .	45	<i>clorhidrato de bupropión, liberación sostenida</i> . . . . .	16	<i>clorhidrato de desipramina</i> . . . . .	18
<i>clorhidrato de amantadina</i> . . . . .	25	<i>clorhidrato de buspirona, comprimidos, 10 mg, 5 mg</i> . . . . .	30	<i>clorhidrato de dexmetilfenidato</i> . . . . .	39
<i>clorhidrato de amilorida</i> . . . . .	37	<i>clorhidrato de buspirona, comprimidos, 15 mg, 30 mg, 7.5 mg</i> . . . . .	30	<i>clorhidrato de diciclomina, cápsulas</i> . . . . .	44
<i>clorhidrato de amiodarona, comprimidos</i> . . . . .	35	<i>clorhidrato de carteolol</i> . . . . .	56	<i>clorhidrato de diciclomina, comprimidos</i> . . . . .	44
<i>clorhidrato de amiodarona inyectable</i> . . . . .	35	<i>clorhidrato de ciclobenzaprina, comprimidos, 10 mg, 5 mg</i> . . . . .	58	<i>clorhidrato de diciclomina, solución oral</i> . . . . .	44
<i>clorhidrato de amiodarona inyectable, 50 mg/ml, 900 mg/18 ml</i> . . . . .	35	<i>clorhidrato de cimetidina</i> . . . . .	45	<i>clorhidrato de difenhidramina inyectable</i> . . . . .	57
<i>clorhidrato de amitriptilina</i> . . . . .	18	<i>clorhidrato de ciprofloxacina</i> . . . . .	13	<i>clorhidrato de diltiazem, cápsulas de liberación prolongada x 12 h</i> . . . . .	36
<i>clorhidrato de anagrelida</i> . . . . .	33	<i>clorhidrato de ciprofloxacina, comprimidos, 100 mg</i> . . . . .	13	<i>clorhidrato de diltiazem, cápsulas de liberación prolongada x 24 h, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 420 mg</i> . . . . .	36
<i>clorhidrato de azelastina, solución nasal</i> . . . . .	57	<i>clorhidrato de ciprofloxacina, comprimidos, 250 mg</i> . . . . .	13	<i>clorhidrato de diltiazem, comprimidos</i> . . . . .	36
<i>clorhidrato de azelastina, solución oftálmica</i> . . . . .	56	<i>clorhidrato de ciprofloxacina, comprimidos, 750 mg</i> . . . . .	13	<i>clorhidrato de diltiazem, comprimidos de liberación prolongada x 24 h</i> . . . . .	36
<i>clorhidrato de benazepril</i> . . . . .	34	<i>clorhidrato de ciprofloxacina, solución oftálmica</i> . . . . .	13	<i>clorhidrato de diltiazem inyectable</i> . . . . .	36
<i>clorhidrato de benazepril/hidroclorotiazida, comprimidos, 10 mg; 12.5 mg, 20 mg; 25 mg, 5 mg; 6.25 mg</i> . . . . .	34	<i>clorhidrato de clindamicina, cápsulas</i> . . . . .	10	<i>clorhidrato de donepezilo, comprimidos, 5 mg</i> . . . . .	16
<i>clorhidrato de benazepril/hidroclorotiazida, comprimidos, 20 mg; 12.5 mg</i> . . . . .	34	<i>clorhidrato de clonidina</i> . . . . .	18	<i>clorhidrato de donepezilo, comprimidos, 5 mg</i> . . . . .	16
<i>clorhidrato de betaxolol, comprimidos</i> . . . . .	35	<i>clorhidrato de clonidina, comprimidos, 0.1 mg, 0.2 mg</i> . . . . .	34	<i>clorhidrato de donepezilo, comprimidos, 10 mg</i> . . . . .	16
<i>clorhidrato de betaxolol, solución oftálmica</i> . . . . .	56	<i>clorhidrato de clonidina, comprimidos, 0.3 mg</i> . . . . .	34	<i>clorhidrato de donepezilo, comprimidos, 10 mg</i> . . . . .	16
<i>clorhidrato de buprenorfina/clorhidrato de naloxona</i> . . . . .	9	<i>clorhidrato de clonidina, liberación prolongada</i> . . . . .	39	<i>clorhidrato de donepezilo, comprimidos, 23 mg</i> . . . . .	16
<i>clorhidrato de buprenorfina inyectable</i> . . . . .	7	<i>clorhidrato de clonidina, parche semanal, 0.1 mg/24 h, 0.2 mg/24 h</i> . . . . .	34	<i>clorhidrato de donepezilo, comprimidos dispersables, 5 mg</i> . . . . .	16
<i>clorhidrato de buprenorfina sublingual</i> . . . . .	9	<i>clorhidrato de clonidina, parche semanal, 0.3 mg/24 h</i> . . . . .	34	<i>clorhidrato de donepezilo, comprimidos dispersables, 10 mg</i> . . . . .	16
<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos, 75 mg</i> . . . . .	16	<i>clorhidrato de clorpromazina, comprimidos</i> . . . . .	26	<i>clorhidrato de dorzolamida</i> . . . . .	56
<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos, 100 mg</i> . . . . .	16	<i>clorhidrato de clorpromazina inyectable</i> . . . . .	26	<i>clorhidrato de dorzolamida/maleato de timolol</i> . . . . .	56
<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos de liberación prolongada x 12 h, 100 mg, 200 mg</i> . . . . .	16	<i>clorhidrato de colestipol</i> . . . . .	38	<i>clorhidrato de doxepina</i> . . . . .	30
<b>CLORHIDRATO DE BUPROPIÓN, COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA X 12 H, 150 MG</b> . . . . .	16	<i>clorhidrato de daunorrubicina</i> . . . . .	21	<i>clorhidrato de doxorubicina</i> . . . . .	22
<i>clorhidrato de bupropión, liberación prolongada</i> . . . . .	16	<i>clorhidrato de daunorrubicina inyectable, 20 mg/4 ml</i> . . . . .	21	<i>clorhidrato de doxorubicina liposomal</i> . . . . .	22
<i>clorhidrato de bupropión, liberación sostenida</i> . . . . .	10	<b>CLORHIDRATO DE DAUNORRUBICINA INYECTABLE, 50 MG/10 ML</b> . . . . .	21	<i>clorhidrato de duloxetina, cápsulas con recubrimiento entérico, 20 mg</i> . . . . .	17
		<i>clorhidrato de demeclociclina</i> . . . . .	14	<i>clorhidrato de duloxetina, cápsulas con recubrimiento entérico, 30 mg</i> . . . . .	17



# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>clorhidrato de metilfenidato, comprimidos de liberación controlada y prolongada, 20 mg</i> . . . . .	39	<i>clorhidrato de nefazodona</i> . . . . .	16	<i>clorhidrato de pioglitazona/ clorhidrato de metformina</i> . . . . .	32
<i>clorhidrato de metilfenidato, comprimidos de liberación controlada y prolongada, 36 mg</i> . . . . .	39	<i>clorhidrato de nicardipina, cápsulas</i> . . . . .	36	<i>clorhidrato de prazosina</i> . . . . .	34
<i>clorhidrato de metilfenidato, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 18 mg</i> . . . . .	39	<i>clorhidrato de nicardipina inyectable</i> . . . . .	36	<i>clorhidrato de prometazina, comprimidos, 12.5 mg, 25 mg</i> . . . . .	18
<i>clorhidrato de metilfenidato, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 27 mg, 54 mg</i> . . . . .	39	<i>clorhidrato de nortriptilina</i> . . . . .	18	<i>clorhidrato de prometazina, comprimidos, 50 mg</i> . . . . .	18
<i>clorhidrato de metilfenidato, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 36 mg</i> . . . . .	39	<i>clorhidrato de olopatadina, solución oftálmica</i> . . . . .	56	<i>clorhidrato de prometazina, jarabe</i> . . . . .	18
<i>clorhidrato de metoclopramida, comprimidos</i> . . . . .	45	<i>clorhidrato de olopatadina, solución oftálmica al 0.2%</i> . . . . .	56	<i>clorhidrato de prometazina, supositorios</i> . . . . .	18
<i>clorhidrato de metoclopramida inyectable</i> . . . . .	44	<i>clorhidrato de ondansetrón, comprimidos, 4 mg, 8 mg</i> . . . . .	18	<i>clorhidrato de propafenona</i> . . . . .	35
<i>clorhidrato de metoclopramida, solución oral</i> . . . . .	44	<i>clorhidrato de ondansetrón, comprimidos, 24 mg</i> . . . . .	18	<i>clorhidrato de propafenona, cápsulas de liberación prolongada x 12 h, 225 mg, 325 mg</i> . . . . .	35
<i>clorhidrato de mexiletina</i> . . . . .	35	<i>clorhidrato de ondansetrón, solución oral</i> . . . . .	18	<i>clorhidrato de propafenona, cápsulas de liberación prolongada x 12 h, 425 mg</i> . . . . .	35
<i>clorhidrato de midodrina</i> . . . . .	34	<i>clorhidrato de oxycodona, cápsulas</i> . . . . .	9	<i>clorhidrato de proparacaína</i> . . . . .	56
<i>clorhidrato de minociclina</i> . . . . .	14	<i>clorhidrato de oxycodona, comprimidos, 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i> . . . . .	9	<i>clorhidrato de propranolol, liberación prolongada</i> . . . . .	36
<i>clorhidrato de mitoxantrona</i> . . . . .	22	<i>clorhidrato de oxycodona, comprimidos, 30 mg</i> . . . . .	9	<i>clorhidrato de propranolol, comprimidos</i> . . . . .	36
<i>clorhidrato de moexipril</i> . . . . .	35	<i>clorhidrato de oxycodona concentrado</i> . . . . .	9	<i>clorhidrato de propranolol, comprimidos, 60 mg</i> . . . . .	36
<i>clorhidrato de moxifloxacina/ clorhidrato de sodio</i> . . . . .	13	<i>clorhidrato de oxycodona, solución oral</i> . . . . .	9	<i>clorhidrato de propranolol inyectable</i> . . . . .	36
<i>clorhidrato de moxifloxacina, comprimidos</i> . . . . .	13	<i>clorhidrato de palonosetrón inyectable, 0.25 mg/5 ml</i> . . . . .	18	<i>clorhidrato de propranolol, solución oral</i> . . . . .	36
<i>clorhidrato de moxifloxacina inyectable</i> . . . . .	13	<i>clorhidrato de paroxetina, comprimidos, 10 mg</i> . . . . .	17	<i>clorhidrato de protriptilina</i> . . . . .	18
<i>clorhidrato de moxifloxacina, solución oftálmica</i> . . . . .	13	<i>clorhidrato de paroxetina, comprimidos, 20 mg</i> . . . . .	17	<i>clorhidrato de quinapril</i> . . . . .	35
<i>clorhidrato de naftifina</i> . . . . .	19	<i>clorhidrato de paroxetina, comprimidos, 30 mg, 40 mg</i> . . . . .	17	<i>clorhidrato de raloxifeno</i> . . . . .	51
<i>clorhidrato de naftifina</i> . . . . .	19	<i>clorhidrato de paroxetina, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 12.5 mg</i> . . . . .	17	<i>clorhidrato de ranitidina, cápsulas</i> . . . . .	45
<i>clorhidrato de nalbufina inyectable, 10 mg/ml</i> . . . . .	9	<i>clorhidrato de paroxetina, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 25 mg, 37.5 mg</i> . . . . .	17	<i>clorhidrato de ranitidina, comprimidos</i> . . . . .	45
<i>clorhidrato de nalbufina inyectable, 20 mg/ml</i> . . . . .	9	<i>clorhidrato de pilocarpina</i> . . . . .	40	<i>clorhidrato de ranitidina inyectable</i> . . . . .	45
<i>clorhidrato de naloxona</i> . . . . .	10	<i>clorhidrato de pilocarpina</i> . . . . .	40	<i>clorhidrato de ranitidina inyectable, 50 mg/2 ml</i> . . . . .	45
<i>clorhidrato de naltrexona</i> . . . . .	9	<i>clorhidrato de pilocarpina</i> . . . . .	56	<i>clorhidrato de ranitidina, jarabe</i> . . . . .	45
<i>clorhidrato de naratriptán</i> . . . . .	19	<i>clorhidrato de pioglitazona</i> . . . . .	31	<i>clorhidrato de rimantadina</i> . . . . .	30
<i>clorhidrato de nefazodona</i> . . . . .	16			<i>clorhidrato de ropinirol</i> . . . . .	25
				<i>clorhidrato de selegilina</i> . . . . .	25
				<i>clorhidrato de sertralina, comprimidos, 25 mg</i> . . . . .	17
				<i>clorhidrato de sertralina, comprimidos, 50 mg</i> . . . . .	17

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>clorhidrato de sertralina, comprimidos, 100 mg</i> . . . . .	17	<i>clorhidrato de vancomicina, cápsulas, 250 mg</i> . . . . .	11	<i>cloruro de potasio, comprimidos de liberación prolongada y controlada</i> . 43	
<i>clorhidrato de sertralina concentrado</i> . 17		<i>clorhidrato de vancomicina/ cloruro de sodio inyectable al 0.9%; 750 mg/150 ml</i> . . . . .	11	<i>cloruro de potasio/dextrosa/ cloruro de sodio</i> . . . . .	43
<i>clorhidrato de sotalol</i> . . . . .	35	<i>clorhidrato de vancomicina en dextrosa</i> . . . . .	11	<i>cloruro de potasio/dextrosa inyectable al 5%; 20 meq/l, 5%; 40 meq/l</i> . . . . .	43
<i>clorhidrato de sotalol (af)</i> . . . . .	35	<i>clorhidrato de vancomicina inyectable al 0.9%; 1 g/200 ml, 10 g, 1 g, 500 mg, 5 g, 750 mg</i> . . . . .	11	<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> . . . . .	43
<i>clorhidrato de sotalol af</i> . . . . .	35	<i>clorhidrato de venlafaxina</i> . . . . .	17	<i>cloruro de potasio inyectable, 10 meq/100 ml, 20 meq/100 ml, 2 meq/ml, 40 meq/100 ml</i> . . . . .	43
<i>clorhidrato de sotalol (af), comprimidos, 80 mg</i> . . . . .	35	<i>clorhidrato de venlafaxina, cápsulas de liberación prolongada x 24 h, 37.5 mg</i> . 17		<i>cloruro de potasio, liberación controlada</i> . . . . .	42
<i>clorhidrato de sotalol af, comprimidos, 160 mg</i> . . . . .	35	<i>clorhidrato de venlafaxina, cápsulas de liberación prolongada x 24 h, 75 mg</i> . . 18		<i>cloruro de potasio, liberación sostenida</i> . . . . .	43
<i>clorhidrato de sotalol, comprimidos, 120 mg</i> . . . . .	35	<i>clorhidrato de venlafaxina, cápsulas de liberación prolongada x 24 h, 150 mg</i> . 18		<i>cloruro de potasio, solución oral</i> . . . 43	
<i>clorhidrato de tamsulosina</i> . . . . .	46	<i>clorhidrato de verapamilo, cápsulas de liberación prolongada x 24 h, 100 mg, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i> . . . 37		<i>cloruro de sodio al 0.45%</i> . . . . .	43
<i>clorhidrato de terazosina, cápsulas, 1 mg, 2 mg, 5 mg</i> . . . . .	34	<i>clorhidrato de verapamilo, cápsulas de liberación prolongada x 24 h, 200 mg</i> . 37		<i>cloruro de sodio inyectable al 0.9%, 2.5 meq/ml, 3%, 5%</i> . . . . .	43
<i>clorhidrato de terazosina, cápsulas, 10 mg</i> . . . . .	34	<i>clorhidrato de verapamilo, comprimidos</i> . . . . .	37	<i>cloruro de sodio para irrigación al 0.9%</i> . . . . .	55
<i>clorhidrato de terbinafina, comprimidos</i> . . . . .	19	<i>clorhidrato de verapamilo, comprimidos de liberación prolongada y controlada</i> 37		<i>clotrimazol, crema externa</i> . . . . .	18
<i>clorhidrato de tetraciclina</i> . . . . .	14	<i>clorhidrato de verapamilo inyectable</i> . 37		<i>clotrimazol/dipropionato de betametasona</i> . . . . .	19
<i>clorhidrato de tiagabina</i> . . . . .	15	<i>clorhidrato de ziprasidona</i> . . . . .	27	<i>clotrimazol, pastillas</i> . . . . .	18
<i>clorhidrato de tioridazina</i> . . . . .	26	<i>clorotiazida</i> . . . . .	37	<i>clotrimazol, solución externa</i> . . . . .	18
<i>clorhidrato de tizanidina, cápsulas</i> . 27		<i>clorotiazida sódica</i> . . . . .	37	<i>clozapina, comprimidos, 25 mg, 50 mg</i> 27	
<i>clorhidrato de tizanidina, comprimidos</i> . . . . .	27	<i>clortalidona</i> . . . . .	38	<i>clozapina, comprimidos, 100 mg</i> . . . 27	
<i>clorhidrato de topotecán inyectable, 4 mg</i> . . . . .	23	<i>cloruro de betanecol</i> . . . . .	46	<i>clozapina, comprimidos, 200 mg</i> . . . 27	
<i>clorhidrato de tramadol</i> . . . . .	9	<i>cloruro de oxibutinina, comprimidos</i> 46		<i>clozapina, comprimidos orodispersables, 12.5 mg, 25 mg</i> . . . 27	
<i>clorhidrato de tramadol/ acetamonifeno</i> . . . . .	9	<i>cloruro de oxibutinina, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 5 mg</i> . . . 46		<i>clozapina, comprimidos orodispersables, 100 mg</i> . . . . .	27
<i>clorhidrato de trazodona, comprimidos, 100 mg, 150 mg, 50 mg</i> . . . . .	16	<i>cloruro de oxibutinina, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 10 mg, 15 mg</i> . . . . .	46	<i>clozapina, comprimidos orodispersables, 150 mg</i> . . . . .	27
<i>clorhidrato de trazodona, comprimidos, 300 mg</i> . . . . .	16	<i>cloruro de oxibutinina, jarabe</i> . . . . .	46	<i>clozapina, comprimidos orodispersables, 200 mg</i> . . . . .	27
<i>clorhidrato de trientina</i> . . . . .	44	<i>cloruro de potasio, cápsulas de liberación prolongada y controlada</i> . 42		COARTEM . . . . .	25
<i>clorhidrato de trifluoperazina</i> . . . . .	26	<i>cloruro de potasio/cloruro de sodio inyectable, 20 meq/l; 0.45%, 20 meq/l; 0.9%, 40 meq/l; 0.9%</i> . . . . 43		<i>colchicina, cápsulas</i> . . . . .	19
<i>clorhidrato de trihexifenidilo</i> . . . . .	25			<i>colchicina, comprimidos</i> . . . . .	19
<i>clorhidrato de valaciclovir</i> . . . . .	30			<i>colestiramina</i> . . . . .	38
<i>clorhidrato de valaciclovir, comprimidos, 1 g</i> . . . . .	30				
<i>clorhidrato de valganciclovir</i> . . . . .	28				
<i>clorhidrato de vancomicina, cápsulas, 125 mg</i> . . . . .	11				

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>colestiramina suave</i> .....	38	<b>D</b>		<i>desvenlafaxina, liberación prolongada</i> .17	
<i>colistimetato sódico</i> .....	10	<i>dacarbazina</i> .....	20	<i>dexametasona, comprimidos, 0.5 mg, 0.75 mg, 4 mg</i> .....	47
<i>colocort</i> .....	54	<i>dactinomicina</i> .....	21	<i>dexametasona, comprimidos, 1.5 mg, 1 mg, 2 mg, 6 mg</i> .....	47
COLY-MYCIN S .....	56	DALIRESP, COMPRIMIDOS, 250 MCG .....	58	<i>dexametasona, elixir</i> .....	47
COMBIGAN .....	55	DALIRESP, COMPRIMIDOS, 500 MCG .....	58	<i>dexametasona, intensol</i> .....	47
COMBIVENT RESPIMAT .....	57	<i>danazol, cápsulas, 50 mg</i> .....	48	<i>dexametasona, solución oral</i> .....	47
COMETRIQ, KIT DE DOSIS DIARIA DE 60 MG .....	23	<i>danazol, cápsulas, 100 mg, 200 mg</i> ..	48	<i>dexrazoxano</i> .....	21
COMETRIQ, KIT DE DOSIS DIARIA DE 100 MG .....	23	<i>dantroleno sódico</i> .....	27	<i>dextrosa al 2.5%/nacl al 0.45%</i> .....	42
COMETRIQ, KIT DE DOSIS DIARIA DE 140 MG .....	23	<i>dapsona, comprimidos</i> .....	20	<i>dextrosa al 5% / electrolito n.o 48, viaflex</i> .....	41
COMPLERA .....	28	DAPTACEL .....	53	<i>dextrosa al 5%/nacl al 0.2%</i> .....	42
<i>compro</i> .....	18	<i>daptomicina inyectable, 500 mg</i> .....	10	<i>dextrosa al 5%/nacl al 0.9%</i> .....	42
<i>constulosa</i> .....	45	DARAPRIM .....	25	<i>dextrosa al 5%/nacl al 0.33%</i> .....	42
COPAXONE INYECTABLE, 20 MG/ML .....	40	DARZALEX .....	24	<i>dextrosa al 5%/nacl al 0.45%</i> .....	42
COPAXONE INYECTABLE, 40 MG/ML .....	40	<i>dasetta 1/35</i> .....	49	<i>dextrosa al 5%/nacl al 0.225%</i> .....	42
CORLANOR .....	37	<i>dasetta 7/7/7</i> .....	49	<i>dextrosa al 5%/solución de lactato sódico compuesta</i> .....	42
COSMEGEN .....	21	<i>daysee</i> .....	49	DEXTROSA AL 10% .....	41
COTELLIC .....	23	<i>deblítane</i> .....	50	<i>dextrosa al 10%/nacl 0.45%</i> .....	41
COUMADIN .....	32	<i>decanoato de flufenazina</i> .....	26	<i>dextrosa al 10%/nacl al 0.2%</i> .....	41
CREON .....	45	<i>decanoato de haloperidol</i> .....	26	DEXTROSE AL 5% .....	42
CRESTOR .....	38	<i>decitabina</i> .....	21	DEXTROSE AL 5%/NACL AL 0.3% ..	42
CRIXIVAN, CÁPSULAS, 200 MG ..	29	DELESTROGEN INYECTABLE, 10 MG/ML .....	49	DEXTROSE AL 20% .....	42
CRIXIVAN, CÁPSULAS, 400 MG ..	29	<i>delyla</i> .....	49	DEXTROSE AL 25% .....	42
<i>cromolina sódica concentrada</i> .....	44	DEMSEER .....	37	DEXTROSE AL 30% .....	42
<i>cromolina sódica para nebulizar</i> ..	58	DENAVIR .....	30	DEXTROSE AL 40% .....	42
<i>cromolina sódica, solución oftálmica</i> ..	56	DEPEN TITRATABS .....	44	DEXTROSE AL 50% .....	42
<i>cryselle-28</i> .....	49	DEPO-ESTRADIOL .....	49	DEXTROSE AL 70% .....	42
CUPRIMINE .....	44	DEPO-MEDROL INYECTABLE, 20 MG/ML .....	46	<i>díacetato de etinodiol/etinilestradiol, comprimidos, 50 mcg; 1 mg</i> .....	49
CURITY, GASAS 2" X 2" .....	40	DEPO-PROVERA .....	50	DIASTAT ACUDIAL, GEL, 10 MG ..	14
<i>cyclafem 1/35</i> .....	49	DESCOVY .....	29	DIASTAT ACUDIAL, GEL, 20 MG ..	15
<i>cyclafem 7/7/7</i> .....	49	<i>desloratadina</i> .....	57	DIASTAT PEDIÁTRICO .....	15
CYCLOSET .....	30	<i>desogestrel/etinilestradiol</i> .....	49	<i>diazepam, comprimidos</i> .....	30
CYRAMZA .....	24	<i>desonida, loción</i> .....	46	<i>diazepam, gel rectal, gel, 2.5 mg</i> ..	15
<i>cyred</i> .....	49	<i>desonida, pomada</i> .....	46	<i>diazepam, gel rectal, gel, 10 mg</i> ..	15
CYSTADANE .....	45	<i>desoximetasona, crema</i> .....	46	<i>diazepam, gel rectal, gel, 20 mg</i> ..	15
CYSTAGON .....	46	<i>desoximetasona, gel</i> .....	47	<i>diazepam inyectable, 5 mg/ml</i> .....	30
CYSTARAN .....	56	<i>desoximetasona, pomada</i> .....	47	<i>diazepam, solución oral</i> .....	30

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>diclofenac potásico</i> . . . . .	7	DIPHThERIA/TETANUS/TOXOIDES		ELIDEL . . . . .	40
<i>diclofenac sódico, gel al 1%</i> . . . . .	40	ABSORBIDOS (PEDIÁTRICA) . . . . .	53	ELIGARD INYECTABLE, 7.5 MG . . . . .	51
<i>diclofenac sódico, liberación prolongada</i> . . . . .	7	<i>dipropionato de alclometasona</i> . . . . .	46	ELIGARD INYECTABLE, 22.5 MG . . . . .	51
<i>diclofenac sódico, liberación retardada</i> . . . . .	7	<i>dipropionato de betametasona</i> . . . . .	46	ELIGARD INYECTABLE, 30 MG . . . . .	51
<i>diclofenac sódico, solución oftálmica</i> . . . . .	56	<i>dipropionato de betametasona aumentado</i> . . . . .	46	ELIGARD INYECTABLE, 45 MG . . . . .	51
<i>diclofenac sódico, solución transdérmica</i> . . . . .	40	<i>disulfiram</i> . . . . .	9	<i>elinest</i> . . . . .	49
<i>diclorhidrato de levocetirizina, comprimidos</i> . . . . .	57	<i>divalproex sódico</i> . . . . .	15	ELIQUIS, COMPRIMIDOS, 2.5 MG . . . . .	32
<i>diclorhidrato de levocetirizina, solución oral</i> . . . . .	57	<i>divalproex sódico, liberación prolongada</i> . . . . .	15	ELIQUIS, COMPRIMIDOS, 5 MG . . . . .	32
<i>diclorhidrato de pramipexol</i> . . . . .	25	<i>divalproex sódico, liberación retardada</i> . . . . .	15	ELIQUIS, PAQUETE INICIAL . . . . .	32
<i>diclorhidrato de pramipexol, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 0.375 mg, 0.75 mg, 1.5 mg</i> . . . . .	25	<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> . . . . .	22	ELITEK . . . . .	21
<i>diclorhidrato de pramipexol, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 2.25 mg, 3.75 mg, 3 mg, 4.5 mg</i> . . . . .	25	DOCETAXEL INYECTABLE, 200 MG/10 ML . . . . .	21	ELLA . . . . .	50
<i>dicloxacilina sódica</i> . . . . .	12	<i>dofetilide</i> . . . . .	35	ELMIRON . . . . .	46
<i>didanosina</i> . . . . .	29	<i>doxercalciferol, cápsulas, 0.5 mcg</i> . . . . .	54	EMCYT . . . . .	21
<i>difenoxilato atropina, comprimidos</i> . . . . .	44	<i>doxercalciferol, cápsulas, 1 mcg</i> . . . . .	54	EMEND, LIBERACIÓN SOSTENIDA . . . . .	18
<i>difenoxilato/atropina, líquido</i> . . . . .	44	<i>doxercalciferol, cápsulas, 2.5 mcg</i> . . . . .	54	<i>emoquette</i> . . . . .	49
DIFICID . . . . .	13	<i>doxiciclina, liberación sostenida</i> . . . . .	14	EMPLICITI . . . . .	24
<i>diflunisal</i> . . . . .	7	<i>doxy 100</i> . . . . .	14	EMSAM . . . . .	16
<i>digitek, comprimidos, 0.25 mg</i> . . . . .	37	<i>dronabinol</i> . . . . .	18	EMTRIVA, CÁPSULAS . . . . .	29
<i>digitek, comprimidos, 0.125 mg</i> . . . . .	37	DROXIA . . . . .	21	EMTRIVA, SOLUCIÓN ORAL . . . . .	29
<i>digox, comprimidos, 125 mcg</i> . . . . .	37	DUAVEE . . . . .	51	<i>enantato de testosterona</i> . . . . .	48
<i>digox, comprimidos, 250 mcg</i> . . . . .	37	DURAMORPH . . . . .	7	ENBREL INYECTABLE, 25 MG/0.5 ML . . . . .	52
<i>digoxina, comprimidos, 125 mcg</i> . . . . .	37	DUREZOL . . . . .	56	ENBREL INYECTABLE, 25 MG, 50 MG/ML . . . . .	52
<i>digoxina, comprimidos, 250 mcg</i> . . . . .	37	<i>dutasterida</i> . . . . .	46	ENBREL MINI . . . . .	52
<i>digoxina inyectable</i> . . . . .	37	<i>dutasterida/clorhidrato de tamsulosina</i> . . . . .	46	ENBREL SURECLICK . . . . .	52
DILANTIN, CÁPSULAS, 30 MG . . . . .	15	<b>E</b>		<i>endocet, comprimidos, 325 mg; 2.5 mg, 325 mg; 5 mg</i> . . . . .	8
<i>diltiazem, cápsulas de administración controlada x 24 h, 180 mg</i> . . . . .	36	EDARBI . . . . .	34	<i>endocet, comprimidos, 325 mg; 7.5 mg</i> . . . . .	8
<i>dilt-xr</i> . . . . .	36	EDARBYCLOR . . . . .	34	<i>endocet, comprimidos, 325 mg; 10 mg</i> . . . . .	8
<i>dinitrato de isosorbida, comprimidos</i> . . . . .	38	<i>edisilato de proclorperazina</i> . . . . .	26	ENGERIX-B INYECTABLE, 10 MCG/0.5 ML . . . . .	53
<i>dinitrato de isosorbida, liberación prolongada</i> . . . . .	38	<i>ed-spaz</i> . . . . .	44	ENGERIX-B INYECTABLE, 20 MCG/ML . . . . .	53
DIPHThERIA/TETANUS/TOXOIDES ABSORBIDOS . . . . .	54	EDURANT . . . . .	28	<i>enoxaparina sódica inyectable, 30 mg/0.3 ml</i> . . . . .	32
		<i>e.e.s. 400</i> . . . . .	13	<i>enoxaparina sódica inyectable, 40 mg/0.4 ml</i> . . . . .	32
		<i>efavirenz, cápsulas, 50 mg</i> . . . . .	28	<i>enoxaparina sódica inyectable, 60 mg/0.6 ml</i> . . . . .	32
		<i>efavirenz, cápsulas, 200 mg</i> . . . . .	28		
		<i>efavirenz, comprimidos</i> . . . . .	28		
		ELAPRASE . . . . .	46		

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>enoxaparina sódica inyectable, 100 mg/ml, 150 mg/ml, 300 mg/3 ml</i> . . .	32	ESBRIET, COMPRIMIDOS, 267 MG. . .	58	<i>famotidina inyectable</i> . . . . .	45
<i>enoxaparina sódica inyectable, 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml</i> . . . . .	32	ESBRIET, COMPRIMIDOS, 801 MG. . .	58	<i>famotidina premezclada</i> . . . . .	45
<i>enpresse-28</i> . . . . .	49	<i>escopolamina</i> . . . . .	18	FANAPT, COMPRIMIDOS, 1 MG, 2 MG, 4 MG . . . . .	26
<i>enskyce</i> . . . . .	49	<i>esgic, cápsulas</i> . . . . .	7	FANAPT, COMPRIMIDOS, 10 MG, 12 MG, 6 MG, 8 MG . . . . .	26
<i>entacapona</i> . . . . .	25	<i>esomeprazole sodium</i> . . . . .	45	FANAPT, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS . . . . .	26
<i>entecavir</i> . . . . .	28	<i>esomeprazol magnésico</i> . . . . .	45	FARESTON . . . . .	21
ENTRESTO . . . . .	34	<i>espironolactona</i> . . . . .	37	FARXIGA . . . . .	30
<i>enulosa</i> . . . . .	45	<i>espironolactona/hidroclorotiazida</i> . . . . .	37	FARYDAK . . . . .	23
ENVARUSUS, COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA X 24 H, 0.75 MG, 1 MG . . . . .	52	<i>estarylla</i> . . . . .	49	FASLODEX . . . . .	21
ENVARUSUS, COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA X 24 H, 4 MG . . . . .	52	<i>estavudina</i> . . . . .	29	<i>felbamato, comprimidos</i> . . . . .	15
EPCLUSA . . . . .	28	<i>estearato de eritrocina</i> . . . . .	13	<i>felbamato, suspensión</i> . . . . .	15
<i>epinefrina en autoinyector, 0.15 mg/0.15 ml, 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml</i> . . . . .	57	<i>ésteres etílicos de los ácidos omega 3</i> . . . . .	38	<i>felodipina, liberación prolongada</i> . . . . .	36
EPIPEN 2-PAK . . . . .	57	<i>estradiol, comprimidos, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i> . . . . .	49	<i>feminor</i> . . . . .	49
EPIPEN-JR 2-PAK . . . . .	57	<i>estradiol, comprimidos, 10 mcg</i> . . . . .	49	<i>fenilbutirato sódico</i> . . . . .	46
<i>epitol</i> . . . . .	15	<i>estradiol, crema</i> . . . . .	49	<i>fenitoína</i> . . . . .	15
EPIVIR HBV, SOLUCIÓN ORAL . . . . .	28	<i>estradiol, parche, dos veces por semana</i> . . . . .	49	<i>fenitoína, infatabs</i> . . . . .	15
ERBITUX . . . . .	24	<i>estradiol, parche semanal</i> . . . . .	49	<i>fenitoína sódica</i> . . . . .	16
<i>eritromicina, gel</i> . . . . .	13	ESTRING . . . . .	49	<i>fenitoína sódica liberación prolongada</i> . . . . .	16
<i>eritromicina, paños</i> . . . . .	13	<i>etacrinato sódico</i> . . . . .	37	<i>fenobarbital, comprimidos</i> . . . . .	15
<i>eritromicina/peróxido de benzoilo</i> . . . . .	40	ETHYOL . . . . .	22	<i>fenobarbital, elixir</i> . . . . .	15
<i>eritromicina, pomada</i> . . . . .	13	<i>etidronato disódico</i> . . . . .	54	<i>fenofibrato, cápsulas, 43 mg, 50 mg</i> . . . . .	38
<i>eritromicina, solución externa</i> . . . . .	13	<i>etilsuccinato de eritromicina</i> . . . . .	13	<i>fenofibrato, cápsulas, 67 mg</i> . . . . .	38
ERIVEDGE . . . . .	23	<i>etodolac</i> . . . . .	7	<i>fenofibrato, cápsulas, 130 mg, 150 mg</i> . . . . .	38
ERLEADA . . . . .	20	<i>etodolac, liberación prolongada</i> . . . . .	7	<i>fenofibrato, cápsulas, 134 mg, 200 mg</i> . . . . .	38
<i>errin</i> . . . . .	50	<i>etopósido inyectable</i> . . . . .	23	<i>fenofibrato, comprimidos, 48 mg</i> . . . . .	38
<i>ertapenem</i> . . . . .	12	<i>etosuximida</i> . . . . .	14	<i>fenofibrato, comprimidos, 54 mg</i> . . . . .	38
<i>ertapenem sódico</i> . . . . .	12	EVOMELA . . . . .	20	<i>fenofibrato, comprimidos, 54 mg</i> . . . . .	38
ERWINAZE . . . . .	22	EVOTAZ . . . . .	29	<i>fenofibrato, comprimidos, 145 mg</i> . . . . .	38
<i>ery</i> . . . . .	13	<i>exemestano</i> . . . . .	23	<i>fenofibrato, comprimidos, 160 mg</i> . . . . .	38
ERYPED 400 . . . . .	13	<i>ezetimiba</i> . . . . .	38	<i>fenofibrato micronizado, cápsulas, 67 mg</i> . . . . .	38
ERY-TAB . . . . .	13	<i>ezetimiba/simvastatina</i> . . . . .	38	<i>fenofibrato micronizado, cápsulas, 134 mg, 200 mg</i> . . . . .	38
ERYTHROCIN LACTOBIONATE . . . . .	13	<b>F</b>		<i>fentanil</i> . . . . .	7
ESBRIET, CÁPSULAS . . . . .	58	FABRAZYME . . . . .	46	FERRIPROX . . . . .	55
		<i>falmina</i> . . . . .	49	FETZIMA . . . . .	17
		<i>famciclovir</i> . . . . .	30	FETZIMA, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS . . . . .	17
		<i>famotidina, comprimidos, 20 mg, 40 mg</i> . . . . .	45	<i>finasterida, comprimidos, 5 mg</i> . . . . .	46



# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
FIRAZYR .....	52	<i>fluoxetina, liberación retardada</i> .....	17	FREAMINE HBC 6.9% .....	42
FIRMAGON INYECTABLE, 80 MG .	51	<i>flurbiprofeno</i> .....	7	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 ..	42
FIRMAGON INYECTABLE, 120 MG .	51	<i>flurbiprofeno sódico</i> .....	56	<i>fumarato de bisoprolol</i> .....	35
FLOVENT DISKUS AEPB, 100 MCG/ BLÍSTER, 50 MCG/BLÍSTER .....	57	<i>flutamida</i> .....	20	<i>fumarato de bisoprolol/ hidroclorotiazida</i> .....	35
FLOVENT DISKUS AEPB, 250 MCG/BLÍSTER .....	57	FOLOTYN .....	21	<i>fumarato de disoproxilo de tenofovir</i> ..	29
FLOVENT HFA AEROSOL, 44 MCG/ACT .....	57	<i>fondaparinux sódico inyectable, 2.5 mg/0.5 ml</i> .....	32	<i>fumarato de quetiapina</i> .....	27
FLOVENT HFA AEROSOL, 110 MCG/ACT .....	57	<i>fondaparinux sódico inyectable, 5 mg/0.4 ml</i> .....	33	<i>fumarato de quetiapina, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 150 mg, 200 mg</i> .....	27
FLOVENT HFA AEROSOL, 220 MCG/ACT .....	57	<i>fondaparinux sódico inyectable, 7.5 mg/0.6 ml</i> .....	33	<i>fumarato de quetiapina, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i> .....	27
<i>flucitosina</i> .....	19	<i>fondaparinux sódico inyectable, 10 mg/0.8 ml</i> .....	33	<i>furoato de mometasona, crema</i> ...	47
<i>fluconazol</i> .....	19	FORTEO .....	54	<i>furoato de mometasona, pomada</i> ..	47
<i>fluconazol en nacl</i> .....	19	<i>fosamprenavir cálcico</i> .....	29	<i>furoato de mometasona, solución externa</i> .....	47
<i>flunisolida</i> .....	57	<i>fosfato de carvedilol</i> .....	36	<i>furoato de mometasona, suspensión</i> .	57
<i>fluocinolona acetona, aceite</i> .....	56	<i>fosfato de clindamicina, crema</i> .....	10	<i>furosemida, comprimidos</i> .....	37
<i>fluocinolona acetona, crema</i> .....	47	<i>fosfato de clindamicina en d5w</i> .....	10	<i>furosemida inyectable</i> .....	37
<i>fluocinolona acetona, cuero cabelludo</i> .....	47	<i>fosfato de clindamicina, gel</i> .....	10	<i>furosemida, solución oral</i> .....	37
<i>fluocinolona acetona, cuerpo</i> .....	47	<i>fosfato de clindamicina inyectable, 150 mg/ml, 300 mg/2 ml, 600 mg/4 ml, 900 mg/6 ml</i> .....	10	FUSILEV .....	22
<i>fluocinolona acetona, pomada</i> ...	47	<i>fosfato de clindamicina, loción</i> .....	10	FUZEON .....	29
<i>fluocinolona acetona, solución externa</i> .....	47	<i>fosfato de clindamicina, paño</i> .....	10	<i>fyavolv, comprimidos, 2.5 mcg; 0.5 mg</i>	49
<i>fluocinonida, crema al 0.1%</i> .....	47	<i>fosfato de clindamicina, solución externa</i> .....	10	FYCOMPA, COMPRIMIDOS .....	14
<i>fluocinonida, crema al 0.05%</i> .....	47	<i>fosfato de cloroquina</i> .....	25	FYCOMPA, SUSPENSIÓN .....	14
<i>fluocinonida, gel</i> .....	47	<i>fosfato de fludarabina inyectable, 50 mg</i> .....	22		
<i>fluocinonida, pomada</i> .....	47	<i>fosfato de oseltamivir</i> .....	30	<b>G</b>	
<i>fluocinonida, solución externa</i> .....	47	<i>fosfato sódico de dexametasona inyectable, 10 mg/ml, 120 mg/30 ml, 20 mg/5 ml, 4 mg/ml</i> .....	47	<i>gabapentina, cápsulas, 100 mg</i> .....	15
<i>fluoride</i> .....	42	<i>fosfato sódico de dexametasona, solución oftálmica</i> .....	56	<i>gabapentina, cápsulas, 300 mg, 400 mg</i> .....	15
<i>fluoritab, comprimidos masticables, 0.5 mg, 1 mg</i> .....	42	<i>fosfato sódico de prednisolona, solución oftálmica</i> .....	56	<i>gabapentina, comprimidos, 600 mg</i> .	15
<i>fluorometolona</i> .....	56	<i>fosfato sódico de prednisolona, solución oral, 15 mg/5 ml, 25 mg/5 ml, 5 mg/5 ml</i> .....	47	<i>gabapentina, comprimidos, 800 mg</i> .	15
<i>fluorouracilo, crema al 0.5%</i> .....	40	<i>fosfenitoína sódica</i> .....	15		
<i>fluorouracilo, crema al 5%</i> .....	40	<i>fosinopril sódico</i> .....	35		
<i>fluorouracilo inyectable</i> .....	21	<i>fosinopril sódico/hidroclorotiazida</i> ..	35		
<i>fluorouracilo, solución externa</i> .....	40				
<i>fluoruro de sodio, comprimidos masticables, 0.5 mg, 1 mg</i> .....	43				
<i>fluoxetina, cápsulas, 10 mg</i> .....	17				
<i>fluoxetina, cápsulas, 20 mg</i> .....	17				

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>gabapentina, solución oral</i> .....	15	<i>glicopirrolato inyectable, 0.2 mg/ml, 0.4 mg/2 ml, 1 mg/5 ml, 4 mg/20 ml</i> . . .	44	<i>haloperidol, comprimidos, 10 mg, 20 mg</i> .....	26
GABITRIL, COMPRIMIDOS, 12 MG, 16 MG .....	15	<i>glimepirida, comprimidos, 1 mg</i> . . . . .	31	<i>haloperidol concentrado</i> .....	26
GAMMAKED INYECTABLE, 1 G/10 ML .....	53	<i>glimepirida, comprimidos, 2 mg</i> . . . . .	31	HARVONI .....	28
GAMMAKED INYECTABLE, 10 G/100 ML, 2.5 G/25 ML, 20 G/200 ML, 5 G/50 ML .....	53	<i>glimepirida, comprimidos, 4 mg</i> . . . . .	31	HAVRIX .....	53
GAMUNEX-C INYECTABLE, 1 G/10 ML .....	53	<i>glipizida/clorhidrato de metformina, comprimidos, 2.5 mg; 250 mg</i> . . . . .	31	<i>heather</i> .....	50
GAMUNEX-C INYECTABLE, 10 G/100 ML, 2.5 G/25 ML, 20 G/200 ML, 40 G/400 ML, 5 G/50 ML .....	53	<i>glipizida/clorhidrato de metformina, comprimidos, 2.5 mg; 500 mg, 5 mg; 500 mg</i> .....	31	<i>heparina sódica/ cloruro de sodio al 0.9%</i> .....	33
<i>ganciclovir inyectable, 500 mg, 500 mg/10 ml</i> .....	28	<i>glipizida, comprimidos, 5 mg</i> .....	31	<i>heparina sódica/cloruro de sodio, premezcla al 0.9%</i> .....	33
GARDASIL 9 .....	53	<i>glipizida, comprimidos, 10 mg</i> .....	31	<i>heparina sódica/d5w</i> .....	33
GATTEX .....	44	<i>glipizida, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 2.5 mg</i> .....	31	<i>heparina sódica/dextrosa</i> .....	33
<i>gavilyte-c</i> .....	45	<i>glipizida, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 5 mg</i> .....	31	<i>heparina sódica inyectable, 5000 unidades/0.5 ml</i> .....	33
<i>gavilyte-g</i> .....	45	<i>glipizida, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 10 mg</i> .....	31	<i>heparina sódica inyectable, 10000 unidades/ml, 1000 unidades/ml, 20000 unidades/ml, 5000 unidades/ml</i> .33	
<i>gavilyte-n/paquete con sabor</i> .....	45	<i>glipizida, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 5 mg</i> .....	31	<i>heparina sódica/nacl al 0.9%</i> .....	33
GAZYVA .....	24	<i>glipizida, comprimidos de liberación prolongada (xl) x 24 h, 2.5 mg</i> .....	31	<i>heparina sódica/nacl al 0.45%, inyectable, 50 unidades/ml; 0.45%</i> . .33	
<i>gemcitabina</i> .....	21	<i>glipizida, comprimidos de liberación prolongada (xl) x 24 h, 5 mg</i> .....	31	HEPATAMINE .....	42
<i>gemfibrozil</i> .....	38	<i>glipizida, comprimidos de liberación prolongada (xl) x 24 h, 10 mg</i> .....	31	HEPLISAV-B .....	53
<i>generlac</i> .....	45	GLUCAGEN HYPOKIT .....	32	HERCEPTIN INYECTABLE, 150 MG .24	
<i>gengraf</i> .....	52	GLUCAGON, KIT DE EMERGENCIA .....	32	HERCEPTIN INYECTABLE, 440 MG .24	
GENOTROPIN .....	48	<i>gluconato de clorhexidina, solución para boca/garganta</i> .....	40	HETLIOZ .....	40
GENOTROPIN MINIQUICK INYECTABLE, 0.2 MG .....	48	<i>glydo</i> .....	9	HEXALEN .....	20
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 .....	48	GLYXAMBI .....	31	HIBERIX .....	53
<i>gentak</i> .....	10	<i>gonadotropina coriónica</i> .....	48	<i>hiclato de doxiciclina, cápsulas</i> ....	14
<i>gentamicina isotónica</i> .....	10	GRALISE .....	15	<i>hiclato de doxiciclina, comprimidos, 20 mg</i> .....	14
GENVOYA .....	28	GRALISE, PAQUETE INICIAL .....	15	<i>hiclato de doxiciclina, comprimidos, 100 mg</i> .....	14
GEODON INYECTABLE .....	26	<i>griseofulvina micronizada</i> .....	19	<i>hidrobromuro de citalopram, comprimidos, 10 mg</i> .....	17
GILENYA .....	40	<i>griseofulvina ultramicronizada</i> .....	19	<i>hidrobromuro de citalopram, comprimidos, 20 mg</i> .....	17
GILOTRIF .....	23	GUANIDINE HCL .....	20	<i>hidrobromuro de citalopram, comprimidos, 40 mg</i> .....	17
GLEOSTINE, CÁPSULAS, 100 MG . .20		<b>H</b>		<i>hidrobromuro de citalopram, solución oral</i> .....	16
GLEOSTINE, CÁPSULAS, 100 MG, 40 MG .....	20	HALAVEN .....	22	<i>hidrobromuro de darifenacina, liberación prolongada</i> .....	46
<i>glicopirrolato, comprimidos</i> .....	44	<i>haloperidol, comprimidos, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 5 mg</i> .....	26		



# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
INVIRASE, CÁPSULAS	29	JANUMET, COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA X 24 H, 1000 MG; 100 MG, 500 MG; 50 MG	31	KCL AL 0.3%/D5W/NACL AL 0.45%	42
INVIRASE, COMPRIMIDOS	29	JANUVIA	31	KCL AL 0.15%/D5W/NACL AL 0.2%	42
INVOKAMET	31	JARDIANCE	31	KCL AL 0.15%/D5W/NACL AL 0.9%	42
INVOKAMET, LIBERACIÓN PROLONGADA	31	<i>jencycla</i>	50	KCL AL 0.15%/D5W/NACL AL 0.45%	42
INVOKANA	31	JENTADUETO	31	KCL AL 0.15%/D5W/NACL AL 0.225%	42
IPOL INACTIVADA IPV	53	JENTADUETO, COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA X 24 H, 2.5 MG, 1000 MG	31	KCL AL 0.075%/D5W/NACL AL 0.45%	42
<i>irbesartán</i>	34	JENTADUETO, COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA X 24 H, 5 MG, 1000 MG	31	<i>kelnor 1/35</i>	49
<i>irbesartán/hidroclorotiazida</i>	34	JERINGA DE INSULINA BD SAFETYGLIDE/1 ML/29 G X 1/2"	55	<i>kelnor 1/50</i>	49
IRESSA	23	JERINGA DE INSULINA ULTRAFINA BD/0.3 ML/31 G X 5/16"	55	<i>ketoconazol, champú</i>	19
<i>irinotecán</i>	22	JERINGA DE INSULINA ULTRAFINA BD/0.5 ML/30 G X 1/2"	55	<i>ketoconazol, comprimidos</i>	19
ISENTRESS, COMP. MASTICABLES, 25 MG	28	JERINGA DE INSULINA ULTRAFINA BD/1 ML/31 G X 5/16"	55	<i>ketoconazol, crema</i>	19
ISENTRESS, COMP. MASTICABLES, 100 MG	28	<i>jevantique lo</i>	49	<i>ketorolaco trometamina, solución oftálmica</i>	56
ISENTRESS, COMPRIMIDOS	28	JEVTANA	22	KEYTRUDA	24
ISENTRESS, DE DOSIS ALTA	28	<i>jolessa</i>	49	<i>kimidess</i>	49
ISENTRESS, PAQUETE	28	<i>jolivette</i>	50	KINRIX	53
<i>isibloom</i>	49	<i>juleber</i>	49	<i>kionex</i>	44
<i>isoniazida, comprimidos</i>	20	JULUCA	28	KISQALI	22
<i>isoniazida inyectable</i>	20	<i>junel 1.5/30</i>	49	KISQALI FEMARA, DOSIS DE 200	20
<i>isoniazida, jarabe</i>	20	<i>junel 1/20</i>	49	KISQALI FEMARA, DOSIS DE 400	20
<i>isotretinoína</i>	40	<i>junel fe 1.5/30</i>	49	KISQALI FEMARA, DOSIS DE 600	20
<i>isradipina</i>	36	<i>junel fe 1/20</i>	49	<i>klor-con</i>	42
ISTODAX (CON SURTIDO ADICIONAL)	22			KLOR-CON 8	42
<i>itraconazol, cápsulas</i>	19			KLOR-CON 10	42
<i>ivermectina</i>	25			<i>klor-con m10</i>	42
IXIARO	53			<i>klor-con m20</i>	42
				<i>klor-con sprinkle</i>	42
<b>J</b>		<b>K</b>		KORLYM	55
JADENU	44	KABIVEN	42	<i>kurvelo</i>	49
JADENU, CON GRÁNULOS	44	KADCYLA	24	KUVAN	46
JAKAFI	23	KALETRA, COMPRIMIDOS, 100 MG; 25 MG	29	KYPROLIS	23
<i>jantoven</i>	33	KALETRA, COMPRIMIDOS, 200 MG; 50 MG	29		
JANUMET	31	KALYDECO	58	<b>L</b>	
JANUMET, COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA X 24 H, 1000 MG, 50 MG	31	<i>kariva</i>	49	LACRISERT	56
		KCL AL 0.3%/D5W/NACL AL 0.9%	42	LACTATED RINGERS INYECTABLE, 3 MEQ/L; 109 MEQ/L; 28 MEQ/L; 4 MEQ/L; 130 MEQ/L	42
				LACTATED RINGERS, IRRIGACIÓN	55
				LACTATED RINGERS, VIAFLEX	42
				<i>lactato de amonio</i>	40

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>lactato de haloperidol</i> . . . . .	26	LEVEMIR FLEXTOUCH . . . . .	32	<i>linezolid inyectable</i> . . . . .	10
<i>lactulosa, solución oral</i> . . . . .	45	<i>levetiracetam/cloruro de sodio</i> . . . . .	14	<i>linezolid, liberación sostenida</i> . . . . .	10
<i>lamivudina, comprimidos, 100 mg</i> . . . . .	28	<i>levetiracetam, comprimidos</i> . . . . .	14	LINZESS. . . . .	45
<i>lamivudina, comprimidos, 150 mg</i> . . . . .	29	<i>levetiracetam, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 500 mg</i> . . . . .	14	<i>liotironina sódica, comprimidos</i> . . . . .	51
<i>lamivudina, comprimidos, 300 mg</i> . . . . .	29	<i>levetiracetam, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 750 mg</i> . . . . .	14	<i>liotironina sódica inyectable</i> . . . . .	51
<i>lamivudina, solución oral</i> . . . . .	29	<i>levetiracetam, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 750 mg</i> . . . . .	14	<i>lipodox 50</i> . . . . .	22
<i>lamivudina/zidovudina</i> . . . . .	29	<i>levetiracetam inyectable</i> . . . . .	14	LIPOSYN III . . . . .	55
<i>lamotrigina</i> . . . . .	15	<i>levetiracetam, solución oral</i> . . . . .	14	<i>lisinopril</i> . . . . .	35
<i>lamotrigina, comprimidos orodispersables</i> . . . . .	15	<i>levocarnitina</i> . . . . .	55	<i>lisinopril/hidroclorotiazida, comprimidos, 12.5 mg; 10 mg, 25 mg; 20 mg</i> . . . . .	35
<i>lamotrigina, liberación prolongada</i> . . . . .	15	<i>levofloxacina, comprimidos, 250 mg, 750 mg</i> . . . . .	13	<i>lisinopril/hidroclorotiazida, comprimidos, 12.5 mg; 20 mg</i> . . . . .	35
LANTUS . . . . .	32	<i>levofloxacina, comprimidos, 500 mg</i> . . . . .	13	LIVALO . . . . .	38
LANTUS SOLOSTAR . . . . .	32	<i>levofloxacina en d5w</i> . . . . .	13	LONSURF, COMPRIMIDOS, 6.14 MG; 15 MG . . . . .	21
<i>larin 1.5/30</i> . . . . .	49	<i>levofloxacina inyectable</i> . . . . .	13	LONSURF, COMPRIMIDOS, 8.19 MG; 20 MG . . . . .	21
<i>larin 1/20</i> . . . . .	49	<i>levofloxacina, solución oral</i> . . . . .	13	<i>lopinavir/ritonavir</i> . . . . .	29
<i>larin fe 1.5/30</i> . . . . .	49	<i>levoleucovorina cálcica inyectable, 175 mg/17.5 ml</i> . . . . .	22	<i>lorazepam, comprimidos, 0.5 mg, 1 mg</i> . . . . .	30
<i>larin fe 1/20</i> . . . . .	49	<i>levoleucovorina inyectable, 175 mg/17.5 ml, 250 mg/25 ml, 50 mg</i> . . . . .	22	<i>lorazepam, comprimidos, 2 mg</i> . . . . .	30
<i>larissia</i> . . . . .	49	<i>levonest</i> . . . . .	49	<i>lorazepam concentrado</i> . . . . .	30
LARTRUVO . . . . .	22	<i>levonorgestrel/etinilestradiol, comprimidos, 0.03 mg; 0.15 mg, 0; 0</i> . . . . .	49	<i>lorazepam, intensol</i> . . . . .	30
<i>latanoprost</i> . . . . .	55	<i>levonorgestrel/etinilestradiol, comprimidos, 0.03 mg; 0.15 mg, 0; 0, 20 mcg; 0.1 mg</i> . . . . .	49	<i>lorazepam inyectable, 2 mg/ml, 4 mg/ml</i> . . . . .	30
LATUDA, COMPRIMIDOS, 80 MG . . . . .	26	<i>levonorgestrel y etinilestradiol, comprimidos, 0; 0</i> . . . . .	49	<i>lorcet</i> . . . . .	8
LATUDA, COMPRIMIDOS, 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG . . . . .	26	<i>levora 0.15/30-28</i> . . . . .	49	<i>lorcet hd</i> . . . . .	8
<i>leflunomida</i> . . . . .	53	<i>levotiroxina sódica, comprimidos</i> . . . . .	51	<i>lorcet plus, comprimidos, 325 mg; 7.5 mg</i> . . . . .	8
LENVIMA, DOSIS DIARIA DE 4 MG . . . . .	24	<i>levoxyl, comprimidos, 100 mcg, 112 mcg, 175 mcg</i> . . . . .	51	<i>losartán potásico, comprimidos, 25 mg, 50 mg</i> . . . . .	34
LENVIMA, DOSIS DIARIA DE 8 MG . . . . .	24	LEVOXYL, COMPRIMIDOS, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG . . . . .	51	<i>losartán potásico, comprimidos, 100 mg</i> . . . . .	34
LENVIMA, DOSIS DIARIA DE 10 MG . . . . .	24	LEXIVA, SUSPENSIÓN . . . . .	29	<i>losartán potásico/hidroclorotiazida, comprimidos, 12.5 mg; 50 mg</i> . . . . .	34
LENVIMA, DOSIS DIARIA DE 12 MG . . . . .	24	<i>lidocaína, parche</i> . . . . .	9	<i>losartán potásico/hidroclorotiazida, comprimidos, 12.5 mg; 100 mg, 25 mg; 100 mg</i> . . . . .	34
LENVIMA, DOSIS DIARIA DE 14 MG . . . . .	24	<i>lidocaína, pomada</i> . . . . .	9	LOTEMAX . . . . .	56
LENVIMA, DOSIS DIARIA DE 18 MG . . . . .	24	<i>lidocaína/prilocaina, crema</i> . . . . .	9	<i>lovastatina, comprimidos, 10 mg, 20 mg</i> . . . . .	38
LENVIMA, DOSIS DIARIA DE 20 MG . . . . .	24	<i>lidocaína viscosa</i> . . . . .	9	<i>lovastatina, comprimidos, 40 mg</i> . . . . .	38
LENVIMA, DOSIS DIARIA DE 24 MG . . . . .	24	<i>lindano</i> . . . . .	25		
<i>lessina</i> . . . . .	49	<i>linezolid, comprimidos</i> . . . . .	10		
<i>letrozol</i> . . . . .	23				
<i>leucovorina cálcica, comprimidos</i> . . . . .	22				
<i>leucovorina cálcica inyectable, 100 mg, 350 mg, 500 mg, 50 mg</i> . . . . .	22				
LEUKERAN . . . . .	20				
LEUKINE INYECTABLE 250 MCG . . . . .	33				
LEVEMIR . . . . .	32				

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>low-ogestrel</i> .....	49	<i>maleato de fluvoxamina, liberación prolongada</i> .....	17	MESNEX, COMPRIMIDOS .....	22
<i>loxapina</i> .....	26	<i>maleato de proclorperazina</i> .....	26	<i>metadato, liberación prolongada</i> .....	39
<i>ludent</i> .....	42	<i>maleato de timolol, comprimidos</i> .....	36	<i>metazolamida</i> .....	37
LUMIGAN .....	55	<i>maleato de timolol, solución oftálmica</i> .....	56	<i>methoxsalen</i> .....	40
LUMIZYME .....	46	<i>maleato de trimipramina</i> .....	18	METILCLOTIAZIDA .....	38
LUPRON DEPOT (1 MES) .....	51	<i>marlissa</i> .....	49	<i>metilprednisolona, comprimidos</i> .....	47
LUPRON DEPOT (3 MES) .....	51	MARPLAN .....	16	<i>metilprednisolona, paquete dosificado</i> .....	47
LUPRON DEPOT (4 MES) .....	51	MATULANE .....	20	<i>metimazol</i> .....	52
LUPRON DEPOT (6 MES) .....	51	<i>matzim la</i> .....	36	<i>metipranolol</i> .....	56
LUPRON DEPOT-PED (1 MES) .....	51	MEDROL, COMPRIMIDOS, 2 MG .....	47	<i>metocarbamol, comprimidos</i> .....	58
LUPRON DEPOT-PED (3 MES) .....	51	MEKINIST, COMPRIMIDOS, 0.5 MG .....	24	<i>metolazona</i> .....	38
<i>lutera</i> .....	49	MEKINIST, COMPRIMIDOS, 2 MG .....	24	<i>metoprolol/hidroclorotiazida</i> .....	36
LYNPARZA, CÁPSULAS .....	24	MEKTOVI .....	22	<i>metotrexato, comprimidos</i> .....	52
LYNPARZA, COMPRIMIDOS .....	22	<i>melodetta 24 fe</i> .....	49	<i>metotrexato sódico</i> .....	52
LYRICA, CÁPSULAS, 100 MG, 150 MG, 200 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG .....	14	<i>meloxicam</i> .....	7	<i>metronidazol, comprimidos</i> .....	11
LYRICA, CÁPSULAS, 225 MG, 300 MG .....	14	MENACTRA .....	53	<i>metronidazol, crema</i> .....	11
LYRICA, COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN CONTROLADA X 24 H, 165 MG, 82.5 MG .....	40	MENEST .....	49	<i>metronidazol en cloruro de sodio al 0.79%</i> .....	11
LYRICA, COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN CONTROLADA X 24 H, 330 MG .....	40	MENOSTAR .....	49	<i>metronidazol, gel</i> .....	11
LYRICA, SOLUCIÓN ORAL .....	14	MENVEO .....	53	<i>metronidazol, inyectable, 500 mg/100 ml; 0.79%, 5 mg/ml</i> .....	11
LYSODREN .....	51	<i>mercaptopurina</i> .....	21	<i>metronidazol, loción</i> .....	11
<i>lyza</i> .....	50	<i>meropenem</i> .....	12	<i>metronidazol vaginal</i> .....	11
<b>M</b>		<i>meropenem/cloruro de sodio</i> .....	12	MIACALCIN .....	54
MAGNESIUM SULFATE INYECTABLE, 20 G/500 ML, 2 G/50 ML, 40 G/1000 ML, 4 G/100 ML, 4 G/50 ML .....	42	<i>mesalamina</i> .....	54	<i>mibelas 24 fe</i> .....	49
MAKENA .....	50	<i>mesalamina, comprimidos con recubrimiento entérico 1.2 g</i> .....	54	<i>microgestina 1.5/30</i> .....	49
MAKENA .....	50	<i>mesilato de benzotropina, comprimidos</i> .....	25	<i>microgestina 1/20</i> .....	50
<i>malatión</i> .....	25	<i>mesilato de benzotropina inyectable</i> .....	25	<i>microgestina fe</i> .....	50
<i>maleato de enalapril</i> .....	34	<i>mesilato de bromocriptina</i> .....	25	<i>microgestina fe 1.5/30</i> .....	50
<i>maleato de enalapril/hidroclorotiazida</i> .....	34	<i>mesilato de dihidroergotamina inyectable</i> .....	19	<i>migergot</i> .....	19
<i>maleato de fluvoxamina, comprimidos, 25 mg, 50 mg</i> .....	17	<i>mesilato de dihidroergotamina, solución nasal</i> .....	19	<i>miglitol</i> .....	31
<i>maleato de fluvoxamina, comprimidos, 100 mg</i> .....	17	<i>mesilato de doxazosina, comprimidos, 1 mg, 2 mg, 4 mg</i> .....	34	<i>miglustato</i> .....	46
		<i>mesilato de doxazosina, comprimidos, 8 mg</i> .....	34	<i>mili</i> .....	50
		<i>mesilato de imatinib</i> .....	23	<i>minitran</i> .....	38
		<i>mesilato de rasagilina</i> .....	25	MINIVELLE .....	50
		<i>mesna</i> .....	22	<i>minoxidil</i> .....	38
				<i>mirtazapina</i> .....	16
				<i>mirtazapina, comprimidos orodispersables</i> .....	16
				<i>misoprostol</i> .....	45

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
MITIGARE	19	MUSTARGEN	20	<i>neo-polycin</i>	11
<i>mitigo</i>	8	MYLOTARG	24	<i>neo-polycin hc</i>	11
<i>mitomicina inyectable, 20 mg, 5 mg</i>	22	<i>myorisan</i>	40	NEPHRAMINE	42
<i>mitomicina inyectable, 40 mg</i>	22	MYRBETRIQ	46	NERLYNX	22
M-M-R II	53	<i>myzilra</i>	50	NEUPRO	25
<i>moexipril/hidroclorotiazida</i>	35	<b>N</b>		<i>nevirapina, comprimidos</i>	28
<i>mofetil micofenolato, cápsulas</i>	52	<i>nabumetona</i>	7	<i>nevirapina, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 100 mg</i>	28
<i>mofetil micofenolato, comprimidos</i>	52	<i>nadolol</i>	36	<i>nevirapina, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 400 mg</i>	28
<i>mofetil micofenolato, inyectable</i>	52	<i>nadolol/bendroflumetiazida</i>	36	NEXAVAR	24
<i>mofetil micofenolato, liberación sostenida</i>	52	<i>nafcilina sódica</i>	12	<i>niacina, comprimidos de liberación controlada y prolongada, 500 mg</i>	38
<i>mondoxyne nl</i>	14	NAFTIN, GEL	19	<i>niacina, comprimidos de liberación controlada y prolongada, 1000 mg, 750 mg</i>	38
<i>monohidrato de doxiciclina, cápsulas, 100 mg, 50 mg</i>	14	NAGLAZYME	46	<i>niacor</i>	38
<i>monohidrato de doxiciclina, comprimidos</i>	14	NAMZARIC C4PK	40	NICOTROL, INHALADOR	10
<i>monohidrato de nitrofurantoína</i>	11	NAMZARIC CP24	40	NICOTROL NS	10
<i>monohidrato de nitrofurantoína/ macrocristales</i>	11	<i>naproxeno, comprimidos, 250 mg</i>	7	<i>nifedipina, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 30 mg, 60 mg</i>	36
<i>mono-linyah</i>	50	<i>naproxeno, comprimidos, 375 mg, 500 mg</i>	7	<i>nifedipina, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 90 mg</i>	36
<i>mononitrato de isosorbida</i>	38	<i>naproxeno, liberación retardada</i>	7	<i>nilutamida</i>	20
<i>mononitrato de isosorbida, liberación prolongada</i>	38	<i>naproxeno sódico, comprimidos, 275 mg, 550 mg</i>	7	<i>nimodipina</i>	36
<i>montelukast sódico</i>	57	<i>naproxeno, suspensión</i>	7	NINLARO	22
<i>morgidox 1x50 mg</i>	14	NARCAN	10	NIPENT	21
<i>morgidox 1x100 mg, cápsulas</i>	14	NATACYN	19	<i>nisoldipina, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 17 mg, 25.5 mg, 34 mg, 8.5 mg</i>	37
<i>morgidox 2x100 mg, cápsulas</i>	14	<i>nateglinida</i>	31	<i>nisoldipina, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	37
MORPHINE SULFATE, COMPRIMIDOS	9	NATPARA	55	<i>nistatina</i>	19
MORPHINE SULFATE INYECTABLE, 2 MG/ML	8	NEBUPENT	25	<i>nistatina/triamcinolona</i>	19
MORPHINE SULFATE INYECTABLE, 4 MG/ML	8	<i>necon 0.5/35-28</i>	50	<i>nitrate de econazol</i>	19
MORPHINE SULFATE INYECTABLE, 10 MG/ML, 8 MG/ML	8	<i>necon 7/7/7</i>	50	<i>nitrofurantoína</i>	11
MOVIPREP	45	<i>neomicina/bacitracina/polimixina</i>	11	<i>nitrofurantoína, macrocristales</i>	11
MOZOBIL	33	<i>neomicina/polimixina/bacitracina/hidrocortisona</i>	11	<i>nitroglicerina inyectable</i>	38
MULTAQ	35	<i>neomicina/polimixina/dexametasona</i>	56	<i>nitroglicerina lingual</i>	38
<i>multivitamínicos con flúor, comprimidos masticables</i>	44	<i>neomicina/polimixina/gramicidina</i>	11	<i>nitroglicerina sublingual</i>	39
<i>mupirocina, crema</i>	11	<i>neomicina/polimixina/hc</i>	56	<i>nitroglicerina transdérmica</i>	39
<i>mupirocina, pomada</i>	11	<i>neomicina/polimixina/hidrocortisona, solución ótica</i>	56		
		<i>neomicina/polimixina/hidrocortisona, suspensión oftálmica</i>	11		
		<i>neomicina/polimixina/hidrocortisona, suspensión ótica</i>	57		

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>nizatidina, cápsulas</i> .....	45	OFEV .....	58	<i>oxaliplatino inyectable, 100 mg/20 ml, 50 mg/10 ml</i> .....	22
<i>nora-be</i> .....	51	<i>ofloxacina</i> .....	13	<i>oxandrolona, comprimidos, 2.5 mg</i> ..	48
<i>noretindrona</i> .....	51	<i>ogestrel</i> .....	50	<i>oxandrolona, comprimidos, 10 mg</i> ..	48
<i>norgestimato/etinilestradiol</i> .....	50	<i>olanzapina, comprimidos</i> .....	27	<i>oxaprozina</i> .....	7
<i>norlyroc</i> .....	51	<i>olanzapina, comprimidos orodispersables</i> .....	27	<i>oxazepam</i> .....	30
NORMOSOL-M EN D5W .....	42	<i>olanzapina/fluoxetina</i> .....	17	<i>oxcarbazepina</i> .....	15
NORMOSOL -R .....	42	<i>olanzapina inyectable</i> .....	26	<i>oxicodona/acetaminofeno, comprimidos, 325 mg; 2.5 mg, 325 mg; 5 mg</i> .....	9
NORMOSOL-R .....	42	<i>olmesartán medoxomilo</i> .....	34	<i>oxicodona/acetaminofeno, comprimidos, 325 mg; 7.5 mg</i> .....	9
NORMOSOL-R EN D5W .....	42	<i>olmesartán medoxomilo/hidroclorotiazida</i> .....	34	<i>oxicodona/acetaminofeno, comprimidos, 325 mg; 10 mg</i> .....	9
NORTHERA, CÁPSULAS, 100 MG ..	37	<i>omeprazol, cápsulas de liberación retardada</i> .....	45	<i>oxicodona/aspirina</i> .....	9
NORTHERA, CÁPSULAS, 200 MG, 300 MG .....	37	OMNIPOD DASH, PAQUETE DE 5 ..	55	<i>oxicodona/ibuprofeno</i> .....	9
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i> .....	50	OMNIPOD DASH SYSTEM .....	55	OZEMPIC .....	31
<i>nortrel 1/35</i> .....	50	OMNIPOD, PAQUETE DE 5 .....	55		
<i>nortrel 7/7/7</i> .....	50	OMNIPOD, PAQUETE INICIAL .....	55	<b>P</b>	
NORVIR, CÁPSULAS .....	29	ONCASPAR .....	22	<i>pacerona</i> .....	35
NORVIR, COMPRIMIDOS .....	29	<i>ondansetrón, comprimidos orodispersables</i> .....	18	<i>paclitaxel inyectable, 100 mg/16.7 ml, 150 mg/25 ml, 300 mg/50 ml</i> .....	22
NORVIR, PAQUETE .....	29	ONFI, COMPRIMIDOS, 10 MG .....	15	<i>paliperidona, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 1.5 mg, 3 mg</i> ...	27
NORVIR, SOLUCIÓN ORAL .....	29	ONFI, COMPRIMIDOS, 20 MG .....	15	<i>paliperidona, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 6 mg</i> ..	27
NOVOFINE 31 .....	55	ONFI, SUSPENSIÓN .....	15	<i>paliperidona, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 9 mg</i> ..	27
NOVOFINE, 32 G X 6 MM .....	55	OPDIVO .....	24	<i>pamidronato disódico</i> .....	54
NOVOFINE AUTOCOVER, 30 G X 8 MM .....	55	OPSUMIT .....	58	PANRETIN .....	25
NOVOTWIST, 32 G X 5 MM .....	55	<i>oralone, pasta dental</i> .....	40	<i> pantoprazol sódico, comprimidos con recubrimiento entérico</i> .....	45
NOXAFIL, COMPRIMIDOS CON RECUBRIMIENTO ENTÉRICO .....	19	ORFADIN .....	46	<i>paricalcitol, cápsulas, 1 mcg, 2 mcg</i> ...	54
NOXAFIL, SUSPENSIÓN .....	19	ORKAMBI, COMPRIMIDOS .....	58	<i>paricalcitol, cápsulas, 4 mcg</i> .....	54
NUEDEXTA .....	40	ORKAMBI, PAQUETE .....	58	<i>paroex</i> .....	40
<i>nulev</i> .....	44	<i>orsythia</i> .....	50	PASER .....	20
NULOJIX .....	52	<i>oscimin</i> .....	44	PAXIL, SUSPENSIÓN .....	17
NUPLAZID, CÁPSULAS .....	26	OSMOPREP .....	45	PAZEO .....	56
NUPLAZID, COMPRIMIDOS, 10 MG ..	26	<i>oxacilina sódica</i> .....	12	PEDIARIX .....	53
NUPLAZID, COMPRIMIDOS, 17 MG ..	26	<i>oxalato de escitalopram, comprimidos, 5 mg</i> .....	17	PEDVAX HIB .....	54
NUTRILIPID .....	55	<i>oxalato de escitalopram, comprimidos, 10 mg</i> .....	17	<i>peg 3350/electrolitos</i> .....	45
<i>nyamyc</i> .....	19	<i>oxalato de escitalopram, comprimidos, 20 mg</i> .....	17	<i>peg-3350/electrolitos</i> .....	45
<i>nystop</i> .....	19	<i>oxalato de escitalopram, solución oral</i> ..	17		
<b>O</b>		<i>oxaliplatino inyectable, 100 mg</i> .....	22		
ODEFSEY .....	28				
ODOMZO .....	22				



# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>peg-3350/nacl/ bicarbonato de na/kcl</i> .....	45	<i>pirmella 1/35</i> .....	50	<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> .....	43
PEGANONE .....	15	<i>PLENAMINE</i> .....	42	<i>prevalite</i> .....	38
PEGASYS INYECTABLE, 180 MCG/0.5 ML .....	28	<i>podofilox</i> .....	41	<i>previfem</i> .....	50
PEGASYS INYECTABLE, 180 MCG/ML .....	28	<i>polietilenglicol 3350, polvo</i> .....	45	PREZCOBIX .....	29
PEGASYS PROCLICK .....	28	<i>polycin</i> .....	11	PREZISTA, COMPRIMIDOS, 75 MG. .	30
<i>penicilina g potásica</i> .....	12	POMALYST .....	20	PREZISTA, COMPRIMIDOS, 150 MG	30
<i>penicilina v potásica, comprimidos, 250 mg</i> .....	12	<i>portia-28</i> .....	50	PREZISTA, COMPRIMIDOS, 600 MG	30
<i>penicilina v potásica, comprimidos, 500 mg</i> .....	12	PORTRAZZA .....	22	PREZISTA, COMPRIMIDOS, 800 MG	30
<i>penicilina v potásica, solución oral</i> .	12	POTASSIUM CHLORIDE/ DEXTROSE/ LACTATED RINGER INYECTABLE, 3 MEQ/L; 149 MEQ/L; 5%; 28 MEQ/L; 44 MEQ/L; 130 MEQ/L. .	43	PREZISTA, SUSPENSIÓN .....	30
PENTAM 300 .....	25	POTELIGEO .....	24	PRIFTIN .....	20
<i>pentoxifilina, liberación prolongada</i> .	37	PRADAXA .....	33	PRIMAQUINE PHOSPHATE .....	25
<i>perfenazina</i> .....	26	PRALUENT .....	38	<i>primidona</i> .....	15
<i>perfenazina/amitriptilina</i> .....	18	<i>prasugrel</i> .....	34	PRISTIQ .....	17
PERFOROMIST .....	57	<i>pravastatina sódica</i> .....	38	PROAIR HFA .....	57
PERIKABIVEN .....	42	<i>praziquantel</i> .....	25	PROAIR RESPICLICK .....	58
<i>perindopril erbumina</i> .....	35	PRED-G .....	56	<i>probenecid</i> .....	19
<i>periogard</i> .....	40	PRED-G S.O.P. .....	56	<i>probenecid/colchicina</i> .....	19
PERJETA .....	24	PRED MILD .....	56	PROCALAMINE .....	43
<i>permetrina</i> .....	25	<i>prednicarbato, pomada</i> .....	47	<i>proclorperazina</i> .....	18
<i>pfizerpen inyectable, 20 mu, 5000000 unidades</i> .....	12	<i>prednisolone</i> .....	47	PROCRIT INYECTABLE, 10000 UNIDADES/ML, 2000 UNIDADES/ML, 3000 UNIDADES/ML, 4000 UNIDADES/ML .....	33
<i>phenadoz</i> .....	18	<i>prednisona, comprimidos, 10 mg, 1 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i> .	47	PROCRIT INYECTABLE, 20000 UNIDADES/ML .....	33
<i>philith</i> .....	50	<i>prednisona, comprimidos, 50 mg</i> . .	47	PROCRIT INYECTABLE, 40000 UNIDADES/ML .....	33
PHOSLYRA .....	44	<i>prednisona, intensol</i> .....	47	<i>procto-med hc</i> .....	48
PHOSPHOLINE IODIDE .....	56	<i>prednisona, solución oral</i> .....	47	<i>procto-pak</i> .....	48
PHYSIOLYTE .....	55	<i>prednisona, tbpk</i> .....	48	<i>proctosol hc</i> .....	48
<i>physiosol irrigation</i> .....	55	PREMARIN, COMPRIMIDOS .....	50	<i>proctozona-hc</i> .....	48
PICATO, GEL AL 0.05% .....	41	PREMARIN, CREMA .....	50	<i>progesterona, cápsulas</i> .....	51
PICATO, GEL AL 0.015% .....	41	PREMARIN INYECTABLE .....	50	PROGLYCEM .....	32
<i>pimozida</i> .....	26	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. .	43		
<i>pimtrea</i> .....	50				
<i>pindolol</i> .....	36				
<i>piperacilina sódica/ tazobactam sódico</i> .....	12				
<i>piperacilina/tazobactam</i> .....	12				
<i>pirazinamida</i> .....	20				

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
PROGRAF INYECTABLE	52	<i>ramipril</i>	35	REXULTI	27
PROLASTIN-C INYECTABLE, 1000 MG	58	RANEXA	37	REYATAZ, PAQUETE	30
PROLENSA	56	RAPAMUNE, SOLUCIÓN ORAL	53	<i>ribavirina, cápsulas</i>	28
PROLEUKIN	22	REBIF	40	<i>ribavirina, comprimidos</i>	28
PROLIA	54	REBIF, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS	40	<i>ribavirina, solución para inhalación</i>	58
PROMACTA	33	REBIF REBIDOSE	40	RIDAURA	53
<i>promethegan</i>	18	REBIF REBIDOSE, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS	40	<i>rifabutina</i>	20
<i>propiltiouracilo</i>	52	<i>reclipsen</i>	50	<i>rifampina, cápsulas</i>	20
<i>propionato de clobetasol, champú</i>	46	RECOMBIVAX HB	54	<i>rifampina inyectable</i>	20
<i>propionato de clobetasol, crema</i>	46	RECTIV	41	RIFATER	20
<i>propionato de clobetasol, crema emoliente</i>	46	REGONOL	20	<i>riluzol</i>	40
<i>propionato de clobetasol, espuma</i>	46	REGRANEX	41	RINGERS, IRRIGACIÓN	55
<i>propionato de clobetasol, espuma emoliente</i>	46	RELISTOR INYECTABLE, 8 MG/0.4 ML	45	RIOMET	32
<i>propionato de clobetasol, gel</i>	46	RELISTOR INYECTABLE, 12 MG/0.6 ML	45	<i>risedronato sódico, comprimidos, 30 mg, 5 mg</i>	54
<i>propionato de clobetasol, pomada</i>	46	REMODULIN	58	<i>risedronato sódico, comprimidos, 35 mg</i>	54
<i>propionato de clobetasol, solución externa</i>	46	RENFLEXIS	53	<i>risedronato sódico, comprimidos, 150 mg</i>	54
<i>propionato de fluticasona, crema</i>	47	<i>repaglinida, comprimidos, 0.5 mg, 1 mg</i>	32	RISPERDAL CONSTA INYECTABLE, 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG	27
<i>propionato de fluticasona, pomada</i>	47	<i>repaglinida, comprimidos, 2 mg</i>	32	RISPERDAL CONSTA INYECTABLE, 50 MG	27
<i>propionato de fluticasona, suspensión</i>	57	REPATHA	38	<i>risperidona, comprimidos, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	27
<i>propionato de halobetasol</i>	47	REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	38	<i>risperidona, comprimidos, 4 mg</i>	27
<i>propranolol/hidroclorotiazida</i>	36	REPATHA SURECLICK	38	<i>risperidona, comprimidos orodispersables, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	27
PROQUAD	54	RESCRIPTOR, COMPRIMIDOS, 100 MG	28	<i>risperidona, comprimidos orodispersables, 4 mg</i>	27
PROSOL	43	RESCRIPTOR, COMPRIMIDOS, 200 MG	28	<i>risperidona m-tab</i>	27
PULMOZYME	58	RESTASIS	56	<i>risperidona, solución oral</i>	27
PURIXAN	21	RETACRIT INYECTABLE, 10000 UNIDADES/ML, 2000 UNIDADES/ML, 3000 UNIDADES/ML, 4000 UNIDADES/ML	34	<i>ritonavir</i>	30
<b>Q</b>		RETACRIT INYECTABLE, 40000 UNIDADES/ML	34	RITUXAN	24
QUADRACEL	54	RETROVIR, INFUSIÓN IV	29	RITUXAN HYCELA	24
<i>quasense</i>	50	REVLIMID, CÁPSULAS, 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	21	<i>rivastigmina, sistema transdérmico</i>	16
<i>quinapril/hidroclorotiazida, comprimidos, 12.5 mg; 10 mg</i>	35	REVLIMID, CÁPSULAS, 15 MG, 20 MG, 25 MG	20	<i>romidepsina</i>	22
<i>quinapril/hidroclorotiazida, comprimidos, 12.5 mg; 20 mg, 25 mg; 20 mg</i>	35			<i>rosadan</i>	11
<b>R</b>				<i>rosuvastatina cálcica</i>	38
RABAVERT	54			ROTARIX	54
				ROTATEQ	54

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>roweepra</i> .....	14	SIMBRINZA.....	56	<i>succinato de sumatriptán inyectable, 6 mg/0.5 ml</i> .....	19
<i>roweepra, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 500 mg</i> .....	14	SIMULECT.....	53	<i>succinato de sumatriptán inyectable, resurtido, 4 mg/0.5 ml</i> .....	19
<i>roweepra, comprimidos de liberación prolongada x 24 h, 750 mg</i> .....	14	<i>simvastatina</i> .....	38	<i>succinato de sumatriptán inyectable, resurtido, 6 mg/0.5 ml</i> .....	19
ROZEREM.....	58	<i>sirolimus</i> .....	53	<i>succinato sódico de cloranfenicol</i> ... ..	10
RUBRACA.....	22	SIRTURO.....	20	<i>succinato sódico de metilprednisolona inyectable, 125 mg, 40 mg</i> .....	47
RUCONEST .....	52	SODIUM LACTATE INYECTABLE 5 MEQ/ML .....	44	<i>sucralfato</i> .....	45
RYDAPT.....	22	SOLIQUA 100/33.....	32	<i>sulfacetamida de sodio, solución oftálmica</i> .....	13
RYTARY.....	25	SOLTAMOX.....	21	<i>sulfacetamida sódica/ fosfato sódico de prednisolona</i> .....	13
<b>S</b>		<i>solución de cloruro sódico compuesta inyectable, 4.5 meq/l; 156 meq/l; 4 meq/l; 147 meq/l</i> .....	43	<i>sulfacetamida sódica, loción</i> .....	13
SABRIL, COMPRIMIDOS .....	15	SOLU-CORTEF.....	48	<i>sulfacetamida sódica, solución oftálmica</i> .....	13
<i>salsalato</i> .....	7	SOMATULINE DEPOT INYECTABLE, 60 MG/0.2 ML .....	51	<i>sulfadiazina</i> .....	13
SAMSCA, COMPRIMIDOS, 15 MG. 44		SOMATULINE DEPOT INYECTABLE, 90 MG/0.3 ML .....	51	<i>sulfadiazina de plata</i> .....	11
SAMSCA, COMPRIMIDOS, 30 MG. 44		SOMATULINE DEPOT INYECTABLE, 120 MG/0.5 ML .....	52	<i>sulfametoxazol/trimetoprima, comprimidos</i> .....	14
SANCUSO.....	18	SOMAVERT.....	52	<i>sulfametoxazol/trimetoprima, doble concentración</i> .....	13
SANDIMMUNE, SOLUCIÓN ORAL 53		<i>sorina</i> .....	35	<i>sulfametoxazol/trimetoprima inyectable</i> .....	13
SANDOSTATIN LAR DEPOT.....	51	SPORANOX, SOLUCIÓN ORAL ...	19	<i>sulfametoxazol/trimetoprima, suspensión</i> .....	13
SANTYL .....	41	<i>sprintec 28</i> .....	50	<i>sulfasalazina</i> .....	54
SAPHRIS.....	27	SPRITAM TB3D 750 MG.....	14	<i>sulfato de abacavir/ lamivudina/zidovudina</i> .....	28
SELZENTRY, COMPRIMIDOS, 25 MG 29		SPRITAM TB3D 1000 MG, 250 MG, 500 MG .....	14	<i>sulfato de albuterol, comprimidos</i> ..	57
SELZENTRY, COMPRIMIDOS, 150 MG, 75 MG .....	29	SPRYCEL .....	24	<i>sulfato de albuterol, jarabe</i> .....	57
SELZENTRY, COMPRIMIDOS, 300 MG .....	29	<i>sps</i> .....	44	<i>sulfato de albuterol, liberación prolongada</i> .....	57
SELZENTRY, SOLUCIÓN ORAL ...	29	<i>sronyx</i> .....	50	<i>sulfato de albuterol para nebulizar, al 0.5%</i> .....	57
SENSIPAR, COMPRIMIDOS, 30 MG, 60 MG .....	54	<i>ssd</i> .....	11	<i>sulfato de albuterol para nebulizar, al 0.083%, 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml</i> ..	57
SENSIPAR, COMPRIMIDOS, 90 MG . 54		STAMARIL.....	54	<i>sulfato de amikacina</i> .....	10
SEREVENT DISKUS .....	58	STIMATE .....	48	<i>sulfato de atazanavir, cápsulas, 150 mg</i> .....	29
<i>setlakin</i> .....	50	STIVARGA.....	24	<i>sulfato de atazanavir, cápsulas, 200 mg</i> .....	29
SEVELAMER CARBONATE, COMPRIMIDOS .....	44	STRIBILD.....	28		
SEVELAMER CARBONATE, PAQUETE .....	44	SUBOXONE .....	9		
<i>sharobel</i> .....	51	<i>succinato de loxapina</i> .....	26		
SHINGRIX.....	54	<i>succinato de metoprolol, liberación prolongada</i> .....	36		
SIGNIFOR.....	51	<i>succinato de sumatriptán, comprimidos</i> .....	19		
<i>sildenafil, comprimidos, 20 mg</i> .....	58	<i>succinato de sumatriptán inyectable, 4 mg/0.5 ml</i> .....	19		
SILENOR.....	58				

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>sulfato de atazanavir, cápsulas, 300 mg</i> .....	29	<i>sulfato de morfina, comprimidos de liberación controlada y prolongada</i> ..	8	SUPREP, KIT DE PREPARACIÓN INTESTINAL .....	45
<i>sulfato de atropina inyectable, 0.5 mg/5 ml</i> .....	37	<i>sulfato de morfina inyectable, 0.5 mg/ml, 1 mg/ml</i> .....	8	SUTENT .....	24
<i>sulfato de atropina inyectable, 0.25 mg/5 ml, 1 mg/ml, 8 mg/20 ml</i> .	44	<i>sulfato de morfina inyectable, 4 mg/ml</i> .	8	SYLATRON .....	22
<i>sulfato de atropina, solución oftálmica</i> .	56	<i>sulfato de morfina inyectable, 10 mg/ml</i> .....	8	SYMFI .....	28
<i>sulfato de bleomicina</i> .....	21	<i>sulfato de morfina inyectable, 150 mg/30 ml, 1 mg/ml, 50 mg/ml, 5 mg/ml</i> .....	8	SYMFI LO .....	28
<i>sulfato de dextroanfetamina, cápsulas de liberación prolongada x 24 h, 5 mg</i> .	39	<i>sulfato de morfina, solución oral, 10 mg/5 ml</i> .....	9	SYMLINPEN 60 .....	32
<i>sulfato de dextroanfetamina, cápsulas de liberación prolongada x 24 h, 10 mg</i> .	39	<i>sulfato de morfina, solución oral, 20 mg/5 ml</i> .....	9	SYMLINPEN 120 .....	32
<i>sulfato de dextroanfetamina, cápsulas de liberación prolongada x 24 h, 15 mg</i> .	39	<i>sulfato de morfina, solución oral, 100 mg/5 ml</i> .....	8	SYMTUZA .....	30
<i>sulfato de dextroanfetamina, comprimidos, 5 mg</i> .....	39	<i>sulfato de neomicina</i> .....	10	SYNAGIS .....	53
<i>sulfato de dextroanfetamina, comprimidos, 10 mg</i> .....	39	<i>sulfato de paromomicina</i> .....	10	SYNAREL .....	52
<i>sulfato de dextroanfetamina, solución oral</i> .....	39	<i>sulfato de polimixina b</i> .....	11	SYNERCID .....	11
<i>sulfato de estreptomicina</i> .....	10	<i>sulfato de polimixina b/ sulfato de trimetoprima</i> .....	11	SYNJARDY .....	32
<i>sulfato de fenelzina</i> .....	16	<i>sulfato de quinidina</i> .....	35	SYNJARDY, COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA X 24 H, 10 MG; 1000 MG, 25 MG; 1000 MG .	32
<i>sulfato de gentamicina/ cloruro de sodio al 0.9%</i> .....	10	<i>sulfato de quinina</i> .....	25	SYNJARDY, COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA X 24 H, 12.5 MG; 1000 MG, 5 MG; 1000 MG .	32
<i>sulfato de gentamicina, crema</i> .....	10	<i>sulfato de terbutalina</i> .....	58	SYNRIBO .....	22
<i>sulfato de gentamicina inyectable</i> ..	10	<i>sulfato de tobramicina inyectable, 1.2 g, 10 mg/ml, 80 mg/2 ml</i> .....	10	SYNTHROID .....	51
<i>sulfato de gentamicina pediátrico</i> ..	10	<i>sulfato de tobramicina, solución oftálmica</i> .....	10	SYPRINE .....	44
<i>sulfato de gentamicina, pomada</i> ..	10	<i>sulfato de tranilcipromina</i> .....	16		
<i>sulfato de gentamicina, solución oftálmica</i> .....	10	<i>sulfato de trimetoprima/ sulfato de polimixina b</i> .....	11	<b>T</b>	
<i>sulfato de hidroxycloerquina</i> .....	25	<i>sulfato de vinblastina</i> .....	22	TABLOID .....	21
<i>sulfato de hiosciamina, comprimidos</i> .	44	<i>sulfato de vincristina</i> .....	23	<i>tacrolimus, cápsulas</i> .....	53
<i>sulfato de hiosciamina, comprimidos dispersables</i> .....	44	<i>sulfatos de neomicina/polimixina b</i> .	10	<i>tacrolimus, pomada</i> .....	41
<i>sulfato de hiosciamina, comprimidos orodispersables</i> .....	44	<i>sulfatrim pediátrico</i> .....	14	TAFINLAR .....	24
<i>sulfato de hiosciamina, elixir</i> .....	44	<i>sulfonato de poliestireno sódico, polvo</i> .....	44	TAGRISSO .....	24
<i>sulfato de hiosciamina, sublingual</i> ..	44	<i>sulfonato de poliestireno sódico, suspensión, 15 g/60 ml, 30 g/120 ml</i> .	44	TARCEVA, COMPRIMIDOS, 25 MG .....	24
<i>sulfato de magnesio en d5w</i> .....	14	<i>sulfuro de selenio, loción</i> .....	41	TARCEVA, COMPRIMIDOS, 100 MG, 150 MG .....	24
<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> .....	42	<i>sulindac</i> .....	7	TARGRETIN GEL .....	25
<i>sulfato de metaproterenol</i> .....	57	<i>sumatriptán</i> .....	19	<i>tarina fe 1/20</i> .....	50
		SUPRAX SUSR, 500 MG/5 ML .....	12	<i>tartrato de brimonidina, solución oftálmica al 0.2%</i> .....	56
				<i>tartrato de brimonidina, solución oftálmica al 0.15%</i> .....	56
				<i>tartrato de butorfanol inyectable, 1 mg/ml</i> .....	8

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>tartrato de butorfanol inyectable, 2 mg/ml</i> . . . . .	8	TEKTURNA HCT . . . . .	37	TOBI PODHALER . . . . .	58
<i>tartrato de butorfanol, solución nasal</i> . . . . .	8	<i>telmisartán</i> . . . . .	34	TOBRADEX, POMADA . . . . .	56
<i>tartrato de ergotamina/cafeína</i> . . . . .	19	<i>telmisartán/amlodipina</i> . . . . .	34	<i>tobramicina/dexametasona</i> . . . . .	56
<i>tartrato de levalbuterol hfa</i> . . . . .	57	<i>telmisartán/hiclorotiazida</i> . . . . .	34	<i>tobramicina, solución oftálmica</i> . . . . .	10
<i>tartrato de metoprolol, comprimidos</i> . . . . .	36	<i>temazepam, cápsulas, 15 mg, 30 mg</i> . . . . .	58	<i>tobramicina, solución para nebulizar</i> . . . . .	58
<i>tartrato de metoprolol inyectable</i> . . . . .	36	<i>temazepam, cápsulas, 22.5 mg, 7.5 mg</i> . . . . .	58	TOBREX, POMADA . . . . .	10
<i>tartrato de rivastigmina</i> . . . . .	16	<i>temsirolimus</i> . . . . .	24	TOLAK . . . . .	41
<i>tartrato de tolterodina</i> . . . . .	46	TENIVAC . . . . .	54	<i>tolcapona</i> . . . . .	25
<i>tartrato de tolterodina, liberación prolongada</i> . . . . .	46	<i>teofilina, comprimidos de liberación prolongada x 12 h, 300 mg, 450 mg</i> . . . . .	58	<i>topiramato</i> . . . . .	15
<i>tartrato de vinorelbina inyectable 50 mg/5 ml</i> . . . . .	23	<i>teofilina, comprimidos de liberación prolongada x 24 h</i> . . . . .	58	<i>toposar</i> . . . . .	23
<i>tartrato de zolpidem, comprimidos</i> . . . . .	58	<i>teofilina, liberación controlada</i> . . . . .	58	TORISEL . . . . .	53
TASIGNA, CÁPSULAS, 50 MG . . . . .	24	<i>terconazol</i> . . . . .	19	<i>torsemida</i> . . . . .	37
TASIGNA, CÁPSULAS, 150 MG, 200 MG . . . . .	24	<i>testosterona, dosificador</i> . . . . .	48	TOUJEO MAX SOLOSTAR . . . . .	32
<i>tazaroteno</i> . . . . .	41	<i>testosterona, gel, 25 mg/2.5 g, 50 mg/5 g</i> . . . . .	48	TOUJEO SOLOSTAR . . . . .	32
<i>tazicef inyectable, 1 g, 2 g, 6 g</i> . . . . .	12	<i>tetrabenazina, comprimidos, 12.5 mg</i> . . . . .	40	TPN ELECTROLYTES . . . . .	44
TAZORAC, CREMA . . . . .	41	<i>tetrabenazina, comprimidos, 25 mg</i> . . . . .	40	TRACLEER, COMPRIMIDOS . . . . .	58
TAZORAC, GEL . . . . .	41	TEXACORT . . . . .	48	TRACLEER, COMPRIMIDOS SOLUBLES . . . . .	58
<i>taztia, cápsulas de liberación prolongada x 24 h, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i> . . . . .	37	THALOMID, CÁPSULAS, 100 MG, 150 MG, 50 MG . . . . .	21	TRADJENTA . . . . .	32
TECENTRIQ . . . . .	24	THALOMID, CÁPSULAS, 200 MG . . . . .	21	<i>trandolapril/clorhidrato de verapamilo, comprimidos de liberación prolongada y controlada, 1 mg; 240 mg, 2 mg; 180 mg, 2 mg; 240 mg</i> . . . . .	35
TECFIDERA, CÁPSULAS DE LIBERACIÓN RETARDADA, 120 MG . . . . .	40	THEO-24 . . . . .	58	<i>trandolapril/clorhidrato de verapamilo, comprimidos de liberación prolongada y controlada, 4 mg, 240 mg</i> . . . . .	35
TECFIDERA, CÁPSULAS DE LIBERACIÓN RETARDADA, 240 MG . . . . .	40	THYMOGLOBULIN . . . . .	53	<i>trandolapril, comprimidos, 1 mg</i> . . . . .	35
TECFIDERA, PAQUETE INICIAL . . . . .	40	THYROLAR-1 . . . . .	51	<i>trandolapril, comprimidos, 2 mg, 4 mg</i> . . . . .	35
TECHLITE, AGUJAS PARA LAPICERA/31 G X 6 MM . . . . .	55	THYROLAR-1/2 . . . . .	51	TRAVASOL . . . . .	44
TECHLITE, AGUJAS PARA LAPICERA/31 G X 8 MM . . . . .	55	THYROLAR-1/4 . . . . .	51	TRAVATAN Z . . . . .	56
TECHLITE, AGUJAS PARA LAPICERA/32 G X 4 MM . . . . .	55	THYROLAR-2 . . . . .	51	TREANDA INYECTABLE, 25 MG . . . . .	20
TECHLITE, AGUJAS PARA LAPICERA/32 G X 6 MM . . . . .	55	THYROLAR-3 . . . . .	51	TREANDA INYECTABLE, 100 MG . . . . .	20
TECHLITE, AGUJAS PARA LAPICERA/32 G X 8 MM . . . . .	55	TIBSOVO . . . . .	24	TRECTOR . . . . .	20
TEFLARO . . . . .	12	<i>tigeciclina</i> . . . . .	11	TRELEGY ELLIPTA . . . . .	58
TEKTURNA . . . . .	37	<i>timolol maleate, gel oftálmico que forma solución</i> . . . . .	56	TRELSTAR MIXJECT INYECTABLE, 3.75 MG . . . . .	52
		<i>tiotepa</i> . . . . .	20	TRELSTAR MIXJECT INYECTABLE, 11.25 MG . . . . .	52
		<i>tiotixeno</i> . . . . .	26	TRELSTAR MIXJECT INYECTABLE, 22.5 MG . . . . .	52
		TIS-U-SOL . . . . .	55	TRESIBA FLEXTOUCH . . . . .	32
		TIVICAY, COMPRIMIDOS, 10 MG . . . . .	28	<i>tretinoína, cápsulas</i> . . . . .	25
		TIVICAY, COMPRIMIDOS, 25 MG, 50 MG . . . . .	28		

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>tretinoína, crema</i> .....	41	TROKENDI, COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA X 24 H, 200 MG .....	15	VASCEPA, CÁPSULAS, 0.5 G .....	38
<i>tretinoína, gel al 0.01%</i> .....	41	TROPHAMINE .....	44	VASCEPA, CÁPSULAS, 1 GM .....	38
<i>tretinoína, gel al 0.05%</i> .....	41	<i>tropicamida</i> .....	56	VAXCHORA .....	54
<i>tretinoína, gel al 0.025%</i> .....	41	TRULANCE .....	45	VECTIBIX .....	24
<i>tretinoína, microesferas</i> .....	41	TRULICITY .....	32	VELCADE .....	22
<i>tretinoína, microesferas, dosificador, gel al 0.1%</i> .....	41	TRUMENBA .....	54	<i>velivet</i> .....	50
<i>triamcinolona acetona, crema al 0.1%</i> .....	48	TRUVADA .....	29	VELPHORO .....	44
<i>triamcinolona acetona, crema al 0.025%, 0.5%</i> .....	48	TWINRIX .....	54	VELTASSA .....	44
<i>triamcinolona acetona, inyectable, 40 mg/ml</i> .....	48	TYBOST .....	29	VENCLEXTA, COMPRIMIDOS, 10 MG .....	22
<i>triamcinolona acetona, loción</i> .....	48	<i>tydemy</i> .....	50	VENCLEXTA, COMPRIMIDOS, 50 MG .....	22
<i>triamcinolona acetona, pasta dental</i> .....	40	TYKERB .....	24	VENCLEXTA, COMPRIMIDOS, 100 MG .....	22
<i>triamcinolona acetona, pomada</i> ..	48	TYPHIM VI .....	54	VENCLEXTA, PAQUETE INICIAL ..	22
<i>triamtereno/hidroclorotiazida</i> .....	37	TYSABRI .....	40	VENTAVIS .....	58
<i>trianex</i> .....	48	<b>U</b>		VENTOLIN HFA .....	58
<i>triderm, crema al 0.1%</i> .....	48	ULORIC .....	19	VERAPAMIL HCL, CÁPSULAS DE LIBERACIÓN SOSTENIDA X 24 H, 360 MG .....	37
<i>tri-estarylla</i> .....	50	UNITHROID .....	51	VERSACLOZ .....	27
<i>trifluridina</i> .....	30	UNITUXIN .....	24	VERZENIO .....	22
<i>tri-legest fe</i> .....	50	<i>ursodiol</i> .....	45	VESICARE .....	46
<i>tri-linyah</i> .....	50	<b>V</b>		V-GO 20 .....	55
<i>trilyte</i> .....	45	VALCHLOR .....	20	V-GO 30 .....	55
<i>trimetoprima</i> .....	11	<i>valerato de betametasona, crema</i> ..	46	V-GO 40 .....	55
<i>tri-mili</i> .....	50	<i>valerato de betametasona, espuma</i> ..	46	VIBERZI .....	45
<i>trinessa</i> .....	50	<i>valerato de betametasona, loción</i> ..	46	<i>vicodin, comprimidos, 300 mg; 5 mg</i> .	9
TRINTELLIX .....	16	<i>valerato de betametasona, pomada</i> ..	46	<i>vicodin es, comprimidos, 300 mg; 7.5 mg</i> .....	9
<i>tri-previfem</i> .....	50	<i>valerato de estradiol</i> .....	49	<i>vicodin hp, comprimidos, 300 mg; 10 mg</i> .....	9
TRIPTODUR .....	52	<i>valerato de hidrocortisona</i> .....	47	VICTOZA .....	32
TRISENOX .....	22	<i>valganciclovir</i> .....	28	VIDEX, CÁPSULAS DE LIBERACIÓN RETARDADA CON RECUBRIMIENTO ENTÉRICO, 125 MG .....	29
<i>tri-sprintec</i> .....	50	<i>valproato sódico inyectable, 100 mg/ml</i> .....	15	VIDEX PEDIÁTRICO .....	29
TRIUMEQ .....	29	<i>valsartán</i> .....	34	<i>vienna</i> .....	50
<i>trivora-28</i> .....	50	<i>valsartán/hidroclorotiazida</i> .....	34	<i>vigabatrina</i> .....	15
<i>tri-vylibra</i> .....	50	<i>vancomicina</i> .....	11	VIIBRYD .....	18
TROGARZO .....	29	<i>vandazole</i> .....	11	VIIBRYD, PAQUETE INICIAL .....	18
TROKENDI, CÁPSULAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA X 24 H, 100 MG, 25 MG, 50 MG .....	15	VAQTA .....	54	VIMPAT, COMPRIMIDOS .....	16
		VARIVAX .....	54		
		VARIZIG .....	54		











**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](http://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