



Lista de medicamentos con receta National Preferred de 4 niveles con medicamentos de especialidad de Cigna Healthcare

Cobertura a partir del 1 de enero de 2026

Para el estado de California

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

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

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

Consulte la información sobre su cobertura en línea: Aplicación myCigna® o en **myCigna.com®**

Última actualización: 1 de octubre de 2025. Esta Lista de medicamentos está sujeta a cambios y ninguna de las versiones anteriores se encuentra vigente.



¿Qué encontrará adentro?	Página
Información sobre esta Lista de medicamentos	3
• Preguntas frecuentes	3
• Palabras que quizás necesite conocer	II
• Acerca de esta Lista de medicamentos	13
• Cómo leer esta Lista de medicamentos	13
• Cómo encontrar su medicamento	16
Lista de medicamentos con receta	19
Exclusiones y limitaciones de la cobertura	249
Índice de medicamentos	250

Consulte su Lista de medicamentos en línea las 24 horas, los 7 días de la semana

Este documento se actualizó por última vez el 1 de octubre de 2025.* Acceda en línea para ver la información más actualizada acerca de los medicamentos que cubre su plan.

- **Cigna.com/druglist.** Elija **National Preferred 4 Tier Specialty** (National Preferred de 4 niveles con medicamentos de especialidad) de la lista desplegable. Después escriba el nombre de su medicamento o vea la Lista completa.
- **Aplicación myCigna¹ o myCigna.com.** Inicie sesión en su cuenta y use la herramienta *Price a Medication* (Conozca los precios de los medicamentos) para saber qué cobertura tiene su medicamento.

¿Tiene preguntas?

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

* Creación de la Lista de medicamentos:
creada originalmente el 1 de enero de 2023

Última actualización: 1 de octubre de 2025, para los
cambios que empezarán a regir el 1 de enero de 2026

Próxima actualización planificada: 1 de abril de 2026,
para los cambios que empezarán a regir el 1 de julio de 2026

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes

Aquí encontrará respuestas a preguntas que puede tener sobre su Lista de medicamentos y la cobertura de medicamentos con receta.

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

R. Revisamos y actualizamos la Lista de medicamentos en forma regular para garantizar la cobertura de medicamentos seguros, eficaces y de bajo costo. Hacemos cambios por varios motivos; por ejemplo, cuando surge un medicamento nuevo, cuando algún medicamento deja de estar disponible o cuando cambia el precio de un medicamento. Estos cambios pueden incluir:

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

Cuando hacemos un cambio que afectará su medicamento (por ejemplo, empezará a costar más, dejará de estar cubierto y/o empezará a tener un requisito de cobertura adicional), le avisamos antes de que el cambio entre en vigor. De esta manera, usted tiene tiempo de hablar con su médico sobre las opciones disponibles. Solo usted y su médico pueden decidir qué es lo mejor para su tratamiento.

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

R. Para ayudar a reducir sus costos de cuidado de la salud totales, su plan no cubre determinados medicamentos de marca de alto costo que tienen alternativas de menor costo que pueden tratar la misma condición. Si su medicamento no está cubierto y su médico considera que un medicamento diferente no es adecuado para usted, el personal del consultorio puede pedirnos que lo cubramos a través de nuestro proceso de revisión.

También hay algunos medicamentos y productos que su plan no cubrirá en ningún caso, porque son una “exclusión del plan (o del beneficio)”. Esto significa que el medicamento o el producto no está en su Lista de

medicamentos, y no existe la opción de pedirnos que lo cubramos a través de nuestro proceso de revisión. Por ejemplo, su plan no cubre (o “excluye”) medicamentos que no están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos.

P. ¿Cómo deciden qué medicamentos cubrir?

R. La Lista de medicamentos con receta de Cigna Healthcare se elabora con la ayuda del Comité de Farmacia y Terapéutica (P&T, por sus siglas en inglés) de Cigna Healthcare, que es un grupo de médicos y farmacéuticos en ejercicio, la mayoría de los cuales trabaja fuera de Cigna Healthcare. El grupo se reúne regularmente para revisar evidencia médica e información proporcionadas por agencias federales, fabricantes de medicamentos, asociaciones de profesionales médicos, organizaciones nacionales y revistas revisadas por colegas médicos respecto de la seguridad y eficacia de los medicamentos recientemente aprobados por la FDA y de los medicamentos que ya se encuentran en el mercado.

Luego, el Comité de Evaluación del Valor de los Planes de Salud (HVAC, por sus siglas en inglés) de Cigna Healthcare analiza los resultados de la revisión clínica del Comité de P&T, así como el valor general del medicamento y otros factores antes de agregarlo o quitarlo de la Lista de medicamentos.

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

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

P. ¿Cómo sé si un medicamento necesita aprobación?

R. Consulte su Lista de medicamentos o inicie sesión en la aplicación myCigna o en **myCigna.com** y use la herramienta *Price a Medication* (Conozca los precios de los medicamentos). Si al lado del nombre del medicamento aparece:

- **PA** (autorización previa) o **ST** (tratamiento escalonado), necesita aprobación para que su plan lo cubra.
- **QL** (límite a la cantidad), es posible que necesite aprobación según la cantidad que le estén despachando de una vez.
- **AGE** (requisito de edad), es posible que necesite aprobación según su edad.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

P. ¿Qué tipos de medicamentos generalmente necesitan aprobación?

R. Medicamentos que:

- Pueden no ser seguros si se toman con otros medicamentos.
- Tienen alternativas de menor costo que son igual de eficaces para tratar la misma condición.
- Solo deberían usarse para determinadas condiciones médicas.
- Suelen usarse de manera incorrecta o presentan riesgo de abuso (tomarlos con mayor frecuencia de la recomendada).

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

R. Medicamentos que:

- Se toman en una cantidad mayor o durante más tiempo del recomendado.
- Se usan de manera incorrecta o presentan riesgo de abuso (tomarlos con mayor frecuencia de la recomendada).

P. ¿Qué medicamentos forman parte del programa de tratamiento escalonado?

R. En general, medicamentos de alto costo que se usan para tratar ciertas condiciones, tales como:

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

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

R. No todos los medicamentos son adecuados para todas las edades. Algunos medicamentos son más eficaces en personas de cierta edad o dentro de un rango de edad específico. Con el paso del tiempo, los cambios en el organismo pueden disminuir la capacidad para descomponer o eliminar ciertos medicamentos, lo que hace que permanezcan más tiempo en el cuerpo. Por esta razón, una persona adulta mayor podría necesitar una dosis más baja o un medicamento diferente que sea más seguro.

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

R. Pídale al personal del consultorio de su médico

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

Revisaremos la información que nos envíe su médico para asegurarnos de que usted cumpla con las reglas (los requisitos) de cobertura del medicamento. Les enviaremos una carta a usted y a su médico para comunicarles nuestra decisión (aprobado/no aprobado) y los próximos pasos. Esto puede demorar hasta cinco (5) días hábiles. Puede comunicarse con el consultorio de su médico en cualquier momento para averiguar si ya tomamos una decisión. O puede iniciar sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com para saber en qué parte del proceso de revisión está su medicamento o para leer la decisión que tomamos.

Muchas veces no recibimos toda la información necesaria del consultorio para poder aprobar la cobertura. Si no aprobamos su medicamento, su médico puede enviarnos más información para que la revisemos, usando el mismo proceso que antes. Con gusto revisaremos la solicitud nuevamente. Según lo que su médico envíe esta vez, es posible que podamos aprobar la cobertura. Si no es así, usted y su médico pueden apelar la decisión enviándonos una solicitud por escrito en la que se expliquen los motivos por los que deberíamos cubrir el medicamento.

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

(siempre y cuando el medicamento se recete adecuadamente y sea seguro y eficaz para tratar su condición).

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

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

Revisaremos la información que nos envíe su médico para asegurarnos de que usted cumpla con las reglas (los requisitos) de cobertura del medicamento. Les enviaremos una carta a usted y a su médico para comunicarles nuestra decisión (aprobado/no aprobado) y los próximos pasos. Esto puede demorar hasta cinco (5) días hábiles. Puede comunicarse con el consultorio de su médico en cualquier momento para averiguar si ya tomamos una decisión. O puede iniciar sesión en la aplicación myCigna o en **myCigna.com** para saber en qué parte del proceso de revisión está su medicamento o para leer la decisión que tomamos.

Muchas veces no recibimos toda la información necesaria del consultorio para poder aprobar la cobertura. Si no aprobamos su medicamento, su médico puede enviarnos más información para que la revisemos, usando el mismo proceso que antes. Con gusto revisaremos la solicitud nuevamente. Según lo que su médico envíe esta vez, es posible que podamos aprobar la cobertura. Si no es así, usted y su médico pueden apelar la decisión enviándonos una solicitud por escrito en la que se expliquen los motivos por los que deberíamos cubrir el medicamento.

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

la decisión a usted y a su médico dentro de las 24 horas. Si se aprueba, la cobertura se proporcionará mientras duren las circunstancias apremiantes. **Es importante saber que cuando se aprueban los medicamentos, la cobertura suele ser por un año.** Si su medicamento se aprueba por menos tiempo, esto se debe a que hay un motivo clínico basado en nuestras reglas (requisitos) de cobertura para el medicamento y/o el médico revisor.

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

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

Revisaremos la información que nos envíe su médico para asegurarnos de que usted cumpla con las reglas (los requisitos) de cobertura del medicamento. Les enviaremos una carta a usted y a su médico para comunicarles nuestra decisión (aprobado/no aprobado) y los próximos pasos. Esto puede demorar hasta cinco (5) días hábiles. Puede comunicarse con el consultorio de su médico en cualquier momento para averiguar si ya tomamos una decisión. O puede iniciar sesión en la aplicación myCigna o en **myCigna.com** para saber en qué parte del proceso de revisión está su medicamento o para leer la decisión que tomamos.

Muchas veces no recibimos toda la información necesaria del consultorio para poder aprobar la cobertura. Si no aprobamos su medicamento, su médico puede enviarnos más información para que la revisemos, usando el mismo proceso que antes. Con gusto revisaremos la solicitud nuevamente. Según lo que su médico envíe esta vez, es posible que podamos aprobar la cobertura. Si no es así, usted y su médico pueden apelar la decisión enviándonos una solicitud por escrito en la que se expliquen los motivos por los que deberíamos cubrir el medicamento.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

- **Para las solicitudes no urgentes**, les informaremos la decisión a usted y a su médico dentro de las 72 horas. Si se aprueba, la cobertura se proporcionará hasta que se extinga la receta (incluidas las renovaciones).
- **Para las solicitudes urgentes basadas en circunstancias apremiantes**, les informaremos la decisión a usted y a su médico dentro de las 24 horas. Si se aprueba, la cobertura se proporcionará mientras duren las circunstancias apremiantes. Si no respondemos a una solicitud de excepción a la autorización previa completada dentro de las 72 horas de recibir una solicitud no urgente y de las 24 horas de recibir una solicitud urgente basada en circunstancias apremiantes, la solicitud se considerará aprobada y su plan no podrá negarse a cubrir el medicamento.

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

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

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

R. Cuando su farmacéutico trate de despacharle la receta, verá que el medicamento necesita nuestra aprobación para tener cobertura. Como usted no obtuvo la aprobación de antemano, su plan no cubrirá el costo. En ese caso, pídale a su médico que se comunique con nosotros para comenzar el proceso de revisión de la cobertura.

Podrá adquirir el medicamento de todos modos (sin usar su plan/seguro), pero pagará el precio total en la farmacia. En ese caso, lo que pague no podrá aplicarse a su deducible anual ni al desembolso máximo.

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

R. Su farmacéutico solo le despachará la cantidad que cubra su plan. Si usted quiere que le despachen más de la cantidad permitida, el personal del consultorio puede pedirnos que cubramos esa cantidad mayor a través de nuestro proceso de revisión.

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

R. Sí.

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

R. Nosotros revisamos todos los medicamentos y productos recientemente aprobados para determinar si deberían estar cubiertos y, en ese caso, con qué costo compartido (en qué nivel). Esto incluye, a modo de ejemplo, medicamentos, suministros médicos y/o dispositivos cubiertos por los beneficios de farmacia estándares. Desde la fecha de aprobación de la FDA, nuestra decisión puede demorar hasta seis meses.

Si su médico quiere usar un medicamento recientemente aprobado, el personal del consultorio puede pedirnos que lo cubramos a través de nuestro proceso de revisión.

P. ¿Qué son los medicamentos preventivos?

R. Los medicamentos preventivos pueden ayudarle a evitar ciertas condiciones médicas a largo plazo, como por ejemplo, asma, depresión, diabetes, ataque al corazón, presión arterial alta, colesterol alto, osteoporosis (una enfermedad que debilita los huesos), carencia nutritiva prenatal (cuando una persona embarazada no recibe una

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

cantidad suficiente de los nutrientes que necesita) y derrame cerebral. Estos medicamentos mejoran sus probabilidades de mantenerse saludable y vivir más tiempo.

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

R. La Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (PPACA, por sus siglas en inglés), también conocida como la “reforma del cuidado de salud”, ayuda a que el cuidado de la salud y el cuidado preventivo sean más accesibles. La PPACA exige que los planes cubran el costo total de ciertos medicamentos preventivos y productos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés) preventivos. Esto significa que usted no tiene que pagar nada, ni siquiera un copago, coseguro o deducible, por estos productos.

Para ver una lista de los medicamentos que cuestan \$0, visite **Cigna.com/PDL** y haga clic en el menú desplegable al lado de *Drug Lists for Employer Plans* (Listas de medicamentos para planes de empleadores). En la sección *Preventive Drug Lists* (Listas de medicamentos preventivos), haga clic en el vínculo *PPACA No Cost-Share Preventive Drug List* (Lista de medicamentos preventivos sin costos compartidos según la PPACA).

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

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

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

R. Cuando usted y su médico estén evaluando el medicamento correcto para su tratamiento, saber cuánto cuesta, qué opciones de menor costo están disponibles y qué farmacias tienen los mejores precios puede ayudarle a evitar sorpresas. Inicie sesión en la aplicación myCigna o en **myCigna.com** y use la herramienta *Price a Medication* (Conozca los precios de los medicamentos) para saber cuánto cuesta su medicamento antes de ir a la farmacia o incluso antes de irse del consultorio de su médico.²

P. ¿Qué es el costo compartido?

R. Es la cantidad que usted paga de su bolsillo por un medicamento con receta cubierto y/o un servicio

de cuidado de la salud o un servicio relacionado elegible. Para algunos planes, el costo compartido es un copago; para otros planes, es un coseguro.

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

R. Puede pensar en la posibilidad de usar un medicamento que esté cubierto en un nivel inferior, como un medicamento genérico o de marca preferida, o en pedir que le despachen un suministro para 90 días (si su plan lo permite). Pregúntele a su médico si alguna de estas opciones puede ser adecuada para usted.

P. ¿Qué es un medicamento genérico?

R. Un genérico es igual que su versión de marca. Tiene los mismos ingredientes activos, y la misma concentración y formulación, trata la(s) misma(s) condición(es), y actúa de la misma manera. Además, en general, cuesta menos.³ Los medicamentos genéricos suelen venderse con su nombre químico o científico, en lugar del nombre de marca.

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

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

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

R. Los medicamentos genéricos y los de marca pueden:³

- Tener un aspecto diferente. Por ejemplo, los medicamentos genéricos pueden tener una forma, un tamaño o un color diferente a sus versiones de marca.
- Tener un sabor diferente y/o utilizar distintos conservantes, venir en un envase diferente y/o con un etiquetado distinto, y pueden tener una fecha de vencimiento diferente.

Es importante que sepa que estas diferencias no afectan la manera en que actúan los genéricos.

P. ¿Qué es un medicamento “biosimilar”?

R. Un medicamento biosimilar es “muy similar” al medicamento biológico original, que también se conoce como producto de referencia, que ya fue aprobado por la FDA. Si bien los biosimilares no son idénticos al medicamento original, se usan para tratar las mismas condiciones, y proporcionan los mismos resultados clínicos y beneficios de tratamiento. No hay diferencias clínicas en cuanto a su seguridad ni a cómo actúan. Además, suelen costar menos.⁴

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

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

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

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

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

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

R. Depende de su plan. Algunos planes le exigen que despache sus medicamentos de mantenimiento a través de Express Scripts® Pharmacy y/o sus medicamentos de especialidad a través de la farmacia de especialidad Accredo® para que estén cubiertos.⁵ Inicie sesión en la aplicación myCigna o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan, para averiguar qué exige su plan.

P. ¿Me pueden despachar mis recetas por correo?

R. Sí, siempre que su plan ofrezca el servicio de entrega a domicilio.⁵

Despache los medicamentos de mantenimiento a través de Express Scripts Pharmacy

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

- Es muy fácil pedir, manejar, hacer el seguimiento y pagar sus medicamentos en su teléfono o en Internet.
- Reciba los pedidos por envío estándar sin costo adicional.⁶
- Obtenga un suministro para un máximo de 90 días de una vez.
- Hable con un farmacéutico las 24 horas, los 7 días de la semana.

- Suscríbase a las renovaciones automáticas o recordatorios de renovaciones para no dejar de tomar ninguna dosis.⁷
- Use un plan de pagos (si lo necesita).

Estas son dos maneras sencillas de comenzar:

1. **En línea.** Inicie sesión en la aplicación myCigna o en **myCigna.com** y haga clic en la pestaña *Prescriptions* (Recetas). Elija *My Medications* (Mis medicamentos) de la lista desplegable. Luego haga clic en el botón que está al lado del nombre de su medicamento para pasar su(s) receta(s) de su farmacia minorista al servicio de entrega a domicilio. O bien,
2. **Por teléfono.**
 - Llame al consultorio de su médico. Pida que envíen una receta para 90 días (con renovaciones) al servicio de entrega a domicilio de Express Scripts. O bien,
 - Llame a Express Scripts Pharmacy al **800.835.3784**. Se comunicarán con el consultorio de su médico para obtener su receta. Tenga preparada su tarjeta de ID, la información de contacto de su médico y los nombres de sus medicamentos cuando llame.

Despache los medicamentos de especialidad a través de la farmacia de especialidad Accredo

Si está usando un medicamento de especialidad, el equipo de Accredo puede ayudarle a controlar su condición médica poco frecuente y/o compleja. También le despacharán y le enviarán su medicamento de especialidad, para que no tenga que ir a buscarlo a la farmacia. Para obtener más información, visite **Cigna.com/specialty**.

- Hable con enfermeras y farmacéuticos especialmente capacitados, las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Reciba los pedidos por envío rápido sin costo adicional.⁶
- Suscríbase a las renovaciones y los recordatorios. Algunas renovaciones pueden solicitarse por mensaje de texto.⁸
- Reciba ayuda para pagar su medicamento (si la necesita).
- Maneje y haga el seguimiento de sus medicamentos en línea.

Para empezar, llame al **877.826.7657**, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 10:00 p.m., hora del Centro; y los sábados, de 7:00 a.m. a 4:00 p.m., hora del Centro.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

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

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

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

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

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

Es posible que también pueda usar Accredo para despachar su receta; ellos tienen acceso a la mayoría de los medicamentos de especialidad.⁵ Llame a Accredo al **877.826.7657**, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 10:00 p.m., hora del Centro; o los sábados, de 7:00 a.m. a 4:00 p.m., hora del Centro, para obtener más información.

P. ¿Cómo despacho mi receta?

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

1. **Enviarla electrónicamente** a la farmacia minorista de la red que usted elija, al servicio de entrega a domicilio de Express Scripts o a Accredo. O bien
2. **Darle una receta en papel.** Usted puede llevarla a la farmacia minorista de la red que elija, o enviarla por correo a Express Scripts Pharmacy o a Accredo.

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

R. Controlar una condición médica poco frecuente y/o compleja no es fácil. El equipo de farmacéuticos y enfermeras capacitados en medicamentos de especialidad de Accredo puede ayudarle. También le despacharán y le enviarán su medicamento de

especialidad, para que no tenga que ir a buscarlo a la farmacia.

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

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

R. Use las herramientas y recursos en línea que encontrará en la aplicación myCigna o en **myCigna.com**. Puede averiguar cuánto cuestan sus medicamentos (y qué opciones de menor costo pueden estar disponibles), ver qué medicamentos cubre su plan, buscar una farmacia de la red, hacerle una pregunta a un farmacéutico, ver sus reclamos de farmacia y los detalles de la cobertura, y mucho más. También puede administrar sus pedidos de entrega a domicilio.

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

R. Clasificamos los medicamentos cubiertos en niveles (que representan niveles de costo compartido). Por lo general, cuanto más alto sea el nivel, mayor será el precio que pagará por el medicamento. Hay tres lugares donde puede averiguar cuánto pagará por su medicamento, según el nivel al que pertenezca, incluido el máximo costo compartido permitido:

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

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

R. Algunos medicamentos están cubiertos por el beneficio de farmacia, algunos están cubiertos por el beneficio médico y otros están cubiertos por ambos beneficios. Inicie sesión en la aplicación myCigna o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan,

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

para obtener más información sobre cómo cubre su plan sus medicamentos.

- Los medicamentos que le despachan en la farmacia y que usted toma por su cuenta, por lo general, están cubiertos por el beneficio de farmacia.
- Los medicamentos que se administran por inyección o infusión en el consultorio de un médico, en un hospital, en un centro de infusión o en el hogar, por lo general, están cubiertos por el beneficio médico.

Por qué esto es importante: El beneficio que cubra el medicamento puede afectar su costo, si necesita la aprobación de Cigna Healthcare antes de que su plan lo cubra y/o si debe despacharlo a través de una farmacia en particular para que esté cubierto. Consulte la cobertura médica de su resumen de beneficios para obtener más información sobre cómo su plan cubre su medicamento.

P. Tomo un medicamento oral contra el cáncer.

¿Cuánto me costará que me lo despachen?

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

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

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

P. ¿Cómo es la cobertura de los medicamentos, dispositivos y productos para la diabetes, anticonceptivos y productos establecidos por el mandato federal aprobados por la FDA en virtud del beneficio de farmacia?

R. Así es como estos productos están cubiertos por el beneficio de farmacia:

- **Medicamentos y productos de cuidado preventivo cubiertos en virtud de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (PPACA), también conocida como la “reforma del cuidado de salud”:**
 - **Anticonceptivos:** Cobertura del 100% o sin costos compartidos (\$0). Determinados anticonceptivos con receta están disponibles sujetos al costo compartido aplicable.
 - **Productos para dejar de consumir tabaco:** Hasta dos (2) tratamientos de 90 días por año del plan tienen cobertura del 100% o sin costos compartidos (\$0). Determinados productos para dejar de consumir tabaco con receta están disponibles sujetos al costo compartido aplicable.
 - **Determinadas vitaminas:** Cobertura del 100% o sin costos compartidos (\$0). Todas las demás vitaminas con receta están disponibles sujetas al costo compartido y deducible aplicable (si corresponde).
- **Determinados productos de venta libre (OTC):** Si tiene una receta de su médico, estos productos tienen cobertura del 100% o no tienen costos compartidos (\$0). Todos los demás productos OTC están excluidos de la cobertura.
- **Medicamentos de fertilidad orales:** Tienen cobertura según el costo compartido del nivel aplicable. Para algunos planes, los medicamentos de fertilidad inyectables están cubiertos por el beneficio médico.
- **Medicamentos genéricos de cuidado preventivo:** Tienen cobertura del 100% o sin costos compartidos (\$0) antes de alcanzar su deducible. Usted pagará su deducible y el costo compartido aplicable para despachar un medicamento de cuidado preventivo de marca preferida y/o de marca no preferida.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

- **Suministros para diabéticos:** Tienen cobertura según el costo compartido aplicable.
- **Hormonas del crecimiento:** Necesitan la aprobación de Cigna Healthcare para que su plan lo cubra (autorización previa). Si se aprueban, usted pagará su costo compartido del nivel aplicable para despachar el medicamento.
- **Vacunas:** Las vacunas ahora están cubiertas por el beneficio de farmacia. No todos los planes cubren las vacunas de la misma manera. Inicie sesión en la aplicación myCigna o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan, para averiguar cómo las cubre su plan específico.
- **Medicamentos compuestos:** Si el medicamento cuesta más de \$200, necesitará la aprobación de Cigna Healthcare para que su plan lo cubra (autorización previa). Si se aprueban, usted pagará su costo compartido del nivel aplicable para despachar el medicamento.

Palabras que quizás necesite conocer

- **Medicamento de marca:** Un medicamento que se comercializa con un nombre exclusivo, protegido por una marca. En este Formulario, los medicamentos de marca están escritos en MAYÚSCULA.
- **Coseguro:** Un porcentaje del costo de un beneficio de cuidado de la salud cubierto que usted paga después de haber pagado el deducible, si se aplica un deducible al beneficio de cuidado de la salud.
- **Copago:** Una cantidad fija en dólares que usted paga por un beneficio de cuidado de la salud cubierto después de haber pagado el deducible, si se aplica un deducible al beneficio de cuidado de la salud.
- **Deducible:** La cantidad que usted paga por beneficios de cuidado de la salud cubiertos que están sujetos al deducible antes de que su aseguradora de salud empiece a pagar. Si su póliza de seguro de salud tiene un deducible, puede tener un solo deducible o deducibles separados para beneficios médicos y beneficios de medicamentos con receta. Una vez que pague su deducible, por lo general pagará solo un copago o coseguro por los beneficios de cuidado de la salud cubiertos. Su compañía de seguros paga el resto.
- **Nivel de medicamentos:** Un grupo de medicamentos con receta que corresponde a un nivel específico de costo compartido en su póliza de seguro de salud. El nivel de medicamentos en el cual se incluye un medicamento con receta determina la parte del costo del medicamento que usted debe pagar.
- **Solicitud de excepción:** Una solicitud de cobertura de un medicamento no incluido en el Formulario. Si usted, la persona que usted designe o el proveedor de cuidado de la salud que le emite recetas presentan una solicitud de cobertura de un medicamento no incluido en el Formulario, su aseguradora debe cubrir el medicamento no incluido en el Formulario cuando sea médicamente necesario que usted tome el medicamento.
- **Circunstancias apremiantes:** Cuando usted sufre una condición médica que puede poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad para recuperar su funcionamiento pleno, o cuando usted se está realizando un tratamiento con un medicamento no incluido en el Formulario.
- **Formulario o Lista de medicamentos con receta:** La lista de medicamentos cubiertos por su póliza de seguro de salud en virtud del beneficio de medicamentos con receta de la póliza.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Palabras que quizás necesite conocer (cont.)

- **Medicamento genérico:** Un medicamento que es igual a su equivalente de marca en términos de dosis, concentración, efecto, forma de tomarse, calidad, seguridad y uso previsto. En este Formulario, los medicamentos genéricos están escritos en *minúscula cursiva*.
- **Medicamento necesarios:** Los beneficios de cuidado de la salud necesarios para diagnosticar, tratar o prevenir una condición médica o sus síntomas, y que cumplen con los estándares aceptados de la medicina. Por lo general, los seguros de salud no cubren los beneficios de cuidado de la salud que no son médicamente necesarios.
- **Medicamento no incluido en el Formulario:** Un medicamento con receta que no aparece en este Formulario.
- **Costos de desembolso:** Sus gastos por beneficios de cuidado de la salud que su seguro de salud no reembolsa. Los costos de desembolso incluyen los deducibles, los copagos y el coseguro por los beneficios de cuidado de la salud cubiertos, además de todos los costos correspondientes a beneficios de cuidado de la salud que no están cubiertos.
- **Proveedor que emite recetas:** Un proveedor de cuidado de la salud que puede emitir una receta para un medicamento con el fin de diagnosticar, tratar o prevenir una condición médica.
- **Receta:** Una orden oral, escrita o electrónica de un proveedor que emite recetas en la que autoriza el suministro de un medicamento con receta a una persona específica.
- **Medicamento con receta:** Un medicamento que, según lo establecido por la ley, requiere una receta.
- **Autorización previa:** La decisión de su aseguradora de salud de que un beneficio de cuidado de la salud es médicamente necesario para usted. Si un medicamento con receta está sujeto al requisito de autorización previa en este Formulario, el proveedor que le emite recetas deberá solicitar la aprobación de su aseguradora de salud para cubrir el medicamento antes de que usted despache su medicamento con receta. Su aseguradora de salud debe otorgar una solicitud de autorización previa cuando sea médicamente necesario que usted tome el medicamento.
- **Tratamiento escalonado:** Una secuencia específica en la que deben probarse los medicamentos con receta para una condición médica en particular. Si un medicamento está sujeto al requisito de tratamiento escalonado en este Formulario, es posible que deba probar uno o más medicamentos antes de que su póliza de seguro de salud cubra ese medicamento para su condición médica. Si el proveedor que le emite recetas presenta una solicitud de excepción al requisito de tratamiento escalonado, su aseguradora de salud debe otorgar la solicitud cuando sea médicamente necesario que usted tome el medicamento.
- **Límites a la cantidad:** Para algunos medicamentos, su plan cubre solamente hasta una determinada cantidad y durante un plazo determinado. Por ejemplo, 30 mg por día durante 30 días. Los límites a la cantidad ayudan a garantizar que usted esté recibiendo cobertura para el medicamento correcto, en la cantidad correcta y para la situación correcta. Su plan solamente cubrirá una cantidad mayor si su médico solicita y recibe la aprobación de Cigna Healthcare.
- **Requisitos de edad:** Para determinados medicamentos, usted debe pertenecer a un rango de edad específico para que su plan los cubra. Esto se debe a que algunos medicamentos no se consideran clínicamente apropiados para personas que no están dentro de ese rango de edad.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Acerca de esta Lista de medicamentos

Esta es una lista de los medicamentos que se recetan con mayor frecuencia y están cubiertos por la Lista de medicamentos con receta National Preferred de 4 niveles con medicamentos de especialidad de Cigna Healthcare, que entrará en vigor el 1 de enero de 2026. **La Lista de medicamentos se actualiza bastante seguido**; por eso, es posible que no estén incluidos todos los medicamentos que cubre su plan. Además, también es posible que su plan no cubra todos estos medicamentos. Inicie sesión en la aplicación myCigna o en **myCigna.com** para ver qué medicamentos cubre su plan.

Cómo leer esta Lista de medicamentos

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

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

Niveles

Clasificamos los medicamentos cubiertos en niveles (que representan niveles de costo compartido). Por lo general, cuanto más alto sea el nivel, mayor será el precio que pagará por el medicamento.

Nivel 1	Genéricos. Estos medicamentos están cubiertos con el costo compartido más bajo de su plan. Los genéricos actúan de la misma manera y tienen los mismos beneficios clínicos que sus versiones de marca, y generalmente cuestan mucho menos. ³	\$
Nivel 2	Marcas preferidas. Estos medicamentos en general tienen una o más alternativas genéricas de menor costo que tratan la misma condición.	\$\$
Nivel 3	Marcas no preferidas. Estos medicamentos en general tienen una o más alternativas genéricas y/o de marca preferida que tratan la misma condición.	\$\$\$
Nivel 4	Medicamentos de especialidad de marca. Estos medicamentos están cubiertos con el costo compartido más alto de su plan. Los medicamentos de especialidad genéricos están cubiertos en un nivel inferior.	\$\$\$\$

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Cómo leer esta Lista de medicamentos (cont.)

Letras (siglas) en la columna Notas

En esta Lista de medicamentos, algunos medicamentos tienen **letras (siglas)** junto al nombre en la columna Notas. Esto es lo que significan.

PA	Autorización previa* : Este medicamento necesita la aprobación de Cigna Healthcare para que su plan lo cubra. El personal del consultorio de su médico deberá enviarnos información para analizar y asegurarnos de que usted cumpla con las reglas (requisitos) de cobertura del medicamento.
QL	Límite a la cantidad* : Su plan cubrirá solamente una cantidad específica de este medicamento por vez. Si su médico quiere que le despachen más de la cantidad permitida, el personal del consultorio puede pedirnos que cubramos una cantidad mayor.
ST	Tratamiento escalonado* : Se trata de un medicamento de alto costo que tiene una o más alternativas de menor costo que tratan la misma condición. Su plan no cubrirá este medicamento hasta que usted primero haya probado al menos un medicamento preferido (en general, un medicamento genérico o de marca preferida) y pueda demostrar que no le dio resultado. Si su médico considera que un medicamento preferido no es adecuado para usted, el personal del consultorio puede pedirnos que cubramos el medicamento de mayor costo.
AGE	Requisito de edad* : Su plan solo cubrirá este medicamento si usted tiene una determinada edad o se encuentra dentro de un determinado rango de edad. Si usted no se encuentra dentro del rango de edad permitido y su médico quiere que use el medicamento, el personal del consultorio puede pedirnos que lo cubramos.
SP	Este es un medicamento de especialidad , que se usa para tratar una condición médica poco frecuente y/o compleja. Algunos planes tienen reglas (requisitos) de cobertura adicionales para los medicamentos de especialidad. Por ejemplo, es posible que algunos cubran solamente un suministro para un máximo de 30 días y/o que exijan que se los despachen en una farmacia de especialidad preferida para estar cubiertos.
HD	Medicamentos para entrega a domicilio : Algunos planes solo cubren determinados medicamentos de mantenimiento si se despachan a través del servicio de entrega a domicilio de Express Scripts Pharmacy. Según su plan, es posible que pueda conseguir cobertura para despachar el medicamento en una farmacia minorista de la red una, dos o tres veces, antes de tener que pasarse al servicio de entrega a domicilio.
PPACA	La reforma del cuidado de salud establecida por la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (PPACA) exige que los planes cubran el costo total de este medicamento o producto preventivo. Esto significa que usted no tiene que pagar nada, ni siquiera un copago, coseguro o deducible.
CSL	Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos : La ley estatal de California limita el costo compartido (o la cantidad que usted paga de su bolsillo) por determinados medicamentos de quimioterapia oral.

* No todos los planes tienen reglas (requisitos) de cobertura adicionales para los medicamentos. Inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com, o consulte los materiales de su plan, para averiguar si el suyo tiene.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Cómo leer esta Lista de medicamentos (cont.)

Use la tabla incluida abajo para entender cómo están cubiertos los medicamentos en la Lista de medicamentos con receta National Preferred de 4 niveles con medicamentos de especialidad de Cigna Healthcare.*

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

* Esta tabla es solo un ejemplo. Es posible que no refleje cómo están cubiertos actualmente estos medicamentos en esta Lista de medicamentos.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Cómo encontrar su medicamento

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

Condición	Página	Condición	Página
Analgésicos (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	19-24	Antiinfecciosos/Varios (productos femeninos)	52
Analgésicos (condiciones urinarias)	24	Antiinfecciosos/Varios (infecciones)	52, 53
Anestésicos (varios)	24, 25	Antiinfecciosos/Varios (varios)	53
Anestésicos (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	25	Antiinfecciosos/Varios (condiciones cutáneas)	54
Anestésicos (condiciones urinarias)	25	Agentes inhibidores del factor de necrosis tumoral antiinflamatorios (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	54
Antialérgicos (alergia y rociadores nasales)	25	Antineoplásicos (cáncer)	54-62
Antiartríticos (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	26-29	Antineoplásicos (condiciones cutáneas)	62
Antiasmáticos (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	29-32	Medicamentos contra la obesidad (control del peso)	62-64
Antibióticos (medicamentos para los oídos)	33	Antiparasitarios (condiciones oculares)	64
Antibióticos (condiciones oculares)	33, 34	Antiparasitarios (infecciones)	64
Antibióticos (infecciones)	34-40	Medicamentos antiparkinsonianos (enfermedad de Parkinson)	64, 65
Antibióticos (condiciones cutáneas)	41, 42	Medicamentos antiplaquetarios (diluyentes de la sangre/anticoagulantes)	65
Anticoagulantes (diluyentes de la sangre/ anticoagulantes)	43, 44	Antivíricos (SIDA/VIH)	66-68
Antídotos (condiciones gastrointestinales/ pirosis)	44	Antivíricos (condiciones oculares)	69
Antídotos (abuso de sustancias)	44	Antivíricos (infecciones)	69, 70
Antimicóticos (condiciones oculares)	44	Antivíricos (condiciones cutáneas)	71
Antimicóticos (productos femeninos)	44	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (alergia/rociadores nasales)	71
Antimicóticos (infecciones)	45, 46	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (enfermedad de Alzheimer)	71, 72
Antimicóticos (condiciones cutáneas)	46, 47	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (trastorno de déficit de atención e hiperactividad)	72
Antihistamínicos y descongestivos combinados (alergia/rociadores nasales)	47	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	72
Antihistamínicos (alergia/rociadores nasales)	47, 48	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (condiciones urinarias)	73
Antihistamínicos (condiciones oculares)	48	Productos biológicos (alergia/rociadores nasales)	73
Antihiper glucémicos (diabetes)	48-52	Productos biológicos (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	73
Antiinfecciosos (productos femeninos)	52	Productos biológicos (varios)	73
		Productos biológicos (vacunas)	73-76

Información sobre esta Lista de medicamentos

Cómo encontrar su medicamento (cont.)

Condición	Página	Condición	Página
Sangre (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)	76-78	Gastrointestinales (medicamentos para el colesterol)	119
Sangre (diluyentes de la sangre/anticoagulantes)	78	Gastrointestinales (condiciones gastrointestinales/pirosis)	119-125
Medicamentos para enfermedades cardíacas (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	78-80	Gastrointestinales (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	125, 126
Cardiovasculares (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	80, 81	Hormonas (condiciones gastrointestinales/pirosis)	126
Cardiovasculares (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	82-86	Hormonas (agentes hormonales)	126-131
Cardiovasculares (medicamentos para el colesterol)	86-88	Hormonas (infertilidad)	131
Medicamentos para el sistema nervioso central (enfermedad de Alzheimer)	88	Hormonas (varias)	131
Medicamentos para el sistema nervioso central (varios)	88, 89	Hormonas (productos para la osteoporosis)	132
Medicamentos para el sistema nervioso central (esclerosis múltiple)	89, 90	Inmunosupresores (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	132, 133
Medicamentos para el sistema nervioso central (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	90, 91	Inmunosupresores (condiciones cutáneas)	133
Medicamentos para el sistema nervioso central (trastornos convulsivos)	91	Inmunosupresores (medicamentos para trasplante)	133, 134
Medicamentos para el sistema nervioso central (trastornos del sueño/sedantes)	91-95	Dispositivos y suministros médicos varios, no farmacológicos (diabetes)	134-156
Factores estimulantes de colonias (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)	95	Dispositivos y suministros médicos varios, no farmacológicos (varios)	156-165
Factores estimulantes de colonias (cáncer)	95	Relajantes musculares (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	165, 166
Anticonceptivos (productos anticonceptivos)	95	Vitaminas prenatales (nutritivas/alimenticias)	166-171
Preparaciones para la tos/el resfrío (alergia/rociadores nasales)	97	Medicamentos psicoterapéuticos (ansiedad/depresión/trastorno bipolar)	171-175
Preparaciones para la tos/el resfrío (medicamentos para la tos/el resfrío)	97, 98	Medicamentos psicoterapéuticos (trastorno de déficit de atención e hiperactividad)	175, 176
Diagnóstico (diabetes)	98, 99	Medicamentos psicoterapéuticos (varios)	176
Diagnóstico (varios)	99-101	Medicamentos psicoterapéuticos (esquizofrenia/antipsicóticos)	177, 178
Diuréticos (diuréticos)	101-103	Medicamentos psicoterapéuticos (trastornos convulsivos)	179
Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (alergia/rociadores nasales)	103, 104	Medicamentos psicoterapéuticos (trastornos del sueño/sedantes)	179
Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (medicamentos para los oídos)	104	Sedantes/hipnóticos (trastornos del sueño/sedantes)	179, 180
Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (condiciones oculares)	104-109	Preparaciones cutáneas (varias)	180-182
Elect./calóricos/H2O (medicamentos para el colesterol)	109	Preparaciones cutáneas (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	182
Elect./calóricos/H2O (productos dentales)	109, 110	Preparaciones cutáneas (condiciones cutáneas)	182-192
Elect./calóricos/H2O (diabetes)	110, 111	Agentes para dejar de fumar (productos para dejar de fumar)	192
Elect./calóricos/H2O (varios)	111	Preparaciones para la tiroides (agentes hormonales)	193
Elect./calóricos/H2O (nutritivos/alimenticios)	112-118		
Elect./calóricos/H2O (condiciones urinarias)	118, 119		

Información sobre esta Lista de medicamentos

Cómo encontrar su medicamento (cont.)

Condición	Página	Condición	Página
Productos farmacológicos no clasificados (SIDA/VIH)	193	Productos farmacológicos no clasificados (nutritivos/alimenticios)	201
Productos farmacológicos no clasificados (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	193, 194	Productos farmacológicos no clasificados (productos para la osteoporosis)	201, 202
Productos farmacológicos no clasificados (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)	194	Productos farmacológicos no clasificados (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	202
Productos farmacológicos no clasificados (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	194	Productos farmacológicos no clasificados (trastornos convulsivos)	202
Productos farmacológicos no clasificados (cáncer)	195	Productos farmacológicos no clasificados (condiciones cutáneas)	202
Productos farmacológicos no clasificados (productos dentales)	195	Productos farmacológicos no clasificados (abuso de sustancias)	203
Productos farmacológicos no clasificados (disfunción eréctil)	195, 196	Productos farmacológicos no clasificados (medicamentos para trasplante)	203
Productos farmacológicos no clasificados (condiciones oculares)	196	Productos farmacológicos no clasificados (condiciones urinarias)	203, 204
Productos farmacológicos no clasificados (condiciones gastrointestinales/pirosis)	196, 197	Productos farmacológicos no clasificados (control del peso)	204
Productos farmacológicos no clasificados (agentes hormonales)	197	Vitaminas (nutritivas/alimenticias)	204-247
Productos farmacológicos no clasificados (varios)	197-201	Vitaminas (vitaminas)	247, 248

Lista de medicamentos con receta

ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANALGÉSICOS, NO OPIOIDES		
JOURNAVX	T3	QL (30 tabs/90 days)
ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS Y BARBITÚRICOS		
butalbital/acetaminophen	T1	
butalbital/acetaminophen (Bupap)	T1	
ANALGÉSICOS, COMB. DE SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
butalbital/aspirin/caffeine	T1	
ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
butalb/acetaminophen/caffeine	T1	
butalb/acetaminophen/caffeine (Esgic)	T1	
butalb/acetaminophen/caffeine (Fioricet)	T1	
ESGIC (butalb/acetaminophen/caffeine)	T3	PA
FIORICET (butalb/acetaminophen/caffeine)	T3	PA
ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS, SALICILATOS		
choline salicyl/mag salicylate	T1	HD
diflunisal	T1	HD
PREPARACIONES ANTIMIGRAÑOSAS		
AIMOVIG AUTOINJECTOR	T2	PA QL (1 auto-inj/30 days)
AJOVY 225 MG/1.5 ML AUTOINJECT	T2	PA QL (1 auto-inj/30 days)
AJOVY 225 MG/1.5 ML AUTOINJECT	T2	PA QL (3 auto-injs/90 days)
AJOVY SYRINGE	T2	PA QL (1 syringe/30 days)
almotriptan malate 12.5 mg tab	T1	ST QL (12 tabs/30 days)
almotriptan malate 6.25 mg tab	T1	ST QL (6 tabs/30 days)
AMERGE (naratriptan hcl)	T3	ST QL (9 tabs/fill)
CAMBIA	T3	ST QL (9 packs/fill)
DICLOFENAC POT 50 MG POWDR PKT	T1	ST QL (9 pkts/30 days)
dihydroergotamine 1 mg/ml amp	T1	
dihydroergotamine 4 mg/ml spry (Migranal)	T1	ST QL (8 mls/fill)
eletriptan hydrobromide (Relpax)	T1	QL (6 tabs/fill)
EMGALITY 120 MG/ML SYRINGE	T2	PA QL (1 syringe/30 days)
EMGALITY PEN	T2	PA QL (1 pen/30 days)
ERGOMAR	T3	
ergotamine tartrate/caffeine	T1	
FROVA (frovatriptan succinate)	T3	ST QL (9 tabs/fill)

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANALGÉSICOS (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES ANTIMIGRAÑOSAS (cont.)		
<i>frovatriptan succinate</i> (Frova)	T1	ST QL (9 tabs/30 days)
MIGRANAL (<i>dihydroergotamine mesylate</i>)	T3	ST QL (8 mls/fill)
<i>naratriptan hcl</i> (Amerge)	T1	QL (9 tabs/fill)
NURTEC ODT	T2	PA QL (16 tabs/fill)
QULIPTA	T2	PA QL (30 tabs/30 days)
REYVOW 100MG TABLET	T3	PA QL (8 tabs/treatment)
<i>rizatriptan benzoate</i> (Maxalt)	T1	QL (18 tabs/fill)
<i>sumatriptan</i>	T1	QL (6 units/30 days)
<i>sumatriptan 4 mg/0.5 ml inject</i> (Imitrex)	T1	QL (2 pens/fill)
<i>sumatriptan 6 mg/0.5 ml cart</i> (Imitrex)	T1	QL (1 ml/fill)
<i>sumatriptan 6 mg/0.5 ml inject</i> (Imitrex)	T1	QL (2 pens/fill)
<i>sumatriptan 6 mg/0.5 ml vial</i>	T1	QL (2 vials/fill)
TOSYMRA	T3	ST QL (6 units/fill)
UBRELVY 50MG TABLET	T2	PA QL (10 tabs/treatment)
UBRELVY 100MG TABLET	T2	PA QL (10 tabs/treatment)
ZEMBRACE SYMTOUCH	T3	ST QL (4 pens/fill)
<i>zolmitriptan</i>	T1	QL (6 tabs/30 days)
<i>zolmitriptan</i> (Zomig Zmt)	T1	QL (6 tabs/fill)
<i>zolmitriptan 5 mg nasal spray</i> (Zomig)	T1	ST QL (6 units/fill)
<i>zolmitriptan 2.5 mg tablet</i> (Zomig)	T1	QL (6 tabs/fill)
<i>zolmitriptan 5 mg tablet</i> (Zomig)	T1	QL (6 tabs/fill)
ZOLMITRIPTAN 2.5MG NASAL SPRAY	T3	ST QL (6 units/30 days)
ZOMIG 2.5 MG NASAL SPRAY	T2	ST QL (6 units/30 days)
ZOMIG 5 MG NASAL SPRAY (<i>zolmitriptan</i>)	T3	ST QL (6 units/fill)
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS NAALES, INHIB. NO SELECTIVOS DE COX, ANALGÉSICOS SISTÉMICOS		
SPRIX	T3	ST QL (5 units/fill)
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA		
<i>diclofenac pot 25mg tablet</i>	T1	ST HD
<i>diclofenac pot 50 mg tablet</i>	T1	HD
<i>diclofenac potassium</i>	T1	HD
<i>diclofenac potassium</i>	T1	ST HD
<i>diclofenac potassium 25 mg cap</i> (Zipsor)	T1	ST HD
<i>ketorolac 10 mg tablet</i>	T1	QL (20 tabs/fill)

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANALGÉSICOS (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA (cont.)		
<i>ketorolac 15 mg/ml carpupject</i>	T1	HD
<i>ketorolac 15 mg/ml syr</i>	T1	HD
<i>ketorolac 15 mg/ml syringe</i>	T1	
<i>ketorolac 15 mg/ml vial</i>	T1	
<i>ketorolac 30 mg/ml syr</i>	T1	HD
<i>ketorolac 30 mg/ml syringe</i>	T1	
<i>ketorolac 30 mg/ml vial</i>	T1	
<i>ketorolac 300 mg/10 ml vial</i>	T1	
<i>ketorolac 60 mg/2 ml syringe</i>	T1	
<i>ketorolac 60 mg/2 ml vial</i>	T1	
<i>mefenamic acid</i>	T1	HD
ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANALGÉSICOS NO SALICILATOS		
<i>acetaminophen with codeine</i>	T1	PA QL
<i>hydrocodone-acetamin 10-300 mg</i>	T1	PA QL
<i>hydrocodone-acetamin 10-300/15 (Lortab)</i>	T1	PA QL (12 ds/60 days)
<i>hydrocodone-acetamin 10-325 mg</i>	T1	PA QL
<i>hydrocodone-acetamin 10-325/15</i>	T1	PA QL
HYDROCODONE-ACETAMIN 2.5-108/5	T3	PA QL
<i>hydrocodone-acetamin 2.5-325</i>	T1	PA QL (12 ds/60 days)
HYDROCODONE-ACETAMIN 5-217/10	T3	PA QL
<i>hydrocodone-acetamin 5-300 mg</i>	T1	PA QL
<i>hydrocodone-acetamin 5-325 mg</i>	T1	PA QL
<i>hydrocodone-acetamin 7.5-300</i>	T1	PA QL
<i>hydrocodone-acetamin 7.5-325/15</i>	T1	PA QL
HYDROCODONE-ACETAMIN 7.5-325/15	T3	PA QL
LORTAB (<i>hydrocodone/acetaminophen</i>)	T3	PA QL (12 ds/60 days)
NALOCET	T3	PA QL
<i>oxycodone hcl/acetaminophen</i>	T1	PA QL
<i>tramadol hcl/acetaminophen</i>	T1	PA QL (12 ds/60 days)
COMBINACIÓN DE ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS		
<i>hydrocodone/ibuprofen</i>	T1	PA
COMB. DE ANALGÉSICOS OPIOIDES, NO SALICILATOS Y XANTINAS		
<i>acetaminophen/caff/dihydrocod</i>	T1	PA QL
TREZIX	T3	PA QL

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANALGÉSICOS (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANALGÉSICOS OPIOIDES		
ABSTRAL	T3	PA QL
ACTIQ (<i>fentanyl citrate</i>)	T3	PA QL
BELBUCA	T2	PA QL (60 films/30 days)
<i>buprenorphine</i> (Butrans)	T1	PA
<i>butorphanol</i>	T1	PA QL (12 ds/180 days)
<i>codeine sulfate</i>	T1	PA QL
DILAUDID (<i>hydromorphone hcl</i>)	T3	PA QL
<i>fentanyl</i>	T1	PA QL (15 patches/30 days)
FENTANYL CIT 400 MCG BUCCAL TB	T3	PA QL (90 tabs/30 days)
FENTANYL CIT 600 MCG BUCCAL TB	T3	PA QL (90 tabs/30 days)
FENTANYL CIT 800 MCG BUCCAL TB	T3	PA QL (90 tabs/30 days)
<i>fentanyl cit otfc 1,200 mcg</i>	T1	PA QL (90 lozs/30 days)
<i>fentanyl cit otfc 1,600 mcg</i> (Actiq)	T1	PA QL
<i>fentanyl citrate otfc 200 mcg</i>	T1	PA QL (90 lozs/30 days)
<i>fentanyl citrate otfc 400 mcg</i>	T1	PA QL (90 lozs/30 days)
<i>fentanyl citrate otfc 800 mcg</i>	T1	PA QL (90 lozs/30 days)
<i>hydrocodone er 10 mg capsule</i>	T1	PA QL (90 caps/30 days)
<i>hydrocodone er 100 mg tablet</i> (Hysingla Er)	T1	PA QL (60 tabs/30 days)
<i>hydrocodone er 15 mg capsule</i>	T1	PA QL (90 caps/30 days)
<i>hydrocodone er 20 mg capsule</i>	T1	PA QL (90 caps/30 days)
<i>hydrocodone er 20 mg tablet</i> (Hysingla Er)	T1	PA QL (60 tabs/30 days)
<i>hydrocodone er 30 mg capsule</i>	T1	PA QL (90 caps/30 days)
<i>hydrocodone er 30 mg tablet</i> (Hysingla Er)	T1	PA QL (60 tabs/30 days)
<i>hydrocodone er 40 mg capsule</i>	T1	PA QL (90 caps/30 days)
<i>hydrocodone er 40 mg tablet</i> (Hysingla Er)	T1	PA QL (60 tabs/30 days)
<i>hydrocodone er 50 mg capsule</i>	T1	PA QL (90 caps/30 days)
<i>hydrocodone er 60 mg tablet</i> (Hysingla Er)	T1	PA QL (60 tabs/30 days)
<i>hydrocodone er 80 mg tablet</i> (Hysingla Er)	T1	PA QL (60 tabs/30 days)
<i>hydrocodone er 120 mg tablet</i>	T1	PA QL (60 tabs/30 days)
<i>hydromorphone hcl</i>	T1	PA QL
<i>hydromorphone hcl</i>	T1	PA QL (60 tabs/30 days)
<i>hydromorphone hcl</i> (Dilaudid)	T1	PA QL
HYSINGLA ER (<i>hydrocodone bitartrate</i>)	T2	PA QL (60 tabs/30 days)

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANALGÉSICOS (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANALGÉSICOS OPIOIDES (cont.)		
KADIAN	T3	ST QL (90 caps/30 days)
KADIAN (<i>morphine sulfate</i>)	T3	ST QL (90 caps/30 days)
LAZANDA 100 MCG NASAL SPRAY	T3	PA QL (23 units/30 days)
LAZANDA 400 MCG NASAL SPRAY	T3	PA QL (23 units/30 days)
<i>methadone hcl</i>	T1	
<i>morphine sulf er 100 mg tablet</i> (Ms Contin)	T1	PA QL (120 tabs/30 days)
<i>morphine sulf er 15 mg tablet</i> (Ms Contin)	T1	PA QL (120 tabs/30 days)
<i>morphine sulf er 200 mg tablet</i> (Ms Contin)	T1	PA QL (120 tabs/30 days)
<i>morphine sulf er 30 mg tablet</i> (Ms Contin)	T1	PA QL (120 tabs/30 days)
<i>morphine sulf er 60 mg tablet</i> (Ms Contin)	T1	PA QL (120 tabs/30 days)
<i>morphine sulfate er 10 mg cap</i> (Kadian)	T1	ST QL (90 caps/30 days)
<i>morphine sulfate er 100 mg cap</i> (Kadian)	T1	ST QL (90 caps/30 days)
<i>morphine sulfate er 120 mg cap</i>	T1	PA QL (60 caps/30 days)
<i>morphine sulfate er 20 mg cap</i>	T1	PA QL (90 caps/30 days)
<i>morphine sulfate er 30 mg cap</i>	T1	PA QL (60 caps/30 days)
<i>morphine sulfate er 30 mg cap</i>	T1	PA QL (90 caps/30 days)
<i>morphine sulfate er 45 mg cap</i>	T1	PA QL (60 caps/30 days)
<i>morphine sulfate er 50 mg cap</i>	T1	PA QL (90 caps/30 days)
<i>morphine sulfate er 50 mg cap</i> (Kadian)	T1	ST QL (90 caps/30 days)
<i>morphine sulfate er 60 mg cap</i>	T1	PA QL (60 caps/30 days)
<i>morphine sulfate er 60 mg cap</i>	T1	PA QL (90 caps/30 days)
<i>morphine sulfate er 60 mg cap</i> (Kadian)	T1	ST QL (90 caps/30 days)
<i>morphine sulfate er 75 mg cap</i>	T1	PA QL (60 caps/30 days)
<i>morphine sulfate er 80 mg cap</i>	T1	PA QL (90 caps/30 days)
<i>morphine sulfate er 80 mg cap</i> (Kadian)	T1	ST QL (90 caps/30 days)
<i>morphine sulfate er 90 mg cap</i>	T1	PA QL (60 caps/30 days)
MS CONTIN (<i>morphine sulfate</i>)	T3	PA QL (120 tabs/30 days)
<i>opium/belladonna alkaloids</i>	T1	PA QL
<i>oxycodone hcl (ir) 5 mg cap</i>	T1	PA QL (12 ds/60 days)
<i>oxycodone hcl 100 mg/5 ml conc</i>	T1	PA QL (12 ds/60 days)
<i>oxycodone hcl 5 mg/5 ml cup</i>	T1	PA QL (12 ds/60 days)
<i>oxycodone hcl 5 mg/5 ml soln</i>	T1	PA QL (12 ds/60 days)
<i>oxycodone hcl (ir) 10 mg tab</i>	T1	PA QL (12 ds/60 days)
<i>oxycodone hcl (ir) 15 mg tab</i> (Roxicodone)	T1	PA QL (12 ds/60 days)

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANALGÉSICOS (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)

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

ANALGÉSICOS OPIOIDES (cont.)

<i>oxycodone hcl (ir) 20 mg tab</i>	T1	PA QL (12 ds/60 days)
<i>oxycodone hcl (ir) 30 mg tab</i> (Roxicodone)	T1	PA QL (12 ds/60 days)
<i>oxycodone hcl (ir) 5 mg tablet</i> (Roxicodone)	T1	PA QL (12 ds/60 days)
OXYCONTIN	T3	PA QL (90 tabs/30 days)
<i>oxymorphone hcl</i>	T1	PA QL (90 tabs/30 days)
<i>pentazocine hcl/naloxone hcl</i>	T1	PA QL
ROXICODONE (<i>oxycodone hcl</i>)	T3	PA QL
SUBSYS	T3	PA QL (90 units/30 days)
<i>tramadol 100 mg tablet</i>	T1	PA QL (12 ds/60 days)
<i>tramadol er 100 mg tablet</i>	T1	PA QL (30 tabs/30 days)
<i>tramadol er 200 mg tablet</i>	T1	PA QL (30 tabs/30 days)
<i>tramadol er 300 mg tablet</i>	T1	PA QL (30 tabs/30 days)
<i>tramadol hcl er 100 mg tablet</i>	T1	PA QL (30 tabs/30 days)
<i>tramadol hcl er 200 mg tablet</i>	T1	PA QL (30 tabs/30 days)
<i>tramadol hcl er 300 mg tablet</i>	T1	PA QL (30 tabs/30 days)

ANALGÉSICOS OPIOIDES Y SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS

<i>codeine/butalbital/asa/cafein</i>	T1	PA QL
--------------------------------------	----	-------

ANALGÉSICOS OPIOIDES, NO SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS

<i>butalbit/acetamin/caff/codeine</i>	T1	PA QL
<i>butalbit/acetamin/caff/codeine</i> (Fioricet With Codeine)	T1	PA QL
FIORICET WITH CODEINE (<i>butalbit/acetamin/caff/codeine</i>)	T3	PA QL

RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS, ANALGÉSICOS SALICILATOS, OPIOIDES

<i>carisoprodol/aspirin/codeine</i>	T1	PA QL
-------------------------------------	----	-------

ANALGÉSICOS (Condiciones urinarias)

AGENTES ANALGÉSICOS DE LAS VÍAS URINARIAS

ELMIRON	T2	
RIMSO-50	T3	

ANALGÉSICOS (Varios)

ANESTÉSICOS GENERALES, PARA INHALACIÓN

<i>desflurane</i>	T1	
<i>isoflurane</i>	T1	
<i>sevoflurane</i> (Ultane)	T1	
SUPRANE	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANALGÉSICOS (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANESTÉSICOS GENERALES, PARA INHALACIÓN (cont.)		
ULTANE (sevoflurane)	T3	
ANESTÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
ANESTÉSICOS LOCALES		
<i>lidocaine hcl</i>	T1	QL (60 mls/30 days)
<i>lidocaine hcl</i>	T1	
<i>lidocaine hcl 2% jel urojet ac</i>	T1	QL (60 mls/30 days)
<i>lidocaine hcl 2% jelly uro-jet</i>	T1	QL (60 mls/30 days)
<i>lidocaine hcl 4% solution</i>	T1	
ANESTÉSICOS LOCALES TÓPICOS		
CETACAIN ANESTHETIC	T3	
DYCLOPRO	T3	
L.E.T. (LIDO-EPINEPH-TETRA)	T3	
<i>lidocaine 5% ointment</i>	T1	QL (50 gms/28 days)
<i>lidocaine 5% patch (Lidocan li)</i>	T1	PA
<i>lidocaine 5% patch (Lidoderm)</i>	T1	PA
<i>lidocaine (Lidocan li)</i>	T1	PA
<i>lidocaine hcl</i>	T1	
<i>lidocaine hcl 4% solution</i>	T1	
LIDOCAN II (lidocaine)	T3	PA
<i>lidocaine-prilocaine cream</i>	T1	QL (30 gms/30 days) PPACA
<i>lidocaine/racepinep/tetracaine</i>	T1	
SYNERA	T3	
ZTLIDO	T2	PA
ANESTÉSICOS (Condiciones urinarias)		
AGENTES ANESTÉSICOS/ANALGÉSICOS DE LAS VÍAS URINARIAS (COLORANTES AZODERIVADOS)		
<i>phenazopyridine hcl (Pyridium)</i>	T1	
ANTIALÉRGICOS (Alergia/rociadores nasales)		
ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS		
<i>cromolyn 100 mg/5 ml oral conc (Gastrocrom)</i>	T1	
GASTROCROM (<i>cromolyn sodium</i>)	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIARTRÍTICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS, SALICILATOS		
DISALCID (<i>salsalate</i>)	T3	HD
<i>salsalate</i> (Disalcid)	T1	HD
AGENTES ANTIARTRÍTICOS Y QUELANTES		
DEPEN (penicillamine)	T4	PA SP
<i>penicillamine</i> (Cuprimine)	T1	PA SP
<i>penicillamine</i> (Depen)	T1	PA SP
AGENTES ANTIARTRÍTICOS, ANTAGONISTAS DE LOS FOLATOS		
RASUVO	T3	ST
ANTIINFLAMATORIOS, INHIBIDORES DE LA SÍNTESIS DE PIRIMIDINAS		
ARAVA (<i>leflunomide</i>)	T3	QL (30 tabs/fill) HD
<i>leflunomide</i> (Arava)	T1	QL (30 tabs/fill) HD
ANTIINFLAMATORIOS, INHIB. DE LA FOSFODIESTERASA-4 (PDE4)		
OTEZLA 10-20 MG STARTER 28 DAY	T4	PA QL (55 tabs/365 days) SP HD
OTEZLA 10-20-30MG START 28 DAY	T4	PA QL (55 tabs/365 days) SP HD
OTEZLA 20 MG TABLET	T4	PA QL (60 tabs/30 days) SP HD
OTEZLA 30 MG TABLET	T4	PA QL (60 tabs/30 days) SP HD
OTEZLA 30 XR	T4	PA SP HD
COLCHICINA		
<i>colchicine 0.6 mg capsule</i> (Mitigare)	T1	ST
<i>colchicine 0.6 mg tablet</i> (Colcrys)	T1	HD
GLOPERBA	T3	HD
MITIGARE (<i>colchicine</i>)	T2	ST HD
SALES DE ORO		
RIDAURA	T2	
TRAT. DE LA HIPERURICEMIA - INHIBIDORES DE LA XANTINA OXIDASA		
<i>allopurinol</i>	T1	HD
<i>allopurinol</i> (Zyloprim)	T1	HD
<i>febuxostat</i> (Uloric)	T1	ST HD
ZYLOPRIM (<i>allopurinol</i>)	T3	HD
INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK)		
RINVOQ ER 15 MG TABLET	T4	PA QL (30 tabs/fill) SP HD
RINVOQ ER 30 MG TABLET	T4	PA QL (30 tabs/fill) SP HD
RINVOQ ER 45 MG TABLET	T4	PA QL (56 tabs/365 days) SP HD
RINVOQ LQ	T4	PA QL (360 mls/30 days) SP HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIARTRÍTICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK) (CONT.)		
XELJANZ 1 MG/ML SOLUTION	T4	PA QL (300 mls/fill) SP HD
XELJANZ 10 MG TABLET	T4	PA QL (60 tabs/fill) SP HD
XELJANZ 5 MG TABLET	T4	PA QL (60 tabs/fill) SP HD
XELJANZ XR	T4	PA QL (30 tabs/fill) SP HD
COMB. CONTRAIRITANTE DE ANTIINFLAMATORIO NO ESTEROIDEO Y RUBEFACIENTE TÓPICO		
COMFORT PAC-IBUPROFEN	T3	
COMFORT PAC-MELOXICAM	T3	
COMFORT PAC-NAPROXEN	T3	
ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (INHIB. NO ESPECÍFICOS DE LA COX) Y ANÁLOGOS DE LA PROSTAGLANDINA		
ARTHROTEC 50 (<i>diclofenac sodium/misoprostol</i>)	T3	ST HD
ARTHROTEC 75 (<i>diclofenac sodium/misoprostol</i>)	T3	ST HD
<i>diclofenac sodium/misoprostol</i> (Arthrotec 50)	T1	HD
<i>diclofenac sodium/misoprostol</i> (Arthrotec 75)	T1	HD
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA		
ANAPROX DS (<i>naproxen sodium</i>)	T3	ST HD
DAYPRO (<i>oxaprozin</i>)	T3	ST HD
<i>diclofenac sod dr 25 mg tab</i>	T1	HD
<i>diclofenac sod dr 50 mg tab</i>	T1	HD
<i>diclofenac sod dr 75 mg tab</i>	T1	HD
<i>diclofenac sod ec 25 mg tab</i>	T1	HD
<i>diclofenac sod ec 50 mg tab</i>	T1	HD
<i>diclofenac sod ec 75 mg tab</i>	T1	HD
<i>diclofenac sodium</i>	T1	HD
EC-NAPROSYN (<i>naproxen</i>)	T3	ST HD
<i>ec-naproxen dr 375 mg tablet</i> (Ec-Naprosyn)	T1	HD
<i>ec-naproxen dr 500 mg tablet</i> (Ec-Naprosyn)	T1	ST HD
<i>etodolac</i>	T1	HD
<i>etodolac</i> (Lodine)	T1	HD
FELDENE (<i>piroxicam</i>)	T3	ST HD
<i>fenoprofen 400 mg capsule</i> (Nalfon)	T1	ST HD
<i>fenoprofen 600 mg tablet</i> (Nalfon)	T1	ST HD
FENORTHO 200 MG CAPSULE	T3	ST HD
<i>flurbiprofen</i>	T1	HD
<i>ibuprofen</i>	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIARTRÍTICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA (cont.)		
<i>ibuprofen</i>	T1	HD
<i>indomethacin</i>	T1	HD
INDOMETHACIN 20 MG CAPSULE	T3	ST QL (90 caps/30 days) HD
<i>indomethacin 25 mg capsule</i>	T1	HD
<i>indomethacin 50 mg capsule</i>	T1	HD
<i>indomethacin 50 mg suppository (Indocin)</i>	T1	HD
<i>indomethacin 25 mg/5 ml susp (Indocin)</i>	T1	ST HD
<i>ketoprofen</i>	T1	ST HD
<i>ketoprofen 25 mg capsule</i>	T1	ST HD
<i>ketoprofen 50 mg capsule</i>	T1	HD
<i>ketoprofen 75 mg capsule</i>	T1	HD
<i>ketoprofen er 200 mg capsule</i>	T1	ST HD
LODINE (etodolac)	T3	ST HD
<i>meclufenamate sodium</i>	T1	HD
<i>meloxicam 5 mg capsule (Vivlodex)</i>	T1	ST QL (30 caps/fill) HD
<i>meloxicam 10 mg capsule (Vivlodex)</i>	T1	ST QL (30 caps/fill) HD
<i>meloxicam 7.5 mg tablet</i>	T1	QL (30 tabs/30 days) HD
<i>nabumetone (Relafen)</i>	T1	HD
NALFON 600 MG TABLET (<i>fenoprofen calcium</i>)	T3	ST HD
NAPRELAN	T3	ST HD
NAPRELAN (<i>naproxen sodium</i>)	T3	ST HD
NAPROSYN (<i>naproxen</i>)	T3	ST HD
<i>naproxen (Ec-Naprosyn)</i>	T1	HD
<i>naproxen 125 mg/5 ml suspen (Naprosyn)</i>	T1	ST HD
<i>naproxen 250 mg tablet</i>	T1	HD
<i>naproxen 375 mg tablet</i>	T1	HD
<i>naproxen 500 mg kit (Naprosyn)</i>	T1	HD
<i>naproxen 500 mg tablet (Naprosyn)</i>	T1	HD
<i>naproxen dr 375 mg tablet (Ec-Naprosyn)</i>	T1	HD
<i>naproxen dr 500 mg tablet (Ec-Naprosyn)</i>	T1	ST HD
<i>naproxen er 750mg tablet</i>	T1	ST HD
<i>naproxen sodium</i>	T1	ST HD
<i>naproxen sodium</i>	T1	HD
<i>naproxen sodium (Anaprox Ds)</i>	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIARTRÍTICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA (cont.)		
<i>naproxen sodium</i> (Naprelan)	T1	ST HD
<i>oxaprozin 600 mg caplet</i> (Daypro)	T1	HD
<i>oxaprozin 600 mg tablet</i> (Daypro)	T1	HD
<i>piroxicam</i>	T1	HD
<i>piroxicam</i> (Feldene)	T1	HD
RELAFEN (<i>nabumetone</i>)	T3	ST HD
<i>sulindac</i>	T1	HD
TIVORBEX	T3	ST QL (90 caps/30 days) HD
TOLECTIN 600 (<i>tolmetin sodium</i>)	T3	ST HD
<i>tolmetin sodium 200 mg tab</i>	T1	HD
<i>tolmetin sodium 400 mg cap</i>	T1	ST HD
<i>tolmetin sodium 600 mg tab</i> (Tolectin 600)	T1	ST HD
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, INHIBIDOR SELECTIVO DE LA CICLOOXIGENASA-2 (COX-2)		
<i>celecoxib</i> (Celebrex)	T1	HD
AGENTES URICOSÚRICOS		
<i>probenecid</i>	T1	HD
<i>probenecid/colchicine</i>	T1	HD
ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias)		
ANTICOLINÉRGICOS, DE INHALACIÓN ORAL, ACCIÓN PROLONGADA		
INCRUSE ELLIPTA	T2	QL (1 inhaler/30 days) HD
LONHALA MAGNAIR REFILL	T3	QL (60 mls/fill) HD
LONHALA MAGNAIR STARTER	T3	QL (60 mls/fill) HD
SPIRIVA HANDIHALER 18 MCG CAP (<i>tiotropium bromide</i>)	T3	QL (90 caps/30 days) HD
SPIRIVA RESPIMAT	T2	QL (1 inhaler/fill) HD
YUPELRI	T2	QL (30 vls/fill) HD
ANTICOLINÉRGICOS, DE INHALACIÓN ORAL, ACCIÓN RÁPIDA		
ATROVENT HFA	T3	QL (2 inhalers/fill) HD
<i>ipratropium br 0.02% soln</i>	T1	HD
AGENTES ADRENÉRGICOS BETA		
<i>albuterol 2 mg/5 ml syrup cup</i>	T1	HD
<i>albuterol 8 mg/20 ml syrup cup</i>	T1	HD
<i>albuterol sulf 2 mg/5 ml syrup</i>	T1	HD
<i>albuterol sulfate 2 mg tab</i>	T1	HD
<i>albuterol sulfate 4 mg tab</i>	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ADRENÉRGICOS BETA (cont.)		
<i>albuterol sulfate er 4 mg tab</i>	T1	HD
<i>albuterol sulfate er 8 mg tab</i>	T1	HD
<i>metaproterenol sulfate</i>	T1	HD
<i>terbutaline sulfate</i>	T1	HD
AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS, ACCIÓN RÁPIDA		
<i>albuterol 2.5 mg/0.5 ml sol</i>	T1	
<i>albuterol 100 mg/20 ml soln</i>	T1	
<i>albuterol 5 mg/ml solution</i>	T1	
<i>albuterol 15 mg/3 ml solution</i>	T1	
<i>albuterol 75 mg/15 ml soln</i>	T1	
<i>albuterol hfa 90 mcg inhaler</i>	T1	QL (2 inhalers/30 days)
<i>albuterol sul 0.63 mg/3 ml sol</i>	T1	
<i>albuterol sul 1.25 mg/3 ml sol</i>	T1	
<i>albuterol sul 2.5 mg/3 ml soln</i>	T1	
<i>levalbuterol hcl (Xopenex Concentrate)</i>	T1	
<i>levalbuterol hcl (Xopenex)</i>	T1	
XOPENEX (<i>levalbuterol hcl</i>)	T3	
XOPENEX CONCENTRATE (<i>levalbuterol hcl</i>)	T3	
AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS, ACCIÓN ULTRA PROLONGADA		
STRIVERDI RESPIMAT	T2	QL (1 inhaler/30 days) HD
AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS POR VÍA ORAL, ACCIÓN PROLONGADA		
<i>arformoterol tartrate (Brovana)</i>	T1	QL (120 mls/fill) HD
BROVANA (<i>arformoterol tartrate</i>)	T3	QL (120 mls/fill) HD
FORMOTEROL FUMARATE-NEBULIZER	T2	QL (120 mls/30 days) HD
<i>formoterol fumarate (Perforomist)</i>	T1	
COMBO DE ADRENÉRGICOS BETA Y ANTICOLINÉRGICOS, INHALADOS		
ANORO ELLIPTA	T2	QL (1 inhaler/fill) HD
COMBIVENT INHALER	T2	
COMBIVENT RESPIMAT	T2	QL (2 inhalers/30 days)
SEEBRI NEOHALER 15.6MCG INHALER	T3	HD
UTIBRON NEOHALER 27.5, 15.6MCG (PS 6)	T3	HD
UTIBRON NEOHALER 27.5, 15.6 MCG (PS 60)	T3	HD
STIOLTO RESPIMAT	T2	QL (1 inhaler/fill) HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
COMBO DE ADRENÉRGICOS BETA Y GLUCOCORTICOIDES, INHALADOS		
ADVAIR HFA	T2	PA QL (1 inhaler/fill) HD
AIRSUPRA	T2	HD
BREO ELLIPTA 50-25 MCG INHALER	T2	PA QL (60 blisters/fill) HD
BREO ELLIPTA 100-25 MCG INH	T2	PA QL (60 blisters/fill) HD
BREO ELLIPTA 100-25 MCG INH	T2	PA QL (28 blisters/fill) HD
BREO ELLIPTA 200-25 MCG INH	T2	PA QL (1 inhaler/fill) HD
<i>breynd 80-4.mcg, 160-4.5 mcg inhaler</i>	T1	PA
<i>budesonide-formoterol 160-4.5, 80-4.5</i>	T1	PA HD QL (1 inhaler/30 days)
DULERA 100 MCG-5 MCG INHALER	T2	PA QL (1 inhaler/fill) HD
DULERA 200 MCG-5 MCG INHALER	T2	PA QL (1 inhaler/fill) HD
DULERA 50 MCG-5 MCG INHALER	T2	PA QL (13 gms/fill) HD
<i>fluticasone propion/salmeterol (Advair Diskus)</i>	T1	PA QL (1 inhaler/30 days)
<i>fluticasone-salmeterol 100-50 (Advair Diskus)</i>	T1	PA QL (1 inhaler/fill) HD
<i>fluticasone-salmeterol 250-50 (Advair Diskus)</i>	T1	PA QL (1 inhaler/fill) HD
<i>fluticasone-salmeterol 500-50 (Advair Diskus)</i>	T1	PA QL (1 inhaler/fill) HD
SYMBICORT (<i>budesonide/formoterol fumarate</i>)	T3	PA QL (1 inhaler/30 days)HD
ADRENÉRGICOS BETA-ANTICOLINÉRGICOS-GLUCOCORT., INHALADOS		
BREZTRI AEROSPHERE	T2	QL (1 inhaler/fill)
TRELEGY ELLIPTA 100-62.5-25	T2	QL (60 blisters/fill)
TRELEGY ELLIPTA 100-62.5-25	T2	QL (28 blisters/fill)
TRELEGY ELLIPTA 200-62.5-25	T2	QL (60 blisters/fill)
TRELEGY ELLIPTA 200-62.5-25	T2	QL (28 blisters/fill)
GLUCOCORTICOIDES, PARA INHALACIÓN ORAL		
ALVESCO 160 MCG INHALER	T3	QL (2 inhalers/fill) HD
ALVESCO 80 MCG INHALER	T3	QL (1 inhaler/fill) HD
ARNUIITY ELLIPTA 50 MCG INH	T3	QL (30 blisters/30 days)
ARNUIITY ELLIPTA 100 MCG INH	T3	QL (1 inhaler/30 days)
ARNUIITY ELLIPTA 200 MCG INH	T3	QL (1 inhaler/30 days)
ASMANEX	T2	QL (1 inhaler/fill) HD
ASMANEX HFA 50 MCG INHALER	T3	QL (30 blisters/30 days)
ASMANEX HFA 100 MCG INHALER	T3	QL (1 inhaler/30 days)
ASMANEX HFA 200 MCG INHALER	T3	QL (1 inhaler/30 days)
<i>budesonide 1 mg/2 ml inh susp (Pulmicort)</i>	T1	QL (60 mls/fill) HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
GLUCOCORTICOIDES, PARA INHALACIÓN ORAL (cont.)		
FLOVENT 50 MCG, 100 MCG DISKUS	T2	QL (1 inhaler/fill) HD
FLOVENT 250 MCG DISKUS	T2	QL (4 inhalers/fill) HD
FLOVENT HFA 110 MCG INHALER	T2	QL (12 gms/fill) HD
FLOVENT HFA 220 MCG INHALER	T2	QL (24 gms/fill) HD
FLOVENT HFA 44 MCG INHALER	T2	QL (11 gms/fill) HD
QVAR REDHALER 40 MCG	T2	QL (11 gms/30 days)
QVAR REDHALER 80 MCG	T2	QL (22 gms/30 days)
ANTAGONISTAS DE LA INTERLEUCINA-5 (IL-5), ANTICUERPOS MONOCLONALES		
NUCALA 100 MG/ML AUTO-INJECTOR	T4	PA QL (1 auto-inj/28 days) SP HD
NUCALA 100 MG/ML SYRINGE	T4	PA QL (1 syringe/28 days) SP HD
NUCALA 40 MG/0.4 ML SYRINGE	T4	PA QL (1 syringe/28 days) SP HD
ANTAGONISTAS ALFA DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-5 (IL-5), ANTICUERPOS MONOCLONALES		
FASENRA PEN	T4	PA QL (1 syringe/56 days) SP HD
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LEUCOTRIENOS		
ACCOLATE (<i>zafirlukast</i>)	T3	HD
<i>montelukast sodium</i> (Singulair)	T1	HD
<i>zafirlukast</i> (Accolate)	T1	HD
ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS, INHALADOS ORALMENTE		
<i>cromolyn 20 mg/2 ml neb soln</i>	T1	HD
ANTICUERPOS MONOCLONALES A LA INMUNOGLOBULINA E (IGE)		
XOLAIR 300 MG/2 ML AUTOINJECT	T4	PA QL (2 auto-injs/28 days) SP HD
XOLAIR 75 MG/0.5 ML AUTOINJECT	T4	PA QL (2 auto-injs/28 days) SP HD
XOLAIR 150 MG/ML AUTOINJECTOR	T4	PA QL (2 auto-injs/28 days) SP HD
XOLAIR 150 MG/1.2 ML POWDER VL	T4	PA QL (6 vls/28 days) SP HD
XOLAIR 300 MG/2 ML SYRINGE	T4	PA QL (2 syringes/28 days) SP HD
MUCOLÍTICOS		
<i>acetylcysteine</i>	T1	
INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA (PDE)		
<i>roflumilast 250 mcg tablet</i> (Daliresp)	T1	PA QL (30 tabs/30 days) HD
<i>roflumilast 500 mcg tablet</i> (Daliresp)	T1	PA HD
XANTINAS		
ELIXOPHYLLIN	T3	HD
THEO-24	T3	HD
<i>theophylline anhydrous</i>	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Medicamentos para los oídos)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIBIÓTICAS		
<i>ciprofloxacin hcl</i>	T1	
CORTISPORIN-TC	T3	
<i>neomycin/polymyxin b/hydrocort</i>	T1	
<i>ofloxacin</i>	T1	
OTIPRIO	T3	QL (1 ml/fill)
PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIBIÓTICOS ANTIINFLAMATORIOS		
<i>ciprofloxacin hcl/dexameth</i>	T1	
OTOVEL	T3	
ANTIBIÓTICOS (Condiciones oculares)		
COMBINACIONES DE ANTIBIÓTICOS PARA LOS OJOS Y GLUCOCORTICOIDES		
GATIFLOXACIN-DEXAMETHASONE	T3	
MAXITROL (<i>neomycin/polymyxin b/dexametha</i>)	T3	
<i>neomycin/bacit/p-myx/hydrocort</i>	T1	
<i>neomycin/polymyxin b/dexametha</i> (Maxitrol)	T1	
<i>neomycin/polymyxin b/hydrocort</i>	T1	
<i>pred ph-moxi-brom 1-0.5-0.075%</i>	T1	
PRED PH-MOXI-BROM 1-0.5-0.075%	T3	
PRED-G	T3	
PREDNISOLONE ACET-GATIFLOXACIN	T3	
PREDNISOLONE ACET-MOXIFLOXACIN	T3	
PREDNISOLONE PHOS-GATIFLOXACIN	T3	
PREDNISOLONE PH-MOXIFLOX-KETOR	T3	
PREDNISOLONE PHOS-MOXIFLOXACIN	T3	
TOBRADEX	T3	
<i>tobramycin/dexamethasone</i>	T1	
COMBINACIONES DE ANTIBIÓTICOS PARA LOS OJOS Y AINE		
MOXIFLOXACIN-BROMFENAC	T3	
COMBINACIONES DE ANTIBIÓTICOS PARA LOS OJOS, GLUCOCORTICOIDES Y ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS		
PREDNISOLONE AC-MOXIFLOX-BROMF	T3	
PREDNISOLONE AC-MOXIFLOX-NEPAF	T3	
PREDNISOLONE PHOS-GATIFLO-BROM	T3	
PREDNISOLONE PHOS-MOXIFLO-BROM	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Condiciones oculares) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SULFONAMIDAS PARA LOS OJOS		
BLEPH-10 (<i>sulfacetamide sodium</i>)	T3	
BLEPHAMIDE S.O.P.	T3	
<i>sulfacetamide sodium</i>	T1	
<i>sulfacetamide sodium</i> (Bleph-10)	T1	
<i>sulfacetamide/prednisolone sp</i>	T1	
ANTIBIÓTICOS OFTÁLMICOS		
AZASITE	T2	
<i>bacitracin</i>	T1	
<i>bacitracin/polymyxin b sulfate</i>	T1	
CEFUROXIME SODIUM-0.9% NACL	T3	PA
CILOXAN 0.3% EYE DROPS (<i>ciprofloxacin hcl</i>)	T3	
<i>ciprofloxacin hcl</i> (Ciloxan)	T1	
<i>erythromycin base</i>	T1	
<i>gatifloxacin</i>	T1	
<i>gentamicin 0.3% eye drop</i>	T1	
<i>gentamicin sulfate</i>	T1	
KLARITY-A(AZITHROMYCIN-CHONDR)	T3	
<i>levofloxacin</i>	T1	
<i>moxifloxacin hcl</i>	T1	
<i>moxifloxacin hcl</i> (Vigamox)	T1	
<i>neomycin/bacitracin/polymyxinb</i>	T1	
<i>neomycin/polymyxn b/gramicidin</i>	T1	
OCUFLOX (<i>ofloxacin</i>)	T3	
<i>ofloxacin</i> (Ocuflax)	T1	
<i>polymyxin b sulf/trimethoprim</i> (Polytrim)	T1	
POLYTRIM (<i>polymyxin b sulf/trimethoprim</i>)	T3	
<i>tobramycin 0.3% eye drop</i> (Tobrex)	T1	
TOBREX	T3	
TOBREX (<i>tobramycin</i>)	T3	
VIGAMOX (<i>moxifloxacin hcl</i>)	T3	
ANTIBIÓTICOS (Infecciones)		
ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS DE 2.º GENERACIÓN-ANTIBACTERIANOS		
SOLOSEC	T2	QL (1 pack/fill)

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIBACTERIANOS TIPO SULFONAMIDAS ABSORBIBLES		
BACTRIM (<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>)	T3	
BACTRIM DS (<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>)	T3	
<i>sulfadiazine</i>	T1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	T1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i> (Bactrim Ds)	T1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i> (Bactrim)	T1	
ANTIBIÓTICOS AMINOGLUCÓSIDOS		
ARIKAYCE	T4	PA SP
BETHKIS (<i>tobramycin</i>)	T4	PA QL (224 mls/fill) SP HD
<i>gentamicin</i> 80 mg/2 ml vial	T1	PA
<i>gentamicin</i> 800 mg/20 ml vial	T1	PA
<i>gentamicin ped</i> 20 mg/2 ml vial	T1	PA
KITABIS PAK	T4	PA QL (280 mls/fill) SP HD
<i>neomycin sulfate</i>	T1	
TOBI PODHALER	T4	PA QL (224 caps/fill) SP HD
<i>tobramycin</i> 300 mg/4 ml ampule (Bethkis)	T1	PA QL (224 mls/fill) SP HD
<i>tobramycin</i> 300 mg/5 ml ampule (Tobi)	T1	PA QL (280 mls/fill) SP HD
TOBRAMYCIN PAK 300 MG/5 ML	T4	PA QL (280 mls/fill) SP HD
<i>tobramycin sulfate</i>	T1	PA
AGENTES ANTIBACTERIANOS-ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS		
FLAGYL (<i>metronidazole</i>)	T3	
<i>metronidazole</i> 250 mg tablet	T1	
<i>metronidazole</i> 375 mg capsule (Flagyl)	T1	
<i>metronidazole</i> 500 mg tablet	T1	
ANTIBIÓTICOS, ANTIBACTERIANOS, VARIOS		
<i>fosfomycin tromethamine</i>	T1	PA
<i>meth/meblue/sod phos/psal/hyos</i>	T1	
<i>methen/mbblue/sal/sod phos/hyos</i>	T1	
<i>methenam/m.blue/salicyl/hyoscy</i> (Uribel Tabs)	T1	
<i>methenam/sod phos/mbblue/hyoscy</i>	T1	
<i>methenamine hippurate</i>	T1	
<i>methenamine mandelate</i>	T1	
PRIMSOL	T3	
<i>trimethoprim</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS, ANTIBACTERIANOS, VARIOS (cont.)		
TRIMPEX	T3	
URELLE	T3	
URIBEL	T3	
URIBEL TABS (<i>methenam/m.blue/salicyl/hyoscy</i>)	T3	
ANTILEPROSOS		
<i>dapsone 100 mg tablet</i>	T1	
<i>dapsone 25 mg tablet</i>	T1	
THALOMID 100 MG CAPSULE	T4	PA QL (30 caps/fill) SP HD
THALOMID 200 MG CAPSULE	T4	PA QL (60 caps/fill) SP HD
THALOMID 50 MG CAPSULE	T4	PA QL (30 caps/fill) SP HD
AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS		
<i>ethambutol hcl (Myambutol)</i>	T1	HD
<i>isoniazid</i>	T1	HD
MYCOBUTIN (<i>rifabutin</i>)	T3	HD
PASER	T3	HD
<i>pyrazinamide</i>	T1	HD
<i>rifabutin (Mycobutin)</i>	T1	HD
TRECTOR	T3	HD
ANTIBIÓTICOS ANTITUBERCULOSOS		
<i>cycloserine</i>	T1	
PRETOMANID	T3	PA
PRIFTIN	T2	
<i>rifampin</i>	T1	
SIRTURO	T4	PA SP
BETALACTAMASAS		
CAYSTON	T4	PA QL (84 mls/fill) SP HD
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 1.º GENERACIÓN		
<i>cefadroxil</i>	T1	
<i>cephalexin (Keflex)</i>	T1	
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 2.º GENERACIÓN		
<i>cefaclor</i>	T1	
<i>cefprozil</i>	T1	
<i>cefuroxime axetil</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS – 3.º GENERACIÓN		
<i>cefdinir</i>	T1	
<i>cefditoren pivoxil</i> (Spectracef)	T1	
<i>cefepodoxime proxetil</i>	T1	
<i>ceftriaxone sodium</i>	T1	PA
SPECTRACEF (<i>cefditoren pivoxil</i>)	T3	
ANTIBIÓTICOS LINCOSAMIDAS		
CLEOCIN HCL (<i>clindamycin hcl</i>)	T3	
CLEOCIN PEDIATRIC (<i>clindamycin palmitate hcl</i>)	T3	
<i>clindamycin hcl</i> (Cleocin Hcl)	T1	
<i>clindamycin palmitate hcl</i> (Cleocin Pediatric)	T1	
ANTIBIÓTICOS MACRÓLIDOS		
<i>azithromycin</i>	T1	
<i>azithromycin</i> (Zithromax Tri-Pak)	T1	
<i>azithromycin</i> (Zithromax)	T1	
<i>clarithromycin</i>	T1	
DIFICID 200 MG TABLET (<i>fidaxomicin</i>)	T3	QL (20 tabs/30 days)
DIFICID 40 MG/ML SUSPENSION	T3	QL (1 bottle/fill)
E.E.S. 200 (<i>erythromycin ethylsuccinate</i>)	T3	
ERYPED 200 (<i>erythromycin ethylsuccinate</i>)	T3	
ERYPED 400 (<i>erythromycin ethylsuccinate</i>)	T3	
<i>ery-tab dr 250 mg tablet</i>	T1	
<i>ery-tab dr 333 mg tablet</i>	T1	
ERY-TAB DR 500 MG TABLET (<i>erythromycin base</i>)	T3	
<i>erythromycin base</i>	T1	
<i>erythromycin base</i> (Ery-Tab)	T1	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	T1	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> (E.E.S. 200)	T1	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> (Eryped 200)	T1	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> (Eryped 400)	T1	
<i>erythromycin stearate</i>	T1	
<i>fidaxomicin</i> (Difcid)	T1	QL (20 tabs/30 days)
ZITHROMAX (<i>azithromycin</i>)	T3	
ZITHROMAX TRI-PAK (<i>azithromycin</i>)	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIBACTERIANOS DERIVADOS DE NITROFURANOS		
FURADANTIN (<i>nitrofurantoin</i>)	T3	
MACROBID (<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst</i>)	T3	
<i>nitrofurantoin</i> (Furadantin)	T1	
<i>nitrofurantoin mcr 25 mg, 50 mg, 100 mg cap</i>	T1	
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst</i> (Macrobid)	T1	
ANTIBIÓTICOS OXAZOLIDINONAS		
linezolid (Zyvox)	T1	PA
ZYVOX (<i>linezolid</i>)	T3	PA
ANTIBIÓTICOS DE PENICILINA		
<i>amoxicillin</i>	T1	
<i>amoxicillin/potassium clav</i>	T1	
<i>amoxicillin/potassium clav</i> (Augmentin Xr)	T1	
<i>amoxicillin/potassium clav</i> (Augmentin)	T1	
<i>ampicillin trihydrate</i>	T1	
AUGMENTIN 125-31.25 MG/5 ML	T2	
AUGMENTIN 250-62.5 MG/5 ML (<i>amoxicillin/potassium clav</i>)	T3	
AUGMENTIN XR (<i>amoxicillin/potassium clav</i>)	T3	
<i>dicloxacillin sodium</i>	T1	
MOXATAG	T3	
<i>penicillin v potassium</i>	T1	
DERIVADOS DE LA PLEUROMUTILINA		
XENLETA	T3	
ANTIBIÓTICOS DE QUINOLONAS		
BAXDELA	T2	QL (28 tabs/fill)
CIPRO (<i>ciprofloxacin hcl</i>)	T3	
CIPRO (<i>ciprofloxacin</i>)	T3	
<i>ciprofloxacin</i> (Cipro)	T1	
<i>ciprofloxacin hcl</i>	T1	
<i>ciprofloxacin hcl</i> (Cipro)	T1	
FACTIVE	T3	
<i>levofloxacin</i>	T1	
<i>moxifloxacin hcl</i>	T1	
<i>ofloxacin</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
RIFAMICINAS Y ANTIBIÓTICOS DERIVADOS AFINES		
AEMCOLO	T3	QL (12 tabs/fill)
XIFAXAN 200 MG TABLET	T2	QL (9 tabs/fill)
XIFAXAN 550 MG TABLET	T2	QL (60 tabs/fill)
ANTIBIÓTICOS DE TETRACICLINA		
ACTICLATE (<i>doxycycline hyclate</i>)	T3	ST
AVIDOXY DK	T3	ST
<i>demeclocycline hcl</i>	T1	
<i>doxycycline 25 mg/5 ml susp</i> (Vibramycin)	T1	
<i>doxycycline 50 mg tablet</i> (Targadox)	T1	ST
<i>doxycycline hyc dr 50 mg tab</i>	T1	ST
<i>doxycycline hyc dr 75 mg tab</i>	T1	ST
<i>doxycycline hyc dr 100 mg tab</i>	T1	ST
<i>doxycycline hyc dr 150 mg tab</i>	T1	ST
<i>doxycycline hyc dr 200 mg tab</i> (Doryx)	T1	ST
<i>doxycycline hyclate 50 mg cap</i>	T1	
<i>doxycycline hyclate 75 mg tab</i> (Acticlate)	T1	ST
<i>doxycycline hyclate 100 mg cap</i>	T1	
<i>doxycycline hyclate 100 mg tab</i> (Lymepak)	T1	
<i>doxycycline hyclate 150 mg tab</i> (Acticlate)	T1	ST
<i>doxycycline mono 50 mg cap</i>	T1	
<i>doxycycline mono 50 mg, 75 mg tablet</i>	T1	
<i>doxycycline mono 100 mg cap</i>	T1	
<i>doxycycline mono 75 mg capsule</i>	T1	
<i>doxycycline mono 100 mg tablet</i>	T1	
<i>doxycycline mono 150 mg cap</i>	T1	ST
<i>doxycycline mono 150 mg tablet</i>	T1	
<i>doxycycline monohydrate</i>	T1	
<i>doxycycline monohydrate</i> (Oracea)	T1	ST
LYMEPAK (<i>doxycycline hyclate</i>)	T3	
<i>minocycline hcl</i> (Solodyn)	T1	ST
<i>minocycline 100 mg capsule</i>	T1	
<i>minocycline 50 mg capsule</i>	T1	
<i>minocycline 75 mg capsule</i>	T1	
<i>minocycline hcl 100 mg tablet</i>	T1	ST

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS DE TETRACICLINA (cont.)		
<i>minocycline hcl 50 mg tablet</i>	T1	ST
<i>minocycline hcl 75 mg tablet</i>	T1	ST
MINOLIRA ER	T3	ST
<i>mondoxylene nl 100 mg capsule</i>	T1	
<i>mondoxylene nl 75 mg capsule</i>	T1	ST
MORGIDOX 1X100 MG KIT	T3	ST
MORGIDOX 1X50 MG KIT	T3	ST
MORGIDOX 2X100 MG KIT	T3	ST
<i>morgidox 50 mg capsule</i>	T1	
NUZYRA	T4	QL (30 tabs/30 days) SP
SEYSARA	T3	ST
SOLODYN (<i>minocycline hcl</i>)	T3	ST
TARGADOX (<i>doxycycline hyclate</i>)	T3	ST
<i>tetracycline 250 mg, 500 mg capsule</i>	T1	
<i>tetracycline 250 mg, 500 mg tablet</i>	T1	ST
VIBRAMYCIN	T3	ST
VIBRAMYCIN (<i>doxycycline monohydrate</i>)	T3	ST
ANTIBIÓTICOS VAGINALES		
CLEOCIN	T3	
CLEOCIN (<i>clindamycin phosphate</i>)	T3	
<i>clindamycin 2% vaginal cream (Cleocin)</i>	T1	
CLINDESSE	T3	
<i>metronidazole vaginal 0.75% gl</i>	T1	
<i>metronidazole</i>	T1	
NUVESSA	T3	
XACIATO	T2	
ANTIBIÓTICOS DE VANCOMICINA Y DERIVADOS		
VANCOCLIN HCL 125 MG CAPSULE (<i>vancomycin hcl</i>)	T3	PA QL (40 caps/fill)
VANCOCLIN HCL 250 MG CAPSULE (<i>vancomycin hcl</i>)	T3	PA QL (80 caps/fill)
<i>vancomycin 250 mg/5 ml soln</i>	T1	QL (450 mls/fill)
<i>vancomycin 125 mg capsule</i>	T1	PA QL (40 caps/30 days)
<i>vancomycin 250 mg capsule</i>	T1	PA QL (80 caps/30 days)

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Condiciones cutáneas)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS TÓPICOS Y ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS		
NEO-SYNALAR	T3	
ANTIBIÓTICOS TÓPICOS		
AKTIPAK	T3	ST
AMZEEQ	T3	ST
BENZAMYCIN (<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i>)	T3	ST
CENTANY	T3	ST QL (30 gms/fill)
CENTANY AT	T3	ST QL (1 KIT/FILL)
CLEOCIN T 1% LOTION (<i>clindamycin phosphate</i>)	T3	ST QL (120 mls/30 days)
CLEOCIN T 1% PLEDGETS (<i>clindamycin phosphate</i>)	T3	ST
<i>clindacin etz 1% pledget</i> (Cleocin T)	T1	
CLINDACIN ETZ KIT	T3	ST
CLINDACIN PAC	T3	ST
<i>clindamycin ph 1% gel</i>	T1	QL (120 gms/30 days)
<i>clindamycin ph 1% solution</i>	T1	QL (120 mls/30 days)
<i>clindamycin phos 1% pledget</i> (Cleocin T)	T1	
<i>clindamycin phosp 1% lotion</i> (Cleocin T)	T1	QL (120 mls/30 days)
<i>clindamycin phosphate</i> (Cleocin T)	T1	
<i>clindamycin phosphate</i> (Evoclin)	T1	ST QL (100 gms/30 days)
<i>clindamycin phosphate 1% foam</i> (Evoclin)	T1	ST QL (100 gms/30 days)
<i>clindamycin phosphate 1% gel</i> (Clindagel)	T1	QL (150 mls/30 days)
<i>erythromycin base in ethanol</i>	T1	
<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i> (Benzamycin)	T1	
EVOCLIN (<i>clindamycin phosphate</i>)	T3	ST QL (100 gms/30 days)
<i>gentamicin 0.1% cream</i>	T1	QL (60 gms/fill)
<i>gentamicin 0.1% ointment</i>	T1	QL (60 gms/fill)
<i>mupirocin 2% cream</i>	T1	ST QL (30 gms/fill)
<i>mupirocin 2% ointment</i>	T1	QL (44 gms/fill)
<i>mupirocin 2% ointment</i>	T1	QL (30 gms/fill)
XEPI	T3	ST QL (30 gms/fill)
SULFONAMIDAS TÓPICAS		
AVAR LS	T3	ST
AVAR-E	T3	ST
AVAR-E GREEN	T3	ST
AVAR-E LS	T3	ST

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SULFONAMIDAS TÓPICAS (cont.)		
<i>ketoconazole 2% shampoo</i>	T1	
<i>mafenide acetate (Sulfamylon)</i>	T1	
<i>nystatin 100,000 unit/gm powd</i>	T1	
PLEXION	T3	ST
ROSULA 10%-4.5% WASH	T3	ST
<i>rosula 10%-5% cloths</i>	T1	
SILVADENE (<i>silver sulfadiazine</i>)	T3	
<i>silver sulfadiazine (Silvadene)</i>	T1	
<i>sod sulfacet-sulf 9.8-4.8% clsr</i>	T1	ST
<i>sod sulfacet-sulfur 9-4.5% wash</i>	T1	ST
<i>sod sulfacet-sulf 9.8-4.8% pad</i>	T1	ST
<i>sod sulfacet-sulfur 10-2% clsr</i>	T1	ST
<i>sod sulfacet-sulfur 10-4% pad (Sumaxin)</i>	T1	
<i>sod sulfacet-sulfur 10-5% clsr</i>	T1	
<i>sod sulfacet-sulfur 9.8-4.8% crm</i>	T1	ST
<i>sod sulfacet-sulfur 9.8-4.8% lot</i>	T1	ST
<i>sss 10-5 cream</i>	T1	
<i>sss 10-5 foam</i>	T1	ST
<i>sulfacetamide sodium/sulfur</i>	T1	ST
<i>sulfacetamide-sulfur 10-2% crm</i>	T1	ST
<i>sulfacetamide-sulfur 10-5% crm</i>	T1	
<i>sulfacetamide-sulfur 10-5% lot</i>	T1	ST
<i>sulfacetamide-sulfur 10-5% sus</i>	T1	ST
<i>sulfacetamide-sulfur 8-4% susp</i>	T1	ST
<i>sulfacetamide-sulfur 9-4% clsr</i>	T1	ST
SULFAMYLON 8.5% CREAM	T2	
SULFAMYLON POWDER PACKET (<i>mafenide acetate</i>)	T3	
SUMADAN	T3	ST
SUMADAN XLT	T3	ST
SUMAXIN	T3	ST
SUMAXIN (<i>sulfacetamide sodium/sulfur</i>)	T3	ST
SUMAXIN CP	T3	ST
SUMAXIN TS	T3	ST

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTICOAGULANTES (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
CITRATOS COMO ANTICOAGULANTES		
ACD SOLUTION A	T2	
ACD-A	T2	
ANTICOAGULANT SODIUM CITRATE	T3	
CITRATE PHOSPHATE DEXTROSE	T2	
CRRT TRISODIUM CITRATE	T3	
sodium citrate 4% lock flush	T1	
SODIUM CITRATE 4% LOCK FLUSH	T3	
SODIUM CITRATE 4% SOLN	T3	
SODIUM CITRATE 4% SYRINGE	T3	
SODIUM CITRATE 4% VIAL	T3	
TRISODIUM CITRATE CRRT	T3	
INHIBIDORES DIRECTOS DEL FACTOR XA		
ELIQUIS 2.5 MG TABLET	T2	
ELIQUIS 5 MG TABLET	T2	
ELIQUIS DVT-PE TREAT START 5MG	T2	
rivaroxaban (Xarelto)	T1	
XARELTO	T2	PA
XARELTO (rivaroxaban)	T2	
HEPARINA Y PREPARACIONES RELACIONADAS		
ARIXTRA (fondaparinux sodium)	T4	SP
enoxaparin sodium (Lovenox)	T1	SP
fondaparinux sodium (Arixtra)	T1	SP
FRAGMIN	T4	SP
heparin 5,000 unit/ml carpugt	T1	
heparin 2,000 unit/2 ml vial	T1	
heparin 10,000 unit/10 ml vial	T1	
heparin 30,000 unit/30 ml vial	T1	
heparin 40,000 unit/4 ml vial	T1	
heparin 50,000 unit/5 ml vial	T1	
heparin 50,000 unit/10 ml vial	T1	
heparin sod 1,000 unit/ml vial	T1	
heparin sod 5,000 unit/0.5 ml	T1	
HEPARIN SOD 5,000 UNIT/0.5 ML	T2	
HEPARIN SOD 5,000 UNIT/0.5 ML	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTICOAGULANTES (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HEPARINA Y PREPARACIONES RELACIONADAS (cont.)		
<i>heparin sod 5,000 unit/ml syrg</i>	T1	
HEPARIN SOD 5,000 UNIT/ML SYRG	T3	
<i>heparin sod 5,000 unit/ml vial</i>	T1	
<i>heparin sod 10,000 unit/ml vl</i>	T1	
<i>heparin sod 20,000 unit/ml vl</i>	T1	
ANTÍDOTOS (Condiciones gastrointestinales/pirosis)		
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES OPIOIDES MU, CON ACCIÓN PERIFÉRICA		
MOVANTIK	T2	QL (30 tabs/fill)
RELISTOR 12 MG/0.6 ML SYRINGE	T2	ST
RELISTOR 8 MG/0.4 ML SYRINGE	T2	ST
RELISTOR 12 MG/0.6 ML VIAL	T2	ST
SYMPROIC	T2	
ANTÍDOTOS (Abuso de sustancias)		
ANTAGONISTAS OPIOIDES		
KLOXXADO	T2	QL (2 units/fill)
<i>naloxone 0.4 mg/ml carpject, syringe, vial</i>	T1	
<i>naloxone 2 mg/2 ml syringe</i>	T1	
<i>naloxone 4 mg/10 ml vial</i>	T1	
<i>naloxone hcl 4 mg nasal spray (Narcan)</i>	T1	QL (2 units/fill)
<i>naltrexone hcl</i>	T1	
NARCAN (<i>naloxone hcl</i>)	T3	QL (2 units/30 days)
REXTOVY	T2	QL (2 units/30 days)
ANTIMICÓTICOS (Condiciones oculares)		
AGENTES ANTIMICÓTICOS OFTÁLMICOS		
NATACYN	T2	
ANTIMICÓTICOS (Productos femeninos)		
ANTIMICÓTICOS VAGINALES		
GYNAZOLE 1	T3	
<i>miconazole nitrate</i>	T1	
<i>terconazole</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIMICÓTICOS (Infecciones)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIMICÓTICOS		
ANCOBON (<i>flucytosine</i>)	T3	PA
clotrimazole	T1	
CRESEMBA	T2	PA
DIFLUCAN 10 MG/ML SUSPENSION (<i>fluconazole</i>)	T3	
DIFLUCAN 40 MG/ML SUSPENSION (<i>fluconazole</i>)	T3	
DIFLUCAN 50 MG TABLET (<i>fluconazole</i>)	T3	
DIFLUCAN 100 MG TABLET (<i>fluconazole</i>)	T3	
DIFLUCAN 150 MG TABLET (<i>fluconazole</i>)	T3	QL (2 tabs/episode)
DIFLUCAN 200 MG TABLET (<i>fluconazole</i>)	T3	
<i>fluconazole</i> 10 mg/ml susp	T1	
<i>fluconazole</i> 40 mg/ml susp (Diflucan)	T1	
<i>fluconazole</i> 50 mg tablet (Diflucan)	T1	
<i>fluconazole</i> 100 mg, 200 mg tablet	T1	
<i>fluconazole</i> 150 mg tablet (Diflucan)	T1	QL (2 tabs/fill)
<i>flucytosine</i> (Ancobon)	T1	
<i>itraconazole</i> 100 mg capsule (Sporanox)	T1	QL (30 caps/fill)
<i>itraconazole</i> 100 mg/10 ml cup	T1	QL (2 bottles/30 days)
<i>itraconazole</i> 10 mg/ml solution	T1	QL (2 bottles/30 days)
<i>ketoconazole</i> 200 mg tablet	T1	
NOXAFIL 300 MG POWDERMIX SUSP	T2	PA
NOXAFIL 40 MG/ML SUSPENSION	T2	PA SP
ORAVIG	T3	
POSACONAZOLE 200 MG/5 ML SUSP	T2	PA
<i>posaconazole</i> dr 100 mg tablet (Noxafil)	T1	PA
SPORANOX (<i>itraconazole</i>)	T3	QL (30 caps/30 days)
<i>terbinafine</i> hcl	T1	
VFEND (<i>voriconazole</i>)	T3	PA
VIVJOA	T4	PA QL (18 caps/30 days) SP
<i>voriconazole</i> (Vfend)	T1	PA
ANTIBIÓTICOS ANTIMICÓTICOS		
BREXAFEMME	T3	ST QL (4 tabs/fill)
<i>griseofulvin</i> ultramicrosize	T1	
<i>griseofulvin</i> , microsize	T1	
<i>nystatin</i> 100,000 unit/ml susp	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIMICÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS ANTIMICÓTICOS (cont.)		
<i>nystatin 500,000 unit oral tab</i>	T1	
<i>nystatin 500,000 unit/5 ml cup</i>	T1	
ANTIMICÓTICOS (Condiciones cutáneas)		
ANTIMICÓTICO TÓPICO/ANTIINFLAMATORIO, AGENTE ESTEROIDE		
<i>clotrimazole-betamethasone crm</i>	T1	QL (90 gms/28 days)
<i>clotrimazole-betamethasone lot</i>	T1	QL (60 mls/28 days)
<i>ciclodan 0.77% cream (Loprox)</i>	T1	QL (90 gms/28 days)
CICLODAN 0.77% CREAM KIT	T3	
<i>ciclodan 8% solution</i>	T1	
ANTIMICÓTICOS TÓPICOS		
<i>ciclopirox 0.77% cream (Loprox)</i>	T1	QL (90 gms/28 days)
<i>ciclopirox 0.77% gel</i>	T1	QL (100 gms/28 days)
<i>ciclopirox 0.77% topical susp (Loprox)</i>	T1	QL (60 mls/28 days)
<i>ciclopirox 1% shampoo</i>	T1	QL (120 mls/28 days)
<i>ciclopirox 8% solution</i>	T1	
<i>econazole nitrate 1% cream</i>	T1	QL (85 gms/28 days)
EXELDERM 1% CREAM	T3	QL (60 gms/28 days)
EXELDERM 1% SOLUTION	T3	QL (60 mls/28 days)
EXTINA (<i>ketoconazole</i>)	T3	ST QL (100 gms/28 days)
JUBLIA	T3	ST
<i>ketoconazole 2% cream</i>	T1	QL (60 gms/28 days)
<i>ketoconazole 2% foam (Extina)</i>	T1	ST QL (100 gms/28 days)
<i>ketodan 2% foam (Extina)</i>	T1	ST QL (100 gms/28 days)
<i>ketodan 2% foam kit</i>	T1	ST
LOPROX 0.77% CREAM (<i>ciclopirox olamine</i>)	T3	QL (90 gms/28 days)
LOPROX 0.77% CREAM KIT	T3	QL (544 gms/30 days)
LOPROX 0.77% SUSPENSION KIT	T3	QL (1 kit/30 days)
LOPROX 0.77% TOPICAL SUSP (<i>ciclopirox olamine</i>)	T3	QL (60 mls/28 days)
<i>naftifine hcl 1% cream</i>	T1	QL (90 gms/28 days)
<i>naftifine hcl 2% cream</i>	T1	QL (60 gms/28 days)
<i>naftifine hcl 2% gel (Naftin)</i>	T1	QL (60 gms/28 days)
NAFTIN	T3	QL (60 gms/28 days)
NAFTIN 1% GEL (<i>naftifine hcl</i>)	T3	QL (90 gms/28 days)

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIMICÓTICOS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIMICÓTICOS TÓPICOS (cont.)		
NAFTIN 2% GEL (naftifine hcl)	T3	QL (60 gms/28 days)
<i>nystatin</i>	T1	QL (180 gms/fill)
<i>nystatin 100,000 unit/gm cream</i>	T1	QL (60 gms/28 days)
<i>nystatin 100,000 unit/gm oint</i>	T1	QL (60 gms/28 days)
<i>nystatin/triamcin</i>	T1	QL (60 gms/28 days)
<i>oxiconazole nitrate</i>	T1	QL (60 gms/28 days)
<i>tavaborole</i>	T1	ST
ANTIISTAMÍNICOS Y DESCONGESTIVOS COMBINADOS (Alergia/rociadores nasales)		
COMBINACIÓN DE ANTIISTAMÍNICOS DE 1.ª GENERACIÓN Y DESCONGESTIVOS		
<i>phenylephrine hcl/prometh hcl</i>	T1	
ANTIISTAMÍNICOS (Alergia/rociadores nasales)		
COMBINACIÓN DE ANTIISTAMÍNICOS DE 2.ª GENERACIÓN Y DESCONGESTIVOS		
CLARINEX-D 12 HOUR	T3	QL (60 tabs/fill)
ANTIISTAMÍNICOS - 1.ª GENERACIÓN		
<i>carbinoxamine 4 mg/5 ml liquid</i>	T1	
<i>carbinoxamine maleate</i>	T1	ST
<i>carbinoxamine maleate 4 mg tab</i>	T1	
<i>carbinoxamine maleate 6 mg tab</i>	T1	ST
<i>cyproheptadine 2 mg/5 ml soln</i>	T1	
<i>cyproheptadine 2 mg/5 ml syrup</i>	T1	
<i>cyproheptadine 4 mg tablet</i>	T1	
CYPROHEPTADINE 4 MG/10 ML SYRP	T3	
<i>dexchlorpheniramine maleate (Ryclora)</i>	T1	
<i>hydroxyzine hcl</i>	T1	
<i>hydroxyzine hcl</i>	T1	
<i>hydroxyzine pamoate</i>	T1	
<i>hydroxyzine pamoate (Vistaril)</i>	T1	
<i>promethazine hcl</i>	T1	
RYCLORA (<i>dexchlorpheniramine maleate</i>)	T3	
RYVENT	T3	ST
VISTARIL (<i>hydroxyzine pamoate</i>)	T3	
ANTIISTAMÍNICOS - 2.ª GENERACIÓN		
CLARINEX D 24 HOUR TABLET	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIISTAMÍNICOS (Alergia/rociadores nasales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIISTAMÍNICOS - 2.ª GENERACIÓN (cont.)		
<i>desloratadine</i>	T1	QL (30 tabs/fill) HD
<i>desloratadine</i> (Clarinet)	T1	QL (30 tabs/fill) HD
ANTIISTAMÍNICOS (Condiciones oculares)		
ANTIISTAMÍNICOS PARA LOS OJOS		
<i>azelastine hcl 0.05% drops</i>	T1	
<i>bepotastine besilate</i> (Bepreve)	T1	ST
BEPREVE	T3	
<i>epinastine hcl</i>	T1	
LASTACFT 0.25% EYE DROPS	T3	ST
ANTIIPERGLUCÉMICOS (Diabetes)		
ANTIIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE LA ENZIMA DPP-4-TIAZOLIDINEDIONA		
OSENI	T3	ST QL (30 tabs/fill) HD
ANTIIPERGLUCÉMICOS, MIMÉTICOS DE INCRETINA (AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-I)		
ADLYXIN 10-20 MCG STARTER PACK	T3	PA HD QL (1 kit/28 days)
ADLYXIN 20 MCG MAINTENANCE PK	T3	PA HD QL (1 kit/28 days)
BYDUREON BCISE	T2	PA QL (4 auto-injs/28 days)
BYDUREON PEN	T2	PA QL (4 pens/fill) HD
BYETTA	T2	PA QL (1 pen/30 days)
<i>exenatide</i>	T1	PA QL (1 pen/30 days)
<i>liraglutide 2-pak 18 mg/3 ml</i> (Victoza 2-Pak)	T1	PA
<i>liraglutide 2-pak 18 mg/3 ml</i> (Victoza 3-Pak)	T1	PA
<i>liraglutide 3-pak 18 mg/3 ml</i> (Victoza 2-Pak)	T1	PA
<i>liraglutide 3-pak 18 mg/3 ml</i> (Victoza 3-Pak)	T1	PA
OZEMPIC	T2	PA QL (1 pen/28 days)
RYBELSUS	T2	PA QL (30 tabs/30 days)
TRULICITY	T2	PA QL (4 pens/28 days)
ANTIIPERGLUCÉMICOS, INSULINA, ACCIÓN PROLONGADA-AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-I		
SOLIQUA 100-33	T2	QL (15 mls/30 days)
ANTIIPERGLUCÉMICOS - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE DOPAMINA		
CYCLOSET	T3	HD
ANTIIPERGLUCÉMICOS - COMBINACIÓN DE MIMÉTICOS DE INCRETINA		
MOUNJARO	T2	PA QL (4 pens/fill)

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE LA ALFA-GLUCOSIDASA		
<i>acarbose</i> (Precose)	T1	HD
<i>miglitol</i>	T1	HD
PRECOSE (<i>acarbose</i>)	T3	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO ANÁLOGOS DE AMILINA		
SYMLINPEN 60	T2	PA QL (7 pens/30 days)
SYMLINPEN 120	T2	PA QL (7 pens/fill) HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO BIGUANIDAS		
<i>metformin hcl 500 mg/5 ml soln</i> (Riomet)	T1	ST HD
<i>metformin hcl 750 mg tablet</i>	T1	ST HD
<i>metformin hcl 1,000 mg tablet</i>	T1	HD
<i>metformin hcl 500 mg tablet</i>	T1	HD
<i>metformin hcl 850 mg tablet</i>	T1	HD
<i>metformin er 1,000 mg gastr-tb</i> (Glumetza)	T1	PA QL (60 tabs/fill) HD
<i>metformin er 500 mg gastr-tb</i> (Glumetza)	T1	PA QL (120 tabs/fill) HD
<i>metformin er 1,000 mg osm-tab</i>	T1	PA QL (60 tabs/30 days) HD
<i>metformin er 500 mg osmotic tb</i>	T1	PA QL (30 tabs/30 days) HD
<i>metformin hcl er 500 mg tablet</i>	T1	QL (120 tabs/fill) HD
<i>metformin hcl er 750 mg tablet</i>	T1	QL (60 tabs/fill) HD
RIOMET (<i>metformin hcl</i>)	T3	ST HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE DPP-4		
JANUVIA	T2	ST QL (30 tabs/fill) HD
<i>saxagliptin hcl</i> (Onglyza)	T1	ST QL (30 tabs/30 days) HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO ESTIMULANTES DE LIBERACIÓN DE INSULINA		
<i>glimepiride 1 mg tablet</i>	T1	HD
<i>glimepiride 2 mg tablet</i>	T1	HD
<i>glimepiride 4 mg tablet</i>	T1	HD
<i>glipizide</i>	T1	HD
GLUCOTROL XL (<i>glipizide</i>)	T3	HD
<i>glyburide</i>	T1	HD
<i>glyburide, micronized</i>	T1	HD
<i>glyburide, micronized</i> (Glynase)	T1	HD
GLYNASE (<i>glyburide, micronized</i>)	T3	HD
<i>nateglinide</i>	T1	HD
PRANDIN (<i>repaglinide</i>)	T3	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO ESTIMULANTES DE LIBERACIÓN DE INSULINA (cont.)		
<i>repaglinide</i>	T1	HD
<i>repaglinide</i> (Prandin)	T1	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, COMB. DE INHIBIDORES DE SGLT-2 Y DPP-4		
GLYXAMBI	T2	ST QL (30 tabs/fill) HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS Y BIGUANIDAS		
ACTOPLUS MET XR 30 1000MG TABLET	T3	ST
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	T1	QL (90 tabs/fill) HD
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i> (Actoplus Met)	T1	QL (90 tabs/fill) HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS Y SULFONILUREAS		
DUETACT (<i>pioglitazone hcl/glimepiride</i>)	T3	QL (30 tabs/30 days) HD
<i>pioglitazone hcl/glimepiride</i> (Duetact)	T1	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, COMB. DE INHIBIDORES DE DPP-4 Y BIGUANIDAS		
JANUMET	T2	ST QL (60 tabs/fill) HD
JANUMET XR 100-1,000 MG TABLET	T2	ST QL (30 tabs/fill) HD
JANUMET XR 50-1,000 MG TABLET	T2	ST QL (60 tabs/fill) HD
JANUMET XR 50-500 MG TABLET	T2	ST QL (60 tabs/fill) HD
<i>saxagliptin-metformin er 5-500</i> (Kombiglyze Xr)	T1	ST QL (30 tabs/30 days) HD
<i>saxagliptin-metformin er 5-1000</i> (Kombiglyze Xr)	T1	ST QL (30 tabs/30 days) HD
<i>saxagliptin-metformin er 2.5-1000</i> (Kombiglyze Xr)	T1	ST QL (60 tabs/30 days) HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, ESTIM. DE LIBERACIÓN DE INSULINA-BIGUANIDAS		
<i>glipizide/metformin hcl</i>	T1	HD
<i>glyburide/metformin hcl</i>	T1	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS (AGONISTAS DE PPARG)		
ACTOS (<i>pioglitazone hcl</i>)	T3	QL (30 tabs/30 days) HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS-BLOQUEADORES DE LOS RECEPTORES DE GLUCOCORTICOIDES		
<i>mifepristone 300 mg tablet</i> (Korlym)	T1	PA SP
ANTIHIPERGLUCÉMICOS-COMB. DE INHIBIDORES DE SGLT-2 Y BIGUANIDAS		
SYNJARDY	T2	ST QL (60 tabs/fill) HD
SYNJARDY XR 10-1,000 MG TABLET	T2	ST QL (30 tabs/fill) HD
SYNJARDY XR 12.5-1,000 MG TAB	T2	ST QL (60 tabs/fill) HD
SYNJARDY XR 25-1,000 MG TABLET	T2	ST QL (30 tabs/fill) HD
SYNJARDY XR 5-1,000 MG TABLET	T2	ST QL (60 tabs/fill) HD
XIGDUO XR 10 MG-1,000 MG TAB	T2	ST QL (30 tabs/fill) HD
XIGDUO XR 10 MG-500 MG TABLET	T2	ST QL (30 tabs/fill) HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPLERGLUCÉMICOS-COMB. DE INHIBIDORES DE SGLT-2 Y BIGUANIDAS (cont.)		
XIGDUO XR 2.5 MG-1,000 MG TAB	T2	ST QL (60 tabs/fill) HD
XIGDUO XR 5 MG-1,000 MG TABLET	T2	ST QL (60 tabs/fill) HD
XIGDUO XR 5 MG-500 MG TABLET	T2	ST QL (30 tabs/fill) HD
ANTIHIPERGLUCÉM.-INHIB. DEL COTRANSPORT. DE SOD./GLUC. TIPO 2 (SGLT-2)		
FARXIGA	T2	ST QL (30 tabs/30 days)
JARDIANCE	T2	ST QL (30 tabs/fill) HD
ANTIHIPERGLUCÉM.-COMB. DE INHIB. DE SGLT-2, INHIB. DE DPP-4 Y BIGUANIDAS		
TRIJARDY XR	T2	ST HD
INSULINAS		
HUMALOG 100 unit/ML CARTRIDGE	T2	HD
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	T2	HD
HUMALOG KWIKPEN U-100	T2	HD
HUMALOG KWIKPEN U-200	T2	HD
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	T2	HD
HUMALOG MIX 75-25	T2	HD
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	T2	HD
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	T2	HD
HUMULIN 70-30	T2	HD
HUMULIN N	T2	HD
HUMULIN N KWIKPEN	T2	HD
HUMULIN R	T2	HD
HUMULIN R U-500	T2	HD
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	T2	HD
INSULIN GLARGINE-YFGN	T2	HD
INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML VIAL	T2	HD
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN	T2	HD
INSULIN LISPRO KWIKPEN U-100	T2	HD
INSULIN LISPRO PROTAMINE MIX	T2	HD
LANTUS	T2	HD
LANTUS SOLOSTAR	T2	HD
LYUMJEV	T2	HD
LYUMJEV KWIKPEN U-100	T2	HD
LYUMJEV KWIKPEN U-200	T2	HD
MYXREDLIN	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INSULINAS (cont.)		
SEMGLEE (YFGN)	T2	HD
SEMGLEE (YFGN) PEN	T2	HD
TOUJEO MAX SOLOSTAR	T2	HD
TOUJEO SOLOSTAR	T2	HD
TRESIBA	T2	HD
TRESIBA FLEXTOUCH U-100	T2	HD
TRESIBA FLEXTOUCH U-200	T2	HD
ANTIINFECCIOSOS (Productos femeninos)		
SULFONAMIDAS VAGINALES		
AVC	T3	
ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Productos femeninos)		
ANTISÉPTICOS VAGINALES		
<i>acetic acid/oxyquinoline</i> (Relagard)	T1	
RELAGARD (<i>acetic acid/oxyquinoline</i>)	T3	
TRIMO-SAN	T2	
ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Infecciones)		
ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS DE 2.º GENERACIÓN-ANTIBACTERIANOS		
tinidazole 250 mg tablet	T1	QL (40 tabs/30 days)
tinidazole 500 mg tablet	T1	QL (20 tabs/30 days)
AMEBICIDAS		
HUMATIN	T3	
ANTHELMÍNTICOS		
<i>albendazole</i> (Albenza)	T1	QL (120 tabs/30 days)
ALBENZA (<i>albendazole</i>)	T3	QL (120 tabs/30 days)
BILTRICIDE (<i>praziquantel</i>)	T3	
EMVERM	T2	QL (6 tabs/30 days)
<i>ivermectin 6 mg tablet</i>	T1	PA QL (8 tabs/30 days)
<i>praziquantel</i> (Biltricide)	T1	
STROMEKTOL (<i>ivermectin</i>)	T3	PA QL (14 tabs/30 days)
MEDICAMENTOS CONTRA LA MALARIA		
ARAKODA	T3	QL (16 tabs/fill)
<i>atovaquone-proguanil 250-100</i> (Malarone)	T1	QL (60 tabs/180 days)
<i>atovaquone-proguanil 62.5-25</i> (Malarone)	T1	QL (180 tabs/180 days)

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MEDICAMENTOS CONTRA LA MALARIA (cont.)		
<i>chloroquine phosphate</i>	T1	
COARTEM	T2	QL (24 tabs/30 days)
DARAPRIM (<i>pyrimethamine</i>)	T4	PA SP
HYDROXYCHLOROQUINE 100 MG TAB	T3	
<i>hydroxychloroquine 200 mg tab</i> (Plaquenil)	T1	
HYDROXYCHLOROQUINE 300 MG , 400 MG TAB	T3	
KRINTAFEL	T3	QL (2 tabs/30 days)
MALARONE 250-100 MG TABLET (<i>atovaquone/proguanil hcl</i>)	T3	QL (60 tabs/180 days)
MALARONE 62.5-25 MG PED TAB (<i>atovaquone/proguanil hcl</i>)	T3	QL (180 tabs/180 days)
<i>mefloquine hcl</i>	T1	QL (13 tabs/180 days)
PRIMAQUINE 26.3 MG TABLET	T2	QL (120 tabs/180 days)
<i>primaquine 26.3 mg tablet</i>	T1	QL (120 tabs/180 days)
<i>pyrimethamine 25 mg tablet</i> (Daraprim)	T1	PA
<i>pyrimethamine 25 mg tablet</i> (Daraprim)	T1	PA SP
<i>quinine sulfate</i>	T1	QL (42 caps/30 days)
MEDICAMENTOS ANTIPROTOZOARIOS, VARIOS		
<i>atovaquone</i> (Mepron)	T1	
BENZNIDAZOLE	T2	QL (360 tabs/fill)
IMPAVIDO	T2	PA QL (84 caps/30 days)
MEPRON (<i>atovaquone</i>)	T3	
NEBUPENT (<i>pentamidine isethionate</i>)	T3	QL (1 vl/28 days)
<i>pentamidine isethionate</i> (Nebupent)	T1	QL (1 vl/28 days)
ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Varios)		
AGENTES ANTIBACTERIANOS, VARIOS		
<i>glycine urologic solution</i>	T1	
ANTISÉPTICOS, GENERALES		
ALCOHOL SWABSTICK	T3	
CVS ISOPROPYL ALCOHOL 91% SPRY	T3	
GS ISOPROPYL ALCOHOL 70% SPRAY	T3	
ISOPROPYL ALCOHOL 70% SPRAY	T3	
MEDI-FIRST ISOPROPYL ALCOHOL	T3	
AGENTES SECADORES ANTISÉPTICOS TÓPICOS		
<i>formaldehyde</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Condiciones cutáneas)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIMICÓTICOS TÓPICOS		
CICLODAN 8% KIT	T3	ST
ciclopirox 8% treatment kit	T1	
AGENTES INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL ANTIINFLAMATORIOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
ANTIINFLAMATORIOS INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL		
ADALIMUMAB-ADAZ(CF)	T4	PA QL (2 syringes/28 days) SP
ADALIMUMAB-ADAZ(CF) PEN	T4	PA QL (2 pens/28 days) SP
ADALIMUMAB-ADBM(CF)PEN	T4	PA QL (2 kits/28 days) SP HD
ADALIMUMAB-RYVK(CF)	T4	PA QL (2 srnge kits/28 days) SP HD
ADALIMUMAB-RYVK(CF) AI 40 MG	T4	PA QL (2 auto-injs/28 days) SP HD
CYLTEZO(CF)	T4	PA QL (2 srnge kits/28 days) SP HD
CYLTEZO(CF) PEN	T4	PA QL (2 kits/28 days) SP HD
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS	T4	PA QL (6 pens/365 days) SP HD
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV	T4	PA QL (4 pens/365 days) SP HD
ENBREL 25 MG KIT	T4	PA QL (8 vls/28 days) SP HD
ENBREL 25 MG/0.5 ML SYRINGE	T4	PA QL (8 syringes/28 days) SP HD
ENBREL 25 MG/0.5 ML VIAL	T4	PA QL (8 vials/28 days) SP HD
ENBREL 50 MG/ML SYRINGE	T4	PA QL SP HD
ENBREL MINI	T4	PA QL SP HD
ENBREL SURECLICK	T4	PA QL SP HD
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR	T4	PA QL (2 auto-injs/28 days) SP HD
SIMLANDI(CF)	T4	PA QL (2 srnge kits/28 days) SP HD
SIMPONI 100 MG/ML PEN INJECTOR	T4	PA QL (1 pen/30 days) SP HD
SIMPONI 100 MG/ML SYRINGE	T4	PA QL (1 syringe/30 days) SP HD
SIMPONI ARIA	T4	PA SP HD
ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer)		
ANP - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES X RETINOIDES (RXR) SELECTIVOS		
bexarotene (Targretin)	T1	PA SP HD CSL
ANTINEOPLÁS., INHIBIDORES DE LA HISTONA DEACETILASA (HDAC)		
FARYDAK	T3	PA QL (6 caps/fill) CSL
ZOLINZA	T4	PA QL (120 caps/fill) SP HD CSL
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS - ALQUILANTES		
ALKERAN (melphalan)	T4	SP CSL
cyclophosphamide 25 mg capsule	T1	SP HD CSL

T1 – Genéricos
T2 – Marcas preferidas
T3 – Marcas no preferidas

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS - ALQUILANTES (cont.)		
<i>cyclophosphamide 50 mg capsule</i>	T1	SP HD CSL
CYCLOPHOSPHAMIDE 50 MG TABLET	T4	SP HD CSL
GLEOSTINE	T2	CSL
HYDREA (<i>hydroxyurea</i>)	T3	CSL
<i>hydroxyurea</i> (Hydrea)	T1	CSL
LEUKERAN	T2	CSL
MYLERAN	T2	CSL
<i>temozolomide</i>	T1	PA SP HD CSL
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS - ANTIANDROGÉNICOS		
<i>abiraterone acetate</i>	T1	
<i>abiraterone acetate</i> (Zytiga)	T1	PA QL (120 tabs/30 days) CSL
<i>abiraterone acetate 250 mg tab</i> (Zytiga)	T1	PA QL (120 tabs/fill) SP HD CSL
<i>abiraterone acetate 500 mg tab</i> (Zytiga)	T1	PA QL (60 tabs/fill) SP HD CSL
<i>bicalutamide</i> (Casodex)	T1	CSL
CASODEX (<i>bicalutamide</i>)	T3	CSL
ERLEADA 240 MG TABLET	T4	PA SP HD QL (30 tabs/30 days) CSL
EULEXIN (<i>flutamide</i>)	T3	CSL
<i>flutamide</i> (Eulexin)	T1	CSL
NILANDRON (<i>nilutamide</i>)	T3	PA CSL
<i>nilutamide</i> (Nilandron)	T1	PA CSL
NUBEQA	T4	PA QL (120 tabs/fill) SP HD CSL
XTANDI 40 MG CAPSULE, TABLET	T4	PA QL (120 tabs/caps/fill) SP HD CSL
XTANDI 80 MG TABLET	T4	PA QL (60 tabs/fill) SP HD CSL
YONSA	T4	PA QL (120 tabs/30 days) SP HD CSL
ANTINEOPLÁSICOS - ANTIMETABOLITOS		
LONSURF	T4	PA SP HD CSL
<i>mercaptopurine 20 mg/ml suspen</i> (Purixan)	T1	ST SP CSL
<i>mercaptopurine 50 mg tablet</i>	T1	CSL
<i>methotrexate 2.5 mg tablet</i>	T1	CSL
<i>methotrexate 250 mg/10 ml vial</i>	T1	
<i>methotrexate 50 mg/2 ml vial</i>	T1	
<i>methotrexate sodium/pf</i>	T1	
PURIXAN (<i>mercaptopurine</i>)	T4	ST SP CSL
TABLOID	T3	CSL

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSTICOS - ANTIMETABOLITOS (cont.)		
TREXALL	T3	CSL
XELODA 150 MG TABLET (<i>capecitabine</i>)	T4	PA QL (56 tabs/fill) SP HD CSL
XELODA 500 MG TABLET (<i>capecitabine</i>)	T4	PA QL (140 tabs/fill) SP HD CSL
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA AROMATASA		
<i>anastrozole</i> (Arimidex)	T1	HD PPACA CSL
AROMASIN (<i>exemestane</i>)	T3	HD CSL
<i>exemestane</i> (Aromasin)	T1	HD PPACA CSL
FEMARA (<i>letrozole</i>)	T3	HD CSL
<i>letrozole</i> (Femara)	T1	HD CSL
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA BRAF		
BRAFTOVI	T4	PA QL (180 caps/30 days) SP HD CSL
OJEMDA	T4	PA SP CSL
TAFINLAR 10 MG TABLET FOR SUSP	T4	SP PA HD QL (840ml/30 days) CSL
ZELBORAF	T4	PA QL (240 tabs/fill) SP HD CSL
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA VÍA DE HEDGEHOG		
DAURISMO 100 MG TABLET	T4	PA QL (30 tabs/fill) SP HD CSL
DAURISMO 25 MG TABLET	T4	PA QL (60 tabs/fill) SP HD CSL
ERIVEDGE	T4	PA QL (30 caps/fill) SP HD CSL
ODOMZO	T4	PA QL (30 caps/fill) SP HD CSL
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK)		
JAKAFI	T4	PA QL (60 tabs/fill) SP HD CSL
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDOR DE LA PROTEÍNA KRAS		
LUMAKRAS	T4	PA SP HD CSL
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA MEK		
COTELLIC	T4	PA QL (63 tabs/30 days) SP HD CSL
GOMEKLI	T4	PA SP CSL
KOSELUGO 10 MG CAPSULE	T4	PA SP CSL
KOSELUGO 25 MG CAPSULE	T4	PA SP CSL
MEKINIST 0.05 MG/ML SOLUTION	T4	PA QL (1080 mls/30 days) SP HD CSL
MEKINIST 0.5 MG TABLET	T4	PA QL (90 tabs/30 days) SP HD CSL
MEKINIST 2 MG TABLET	T4	PA QL (30 tabs/30 days) SP HD CSL
MEKTOVI	T4	PA QL (180 tabs/30 days) SP HD CSL
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA MTOR		
<i>everolimus</i> (Afinitor)	T1	PA QL (30 tabs/30 days) SP CSL

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA MTOR (cont.)		
everolimus 2 mg tab for susp (Afinitor Disperz)	T1	PA QL (30 tabs/fill) SP CSL
everolimus 3 mg tab for susp (Afinitor Disperz)	T1	PA QL (30 tabs/fill) SP CSL
everolimus 5 mg tab for susp (Afinitor Disperz)	T1	PA QL (30 tabs/fill) SP CSL
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA PROTEÍNA METILTRANSFERASA		
TAZVERIK	T4	PA SP CSL
ANTINEOPLÁSTICOS, COMB. DE INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS		
AVMAPKI-FAKZYNJA	T4	PA SP CSL
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA TOPOISOMERASA I		
HYCANTIN	T4	PA SP HD CSL
ANTINEOPLÁSTICOS COMB. - INHIBIDORES DE LA QUINASA Y LA AROMATASA		
KISQALI FEMARA 200 MG CO-PACK	T4	PA QL (49 tabs/30 days) SP CSL
KISQALI FEMARA 400 MG CO-PACK	T4	PA QL (70 tabs/30 days) SP CSL
KISQALI FEMARA 600 MG CO-PACK	T4	PA QL (91 tabs/30 days) SP CSL
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS INMUNOMODULADORES		
lenalidomide	T1	PA QL (30 caps/fill) SP HD CSL
POMALYST	T4	PA SP HD CSL
REVLIMID	T4	PA QL (30 caps/fill) SP HD CSL
ANTAGONISTAS DE LHRH (GNRH) ANTINEOPLÁSTICOS, SUPR. HIPOFISARIOS		
ORGOVYX	T4	PA QL (30 tabs/fill) SP CSL
ANTINEOPLÁSTICOS, INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS		
ALECENSA	T4	PA QL (240 caps/fill) SP HD CSL
ALUNBRIG 180 MG TABLET	T4	PA QL (30 tabs/fill) SP CSL
ALUNBRIG 30 MG TABLET	T4	PA QL (60 tabs/fill) SP CSL
ALUNBRIG 90 MG TABLET	T4	PA QL (30 tabs/fill) SP CSL
ALUNBRIG 90 MG-180 MG TAB PACK	T4	PA QL (30 tabs/fill) SP CSL
AUGTYRO	T4	PA SP CSL
AYVAKIT	T4	PA QL (30 tabs/fill) SP CSL
BALVERSA	T4	PA SP CSL
BOSULIF 50 MG CAPSULE	T4	PA QL (30 caps/fill) SP HD CSL
BOSULIF 100 MG CAPSULE	T4	PA QL (90 tabs/fill) SP HD CSL
BOSULIF 100 MG TABLET	T4	PA QL (90 tabs/fill) SP HD CSL
BOSULIF 400 MG, 500 MG TABLET	T4	PA QL (30 tabs/fill) SP HD CSL
BRUKINSA	T4	PA SP CSL
CALQUENCE	T4	PA QL (60 tabs/caps/fill) SP CSL

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSICOS, INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS (cont.)		
CAPRELSA 100 MG TABLET	T4	PA QL (60 tabs/fill) SP CSL
CAPRELSA 300 MG TABLET	T4	PA QL (30 tabs/fill) SP CSL
COMETRIQ 100 MG DAILY-DOSE PK	T4	PA QL (56 caps/fill) SP HD CSL
COMETRIQ 140 MG DAILY-DOSE PK	T4	PA QL (112 caps/fill) SP HD CSL
COMETRIQ 60 MG DAILY-DOSE PACK	T4	PA QL (84 caps/fill) SP HD CSL
COPIKTRA	T4	PA QL (56 caps/fill) SP CSL
DANZITEN	T4	PA SP CSL
<i>dasatinib 20 mg tablet (Sprycel)</i>	T1	PA QL (90 tabs/30 days) SP CSL
<i>dasatinib 20 mg tablet (Sprycel)</i>	T1	PA QL (90 tabs/30 days) SP HD CSL
<i>dasatinib 50 mg tablet (Sprycel)</i>	T1	PA QL (30 tabs/30 days) SP CSL
<i>dasatinib 50 mg tablet (Sprycel)</i>	T1	PA QL (30 tabs/30 days) SP HD CSL
<i>dasatinib 70 mg tablet (Sprycel)</i>	T1	PA QL (60 tabs/30 days) SP CSL
<i>dasatinib 70 mg tablet (Sprycel)</i>	T1	PA QL (60 tabs/30 days) SP HD CSL
<i>dasatinib 80 mg tablet (Sprycel)</i>	T1	PA QL (30 tabs/30 days) SP CSL
<i>dasatinib 80 mg tablet (Sprycel)</i>	T1	PA QL (30 tabs/30 days) SP HD CSL
<i>dasatinib 100 mg tablet (Sprycel)</i>	T1	PA QL (30 tabs/30 days) SP CSL
<i>dasatinib 100 mg tablet (Sprycel)</i>	T1	PA QL (30 tabs/30 days) SP HD CSL
<i>dasatinib 140 mg tablet (Sprycel)</i>	T1	PA QL (30 tabs/30 days) SP CSL
<i>dasatinib 140 mg tablet (Sprycel)</i>	T1	PA QL (30 tabs/30 days) SP HD CSL
ENSACOVE	T4	PA SP CSL
<i>erlotinib hcl 25 mg tablet</i>	T1	PA QL (60 tabs/30 days) SP HD CSL
<i>erlotinib hcl 100 mg tablet</i>	T1	PA QL (30 tabs/30 days) SP HD CSL
<i>erlotinib hcl 150 mg tablet</i>	T1	PA QL (30 tabs/30 days) SP HD CSL
FRUZAQLA	T4	PA SP CSL
GAVRETO	T4	PA QL (120 caps/30 days) SP CSL
GILOTRIF	T4	PA QL (30 tabs/fill) SP HD CSL
IBRANCE	T4	PA QL (21 tabs/caps/30 days) SP HD CSL
IBTROZI	T4	PA SP CSL
ICLUSIG	T4	PA QL (30 tabs/fill) SP CSL
IMBRUVICA 70 MG CAPSULE	T4	PA QL (30 caps/fill) SP CSL
IMBRUVICA 140 MG CAPSULE	T4	PA QL (120 caps/fill) SP CSL
IMBRUVICA 140 MG TABLET	T4	PA QL (30 tabs/fill) SP CSL
IMBRUVICA 280 MG TABLET	T4	PA QL (30 tabs/fill) SP CSL
IMBRUVICA 420 MG TABLET	T4	PA QL (30 tabs/fill) SP CSL

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSICOS, INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS (cont.)		
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION	T4	PA QL (3 bottles/fill) SP CSL
IMKELDI	T4	PA SP CSL
INLYTA 1 MG TABLET	T4	PA QL (180 tabs/fill) SP HD CSL
INLYTA 5 MG TABLET	T4	PA QL (120 tabs/fill) SP HD CSL
IRESSA	T4	PA QL (30 tabs/fill) SP HD CSL
IRESSA (<i>gefitinib</i>)	T4	PA QL (30 tabs/30 days) SP HD CSL
IWILFIN	T4	PA SP CSL
KISQALI	T4	PA SP HD QL (1 pack/1 time) CSL
KISQALI FEMARA CO-PACK	T4	PA SP HD QL (1 pack/28 days) CSL
<i>lapatinib ditosylate</i> (Tykerb)	T1	PA QL (180 tabs/fill) SP HD CSL
LAZCLUZE	T4	PA SP CSL
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	T4	PA QL (60 caps/fill) SP HD CSL
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	T4	PA QL (30 caps/fill) SP HD CSL
LENVIMA 12 MG DAILY DOSE	T4	PA QL (90 caps/fill) SP HD CSL
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	T4	PA QL (60 caps/fill) SP HD CSL
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	T4	PA QL (90 caps/fill) SP HD CSL
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	T4	PA QL (60 caps/fill) SP HD CSL
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	T4	PA QL (90 caps/fill) SP HD CSL
LENVIMA 4 MG CAPSULE	T4	PA QL (30 caps/fill) SP HD CSL
LORBRENA 100 MG TABLET	T4	PA QL (30 tabs/fill) SP HD CSL
LORBRENA 25 MG TABLET	T4	PA QL (90 tabs/fill) SP HD CSL
LYNPARZA	T4	PA QL (120 tabs/fill) SP HD CSL
LYTGOBI	T4	PA SP CSL
NERLYNX	T4	PA SP HD CSL
NEXAVAR (<i>sorafenib tosylate</i>)	T4	PA QL (120 tabs/fill) SP HD CSL
<i>nilotinib 150 mg capsule</i> (Tasigna)	T1	PA QL (112 caps/30 days) SP HD CSL
<i>nilotinib 200 mg capsule</i> (Tasigna)	T1	PA QL (112 caps/30 days) SP HD CSL
<i>nilotinib 50 mg capsule</i> (Tasigna)	T1	PA QL (120 caps/30 days) SP HD CSL
NINLARO	T4	PA QL (3 caps/fill) SP HD CSL
OGSIVEO	T4	PA SP CSL
<i>pazopanib hcl</i> (Votrient)	T1	PA QL (120 tabs/30 days) SP HD CSL
PEMAZYRE 4.5MG, 9MG, 13.5MG TAB	T4	PA QL (28 tabs/30 days) SP CSL
PIQRAY	T4	PA SP CSL
RETEVMO 40 MG CAPSULE	T4	PA SP HD CSL

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSICOS, INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS (cont.)		
RETEVMO 80 MG CAPSULE	T4	PA SP HD CSL
RETEVMO 40 MG TABLET	T4	PA QL (90 tabs/fill) SP HD CSL
RETEVMO 80 MG TABLET	T4	PA QL (60 tabs/fill) SP HD CSL
RETEVMO 120 MG TABLET	T4	PA QL (60 tabs/fill) SP HD CSL
RETEVMO 160 MG TABLET	T4	PA QL (60 tabs/fill) SP HD CSL
REVUFORJ	T4	PA SP CSL
ROMVIMZA	T4	PA QL (8 caps/fill) SP CSL
ROZLYTREK 100 MG CAPSULE	T4	PA QL (30 caps/fill) SP HD CSL
ROZLYTREK 200 MG CAPSULE	T4	PA QL (90 caps/fill) SP HD CSL
ROZLYTREK 50 MG PELLET PACKET	T4	PA QL (42 packs/fill) SP HD CSL
RYDAPT	T4	PA QL (224 caps/fill) SP HD CSL
SCEMBLIX 20 MG TABLET	T4	PA QL (600 tabs/30 days) SP CSL
SCEMBLIX 40 MG TABLET	T4	PA QL (300 tabs/30 days) SP CSL
SCEMBLIX 100 MG TABLET	T4	PA QL (120 tabs/fill) SP CSL
sorafenib tosylate (Nexavar)	T1	PA QL (120 tabs/fill) SP HD CSL
STIVARGA	T4	PA QL (84 tabs/fill) SP HD CSL
sunitinib malate 12.5 mg cap (Sutent)	T1	PA QL (90 caps/fill) SP HD CSL
sunitinib malate 25 mg capsule (Sutent)	T1	PA QL (30 caps/fill) SP HD CSL
sunitinib malate 37.5 mg cap (Sutent)	T1	PA QL (30 caps/fill) SP HD CSL
sunitinib malate 50 mg capsule (Sutent)	T1	PA QL (30 caps/fill) SP HD CSL
SUTENT 12.5 MG CAPSULE (sunitinib malate)	T4	PA QL (90 caps/fill) SP HD CSL
SUTENT 25 MG CAPSULE (sunitinib malate)	T4	PA QL (30 caps/fill) SP HD CSL
SUTENT 37.5 MG CAPSULE (sunitinib malate)	T4	PA QL (30 caps/fill) SP HD CSL
SUTENT 50 MG CAPSULE (sunitinib malate)	T4	PA QL (30 caps/fill) SP HD CSL
TABRECTA	T4	PA SP HD CSL
TAGRISSO	T4	PA QL (30 tabs/fill) SP HD CSL
TALZENNA	T4	PA QL (30 caps/fill) SP HD CSL
TALZENNA 0.1 MG CAPSULE, SOFTGEL	T4	PA QL (30 caps/fill) SP CSL
TALZENNA 0.25 MG CAPSULE, SOFTGEL	T4	PA QL (30 caps/30 days) SP CSL
TALZENNA 0.35 MG CAPSULE, SOFTGEL	T4	PA QL (30 caps/fill) SP CSL
TALZENNA 0.5 MG CAPSULE, SOFTGEL	T4	PA QL (30 caps/30 days) SP CSL
TALZENNA 0.75 MG CAPSULE, SOFTGEL	T4	PA QL (30 caps/30 days) SP CSL
TALZENNA 1 MG CAPSULE, SOFTGEL	T4	PA QL (30 caps/30 days) SP CSL
TARCEVA (erlotinib hcl)	T4	PA QL (30 tabs/30 days) SP HD CSL

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSTICOS, INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS (cont.)		
TASIGNA 150 MG CAPSULE (<i>nilotinib hcl</i>)	T4	PA QL (112 caps/30 days) SP HD CSL
TASIGNA 200 MG CAPSULE (<i>nilotinib hcl</i>)	T4	PA QL (112 caps/30 days) SP HD CSL
TASIGNA 50 MG CAPSULE (<i>nilotinib hcl</i>)	T4	PA QL (120 caps/30 days) SP HD CSL
TRUQAP	T4	PA SP CSL
TUKYSA 150 MG TABLET	T4	PA QL (120 tabs/fill) SP CSL
TUKYSA 50 MG TABLET	T4	PA QL (300 tabs/fill) SP CSL
TURALIO	T4	PA QL (120 caps/fill) SP CSL
VERZENIO	T4	PA QL (60 tabs/fill) SP HD CSL
VITRAKVI 25 MG CAPSULE	T4	PA QL (180 caps/fill) SP HD CSL
VITRAKVI 100 MG CAPSULE	T4	PA QL (60 caps/fill) SP HD CSL
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION	T4	PA QL (300 mls/fill) SP HD CSL
VIZIMPRO	T4	PA QL (30 tabs/fill) SP HD CSL
VONJO	T4	PA QL (120 caps/fill) SP CSL
VOTRIENT (<i>pazopanib hcl</i>)	T4	PA QL (120 tabs/30 days) SP HD CSL
XALKORI 200MG, 250MG CAPSULE	T4	PA QL (60 caps/30 days) SP HD CSL
XALKORI 20 MG, 50 MG, 150 MG PELLET	T4	PA QL (120 caps/fill) SP HD CSL
XOSPATA	T4	PA QL (90 tabs/fill) SP CSL
ZYDELIG	T4	PA QL (60 tabs/fill) SP HD CSL
ZYKADIA	T4	PA QL (90 tabs/caps/fill) SP HD CSL
ANTINEOPLÁSTICOS-INHIBIDORES DE LINFOMA DE CÉLULAS B-2 (BCL-2)		
VENCLEXTA 10 MG TAB (10MG X 2)	T4	PA QL (56 tabs/fill) SP CSL
VENCLEXTA 10 MG TABLET	T4	PA QL (56 tabs/fill) SP CSL
VENCLEXTA 50 MG TABLET	T4	PA QL (28 tabs/fill) SP CSL
VENCLEXTA 100 MG TABLET	T4	PA QL (180 tabs/fill) SP CSL
VENCLEXTA STARTING PACK	T4	PA QL (42 tabs/fill) SP CSL
ANTINEOPLÁSTICOS-INHIBIDOR DEL FACTOR INDUCIBLE POR HIPOXIA (HIF)		
WELIREG	T4	PA SP CSL
ANTINEOPLÁSTICOS-INHIBIDORES DE LA ISOCITRATO DESHIDROGENASA		
IDHIFA	T4	PA QL (30 tabs/fill) SP HD CSL
TIBSOVO	T4	PA SP CSL
VORANIGO	T4	PA SP CSL
ANTINEOPLÁSTICOS, VARIOS		
<i>etoposide</i>	T1	SP HD CSL
LYSODREN	T2	CSL

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSTICOS, VARIOS (cont.)		
MATULANE	T4	SP CSL
<i>tretinoin 10 mg capsule</i>	T1	CSL
INMUNOMODULADORES		
ACTIMMUNE	T4	PA SP HD
MODULADORES SELECTIVOS DE RECEPTORES ESTROGÉNICOS (SERM)		
FARESTON (<i>toremifene citrate</i>)	T3	HD CSL
SOLTAMOX	T3	HD PPACA CSL
<i>tamoxifen citrate</i>	T1	HD PPACA CSL
<i>toremifene citrate (Fareston)</i>	T1	HD CSL
ANTINEOPLÁSTICOS ESTEROIDES		
<i>megestrol 20 mg, 40 mg tablet</i>	T1	CSL
ANTINEOPLÁSTICOS (Condiciones cutáneas)		
ANTINEOPLÁSTICOS TÓPICOS FOTOACT., LESIONES PREMALIGNAS		
LEVULAN	T4	SP
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS TÓPICOS PARA LESIONES PREMALIGNAS		
<i>bexarotene 1% gel (Targretin)</i>	T1	PA SP HD
<i>diclofenac sodium 3% gel</i>	T1	PA QL (100 gms/28 days)
EFUDEX (<i>fluorouracil</i>)	T3	
FLUOROPLEX	T3	
<i>fluorouracil 2% topical soln</i>	T1	
<i>fluorouracil 5% cream (Efudex)</i>	T1	
<i>fluorouracil 5% topical soln</i>	T1	
PANRETIN	T4	PA SP HD
TARGRETIN 1% GEL (<i>bexarotene</i>)	T4	PA SP HD
VALCHLOR	T4	PA SP HD
MEDICAMENTOS CONTRA LA OBESIDAD (Control del peso)		
ANOREXÍGENOS CONTRA LA OBESIDAD		
ADIPEX-P (<i>phentermine hcl</i>)	T3	PA QL (30 tabs/30 days)
<i>benzphetamine hcl</i>	T1	PA QL (90 tabs/fill)
<i>diethylpropion hcl</i>	T1	PA QL (90 tabs/fill)
<i>diethylpropion hcl</i>	T1	PA QL (30 tabs/fill)
LOMAIRA	T3	PA QL (90 tabs/fill)
<i>phendimetrazine tartrate</i>	T1	PA QL (30 caps/fill)

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS CONTRA LA OBESIDAD (Control del peso) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANOREXÍGENOS CONTRA LA OBESIDAD (cont.)		
<i>phendimetrazine tartrate</i>	T1	PA QL (180 tabs/fill)
<i>phentermine 15 mg, 30 mg capsule</i>	T1	PA QL (30 caps/fill)
<i>phentermine 37.5 mg capsule</i>	T1	PA QL (30 caps/30 days)
<i>phentermine 8 mg tablet</i>	T1	PA QL (90 tabs/30 days)
<i>phentermine 37.5 mg tablet (Adipex-P)</i>	T1	PA QL (30 tabs/fill)
<i>phentermine/topiramate (Qsymia)</i>	T1	PA QL (30 caps/30 days)
<i>QSYMIA (phentermine/topiramate)</i>	T3	PA QL (30 caps/30 days)
AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA MELANOCORTINA 4 CONTRA LA OBESIDAD		
<i>IMCIVREE</i>	T4	PA QL (6 mls/30 days) SP
AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DEL PÉPTIDO SIMILAR AL GLUCAGÓN TIPO I CONTRA LA OBESIDAD		
<i>liraglutide 18 mg/3 ml pen (Saxenda)</i>	T1	PA QL (5 pens/30 days)
<i>liraglutide 5-pak 18 mg/3 ml (Saxenda)</i>	T1	PA QL (5 pens/30 days)
<i>SAXENDA (liraglutide)</i>	T3	PA QL (5 pens/30 days)
<i>WEGOVY 0.25 MG/0.5 ML PEN</i>	T2	PA QL (8 pens/year)
<i>WEGOVY 0.5 MG/0.5 ML PEN</i>	T2	PA QL (8 pens/year)
<i>WEGOVY 1 MG/0.5 ML PEN</i>	T2	PA QL (8 pens/year)
<i>WEGOVY 1.7 MG/0.75 ML PEN</i>	T2	PA QL (8 pens/year)
<i>WEGOVY 2.4 MG/0.75 ML PEN</i>	T2	PA QL (4 pens/28 days)
COMBINACIÓN DE MIMÉTICOS DE INCRETINA CONTRA LA OBESIDAD		
<i>ZEPBOUND 10 MG/0.5 ML PEN</i>	T2	PA QL (2 mls/28 days)
<i>ZEPBOUND 10 MG/0.5 ML VIAL</i>	T3	PA QL (2 mls/28 days)
<i>ZEPBOUND 12.5 MG/0.5 ML PEN</i>	T2	PA QL (2 mls/28 days)
<i>ZEPBOUND 12.5 MG/0.5 ML VIAL</i>	T3	PA QL (2 mls/28 days)
<i>ZEPBOUND 15 MG/0.5 ML PEN</i>	T2	PA QL (2 mls/28 days)
<i>ZEPBOUND 15 MG/0.5 ML VIAL</i>	T3	PA QL (2 mls/28 days)
<i>ZEPBOUND 2.5 MG/0.5 ML PEN</i>	T2	PA QL (2 mls/28 days)
<i>ZEPBOUND 2.5 MG/0.5 ML VIAL</i>	T3	PA QL (2 mls/28 days)
<i>ZEPBOUND 5 MG/0.5 ML PEN</i>	T2	PA QL (2 mls/28 days)
<i>ZEPBOUND 5 MG/0.5 ML VIAL</i>	T3	PA QL (2 mls/28 days)
<i>ZEPBOUND 7.5 MG/0.5 ML PEN</i>	T2	PA QL (2 mls/28 days)
<i>ZEPBOUND 7.5 MG/0.5 ML VIAL</i>	T3	PA QL (2 mls/28 days)
AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA SEROTONINA 2C CONTRA LA OBESIDAD		
<i>BELVIQ</i>	T3	PA
<i>BELVIQ XR</i>	T3	PA

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS CONTRA LA OBESIDAD (Control del peso) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTAG. OPIOIDES-INHIB. DE LA RECAPT. DE NOREPINEFRINA Y DOPAMINA CONTRA LA OBESIDAD		
CONTRAVE	T3	PA QL (120 tabs/fill)
AGENTES QUE REDUCEN LA ABSORCIÓN DE GRASAS		
ORLISTAT	T3	PA QL (90 caps/fill)
XENICAL	T3	PA QL (90 caps/fill)
ANTIPARASITARIOS (Condiciones oculares)		
ANTIPARASITARIOS OFTÁLMICOS (DE LOS OJOS)		
XDEMYY	T4	QL (10 mgs/30 days) SP
ANTIPARASITARIOS (Infecciones)		
ANTIPARASITARIOS		
ALINIA 100 MG/5 ML SUSPENSION	T2	QL (180ml/30 days)
ANTIPARASITARIOS TÓPICOS		
<i>crotamiton</i>	T1	
ELIMITE (<i>permethrin</i>)	T3	
EURAX	T3	
<i>permethrin</i> (Elimite)	T1	
<i>spinosad</i> (Natroba)	T1	
ULESFA	T3	
MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS (Enfermedad de Parkinson)		
MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, ANTICOLINÉRGICOS		
<i>benztropine mesylate</i>	T1	HD
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	T1	HD
MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, OTROS		
<i>amantadine hcl</i>	T1	HD
<i>apomorphine hcl</i>	T1	PA QL (30 mls/30 days) SP
AZILECT (<i>rasagiline mesylate</i>)	T3	ST HD
<i>bromocriptine mesylate</i>	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa</i>	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i>	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i> (Stalevo 100)	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i> (Stalevo 75)	T1	HD
CREXONT	T3	ST HD
DUOPA	T4	PA SP HD
<i>entacapone</i>	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS (Enfermedad de Parkinson) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, OTROS (cont.)		
INBRIJA	T4	PA QL (300 caps/fill) SP HD
KYNMOBI	T2	PA QL (150 films/30 days) HD
NEUPRO	T3	HD
NOURIANZ	T4	PA QL (30 tabs/fill) SP HD
ONGENTYS	T3	PA QL (30 caps/30 days) HD
<i>pramipexole di-hcl</i>	T1	HD
<i>rasagiline mesylate (Azilect)</i>	T1	HD
<i>ropinirole hcl</i>	T1	HD
RYTARY	T3	ST HD
<i>selegiline hcl</i>	T1	HD
STALEVO 200 (<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i>)	T3	HD
STALEVO 75 (<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i>)	T3	HD
TASMAR (<i>tolcapone</i>)	T3	PA HD
<i>tolcapone (Tasmar)</i>	T1	PA HD
INHIBIDORES DE LA DESCARBOXILASA		
<i>carbidopa (Lodosyn)</i>	T1	PA
LODOSYN (<i>carbidopa</i>)	T3	PA
MEDICAMENTOS ANTIPLAQUETARIOS (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)		
INHIBIDORES DE LA AGRUPACIÓN PLAQUETARIA		
ASPIRIN-OMEPRAZOLE	T3	PA HD
<i>aspirin/dipyridamole</i>	T1	HD
BRILINTA (<i>ticagrelor</i>)	T3	ST HD
<i>cilostazol</i>	T1	HD
<i>clopidogrel bisulfate</i>	T1	HD
<i>clopidogrel bisulfate (Plavix)</i>	T1	HD
<i>dipyridamole</i>	T1	HD
EFFIENT (<i>prasugrel hcl</i>)	T3	HD
<i>prasugrel hcl (Effient)</i>	T1	HD
<i>ticagrelor (Brilinta)</i>	T1	HD
ZONTIVITY	T3	PA HD
AGENTES REDUCTORES DE PLAQUETAS		
AGRYLIN (<i>anagrelide hcl</i>)	T3	
<i>anagrelide hcl</i>	T1	
<i>anagrelide hcl (Agraylin)</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIRRETROVIRALES - INHIBIDORES DE LA CÁPSIDE		
SUNLENCA	T4	PA SP
YEZTUGO	T4	SP
ANTIRRETROVIRALES-COMB. DE INHIBIDORES DE LA INTEGRASA Y NNRTI		
JULUCA	T4	SP
DOVATO	T4	SP
TRIUMEQ	T4	SP
TRIUMEQ PD	T4	SP
ANTIRRETROVIRALES-NUCLEÓSIDOS, NUCLEÓTIDOS, INHIB. DE LA PROTEASA		
SYMITUZA	T4	SP
ANTIVÍRICOS, ESPEC. PARA VIH, INHIB. DE LA PROTEASA NO PEPTÍDICOS		
APTIVUS	T4	SP
<i>darunavir</i> (Prezista)	T1	SP
PREZISTA 600 MG TABLET (<i>darunavir</i>)	T4	SP
PREZISTA 800 MG TABLET (<i>darunavir</i>)	T4	SP
ANTIVÍRICOS, ESPEC. PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS-NUCLEÓTIDOS		
CIMDUO	T4	SP
DESCOVY	T4	SP
<i>emtricitabine-tenofovir 100-150mg</i> (Truvada)	T1	SP
<i>emtricitabine-tenofovir 133-200mg</i> (Truvada)	T1	SP
<i>emtricitabine-tenofovir 167-250mg</i> (Truvada)	T1	SP
<i>emtricitabine-tenofovir 200-300mg</i> (Truvada)	T1	SP PPACA
TEMIKYS	T4	SP
ANTIVÍRICOS, ESPEC. PARA VIH, COMB. ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS, RTI		
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i> (Epzicom)	T1	SP
COMBIVIR (<i>lamivudine/zidovudine</i>)	T4	SP
EPZICOM (<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>)	T4	SP
<i>lamivudine/zidovudine</i> (Combivir)	T1	SP
ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, ANTAG. DEL CO-RECEPTOR CCR5		
<i>maraviroc</i> (Selzentry)	T1	SP
SELZENTRY 150 MG TABLET (<i>maraviroc</i>)	T4	SP
SELZENTRY 20 MG/ML ORAL SOLN	T4	SP
SELZENTRY 300 MG TABLET (<i>maraviroc</i>)	T4	SP
ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA FUSIÓN		
FUZEON	T4	SP QL (60 vials/30 days)

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, NO NUCLEÓSIDOS, RTI		
EDURANT	T4	SP
EDURANT PED	T4	SP
<i>efavirenz</i> (Sustiva)	T1	SP
<i>etravirine</i> (Intelence)	T1	SP
INTELENCE 100 MG TABLET (<i>etravirine</i>)	T4	SP
INTELENCE 200 MG TABLET (<i>etravirine</i>)	T4	SP
INTELENCE 25 MG TABLET	T4	SP
<i>nevirapine</i>	T1	SP
PIFELTRO	T4	SP
SUSTIVA (<i>efavirenz</i>)	T4	SP
ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS, RTI		
<i>abacavir sulfate</i>	T1	SP
<i>abacavir sulfate</i> (Ziagen)	T1	SP
<i>didanosine</i>	T1	SP
<i>emtricitabine</i> (Emtriva)	T1	SP
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	T4	SP
EMTRIVA 200 MG CAPSULE (<i>emtricitabine</i>)	T4	SP
EPIVIR (<i>lamivudine</i>)	T4	SP
<i>lamivudine</i> (Epivir)	T1	SP
RETROVIR (<i>zidovudine</i>)	T4	SP
<i>stavudine</i>	T1	SP
ZIAGEN (<i>abacavir sulfate</i>)	T4	SP
<i>zidovudine</i>	T1	SP
<i>zidovudine</i> (Retrovir)	T1	SP
ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓTIDOS, RTI		
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> (Viread)	T1	SP
VIREAD 150 MG TABLET	T4	SP
VIREAD 200 MG TABLET	T4	SP
VIREAD 250 MG TABLET	T4	SP
VIREAD 300 MG TABLET (<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>)	T4	SP
VIREAD POWDER	T4	SP
ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, COMB. DE INHIBIDORES DE LA PROTEASA		
KALETRA	T4	SP
KALETRA (<i>lopinavir/ritonavir</i>)	T4	SP

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, COMB. DE INHIBIDORES DE LA PROTEASA (cont.)		
<i>lopinavir/ritonavir</i>	T1	SP
<i>lopinavir/ritonavir (Kaletra)</i>	T1	SP
ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA PROTEASA		
<i>atazanavir sulfate (Reyataz)</i>	T1	SP
EVOTAZ	T4	SP
<i>fosamprenavir calcium</i>	T1	SP
NORVIR 100 MG POWDER PACKET	T4	SP
NORVIR 100 MG TABLET (<i>ritonavir</i>)	T4	SP
REYATAZ 150 MG CAPSULE (<i>atazanavir sulfate</i>)	T4	SP
REYATAZ 200 MG CAPSULE (<i>atazanavir sulfate</i>)	T4	SP
REYATAZ 300 MG CAPSULE (<i>atazanavir sulfate</i>)	T4	SP
REYATAZ 50 MG POWDER PACKET	T4	SP
<i>ritonavir (Norvir)</i>	T1	SP
VIRACEPT	T4	SP
ANTIVÍRICOS, INHIBIDORES DE LA TRANSFERENCIA DE CADENA DE LA INTEGRASA DEL VIH-I		
APRETUDE	T4	SP PPACA
ISENRESS	T4	SP
ISENRESS HD	T4	SP
TIVICAY	T4	SP
TIVICAY PD	T4	SP
ANTIRRETROV., COMB. DE NUCLEÓSIDOS, NUCLEÓTIDOS Y RTI NO NUCLEÓSIDOS		
DELSTRIGO	T4	SP
<i>efavirenz/emtricit/tenofovr df (Complera)</i>	T1	SP
<i>efavirenz/lamivu/tenofov disop (Symfi Lo)</i>	T1	SP
<i>efavirenz/lamivu/tenofov disop (Symfi)</i>	T1	SP
<i>emtricit/rilpivirine/tenof df</i>	T1	SP
ODEFSEY	T4	SP
SYMFI (<i>efavirenz/lamivu/tenofov disop</i>)	T4	SP
SYMFI LO (<i>efavirenz/lamivu/tenofov disop</i>)	T4	SP
ANTIRRETROV.-NUCLEÓSIDOS, RTI NUCLEÓTIDOS, INHIBIDORES DE LA INTEGRASA		
BIKTARVY	T4	SP
GENVOYA	T4	SP

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (Condiciones oculares)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIVÍRICOS PARA LOS OJOS		
trifluridine	T1	
ZIRGAN	T3	
ANTIVÍRICOS (Infecciones)		
ANTIVÍRICO - INHIBIDOR DE LA PROTEASA PRINCIPAL (MPRO)		
PAXLOVID 150-100 MG (MODERATE)	T2	QL (20 tabs/180 days)
PAXLOVID 300/150-100MG(SEVERE)	T2	
ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTIVÍRICOS		
BEYFORTUS	T2	PPACA
ENFLONISIA	T2	PPACA
ANTIVÍRICOS, GENERALES		
acyclovir 200 mg capsule	T1	
acyclovir 200 mg/5 ml susp cup	T1	
acyclovir 800 mg/20ml susp cup	T1	
acyclovir 200 mg/5 ml susp (Zovirax)	T1	
acyclovir 400 mg tablet	T1	
acyclovir 800 mg tablet	T1	
famciclovir 125 mg tablet	T1	QL (21 tabs/fill)
famciclovir 250 mg tablet	T1	QL (60 tabs/fill)
famciclovir 500 mg tablet	T1	QL (21 tabs/fill)
FLUMADINE (rimantadine hcl)	T3	
LIVTENCITY	T4	PA QL (112 tabs/28 days) SP
oseltamivir 6 mg/ml suspension	T1	QL (180ml/30 days)
oseltamivir phos 30 mg capsule	T1	QL (20 caps/30 days)
oseltamivir phos 45 mg capsule	T1	QL (10 caps/30 days)
oseltamivir phos 75 mg capsule	T1	QL (10 caps/30 days)
PREVYMIS 120 MG PELLET PACKET	T4	SP
PREVYMIS 20 MG PELLET PACKET	T4	SP
PREVYMIS 240 MG TABLET	T4	QL (30 tabs/28 days) SP HD
PREVYMIS 480 MG TABLET	T4	QL (30 tabs/28 days) SP HD
RELENZA	T3	QL (20 blisters/10 days)
rimantadine hcl (Flumadine)	T1	
SITAVIG	T3	PA QL (2 tabs/30 days)
TAMIFLU 30 MG CAPSULE (oseltamivir phosphate)	T3	QL (20 caps/fill)
TAMIFLU 45 MG CAPSULE (oseltamivir phosphate)	T3	QL (10 caps/fill)

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIVÍRICOS, GENERALES (cont.)		
TAMIFLU 6 MG/ML SUSPENSION (<i>oseltamivir phosphate</i>)	T3	QL (180 mls/fill)
TAMIFLU 75 MG CAPSULE (<i>oseltamivir phosphate</i>)	T3	QL (10 caps/fill)
<i>valacyclovir hcl</i> (Valtrex)	T1	QL (30 tabs/fill)
VALCYTE (<i>valganciclovir hcl</i>)	T3	
<i>valganciclovir hcl</i> (Valcyte)	T1	
XOFLUZA	T3	QL (1 tab/fill)
ZOVIRAX 200 MG/5 ML SUSP (<i>acyclovir</i>)	T3	
HEP. C – COMBO DE INHIB. DE NS5A, NS3/4A, NS5B NUCLEÓTIDOS		
VOSEVI	T4	PA QL (28 tabs/fill) SP HD
VIRUS DE LA HEP. C – COMBO DE INHIB. DE LA POLIMERASA NS5B Y NS5A		
EPCLUSA 150-37.5 MG PELLET PKT	T4	PA SP HD QL (28 pkts/28 days)
EPCLUSA 200 MG-50 MG TABLET	T4	PA QL (28 tabs/fill) SP HD
EPCLUSA 200-50 MG PELLET PACK	T4	PA QL (56 packs/fill) SP HD
EPCLUSA 400 MG-100 MG TABLET	T4	PA QL (28 tabs/fill) SP HD
HARVONI 33.75-150 MG PELLET PKT	T4	PA QL (28 Packs/fill) SP HD
HARVONI 45-200 MG PELLET PACKT	T4	PA QL (56 Packs/fill) SP HD
HARVONI 45-200 MG TABLET	T4	PA QL (56 tabs/fill) SP HD
HARVONI 90-400 MG TABLET	T4	PA QL (>= 18 yo 28 tabs/fill) SP HD
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS B		
<i>adefovir dipivoxil</i>	T1	SP HD
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION	T4	SP HD
<i>entecavir</i> (Baraclude)	T1	SP HD
<i>lamivudine</i>	T1	SP
PEGASYS 180MCG/0.5ML SYRINGE KIT	T4	SP HD
PEGASYS 180 MCG/ML VIAL	T4	QL (4 mls/28 days) SP HD
PEGASYS PROCLICK 180MCG/0.5ML	T4	SP HD
<i>ribasphere 200 mg capsule</i>	T1	ST SP HD
<i>ribasphere 600 mg tablet</i>	T1	ST SP
VEMLIDY	T4	SP HD
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C		
<i>ribavirin</i>	T1	PA SP HD
VIRUS DE LA HEPATITIS C – COMB. DE INHIB. DE NS5A Y NS3/4A		
ZEPATIER	T4	PA QL (28 tabs/fill) SP HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (Condiciones cutáneas)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura

ANTIVÍRICOS TÓPICOS

<i>acyclovir 5% cream (Zovirax)</i>	T1	PA QL (5 gms/fill)
<i>acyclovir 5% ointment (Zovirax)</i>	T1	PA QL (30 gms/fill)
DENAVIR	T3	
<i>penciclovir</i>	T1	
ZOVIRAX 5% CREAM (<i>acyclovir</i>)	T3	PA QL (5 gms/fill)

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

AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANAFILAXIA

AUVI-Q	T2	PA QL (2 auto-injs/30 days)
<i>epinephrine 0.15 mg auto-inject (Epipen Jr 2-Pak)</i>	T1	QL (2 auto-injs/fill)
<i>epinephrine 0.15 mg auto-inject (Epipen Jr)</i>	T1	QL (2 auto-injs/fill)
<i>epinephrine 0.3 mg auto-inject (Epipen 2-Pak)</i>	T1	QL (2 auto-injs/fill)
<i>epinephrine 0.3 mg auto-inject (Epipen)</i>	T1	QL (2 auto-injs/fill)
EPINEPHRINE 0.3 MG/0.3 ML SYR	T3	QL (2 syringes/30 days)
EPIPEN (<i>epinephrine</i>)	T2	PA QL (2 auto-injs/fill)
EPIPEN 2-PAK (<i>epinephrine</i>)	T2	PA QL (2 auto-injs/fill)
EPIPEN JR (<i>epinephrine</i>)	T2	PA QL (2 auto-injs/fill)
EPIPEN JR 2-PAK (<i>epinephrine</i>)	T2	PA QL (2 auto-injs/fill)
NEFFY	T2	QL (4 units/fill)

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Enfermedad de Alzheimer)

INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA

ADLARITY	T3	ST HD
ARICEPT (<i>donepezil hcl</i>)	T3	ST HD
<i>donepezil hcl</i>	T1	HD
<i>donepezil hcl 10 mg tablet (Aricept)</i>	T1	HD
<i>donepezil hcl 23 mg tablet (Aricept)</i>	T1	ST HD
<i>donepezil hcl 5 mg tablet (Aricept)</i>	T1	HD
EXELON (<i>rivastigmine</i>)	T3	ST HD
<i>galantamine hbr</i>	T1	HD
<i>galantamine hbr (Razadyne Er)</i>	T1	HD
<i>pyridostigmine 60 mg/5 ml soln (Mestinon)</i>	T1	HD
PYRIDOSTIGMINE BR 30 MG TABLET	T3	HD
<i>pyridostigmine br 60 mg tablet (Mestinon)</i>	T1	HD
<i>pyridostigmine er 180 mg tab (Mestinon)</i>	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA (cont.)		
PYRIDOSTIGMINE ER 105 MG TAB	T3	
RAZADYNE ER (<i>galantamine hbr</i>)	T3	ST HD
<i>rivastigmine</i> (Exelon)	T1	HD
<i>rivastigmine tartrate</i>	T1	HD

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Trastorno de déficit de atención e hiperactividad)⁹

ADRENÉRGICOS, AROMÁTICOS, SIN CATECOLAMINAS

ADZENYS XR-ODT	T3	ST
<i>amphetamine sulfate</i> (Evekeo)	T1	
DESOXYN (<i>methamphetamine hcl</i>)	T3	
DEXEDRINE (<i>dextroamphetamine sulfate</i>)	T3	ST
<i>dextroamphetamine sulfate</i>	T1	
<i>dextroamphetamine sulfate</i> (Dexedrine)	T1	
<i>dextroamphetamine sulfate</i> (Zenedi)	T1	
<i>dextroamphetamine/amphetamine</i> (Adderall Xr)	T1	
<i>dextroamphetamine/amphetamine</i> (Adderall)	T1	
<i>dextroamphetamine/amphetamine</i> (Mydayis)	T1	
EVEKEO ODT	T3	
<i>methamphetamine hcl</i> (Desoxyn)	T1	
MYDAYIS (<i>dextroamphetamine/amphetamine</i>)	T3	ST
ZENZEDI 2.5 MG TABLET	T3	
<i>zenzedi 5 mg tablet</i>	T1	
<i>zenzedi 10 mg tablet</i>	T1	
ZENZEDI 7.5 MG TABLET (<i>dextroamphetamine sulfate</i>)	T3	
ZENZEDI 15 MG TABLET (<i>dextroamphetamine sulfate</i>)	T3	
ZENZEDI 20 MG TABLET (<i>dextroamphetamine sulfate</i>)	T3	
ZENZEDI 30 MG TABLET (<i>dextroamphetamine sulfate</i>)	T3	

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)

AGENTES VASOCONSTRICTORES ADRENÉRGICOS

<i>droxidopa</i> (Northra)	T1	PA SP HD
<i>midodrine hcl</i>	T1	
DIBENZYLIN (<i>phenoxybenzamine hcl</i>)	T3	PA HD
<i>phenoxybenzamine hcl</i> (Dibenzylin)	T1	PA HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Condiciones urinarias)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARASIMPATICOMIMÉTICOS		
<i>bethanechol chloride</i>	T1	HD
<i>bethanechol chloride</i> (Urecholine)	T1	HD
<i>cevimeline hcl</i> (Evoxac)	T1	HD
EVOXAC (<i>cevimeline hcl</i>)	T3	HD
<i>pilocarpine hcl 5 mg tablet</i> (Salagen)	T1	HD
<i>pilocarpine hcl 7.5 mg tablet</i> (Salagen)	T1	HD
SALAGEN (<i>pilocarpine hcl</i>)	T3	HD
URECHOLINE (<i>bethanechol chloride</i>)	T3	HD

PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Alergia/rociadores nasales)

EXTRACTOS ALERGÉNICOS, TERAPÉUTICOS		
GRASTEK	T2	PA
ODACTRA	T2	PA
ORALAIR	T2	PA
RAGWITEK	T2	PA

PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)

INHIBIDORES DE CALICREÍNA PLASMÁTICA		
TAKHZYRO	T4	PA SP HD

PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Varios)

AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA FENILCETONURIA - FENILALANINA AMONIO LIASA		
PALYNZIQ 10 MG/0.5 ML SYRINGE	T4	PA QL (30 syringes/fill) SP HD

AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA FENILCETONURIA - FENILALANINA AMONIO LIASA (cont.)		
PALYNZIQ 2.5 MG/0.5 ML SYRINGE	T4	PA QL (8 syringes/fill) SP HD
PALYNZIQ 20 MG/ML SYRINGE	T4	PA QL (60 syringes/fill) SP HD

PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas)

VACUNAS CONTRA EL COVID-19		
COMIRNATY	T2	PPACA
JANSSEN COVID-19 VACCINE (EUA)	T2	PPACA
MODERNA COVID VAC(EUA)	T2	PPACA
MNEXSPIKE	T2	PPACA
NUVAXOVID	T2	PPACA
PFIZER COVID EUA	T2	PPACA
PFIZER COVID-19 VACCINE (EUA)	T2	PPACA

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
VACUNAS CONTRA EL COVID-19 (cont.)		
SPIKEVAX	T2	PPACA
SPIKEVAX COVID VACC	T2	PPACA
VACUNAS CONTRA VIRUS ENTÉRICOS		
IPOL	T2	PPACA
ROTARIX	T2	PPACA
ROTATEQ	T2	PPACA
VACUNAS CONTRA COCOS GRAMNEGATIVOS		
BEXSERO	T2	PPACA
MENACTRA	T2	
MENQUADFI	T2	PPACA
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP	T2	PPACA
PENBRAYA	T2	PPACA
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y	T2	PPACA
TRUMENBA	T2	PPACA
VACUNAS CONTRA COCOS GRAMPOSITIVOS		
CAPVAXIVE	T2	PPACA
PNEUMOVAX 23	T2	PPACA
PREVNAR 13	T2	
PREVNAR 20	T2	PPACA
VAXNEUVANCE	T2	PPACA
VACUNAS CONTRA EL VIRUS DE LA INFLUENZA		
AFLURIA	T2	PPACA
AFLURIA QUAD	T2	PPACA
AFLURIA TRIV	T2	PPACA
AFLURIA TRIVALENT	T2	PPACA
AUDENZ (NATIONAL STOCKPILE)	T2	
FLUAD	T2	PPACA
FLUAD QUAD	T2	PPACA
FLUAD TRIVALENT	T2	PPACA
FLUARIX	T2	PPACA
FLUARIX QUAD	T2	PPACA
FLUARIX TRIVALENT	T2	PPACA
FLUBLOK	T2	PPACA
FLUBLOK QUAD	T2	PPACA

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
VACUNAS CONTRA EL VIRUS DE LA INFLUENZA (cont.)		
FLUBLOK TRIVALENT	T2	PPACA
FLUCELVAX	T2	PPACA
FLUCELVAX QUAD	T2	PPACA
FLUCELVAX TRIVALENT	T2	PPACA
FLULAVAL QUAD	T2	PPACA
FLULAVAL	T2	PPACA
FLULAVAL TRIVALENT	T2	PPACA
FLUMIST	T2	PPACA
FLUMIST HOME	T2	PPACA
FLUMIST QUAD	T2	PPACA
FLUMIST TRIVALENT	T2	PPACA
FLUZONE HIGH-DOSE	T2	PPACA
FLUZONE HIGH-DOSE QUAD	T2	PPACA
FLUZONE	T2	PPACA
FLUZONE QUAD	T2	PPACA
FLUZONE QUAD PEDI	T2	PPACA
FLUZONE HIGH-DOSE	T2	PPACA
FLUZONE HIGH-DOSE TRIV	T2	PPACA
FLUZONE TRIVALENT	T2	PPACA
VACUNAS CONTRA VIRUS ENTÉRICOS		
ROTARIX VACCINE	T2	HD PPACA
VACUNAS CONTRA VIRUS NEUROTÓXICOS		
DENGVAXIA	T2	PPACA
VACUNAS/TOXOIDES CONTRA BACILOS TOXIGÉNICOS		
BCG VACCINE (TICE STRAIN)	T4	SP
PREPARACIONES, COMBINACIONES DE VACUNAS/TOXOIDES		
ACTHIB	T2	PPACA
ADACEL TDAP	T2	PPACA
BOOSTRIX TDAP	T2	PPACA
DAPTACEL DTAP	T2	PPACA
DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS-PED	T2	
HIBERIX	T2	PPACA
INFANRIX DTAP	T2	PPACA
KINRIX	T2	PPACA

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES, COMBINACIONES DE VACUNAS/TOXOIDES (cont.)		
M-M-R II VACCINE	T2	PPACA
PEDVAXHIB	T2	PPACA
PENTACEL	T2	PPACA
PENTACEL ACTHIB COMPONENT	T2	PPACA
PRIORIX	T2	PPACA
PROQUAD	T2	PPACA
QUADRACEL DTAP-IPV	T2	PPACA
TDVAX	T2	PPACA
TENIVAC	T2	PPACA
VAXELIS	T2	PPACA
VACUNAS ANTIVIRALES/DE CÉLULAS TUMORÍGENAS		
ABRYSVO	T2	PPACA
ACAM2000	T2	
AREXVY VIAL KIT	T2	PPACA
ENGRIX-B ADULT	T2	PPACA
ENGRIX-B PEDIATRIC-ADOLESCENT	T2	PPACA
ERVEBO (NATIONAL STOCKPILE)	T2	
GARDASIL 9	T2	PPACA
HAVRIX	T2	PPACA
HEPLISAV-B	T2	PPACA
JYNNEOS	T2	
MRESVIA	T2	PPACA
PEDIARIX	T2	PPACA
PREHEVBRIO	T2	PPACA
RECOMBIVAX HB	T2	PPACA
SHINGRIX	T2	PPACA
TWINRIX	T2	PPACA
VAQTA	T2	PPACA
VARIVAX VACCINE	T2	PPACA
SANGRE (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)		
AGENTES ANTIFIBRINOLÍTICOS		
AMICAR (aminocaproic acid)	T4	SP HD
aminocaproic acid (Amicar)	T1	SP HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

SANGRE (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIFIBRINOLÍTICOS (cont.)		
LYSTEDA (<i>tranexamic acid</i>)	T4	SP
<i>tranexamic acid</i> (Lysteda)	T1	SP
INHIBIDORES DEL COMPLEMENTO		
EMPAVELI	T4	PA SP
FABHALTA	T4	PA SP
TAVNEOS	T4	PA QL (180 caps/30 days) SP
VOYDEYA	T4	PA SP
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEMOFILIA, SIN REEMPLAZO DE FACTOR		
ALHEMO PEN	T4	PA SP
HEMLIBRA	T4	PA SP HD
HYMPAVZI PEN	T4	PA SP
ACTIVADORES DE LA PIRUVATO QUINASA		
PYRUKYND 20 MG TABLET	T4	PA QL (56 tabs/28 days) SP
PYRUKYND 20-5 MG TAPER PACK	T4	PA QL (14 tabs/365 days) SP
PYRUKYND 5 MG TABLET	T4	PA QL (56 tabs/28 days) SP
PYRUKYND 5 MG TAPER PACK	T4	PA QL (7 tabs/365 days) SP
PYRUKYND 50 MG TABLET	T4	PA QL (56 tabs/28 days) SP
PYRUKYND 50-20 MG TAPER PACK	T4	PA QL (14 tabs/365 days) SP
AGENTES PARA LA ANEMIA DREPANOCÍTICA		
<i>glutamine</i> (Endari)	T1	PA
DROXIA	T2	
ENDARI (<i>glutamine</i>)	T3	PA
OXBRYTA	T4	SP
HEMOSTÁTICOS TÓPICOS		
ASTRINGYN	T3	
AVITENE	T3	
ENDO-AVITENE	T3	
EVICEL	T3	
GEL-FLOW	T3	
GEL-FLOW NT	T3	
GELFOAM	T3	
GELFOAM (<i>gelatin sponge, absorb/porcine</i>)	T3	
GELFOAM COMPRESSED	T3	
GELFOAM JMI	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

SANGRE (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HEMOSTÁTICOS TÓPICOS (cont.)		
MONSEL'S	T2	
RECOTHROM	T3	
SURGICEL	T3	
SURGIFOAM SPONGE SIZE 100	T3	
SURGIFOAM SPONGE SIZE 100C	T3	
<i>surgifoam sponge size 12-7 (Gelfoam)</i>	T1	
SYRINGE AVITENE	T3	
THROMBI-GEL (<i>thrombin/cal/cmc/gel/dress,hem</i>)	T3	
THROMBIN-JMI	T3	
THROMBI-PAD	T3	
ULTRAFOAM	T3	
VISTASEAL FIBRIN SEALANT	T3	

SANGRE (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)

AGENTES HEMORREOLÓGICOS

<i>pentoxifylline</i>	T1	HD
-----------------------	----	----

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

AGENTES ANTIANGINOSOS Y ANTIISQUÉMICOS, NO HEMODINÁMICOS

<i>ranolazine</i>	T1	HD
<i>ranolazine (Ranexa)</i>	T1	HD
RANEXA (<i>ranolazine</i>)	T3	ST HD

ANTIARRÍTMICOS

<i>amiodarone hcl</i>	T1	HD
<i>disopyramide phosphate (Norpace)</i>	T1	HD
<i>dofetilide (Tikosyn)</i>	T1	HD
<i>flecainide acetate</i>	T1	HD
<i>mexiletine hcl</i>	T1	HD
MULTAQ	T2	HD
<i>propafenone hcl</i>	T1	HD
<i>quinidine gluconate</i>	T1	HD
<i>quinidine sulfate</i>	T1	HD

BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO Y ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS, INHIBIDORES DE LA COX-2

CONSENSI	T3	
----------	----	--

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO		
<i>amlodipine besylate</i> (Norvasc)	T1	HD
CALAN SR (<i>verapamil hcl</i>)	T3	ST HD
CARDIZEM (<i>diltiazem hcl</i>)	T3	HD
CARDIZEM CD (<i>diltiazem hcl</i>)	T3	HD
CARDIZEM LA	T3	HD
CARDIZEM LA (<i>diltiazem hcl</i>)	T3	HD
<i>diltiazem hcl</i>	T1	HD
<i>diltiazem hcl</i> (Cardizem Cd)	T1	HD
<i>diltiazem hcl</i> (Cardizem La)	T1	HD
<i>diltiazem hcl</i> (Cardizem)	T1	HD
<i>felodipine</i>	T1	HD
<i>isradipine</i>	T1	
<i>nicardipine hcl</i>	T1	HD
<i>nifedipine</i>	T1	HD
<i>nifedipine</i> (Procardia XL)	T1	HD
<i>nifedipine</i> (Procardia)	T1	HD
<i>nimodipine 30 mg capsule</i>	T1	HD
<i>nimodipine 60 mg/20 ml soln</i>	T1	
<i>nisoldipine</i>	T1	HD
<i>nisoldipine</i> (Sular)	T1	HD
NYMALIZE	T3	
PROCARDIA (<i>nifedipine</i>)	T3	ST HD
PROCARDIA XL (<i>nifedipine</i>)	T3	ST HD
SULAR (<i>nisoldipine</i>)	T3	ST HD
TIAZAC (<i>diltiazem hcl</i>)	T3	HD
<i>verapamil hcl</i>	T1	HD
<i>verapamil hcl</i> (Calan Sr)	T1	HD
<i>verapamil hcl</i> (Verelan Pm)	T1	ST HD
<i>verapamil hcl</i> (Verelan)	T1	HD
VERELAN (<i>verapamil hcl</i>)	T3	ST HD
VERELAN PM (<i>verapamil hcl</i>)	T3	ST HD
INHIBIDOR DE LA MIOSINA CARDÍACA		
CAMZYOS	T4	PA QL (30 caps/fill) SP HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

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

GLUCÓSIDOS DIGITÁLICOS

<i>digoxin</i>	T1	HD
<i>digoxin</i> (Lanoxin)	T1	HD
LANOXIN	T3	HD
LANOXIN (<i>digoxin</i>)	T3	HD

REDUCTORES DE LA FRECUENCIA CARDÍACA, INHIB. SELECTIVOS DE LA CORRIENTE I (F) DEL SA

<i>ivabradine hcl</i> (Corlanor)	T1	PA HD
----------------------------------	----	-------

ESTIMULADOR DE LA GUANILATO CICLASA SOLUBLE (SGC)

VERQUVO	T2	
---------	----	--

VASODILADORES, CORONARIOS

GONITRO	T3	HD
ISORDIL (<i>isosorbide dinitrate</i>)	T3	HD
ISORDIL TITRADOSE (<i>isosorbide dinitrate</i>)	T3	HD
<i>isosorbide dinitrate</i>	T1	HD
<i>isosorbide dinitrate</i> (Isordil Titradose)	T1	HD
<i>isosorbide dinitrate</i> (Isordil)	T1	HD
<i>isosorbide mononitrate</i>	T1	HD
NITRO-DUR	T3	HD
<i>nitroglycerin</i>	T1	HD
<i>nitroglycerin 400 mcg spray</i> (Nitrolingual)	T1	HD
<i>nitroglycerin 0.3 mg tablet sl</i> (Nitrostat)	T1	HD
<i>nitroglycerin 0.4 mg tablet sl</i> (Nitrostat)	T1	HD
<i>nitroglycerin 0.6 mg tablet sl</i> (Nitrostat)	T1	HD
NITROLINGUAL (<i>nitroglycerin</i>)	T3	HD
NITROMIST (<i>nitroglycerin</i>)	T3	HD
NITROSTAT (<i>nitroglycerin</i>)	T3	HD

CARDIOVASCULARES (Asma/EPOC/condiciones respiratorias)

ANTIHIP. PULM., ESTIMULADOR DE LA GUANILATO CICLASA SOLUBLE

ADEMPAS	T4	PA QL (90 tabs/fill) SP HD
---------	----	----------------------------

ANTIHIP. PULM., INHIB. SEL. DE LA FOSFODIESTERASA T5 DE C-GMP

REVATIO 10 MG/ML ORAL SUSP (<i>sildenafil citrate</i>)	T4	PA QL (112 mls/fill) SP HD
REVATIO 20 MG TABLET (<i>sildenafil citrate</i>)	T4	PA QL (90 tabs/fill) SP HD
<i>sildenafil 20 mg tablet</i> (Revatio)	T1	PA QL (90 tabs/fill) SP HD
<i>tadalafil 20 mg tablet</i> (Adcirca)	T1	PA QL (60 tabs/fill) SP HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIP. PULMONAR, ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES DE ENDOTELINA		
<i>ambrisentan</i> (Letairis)	T1	PA QL (30 tabs/fill) SP HD
<i>bosentan 125 mg tablet</i> (Tracleer)	T1	PA QL (60 tabs/30 days) SP HD
<i>bosentan 32 mg tablet for susp</i> (Tracleer)	T1	PA QL (120 tabs/30 days) SP HD
<i>bosentan 62.5 mg tablet</i> (Tracleer)	T1	PA QL (60 tabs/30 days) SP HD
OPSUMIT	T4	PA QL (30 tabs/fill) SP HD
TRACLEER 32 MG TABLET FOR SUSP (<i>bosentan</i>)	T4	PA QL (120 tabs/30 days) SP HD
TRACLEER 62.5 MG TABLET (<i>bosentan</i>)	T4	PA QL (60 tabs/fill) SP HD
TRACLEER 125 MG TABLET (<i>bosentan</i>)	T4	PA QL (60 tabs/fill) SP HD
AGENTE ANTIHIPERTENSIVO PULMONAR, ACTRIIA-FC		
WINREVAIR	T4	PA SP HD
WINREVAIR (2 PACK)	T4	PA SP HD
ANTIHIPERTENSIVOS PULMONARES, TIPO PROSTACICLINAS		
ORENITRAM ER	T4	PA QL (90 tabs/fill) SP HD
ORENITRAM TITRATION KT MONTH 1	T4	PA SP QL (168 tabs/28 days)
ORENITRAM TITRATION KT MONTH 2	T4	PA SP QL (336 tabs/28 days)
ORENITRAM TITRATION KT MONTH 3	T4	PA SP QL (252 tabs/28 days)
TYVASO	T4	PA SP HD
TYVASO DPI	T4	PA SP HD
TYVASO INSTITUTIONAL START KIT	T4	PA SP HD
TYVASO REFILL KIT	T4	PA SP HD
TYVASO STARTER KIT	T4	PA SP HD
UPTRAVI 1,000 MCG TABLET	T4	PA QL (60 tabs/fill) SP HD
UPTRAVI 1,200 MCG TABLET	T4	PA QL (60 tabs/fill) SP HD
UPTRAVI 1,400 MCG TABLET	T4	PA QL (60 tabs/fill) SP HD
UPTRAVI 1,600 MCG TABLET	T4	PA QL (60 tabs/fill) SP HD
UPTRAVI 200 MCG, 400 MCG TABLET	T4	PA QL (60 tabs/fill) SP HD
UPTRAVI 600 MCG TABLET	T4	PA QL (60 tabs/fill) SP HD
UPTRAVI 800 MCG TABLET	T4	PA QL (60 tabs/fill) SP HD
VENTAVIS	T4	PA SP HD
YUTREPIA	T4	PA SP HD
ANTIHIP. PULMONAR-ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES DE ENDOTELINA-INHIB. DE LA PDE5 DEL GMPC		
OPSYNVI	T4	PA QL (30 tabs/fill) SP HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
COMBINACIÓN DE INHIBIDORES DE LA ECA-BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO		
<i>amlodipine besylate/benazepril</i>	T1	HD
<i>amlodipine besylate/benazepril</i> (Lotrel)	T1	HD
PRESTALIA	T3	ST HD
<i>trandolapril/verapamil hcl</i>	T1	HD
INHIBIDOR DE LA ECA-TIAZIDA O DIURÉTICO TIAZÍDICO		
<i>ACCURETIC (quinapril/hydrochlorothiazide)</i>	T3	HD
<i>benazepril/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>benazepril/hydrochlorothiazide</i> (Lotensin Hct)	T1	HD
<i>captopril/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>enalapril/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>enalapril/hydrochlorothiazide</i> (Vaseretic)	T1	HD
<i>fosinopril/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i> (Zestoretic)	T1	HD
LOTENSIN HCT (<i>benazepril/hydrochlorothiazide</i>)	T3	HD
<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i> (Accuretic)	T1	HD
VASERETIC (<i>enalapril/hydrochlorothiazide</i>)	T3	HD
ZESTORETIC (<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>)	T3	HD
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA/BETA		
<i>carvedilol</i> (Coreg)	T1	HD
<i>carvedilol phosphate</i> (Coreg Cr)	T1	HD
COREG CR (<i>carvedilol phosphate</i>)	T3	ST HD
<i>labetalol hcl</i>	T1	HD
CARDURA 1 MG TABLET (<i>doxazosin mesylate</i>)	T3	ST QL (30 tabs/fill) HD
CARDURA 2 MG TABLET (<i>doxazosin mesylate</i>)	T3	ST QL (30 tabs/fill) HD
CARDURA 4 MG TABLET (<i>doxazosin mesylate</i>)	T3	ST QL (30 tabs/fill) HD
CARDURA 8 MG TABLET (<i>doxazosin mesylate</i>)	T3	ST QL (60 tabs/fill) HD
CARDURA XL	T3	ST QL (30 tabs/fill) HD
<i>doxazosin mesylate 1 mg tab</i> (Cardura)	T1	QL (30 tabs/fill) HD
<i>doxazosin mesylate 2 mg tab</i> (Cardura)	T1	QL (30 tabs/fill) HD
<i>doxazosin mesylate 4 mg tab</i> (Cardura)	T1	QL (30 tabs/fill) HD
<i>doxazosin mesylate 8 mg tab</i> (Cardura)	T1	QL (60 tabs/fill) HD
<i>labetalol hcl 100 mg tablet</i>	T1	HD
<i>labetalol hcl 200 mg tablet</i>	T1	HD
<i>labetalol hcl 300 mg tablet</i>	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA/BETA (cont.)		
MINIPRESS (<i>prazosin hcl</i>)	T3	HD
<i>prazosin hcl</i> (Minipress)	T1	HD
<i>terazosin 1 mg capsule</i>	T1	QL (30 caps/fill) HD
<i>terazosin 10 mg capsule</i>	T1	QL (60 caps/fill) HD
<i>terazosin 2 mg, 5 mg capsule</i>	T1	QL (30 caps/fill) HD
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA		
<i>prazosin</i>	T1	HD
ANTAG. DE RECEPT. DE ANGIOTENSINA-BLOQ. DE LOS CANALES DE CALCIO-TIAZIDAS		
<i>amlodipine/valsartan/hcthiadizid</i> (Exforge Hct)	T1	HD
<i>olmesartan/amlodipin/hcthiadizid</i> (Tribenzor)	T1	HD
COMB. INHIBIDOR DEL RECEPT. DE ANGIOTENSINA-DE LA NEPRILISINA (ARNI)		
ENTRESTO (<i>sacubitril/valsartan</i>)	T3	QL (60 tabs/30 days)
ENTRESTO SPRINKLE	T2	QL (240 caps/fill) HD
<i>sacubitril/valsartan</i> (Entresto)	T1	QL (60 tabs/30 days) HD
COMB. DE ANTAG. DE RECEPT. DE ANGIOTENSINA-DIURÉTICOS TIAZÍDICOS		
<i>candesartan/hydrochlorothiazid</i> (Atacand Hct)	T1	HD
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i> (Avalide)	T1	HD
<i>losartan/hydrochlorothiazide</i> (Hyzaar)	T1	HD
<i>olmesartan/hydrochlorothiazide</i> (Benicar Hct)	T1	HD
<i>telmisartan/hydrochlorothiazid</i> (Micardis Hct)	T1	HD
<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i> (Diovan Hct)	T1	HD
BLOQ. DE RECEPTORES DE ANGIOTENSINA-BLOQ. DE LOS CANALES DE CALCIO		
<i>amlodipine bes/olmesartan med</i> (Azor)	T1	HD
<i>amlodipine besylate/valsartan</i> (Exforge)	T1	HD
<i>telmisartan/amlodipine</i>	T1	HD
ANTIHIPERTENSIVOS, INHIBIDORES DE LA ECA		
ACCUPRIL (<i>quinapril hcl</i>)	T3	HD
ALTACE (<i>ramipril</i>)	T3	HD
<i>benazepril hcl</i>	T1	HD
<i>benazepril hcl</i> (Lotensin)	T1	HD
<i>captopril</i>	T1	HD
<i>enalapril maleate</i> (Epaned)	T1	HD
<i>enalapril maleate</i> (Vasotec)	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERTENSIVOS, INHIBIDORES DE LA ECA (cont.)		
<i>fosinopril sodium</i>	T1	HD
<i>lisinopril (Zestril)</i>	T1	HD
LOTENSIN (<i>benazepril hcl</i>)	T3	HD
<i>moexipril hcl</i>	T1	HD
<i>perindopril erbumine</i>	T1	HD
<i>quinapril hcl (Accupril)</i>	T1	HD
<i>ramipril</i>	T1	HD
<i>ramipril (Altace)</i>	T1	HD
<i>trandolapril</i>	T1	HD
VASOTEC (<i>enalapril maleate</i>)	T3	HD
ZESTRIL (<i>lisinopril</i>)	T3	HD
ANTIHIPERTENSIVOS, ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ANGIOTENSINA		
<i>candesartan cilexetil (Atacand)</i>	T1	HD
<i>eprosartan mesylate</i>	T1	HD
<i>irbesartan</i>	T1	HD
<i>irbesartan (Avapro)</i>	T1	HD
<i>losartan potassium (Cozaar)</i>	T1	HD
<i>olmesartan medoxomil (Benicar)</i>	T1	HD
<i>telmisartan</i>	T1	HD
<i>telmisartan (Micardis)</i>	T1	HD
<i>valsartan 20 mg/5 ml solution</i>	T1	HD
<i>valsartan 160 mg tablet (Diovan)</i>	T1	HD
<i>valsartan 320 mg tablet (Diovan)</i>	T1	HD
<i>valsartan 40 mg tablet (Diovan)</i>	T1	HD
<i>valsartan 80 mg tablet (Diovan)</i>	T1	HD
ANTIHIPERTENSIVOS, BLOQUEADORES GANGLIONARES		
VECAMYL	T3	PA
ANTIHIPERTENSIVOS, VARIOS		
DEMSEY (<i>metyrosine</i>)	T3	PA HD
<i>metyrosine (Demser)</i>	T1	PA HD
ANTIHIPERTENSIVOS, SIMPATOLÍTICOS		
CATAPRES-TTS 1 (<i>clonidine</i>)	T3	QL (4 patches/28 days)) HD
CATAPRES-TTS 2 (<i>clonidine</i>)	T3	QL (4 patches/28 days)) HD
CATAPRES-TTS 3 (<i>clonidine</i>)	T3	QL (4 patches/28 days)) HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERTENSIVOS, SIMPATOLÍTICOS (cont.)		
<i>clonidine</i> (Catapres-Tts 1)	T1	QL (4 patches/28 days)) HD
<i>clonidine</i> (Catapres-Tts 2)	T1	QL (4 patches/28 days)) HD
<i>clonidine</i> (Catapres-Tts 3)	T1	QL (4 patches/28 days)) HD
<i>guanfacine hcl</i>	T1	HD
<i>methyl dopa</i>	T1	HD
<i>methyl dopa/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
ANTIHIPERTENSIVOS, VASODILATADORES		
<i>hydralazine hcl</i>	T1	HD
<i>minoxidil</i>	T1	HD
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS BETA		
<i>acebutolol hcl</i>	T1	HD
<i>atenolol</i> (Tenormin)	T1	HD
BETAPACE (<i>sotalol hcl</i>)	T3	ST HD
BETAPACE AF (<i>sotalol hcl</i>)	T3	ST HD
<i>betaxolol hcl</i>	T1	HD
<i>bisoprolol fumarate 10 mg tab</i>	T1	HD
<i>bisoprolol fumarate 5 mg tab</i>	T1	HD
HEMANGEOOL	T2	PA
LOPRESSOR 50 MG TABLET (<i>metoprolol tartrate</i>)	T3	ST HD
LOPRESSOR 100 MG TABLET (<i>metoprolol tartrate</i>)	T3	ST HD
<i>metoprolol succinate</i> (Toprol XL)	T1	HD
<i>metoprolol tartrate</i>	T1	HD
<i>metoprolol tartrate</i> (Lopressor)	T1	HD
<i>nebivolol hcl</i> (Bystolic)	T1	HD
<i>pindolol</i>	T1	HD
<i>propranolol hcl</i>	T1	HD
<i>propranolol hcl</i> (Inderal La)	T1	HD
<i>sotalol hcl</i> (Betapace Af)	T1	HD
<i>sotalol hcl</i> (Betapace)	T1	HD
SOTYLIZE	T2	HD
TENORMIN (<i>atenolol</i>)	T3	ST HD
<i>timolol maleate 10 mg tablet</i>	T1	HD
<i>timolol maleate 20 mg tablet</i>	T1	HD
<i>timolol maleate 5 mg tablet</i>	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
BETABLOQUEANTES Y TIAZIDAS, DIURÉTICOS TIAZÍDICOS		
<i>atenolol/chlorthalidone</i> (Tenoretic 100)	T1	HD
<i>atenolol/chlorthalidone</i> (Tenoretic 50)	T1	HD
<i>bisoprolol/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
METOPROLOL SUCCINATE ER-HCTZ	T3	ST HD
<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>propranolol/hydrochlorothiazid</i>	T1	HD
TENORETIC 100 (<i>atenolol/chlorthalidone</i>)	T3	ST HD
TENORETIC 50 (<i>atenolol/chlorthalidone</i>)	T3	ST HD

INHIBIDOR DE LA RENINA, DIRECTO

<i>aliskiren hemifumarate</i> (Tekturna)	T1	HD
--	----	----

COMB. DE INHIBIDORES DIRECTOS DE LA RENINA Y DIURÉTICOS TIAZÍDICOS

TEKTRUNA HCT	T2	HD
--------------	----	----

COMBINACIÓN DE VASODILATADORES

<i>isosorbide dinit/hydralazine</i> (Bidil)	T1	HD
---	----	----

VASODILATADORES, PERIFÉRICOS

<i>ergoloid mesylates</i>	T1	
<i>isoxsuprine hcl</i>	T1	

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para el colesterol)

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

<i>ezetimibe/atorvastatin</i>	T1	ST HD QL (30 tabs/30 days)
<i>ezetimibe/simvastatin</i> (Vytorin)	T1	QL (30 tabs/fill) HD
ROSZET	T3	ST QL (30 tabs/fill) HD

ANTIHIPERLIP. - INHIB. DE HMG-COA REDUCT.-BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO

<i>amlodipine/atorvastatin</i>	T1	QL (30 tabs/fill) HD
<i>amlodipine/atorvastatin</i> (Caduet)	T1	QL (30 tabs/fill) HD
CADUET (<i>amlodipine/atorvastatin</i>)	T3	ST QL (30 tabs/fill) HD

ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDORES DE LA APOLIPOPROTEÍNA

TRYNGOLZA	T4	PA SP
-----------	----	-------

ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDOR DE ATP-CITRATO LIASA

NEXLETOL	T2	PA
----------	----	----

ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDORES DE MTP

JUXTAPID	T4	PA SP HD
----------	----	----------

ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDORES DE PCSK9

REPATHA PUSHTRONEX	T2	PA
--------------------	----	----

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para el colesterol) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDORES DE PCSK9 (cont.)		
REPATHA SURECLICK	T2	PA
REPATHA SYRINGE	T2	PA
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDOR DE LA ABSORCIÓN DE ACLY Y COLEST.		
NEXLIZET	T2	PA
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS-INHIB. DE LA HMG-COA REDUCTASA (ESTATINAS)		
FLOLIPID	T3	ST QL (150 mls/fill) HD
<i>fluvastatin sodium</i> (Lescol XL)	T1	QL (30 tabs/fill) HD PPACA
<i>fluvastatin sodium 20 mg cap</i>	T1	QL (30 caps/fill) HD PPACA
<i>fluvastatin sodium 40 mg cap</i>	T1	QL (60 caps/fill) HD PPACA
LESCOL XL (<i>fluvastatin sodium</i>)	T3	ST QL (30 tabs/fill) HD
<i>lovastatin 10 mg tablet</i>	T1	QL (30 tabs/fill) HD PPACA
<i>lovastatin 20 mg, 40 mg tablet</i>	T1	QL (60 tabs/fill) HD PPACA
<i>pitavastatin</i>	T1	
<i>pitavastatin</i> (Livalo)	T1	QL (30 tabs/30 days) HD PPACA
<i>pravastatin sodium</i>	T1	QL (30 tabs/fill) HD PPACA
<i>simvastatin 10 mg tablet</i> (Zocor)	T1	QL (30 tabs/fill) HD PPACA
<i>simvastatin 20 mg tablet</i> (Zocor)	T1	QL (30 tabs/fill) HD PPACA
SIMVASTATIN 20 MG/5 ML SUSP	T3	ST QL (150 mls/fill) HD
<i>simvastatin 40 mg tablet</i> (Zocor)	T1	QL (30 tabs/fill) HD PPACA
<i>simvastatin 5 mg tablet</i>	T1	QL (30 tabs/fill) HD PPACA
<i>simvastatin 80 mg tablet</i> (Zocor)	T1	QL (30 tabs/fill) HD
ZYPITAMAG	T3	ST QL (30 tabs/fill) HD
SECUESTRADORES DE SALES BILIARES		
<i>cholestyramine (with sugar)</i> (Questran)	T1	HD
<i>cholestyramine/aspartame</i>	T1	HD
<i>cholestyramine</i>	T1	HD
<i>cholestyramine</i> (Questran Light)	T1	HD
<i>colesevelam hcl</i> (Welchol)	T1	HD
COLESTID	T3	ST HD
COLESTID (<i>colestipol hcl</i>)	T3	ST HD
<i>colestipol hcl</i>	T1	HD
<i>colestipol hcl</i> (Colestid)	T1	HD
QUESTRAN (<i>cholestyramine (with sugar)</i>)	T3	ST HD
QUESTRAN LIGHT (<i>cholestyramine</i>)	T3	ST HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para el colesterol) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
LIPOTRÓPICOS		
<i>ezetimibe</i> (Zetia)	T1	HD
<i>fenofibrate 120 mg tablet</i> (Fenoglide)	T1	ST HD
<i>fenofibrate 130 mg capsule</i>	T1	ST HD
<i>fenofibrate 134 mg capsule</i>	T1	HD
<i>fenofibrate 145 mg tablet</i> (Tricor)	T1	HD
<i>fenofibrate 160 mg tablet</i>	T1	HD
<i>fenofibrate 200 mg capsule</i>	T1	HD
<i>fenofibrate 40 mg tablet</i> (Fenoglide)	T1	ST HD
<i>fenofibrate 43 mg capsule</i>	T1	HD
<i>fenofibrate 48 mg tablet</i> (Tricor)	T1	HD
<i>fenofibrate 54 mg tablet</i>	T1	HD
<i>fenofibrate 67 mg capsule</i>	T1	HD
<i>fenofibric acid</i>	T1	HD
<i>fenofibric acid (choline)</i>	T1	HD
<i>fenofibric acid</i> (Fibricor)	T1	HD
FENOGLIDE (<i>fenofibrate</i>)	T3	ST HD
FIBRICOR (<i>fenofibric acid</i>)	T3	ST HD
<i>gemfibrozil</i> (Lopid)	T1	HD
LOPID (<i>gemfibrozil</i>)	T3	HD
<i>niacin</i>	T1	HD
<i>niacin 500 mg tablet</i>	T1	HD
NIACOR	T3	HD

CARDIOVASCULARES (Varios)

ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ENDOTELINA-ANGIOTENSINA

FILSPARI	T4	PA QL (30 tabs/30 days) SP
----------	----	----------------------------

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Enfermedad de Alzheimer)

TRATAMIENTO DEL ALZHEIMER, ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES NMDA

<i>memantine hcl</i>	T1	HD
<i>memantine hcl</i> (Namenda Xr)	T1	HD
<i>memantine hcl 10 mg/5 ml cup</i>	T1	HD
<i>memantine hcl 2 mg/ml solution</i>	T1	HD
<i>memantine hcl 5 mg tablet</i>	T1	HD
<i>memantine hcl 10 mg tablet</i>	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Enfermedad de Alzheimer)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
TRATAMIENTO DEL ALZHEIMER, ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES NMDA (cont.)		
MEMANTINE 5-10 MG TITRATION PK	T3	HD
NAMENDA	T3	HD
NAMENDA XR TITRATION PACK	T3	HD
NAMZARIC	T2	ST HD
TRATAMIENTO DEL ALZHEIMER, ANTAG. DE LOS RECEPTORES NMDA-INHIB. DE COLINA		
<i>memantine hcl/donepezil hcl</i> (Namzaric)	T1	ST HD
NAMZARIC (<i>memantine hcl/donepezil hcl</i>)	T2	ST HD

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Varios)

AGENTES PARA LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA

RADICAVA ORS	T4	PA SP HD
RILUTEK (<i>riluzole</i>)	T4	PA SP HD
<i>riluzole</i> (Rilutek)	T1	PA SP HD
TEGLUTIK	T4	PA SP
TIGLUTIK	T4	PA SP

MEDICAMENTOS PARA TRATAR TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO

AUSTEDO 6 MG TABLET	T4	PA QL (60 tabs/30 days) SP HD
AUSTEDO 9 MG TABLET	T4	PA QL (120 tabs/30 days) SP HD
AUSTEDO 12 MG TABLET	T4	PA QL (120 tabs/30 days) SP HD
AUSTEDO XR 6 MG TABLET	T4	PA QL (210 tabs/30 days) SP HD
AUSTEDO XR 12 MG TABLET	T4	PA QL (90 tabs/30 days) SP HD
AUSTEDO XR 18 MG TABLET	T4	PA QL (30 tabs/fill) SP HD
AUSTEDO XR 24 MG TABLET	T4	PA QL (60 tabs/30 days) SP HD
AUSTEDO XR 30 MG TABLET	T4	PA QL (30 tabs/fill) SP HD
AUSTEDO XR 36 MG TABLET	T4	PA QL (30 tabs/fill) SP HD
AUSTEDO XR 42 MG TABLET	T4	PA QL (30 tabs/fill) SP HD
AUSTEDO XR 48 MG TABLET	T4	PA QL (30 tabs/fill) SP HD
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4)	T4	PA QL (28 tabs/fill) SP HD
HORIZANT	T3	ST
INGREZZA	T4	PA QL (30 caps/30 days) SP
INGREZZA SPRINKLE	T4	PA QL (30 caps/fill) SP
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV)	T4	PA QL (28 caps/30 days) SP
<i>tetrabenazine 12.5 mg tablet</i> (Xenazine)	T1	
<i>tetrabenazine 25 mg tablet</i> (Xenazine)	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA EL AFECTO PSEUDOBULBAR (PBA), ANTAGONISTAS DE NMDA		
NUEDEXTA	T2	PA
XANTINAS		
caffeine citrate	T1	HD
MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Esclerosis múltiple)		
AGENTES PARA TRATAR LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE		
AVONEX (4 PACK)	T4	PA QL (1 kit/28 days) SP HD
AVONEX PEN (4 PACK)	T4	PA QL (4 pens/28 days) SP HD
BAFIERTAM	T4	PA QL (120 caps/fill) SP HD
BETASERON	T4	PA QL (14 kits/30 days) SP HD
dimethyl fumarate (Tecfidera)	T1	PA QL (60 caps/fill) SP HD
glatiramer 20 mg/ml syringe (Copaxone)	T1	PA QL (30 syringes/30 days) SP HD
glatiramer 40 mg/ml syringe (Copaxone)	T1	PA QL (12 syringes/30 days) SP HD
glatopa 20 mg/ml syringe (Copaxone)	T1	PA QL (30 syringes/30 days) SP HD
glatopa 40 mg/ml syringe (Copaxone)	T1	PA QL (12 syringes/30 days) SP HD
KESIMPTA PEN	T4	PA QL (1 pen/28 days) SP HD
MAVENCLAD 10 MG X 10 TABLET PK	T4	PA QL (10 tabs/fill) SP HD
MAVENCLAD 10 MG X 4 TABLET PK	T4	PA QL (4 tabs/fill) SP HD
MAVENCLAD 10 MG X 5 TABLET PK	T4	PA QL (5 tabs/fill) SP HD
MAVENCLAD 10 MG X 6 TABLET PK	T4	PA QL (6 tabs/fill) SP HD
MAVENCLAD 10 MG X 7 TABLET PK	T4	PA QL (7 tabs/fill) SP HD
MAVENCLAD 10 MG X 8 TABLET PK	T4	PA QL (8 tabs/fill) SP HD
MAVENCLAD 10 MG X 9 TABLET PK	T4	PA QL (9 tabs/fill) SP HD
MAYZENT 0.25 MG TABLET	T4	PA QL (30 tabs/fill) SP HD
MAYZENT 0.25MG START-1MG MAINT	T4	PA QL (7 tabs/fill) SP HD
MAYZENT 0.25MG START-2MG MAINT	T4	PA QL (12 tabs/fill) SP HD
MAYZENT 1 MG TABLET	T4	PA QL (30 tabs/fill) SP HD
MAYZENT 2 MG TABLET	T4	PA QL (30 tabs/fill) SP HD
PLEGRIDY 125 MCG/0.5 ML PEN	T4	PA QL (1 ml/28 days) SP HD
PLEGRIDY 125 MCG/0.5 ML SYRINGE	T4	PA QL (1 ml/28 days) SP HD
PLEGRIDY PEN INJ STARTER PACK	T4	PA QL (1 ml/365 days) SP HD
PLEGRIDY SYRINGE STARTER PACK	T4	PA QL (1 ml/365 days) SP HD
REBIF 22 MCG/0.5 ML SYRINGE	T4	PA QL (6 mls/28 days) SP HD
REBIF 44 MCG/0.5 ML SYRINGE	T4	PA QL (6 mls/28 days) SP HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

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

AGENTES PARA TRATAR LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE (cont.)

REBIF REBIDOSE 22 MCG/0.5 ML	T4	PA QL (6 mls/28 days) SP HD
REBIF REBIDOSE 44 MCG/0.5 ML	T4	PA QL (6 mls/28 days) SP HD
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	T4	PA QL (4.2 mls/28 days) SP HD
REBIF TITRATION PACK	T4	PA QL (4.2 mls/28 days) SP HD
VUMERITY	T4	PA QL (120 caps/fill) SP HD

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

dalfampridine (Ampyra)	T1	PA QL (60 tabs/fill) SP HD
FIRDAPSE	T4	PA SP

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

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

EMGALITY 100 MG/ML SYR(1 OF 3)	T2	PA QL (3 mls/30 days)
EMGALITY 300 MG (100 MG X3SYR)	T2	PA QL (3 mls/30 days)
<i>gabapentin</i> (Gralise)	T1	ST
GRALISE (<i>gabapentin</i>)	T3	ST

AGENTES PARA LA NEURALGIA POSTHERPÉTICA

<i>gabapentin</i>	T1	ST
-------------------	----	----

MODULADOR DE LOS RECEPTORES DE ESFINGOSINA I-FOSFATO (SIP)

VELSIPITY	T4	PA QL (30 tabs/30 days) SP HD
ZEPOSIA 0.23-0.46 MG START PCK	T4	PA QL (7 caps/fill) SP HD
ZEPOSIA 0.92 MG CAPSULE	T4	PA QL (30 caps/30 days) SP HD
ZEPOSIA STARTER KIT (28-DAY)	T4	PA QL (28 caps/30 days) SP HD
ZEPOSIA STARTER PACK (7-DAY)	T4	PA QL (7 caps/30 days) SP HD

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos convulsivos)

ANTICONVULSIVOS - TIPO BENZODIAZEPINAS

<i>clobazam</i> (Onfi)	T1	PA HD
<i>clonazepam</i>	T1	HD
<i>clonazepam</i> (Klonopin)	T1	HD
DIASTAT (<i>diazepam</i>)	T3	HD
<i>diazepam</i> 10 mg rectal gel syrg	T1	HD
<i>diazepam</i> 10mg rectal gel (2pk)	T1	HD
<i>diazepam</i> 2.5mg rectal gel(2pk) (Diastat)	T1	HD
<i>diazepam</i> 20 mg rectal gel syrg	T1	HD
<i>diazepam</i> 20mg rectal gel (2pk)	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos convulsivos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONVULSIVOS - TIPO BENZODIAZEPINAS (cont.)		
NAYZILAM	T2	PA QL (2 units/fill) HD
SYMPAZAN	T3	PA HD
VALTOCO	T2	PA QL (2 units/30 days) HD
ANTICONVULSIVOS - TIPO CANNABINOIDES		
EPIDIOLEX	T4	PA SP HD
ANTICONVULSIVOS		
APTOM (eslicarbazepine acetate)	T3	HD
BRIVIACT	T3	ST HD
carbamazepine 100 mg/5 ml cup	T1	HD
carbamazepine 200 mg/10 ml cup	T1	HD
carbamazepine 100 mg/5 ml susp (Tegretol)	T1	HD
carbamazepine 100 mg tab chew	T1	HD
CARBAMAZEPINE 200 MG TAB CHEW	T3	HD
carbamazepine 200 mg tablet (Tegretol)	T1	HD
carbamazepine (Carbatrol)	T1	HD
carbamazepine (Tegretol Xr)	T1	HD
carbamazepine (Tegretol)	T1	HD
CARBATROL (carbamazepine)	T3	HD
CELONTIN	T2	HD
CELONTIN (methsuximide)	T3	HD
DEPAKOTE (divalproex sodium)	T3	ST HD
DEPAKOTE ER (divalproex sodium)	T3	ST HD
DEPAKOTE SPRINKLE (divalproex sodium)	T3	ST HD
DIACOMIT	T4	PA SP HD
DILANTIN 100 MG CAPSULE (phenytoin sodium extended)	T3	HD
DILANTIN 30 MG CAPSULE	T2	HD
DILANTIN 50 MG INFATAB (phenytoin)	T3	HD
DILANTIN-125 (phenytoin)	T3	HD
divalproex sodium (Depakote Er)	T1	HD
divalproex sodium (Depakote Sprinkle)	T1	HD
divalproex sodium (Depakote)	T1	HD
ELEPSIA XR	T3	ST HD
eslicarbazepine acetate (Aptiom)	T1	HD
ethosuximide (Zarontin)	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos convulsivos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONVULSIVOS (cont.)		
<i>felbamate</i> (Felbatol)	T1	HD
FELBATOL (<i>felbamate</i>)	T3	HD
FYCOMPA	T2	HD
FYCOMPA (<i>perampanel</i>)	T2	HD
<i>gabapentin</i>	T1	HD
<i>gabapentin</i> (Neurontin)	T1	HD
<i>gabapentin</i> (Neurontin)	T1	HD
<i>lacosamide</i> (Vimpat)	T1	HD
LAMICTAL XR (BLUE)	T3	ST HD
LAMICTAL XR (GREEN)	T3	ST HD
LAMICTAL XR (ORANGE)	T3	ST HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal (Blue))	T1	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal (Green))	T1	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal (Orange))	T1	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal Odt (Blue))	T1	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal Odt (Green))	T1	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal Odt (Orange))	T1	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal Odt)	T1	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal Xr)	T1	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal)	T1	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal)	T1	HD
<i>levetiracetam</i> 1,000 mg tablet (Keppra)	T1	HD
<i>levetiracetam</i> 1,000mg/10ml cup (Keppra)	T1	HD
<i>levetiracetam</i> 100 mg/ml soln (Keppra)	T1	HD
<i>levetiracetam</i> 250 mg tablet (Keppra)	T1	HD
<i>levetiracetam</i> 500 mg tablet (Keppra)	T1	HD
<i>levetiracetam</i> 500 mg/5 ml cup	T1	HD
<i>levetiracetam</i> 500 mg/5 ml soln	T1	HD
<i>levetiracetam</i> 750 mg tablet (Keppra)	T1	HD
LEVETIRACETAM 250 MG TAB SUSP	T3	ST HD
<i>levetiracetam</i> (Keppra Xr)	T1	HD
<i>levetiracetam</i> (Keppra)	T1	HD
MYSOLINE (<i>primidone</i>)	T3	HD
<i>oxcarbazepine</i> (Oxtellar Xr)	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos convulsivos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONVULSIVOS (cont.)		
<i>oxcarbazepine</i> (Trileptal)	T1	HD
OXTELLAR XR (<i>oxcarbazepine</i>)	T3	HD
<i>perampanel</i> (Fycompa)	T1	HD
PHENYTEK (<i>phenytoin sodium extended</i>)	T3	HD
<i>phenytoin</i>	T1	HD
<i>phenytoin</i> (Dilantin)	T1	HD
<i>phenytoin</i> (Dilantin-125)	T1	HD
<i>phenytoin sodium extended</i> (Dilantin)	T1	HD
<i>phenytoin sodium extended</i> (Phenytek)	T1	HD
<i>pregabalin</i> (Lyrica)	T1	HD
<i>primidone</i> (Mysoline)	T1	HD
QUDEXY XR (<i>topiramate</i>)	T3	ST HD
<i>rufinamide</i> (Banzel)	T1	PA HD
SPRITAM	T3	ST HD
TEGRETOL (<i>carbamazepine</i>)	T3	HD
TEGRETOL XR (<i>carbamazepine</i>)	T3	HD
<i>tiagabine hcl</i>	T1	HD
<i>topiramate</i> (Qudexy Xr)	T1	ST HD
<i>topiramate 25 mg/ml solution</i> (Eprontia)	T1	HD
<i>topiramate 15 mg sprinkle cap</i> (Topamax)	T1	HD
<i>topiramate 25 mg sprinkle cap</i> (Topamax)	T1	HD
<i>topiramate 50 mg sprinkle cap</i>	T1	HD
<i>topiramate 100 mg tablet</i> (Topamax)	T1	HD
<i>topiramate 200 mg tablet</i> (Topamax)	T1	HD
<i>topiramate 25 mg tablet</i> (Topamax)	T1	HD
<i>topiramate 50 mg tablet</i> (Topamax)	T1	HD
<i>topiramate er 25mg, 50mg, 100mg capsule</i>	T1	ST
<i>topiramate er</i> (Trokendi XR)	T1	ST HD
TROKENDI XR	T3	ST HD
<i>valproic acid</i>	T1	HD
<i>valproic acid</i> (as sodium salt)	T1	HD
VIGADRONE	T1	PA SP HD QL (150 pkts/30 days)
XCOPRI 250 MG DAILY DOSE PACK	T3	QL (56 tabs/fill) HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos convulsivos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONVULSIVOS (cont.)		
XCOPRI 350 MG DAILY DOSE PACK	T3	QL (56 tabs/fill) HD
XCOPRI 25 MG, 50 MG TABLET	T3	QL (30 tabs/fill) HD
XCOPRI 100 MG TABLET	T3	QL (30 tabs/fill) HD
XCOPRI 150 MG TABLET	T3	QL (30 tabs/fill) HD
XCOPRI 200 MG TABLET	T3	QL (30 tabs/fill) HD
XCOPRI 12.5-25 MG TITRATION PK	T3	QL (28 tabs/fill) HD
XCOPRI 50-100 MG TITRATION PAK	T3	QL (28 tabs/fill) HD
XCOPRI 150-200 MG TITRATION PK	T3	QL (28 tabs/fill) HD
ZARONTIN (<i>ethosuximide</i>)	T3	HD
zonisamide	T1	HD
zonisamide (Zonegran)	T1	HD
MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos del sueño/sedantes)		
TRATAMIENTO DE LA NARCOLEPSIA-ANTAGONISTAS/AGONISTAS INVERSOS DE LOS RECEPT. H3		
WAKIX 17.8 MG TABLET	T4	PA QL (60 tabs/fill) SP HD
WAKIX 4.45 MG TABLET	T4	PA QL (30 tabs/fill) SP HD
FACTORES ESTIMULANTES DE COLONIAS (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)		
ESTIMULANTES DE LEUCOCITOS (RECuento DE GLÓBULOS BLANCOS)		
FULPHILA	T4	PA QL (1.2 mls/30 days) SP
LEUKINE	T4	PA SP
NIVESTYM	T4	PA SP HD
AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE TROMBOPOYETINA		
eltrombopag olamine (Promacta)	T1	PA SP HD
DOPTLET	T4	PA QL (15 tabs/fill) SP HD
PROMACTA (<i>eltrombopag olamine</i>)	T4	PA SP HD
FACTORES ESTIMULANTES DE COLONIAS (Cáncer)		
ANTAGONISTA DEL RECEPTOR DE QUIMIOCINAS CXCR4		
XOLREMDI	T4	PA SP CSL
ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos)		
ANTICONCEPTIVOS, INTRAVAGINALES, SISTÉMICOS		
ANNOVERA	T3	ST QL (1 ring/365 days) PPACA
etonogestrel/ethinyl estradiol (Nuvaring)	T1	PPACA

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONCEPTIVOS, INYECTABLES		
DEPO-PROVERA (<i>medroxyprogesterone acetate</i>)	T3	QL (1 ml/90 days) PPACA
DEPO-SUBQ PROVERA 104	T3	QL (1 ml/90 days) PPACA
<i>medroxyprogesterone 150 mg/ml</i> (Depo-Provera)	T1	QL (1 ml/90 days) PPACA
ANTICONCEPTIVOS, ORALES		
BEYAZ (<i>drospir/eth estra/levomefol ca</i>)	T3	ST HD PPACA
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i>	T1	HD PPACA
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i>	T1	HD PPACA
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	T1	HD PPACA
<i>drospir/eth estra/levomefol ca</i> (Beyaz)	T1	HD PPACA
<i>drospir/eth estra/levomefol ca</i> (Safyral)	T1	HD PPACA
ELLA	T2	QL (1 tab/fill) HD PPACA
<i>ethinyl estradiol/drospirenone</i> (Yasmin 28)	T1	PPACA
<i>ethinyl estradiol/drospirenone</i> (Yaz)	T1	HD PPACA
<i>ethynodiol d-ethinyl estradiol</i>	T1	HD PPACA
<i>levonorgestrel/ethin.estradiol</i>	T1	HD PPACA
<i>l-norgest/e.estradiol-e.estradiol</i>	T1	HD PPACA
<i>noreth-ethinyl estradiol/iron</i>	T1	HD PPACA
<i>noreth-ethinyl estradiol/iron</i> (Generess Fe)	T1	HD PPACA
<i>norethind-eth estrad 1-0.02 mg</i> (Loestrin)	T1	HD PPACA
<i>norethindrone</i>	T1	HD PPACA
<i>norethindrone ac/eth estradiol</i> (Loestrin)	T1	PPACA
<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i>	T1	HD PPACA
<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i> (Loestrin Fe)	T1	HD PPACA
<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i> (Taytulla)	T1	HD PPACA
<i>norethindrone-ethin. estradiol</i>	T1	HD PPACA
<i>norethin-ee 1.5-0.03 mg(21) tb</i> (Loestrin)	T1	HD PPACA
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	T1	HD PPACA
NORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL	T1	HD PPACA
YAZ (<i>ethinyl estradiol/drospirenone</i>)	T3	ST HD PPACA
ANTICONCEPTIVOS TRANSDÉRMICOS		
<i>norelgestromin/ethin.estradiol</i>	T1	PPACA
DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)		
KYLEENA	T4	SP PPACA
LILETTA	T4	SP PPACA

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU) (cont.)		
MIRENA	T4	SP PPACA
SKYLA	T4	SP PPACA
PREPARACIONES PARA LA TOS/EL RESFRÍO (Alergia/rociadores nasales)		
COMB. DE ANTIHIST.-DESCONGEST.-ANTICOLINÉRGICOS DE I.º GENERACIÓN		
RESPA A.R. (<i>pseudoephed/chlor-mal/bell alk</i>)	T3	
PREPARACIONES PARA LA TOS/EL RESFRÍO (Medicamentos para la tos/el resfrío)		
ANTITUSIVOS NO OPIOIDES		
<i>benzonatate</i>	T1	
ANTITUS. NO OPIOIDES-ANTIHISTAMÍNICOS DE I.º GENERACIÓN-DESCONGESTIVOS		
BROMFED DM (<i>brompheniramine/pseudoephed/dm</i>)	T3	
<i>brompheniramine/pseudoephed/dm</i> (Bromfed Dm)	T1	
COMB. DE ANTITUSIVOS NO OPIOIDES-ANTIHISTAMÍNICOS DE I.º GENERACIÓN		
<i>promethazine/dextromethorphan</i>	T1	
ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTIHISTAMÍNICOS DE I.º GENERACIÓN-DESCONGEST.		
CAPCOF	T3	
HISTEX-AC	T3	
MAXI-TUSS CD	T3	
POLY-TUSSIN AC	T3	
<i>promethazine/phenyleph/codeine</i>	T1	
ZODRYL DAC 25	T3	
ZODRYL DAC 30	T3	
ZODRYL DAC 35	T3	
ZODRYL DAC 40	T3	
ZODRYL DAC 50	T3	
ZODRYL DAC 60	T3	
ZODRYL DAC 80	T3	
ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTIHISTAMÍNICOS DE I.º GENERACIÓN		
<i>hydrocodone/chlorphen p-stirex</i>	T1	
<i>promethazine hcl/codeine</i>	T1	
TUXARIN ER	T3	
TUZISTRA XR	T3	PA
ZODRYL AC 25	T3	
ZODRYL AC 30	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

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

ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTIISTAMÍNICOS DE I.º GENERACIÓN (cont.)

ZODRYL AC 35	T3	
ZODRYL AC 40	T3	
ZODRYL AC 50	T3	
ZODRYL AC 60	T3	
ZODRYL AC 80	T3	

COMBINACIONES DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTICOLINÉRGICOS

HYCODAN	T3	
HYCODAN (hydrocodone bit/homatrop me-br)	T3	

COMBINACIONES DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTICOLINÉRGICOS

hydrocodone bit/homatrop me-br	T1	
hydrocodone bit/homatrop me-br (Hycodan)	T1	

COMB. DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-DESCONGESTIVOS-EXPECTORANTES

CODITUSSIN DAC	T3	
ZODRYL DEC 25	T3	
ZODRYL DEC 30	T3	
ZODRYL DEC 35	T3	
ZODRYL DEC 40	T3	
ZODRYL DEC 50	T3	
ZODRYL DEC 60	T3	
ZODRYL DEC 80	T3	

COMBINACIÓN DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-EXPECTORANTES

codeine phosphate/guaifenesin	T1	
CODITUSSIN AC	T3	
GUAIFEN-CODEINE 100-10 MG/5 ML	T3	
guaifen-codeine 100-10 mg/5 ml	T1	
GUAIFEN-CODEINE 200-20 MG/10ML	T3	
MAR-COF CG	T3	
NINJACOF-XG	T3	
OBREDON	T3	PA

DIAGNÓSTICO (Diabetes)

DIAGNÓSTICO DEL NIVEL DE AZÚCAR EN SANGRE

FREESTYLE INSULINX	T2	
FREESTYLE INSULINX TEST STRIPS	T2	
FREESTYLE LITE TEST STRIP	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

DIAGNÓSTICO (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
DIAGNÓSTICO DEL NIVEL DE AZÚCAR EN SANGRE (cont.)		
FREESTYLE PRECISION NEO	T2	
FREESTYLE TEST STRIPS	T2	
HUMANA TRUE METRIX TEST STRIP	T2	
PRECISION XTRA	T2	
RELION TRUE METRIX TEST STRIP	T2	
TRUE METRIX GLUCOSE TEST STRIP	T2	
TRUETRACK GLUCOSE TEST STRIPS	T2	
ELEMENTOS PARA EXAMEN DE GLUCOSA EN ORINA		
DIASTIX REAGENT	T2	
DIAGNÓSTICO (Varios)		
PREPARACIONES PARA ANÁLISIS DE SANGRE		
FORA GTEL KETONE TEST STRIP	T3	
GOJJI BLOOD KETONE TEST STRIP	T3	
NOVAMAX PLUS	T2	
PRECISION XTRA	T2	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO CARDIOVASCULAR - RADIOPACOS		
OMNIPAQUE	T3	
PREPARACIONES DE DIAGNÓSTICO, VARIAS		
ARIDOL	T3	
METHACHOLINE CHLORIDE	T3	
PROVOCHOLINE	T3	
TC 99M SULFUR COLLOID PREP	T3	
TOXICOLOGY SALIVA COLLECTION	T3	
VUEBLU	T3	
AGENTES PARA EL DIAGNÓSTICO OCULAR		
<i>fluorescein sodium</i>	T1	
<i>ful-glo 1 mg ophth strip</i>	T1	
FUL-GLO EYE STRIPS	T3	
AGENTES PARA IMÁGENES POR FLUORESCENCIA - TEJIDO MALIGNO		
GLEOLAN	T3	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOPACOS GASTROINTESTINALES		
<i>diatrizoate meglumine, sodium</i> (Gastrografin)	T1	
ENTERO VU	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

DIAGNÓSTICO (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOPACOS GASTROINTESTINALES (cont.)		
E-Z DISK	T3	
E-Z-HD	T3	
E-Z-PAQUE	T3	
E-Z-PASTE	T3	
GASTROGRAFIN (<i>diatrizoate meglumine, sodium</i>)	T3	
GASTROMARK	T3	
LIQUID E-Z PAQUE	T3	
LIQUID POLIBAR PLUS	T3	
NEULUMEX	T3	
POLIBAR ACB	T3	
READI-CAT 2	T3	
SITZMARKS	T3	
SITZMARKS FOR KIDS	T3	
TAGITOL	T3	
VANILLA SILQ	T3	
VARIBAR HONEY	T3	
VARIBAR NECTAR	T3	
VARIBAR PUDDING	T3	
VARIBAR THIN HONEY	T3	
VARIBAR THIN LIQUID	T3	
VOLUMEN	T3	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO DE LA FUNCIÓN METABÓLICA		
METOPIRONE	T3	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOACTIVOS, GENERALES		
XENON XE-133	T3	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO DE LA FUNCIÓN METABÓLICA RADIOACTIVOS		
SODIUM IODIDE I-123	T3	
ELEMENTOS RADIOFARMACÉUTICOS		
INDICLOR	T3	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOPACOS URINARIOS		
CYSTO-CONRAY II	T3	
CYSTOGRAFIN	T3	
CYSTOGRAFIN-DILUTE	T3	
KETONE CARE TEST STRIP	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

DIAGNÓSTICO (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOPACOS URINARIOS (cont.)		
KETONE TEST STRIP	T2	
KETOSTIX REAGENT	T2	
TRUEPLUS KETONE TEST STRIP	T2	
ELEMENTOS PARA EXAMEN DE GLUCOSA/ACETONA EN ORINA, TIRAS REACTIVAS		
KETO-DIASTIX REAGENT	T2	
ELEMENTOS PARA DIVERSOS ANÁLISIS DE ORINA		
CHEK-STIX	T2	
CHEMSTRIP	T2	
CHEMSTRIP 10 WITH SG	T2	
CHEMSTRIP 2 GP	T2	
CHEMSTRIP 50B	T2	
CHEMSTRIP 7	T2	
CHEMSTRIP 9	T2	
COMBISTIX REAGENT	T2	
HEMA-COMBISTIX	T2	
KETO-DIASTIX REAGENT	T2	
LABSTIX REAGENT	T2	
MULTISTIX	T2	
MULTISTIX 10 SG	T2	
MULTISTIX 5	T2	
MULTISTIX 7	T2	
MULTISTIX 8 SG	T2	
MULTISTIX 9	T2	
MULTISTIX 9 SG	T2	
URISTIX 4	T2	
URISTIX REAGENT	T2	
DIURÉTICOS (Diuréticos)		
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ARGININA VASOPRESINA (AVP)		
tolvaptan 15 mg tablet (Samsca)	T1	PA QL (30 tabs/fill) SP
tolvaptan 30 mg tablet (Samsca)	T1	PA QL (60 tabs/fill) SP
INHIBIDORES DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA		
acetazolamide	T1	HD
methazolamide	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

DIURÉTICOS (Diuréticos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
DIURÉTICOS DE ASA		
<i>bumetanide</i>	T1	HD
EDECIN (<i>ethacrynic acid</i>)	T3	ST
<i>ethacrynic acid</i> (Edecrin)	T1	
<i>furosemide</i>	T1	HD
<i>furosemide</i> (Lasix)	T1	HD
LASIX (<i>furosemide</i>)	T3	ST HD
<i>torsemide</i>	T1	HD
AGENTE DE LA ENFERMEDAD RENAL POLIQUÍSTICA, ANTAG. DE LOS RECEPT. DE LA AVP		
<i>tolvaptan 15 mg tablet</i> (Jynarque)	T1	PA SP HD
<i>tolvaptan 15 mg-15 mg tablet</i> (Jynarque)	T1	PA SP HD
<i>tolvaptan 30 mg tablet</i> (Jynarque)	T1	PA SP HD
<i>tolvaptan 30 mg-15 mg tablet</i> (Jynarque)	T1	PA SP HD
<i>tolvaptan 45 mg-15 mg tablet</i> (Jynarque)	T1	PA SP HD
<i>tolvaptan 60 mg-30 mg tablet</i> (Jynarque)	T1	PA SP HD
<i>tolvaptan 90 mg-30 mg tablet</i> (Jynarque)	T1	PA SP HD
JYNARQUE 15 MG TABLET (<i>tolvaptan</i>)	T4	PA SP HD
JYNARQUE 15 MG-15 MG TABLET (<i>tolvaptan</i>)	T4	PA SP HD
JYNARQUE 30 MG TABLET (<i>tolvaptan</i>)	T4	PA SP HD
JYNARQUE 30 MG-15 MG TABLET (<i>tolvaptan</i>)	T4	PA SP HD
JYNARQUE 45 MG-15 MG TABLET (<i>tolvaptan</i>)	T4	PA SP HD
JYNARQUE 60 MG-30 MG TABLET (<i>tolvaptan</i>)	T4	PA SP HD
JYNARQUE 90 MG-30 MG TABLET (<i>tolvaptan</i>)	T4	PA SP HD
DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO		
ALDACTONE (<i>spironolactone</i>)	T3	HD
<i>amiloride hcl</i>	T1	HD
DYRENIUM (<i>triamterene</i>)	T3	HD
<i>eplerenone</i> (Inspra)	T1	HD
INSPIRA (<i>eplerenone</i>)	T3	HD
KERENDIA 10 MG TABLET	T2	PA QL (30 tabs/30 days)
KERENDIA 20 MG TABLET	T2	PA QL (30 tabs/30 days)
KERENDIA 40 MG TABLET	T2	PA
<i>spironolactone 25 mg/5 ml susp</i> (Carospir)	T1	
<i>spironolactone 25 mg tablet</i> (Aldactone)	T1	HD
<i>spironolactone 50 mg tablet</i> (Aldactone)	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

DIURÉTICOS (Diuréticos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO (cont.)		
<i>spironolactone 100 mg tablet (Aldactone)</i>	T1	HD
<i>triamterene (Dyrenium)</i>	T1	HD
DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO EN COMBINACIÓN		
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>DYAZIDE (triamterene/hydrochlorothiazid)</i>	T3	HD
<i>spironolact/hydrochlorothiazid</i>	T1	HD
<i>triamterene/hydrochlorothiazid (Dyazide)</i>	T1	HD
TIAZIDA Y DIURÉTICOS AFINES		
<i>chlorthalidone</i>	T1	HD
TIAZIDA Y DIURÉTICOS AFINES		
<i>DIURIL</i>	T3	HD
<i>hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>indapamide</i>	T1	HD
<i>metolazone</i>	T1	HD
PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Alergia/rociadores nasales)		
ANTIISTAMÍNICOS NAALES		
<i>azelastine 0.1% (137 mcg) spray</i>	T1	QL (60 mls/fill) HD
<i>azelastine 0.15% nasal spray</i>	T1	HD
<i>olopatadine hcl (Patanase)</i>	T1	QL (31 gms/fill) HD
<i>PATANASE (olopatadine hcl)</i>	T3	QL (31 gms/fill) HD
COMB. DE ANTIISTAMÍNICOS NAALES Y ANTIINFLAM. ESTEROIDEOS		
<i>azelastine/fluticasone (Dymista)</i>	T1	ST QL (23 gms/fill) HD
<i>RYALTRIS</i>	T3	ST QL (1 bottle/fill) HD
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS NAALES		
<i>flunisolide</i>	T1	ST QL (50 mls/fill) HD
<i>fluticasone prop 50 mcg spray</i>	T1	QL (16 gms/fill) HD
<i>mometasone furoate 50 mcg spray (Nasonex)</i>	T1	ST QL (17 gms/fill) HD
<i>XHANCE</i>	T2	ST QL (32 mls/30 days) HD
PREPARACIONES NAALES, VARIAS (CON RECETA)		
<i>COCAINE HCL</i>	T3	
<i>GOPRELTO</i>	T3	
<i>ipratropium 0.03% spray</i>	T1	QL (30 mls/fill) HD
<i>ipratropium 0.06% spray</i>	T1	QL (30 mls/fill) HD
<i>NUMBRINO</i>	T3	

T1 – Genéricos
T2 – Marcas preferidas
T3 – Marcas no preferidas

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Alergia/rociadores nasales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES NASALES, VASOCONSTRICTORES (CON RECETA)		
ADRENALIN CHLORIDE	T3	
epinephrine hcl	T1	
PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Medicamentos para los oídos)		
PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIINFLAMATORIAS		
DERMOTIC (<i>fluocinolone acetonide oil</i>)	T3	
fluocinolone acetonide oil (Dermotic)	T1	
PREPARACIONES ÓTICAS, VARIAS, ANTIINFECCIOSOS		
acetic acid	T1	
CORTANE-B (<i>hydrocort/pramoxine/chloroxyl</i>)	T3	
hydrocortisone/acetic acid	T1	
PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Condiciones oculares)		
AGENTES PARA EL ENTRECRUZAMIENTO DE COLÁGENO CORNEAL		
PHOTREXA CROSS-LINKING	T3	
PHOTREXA VISCOUS	T3	
LÁGRIMAS ARTIFICIALES		
KLARITY (CHONDROITIN)	T3	
LACRISERT	T3	PA QL (60 inserts/fill)
MIEBO	T2	PA QL (3 mls/fill)
ANTIINFECCIOSOS PARA LOS OJOS (CON RECETA ÚNICAMENTE)		
BETADINE	T3	
povidone-iodine	T1	
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS PARA LOS OJOS		
ACULAR (<i>ketorolac tromethamine</i>)	T3	ST
ACULAR LS (<i>ketorolac tromethamine</i>)	T3	ST
bromfenac sodium	T1	
bromfenac sodium (Bromsite)	T1	
bromfenac sodium (Prolensa)	T1	
dexamethasone sodium phosphate	T1	
DEXTENZA	T3	
diclofenac 0.1% eye drops	T1	
difluprednate (Durezol)	T1	
EYSUVIS	T2	PA QL (8.3 mls/30 days)
fluorometholone (Fml)	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Condiciones oculares) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS PARA LOS OJOS (cont.)		
<i>flurbiprofen sodium</i>	T1	
FML (<i>fluorometholone</i>)	T3	ST
ILEVRO	T3	
INVELTYS	T3	ST
<i>ketorolac 0.4% ophth solution</i> (Acular Ls)	T1	
<i>ketorolac 0.5% ophth solution</i> (Acular)	T1	
KLARITY-L (LOTEPREDNOL-CHONDR)	T3	
LOTEMAX 0.5% EYE DROPS (<i>loteprednol etabonate</i>)	T3	
LOTEMAX 0.5% EYE OINTMENT	T3	ST
LOTEMAX 0.5% OPHTHALMIC GEL (<i>loteprednol etabonate</i>)	T3	ST
LOTEMAX SM	T3	ST
<i>loteprednol etabonate</i> (Alrex)	T1	PA SP HD
<i>loteprednol etabonate</i> (Lotemax)	T1	PA SP HD
PRED FORTE (<i>prednisolone acetate</i>)	T3	
<i>prednisolone ac 1% eye drop</i> (Pred Forte)	T1	
PREDNISOLONE ACET 1% EYE DROP	T3	
<i>prednisolone sod ph/bromfenac</i>	T1	
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	T1	
PREDNISOLONE-BROMFENAC	T3	
PREDNISOLONE-NEPAFENAC	T3	
PROLENSA (<i>bromfenac sodium</i>)	T3	ST
ANESTÉSICOS LOCALES PARA LOS OJOS		
AKTEN	T3	
ALCAINE (<i>proparacaine hcl</i>)	T3	
ALTAFLUOR BENOX (<i>benoxinate hcl/fluorescein sod</i>)	T3	
FLUORESCIN-BENOXINATE	T3	
<i>proparacaine hcl</i> (Alcaine)	T1	
<i>proparacaine/fluorescein sod</i>	T1	
<i>tetracaine 0.5% eye drop</i>	T1	
TETRACAIN 0.5% STERI-UNIT SOL	T3	
<i>tetracaine hcl</i>	T1	
TETRAVISC	T3	
TETRAVISC FORTE	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Condiciones oculares) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS PARA LOS OJOS		
ALOCRIL	T3	ST
<i>cromolyn 4% eye drops</i>	T1	
COMBINACIONES DE MIDRIÁTICOS OCULARES Y AINE		
MYDRIATIC4(TROP-PROP-PE-KTRLC)	T3	
PREPARACIONES OCULARES, VARIAS (SIN RECETA)		
GELFILM	T3	
VASOCONSTRICTORES PARA LOS OJOS		
<i>phenylephrine hcl</i>	T1	
MIÓTICOS Y OTROS REDUCTORES DE LA PRESIÓN INTRAOCULAR		
ALPHAGAN P	T3	ST HD
ALPHAGAN P (<i>brimonidine tartrate</i>)	T3	ST HD
<i>apraclonidine hcl</i>	T1	HD
betaxolol hcl	T1	HD
BETOPTIC S	T3	HD
<i>bimatoprost</i>	T1	PA HD
BIMATOPROST-BRIMONIDINE-DORZOL	T3	HD
BIMATOPROST-DORZOLAMID-TIMOLOL	T3	HD
<i>brimonidine tartrate</i>	T1	HD
<i>brimonidine tartrate</i> (Alphagan P)	T1	HD
<i>brimonidine tartrate/timolol</i> (Combigan)	T1	HD
BRIMONIDINE 0.1%-DORZOLAM 2%	T3	
BRIMONIDINE 0.15%-DORZOLAM 2%	T3	HD
<i>brinzolamide</i> (Azopt)	T1	HD
<i>carteolol hcl</i>	T1	HD
COMBIGAN (<i>brimonidine tartrate/timolol</i>)	T3	ST HD
DORZOLAMIDE	T3	HD
<i>dorzolamide hcl</i>	T1	HD
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i> (Cosopt)	T1	HD
<i>dorzolamide/timolol/pf</i> (Cosopt Pf)	T1	HD
IOPIDINE	T3	ST HD
ISOPTO CARPINE (<i>pilocarpine hcl</i>)	T3	HD
LATANOPROST 0.005% EYE DROP	T3	HD
<i>latanoprost 0.005% eye drops</i> (Xalatan)	T1	PA HD
<i>levobunolol hcl</i>	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Condiciones oculares) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MIÓTICOS Y OTROS REDUCTORES DE LA PRESIÓN INTRAOCULAR (cont.)		
PHOSPHOLINE IODIDE	T4	SP HD
<i>pilocarpine 1%, 2%, 4% eye drops</i>	T1	HD
<i>pilocarpine hcl (Isopto Carpine)</i>	T1	HD
RHOPRESSA	T3	
ROCKLATAN	T3	PA
SIMBRINZA	T3	HD
<i>timolol (Betimol)</i>	T1	ST HD
<i>timolol 0.25% gel-solution (Timoptic-Xe)</i>	T1	ST HD
<i>timolol 0.5% eye drop (Istalol)</i>	T1	ST HD
<i>timolol 0.5% gel-solution (Timoptic-Xe)</i>	T1	ST HD
<i>timolol 0.5% gfs gel-solution (Timoptic-Xe)</i>	T1	ST HD
TIMOLOL-BIMATOPROST	T3	HD
<i>timolol maleate 0.25% eye drop</i>	T1	ST HD
<i>timolol maleate 0.25% eye drop (Timoptic)</i>	T1	HD
<i>timolol maleate 0.5% eye drop (Timoptic Ocudose)</i>	T1	ST HD
<i>timolol maleate 0.5% eye drops (Timoptic)</i>	T1	HD
TIMOLOL-BRIMONIDIN-DORZOLAMIDE	T3	HD
TIMOLOL-BRIMONI-DORZOL-BIMATOP	T3	HD
TIMOLOL-BRIMONI-DORZOL-LATANOP	T3	HD
TIMOLOL-DORZOLAMIDE	T3	HD
TIMOLOL-DORZOLAMIDE-BIMATOPRST	T3	HD
TIMOLOL-DORZOLAMIDE-LATANOPRST	T3	HD
TIMOLOL-LATANOPROST	T3	HD
TIMOPTIC (<i>timolol maleate</i>)	T3	ST HD
TIMOPTIC-XE (<i>timolol maleate</i>)	T3	ST HD
<i>travoprost (Travatan Z)</i>	T1	PA HD
MIDRIÁTICOS		
<i>atropine 1% eye drops</i>	T1	PA SP HD
<i>atropine sulf 0.025% eye drop</i>	T1	HD
<i>atropine sulfate 0.01% eye drp</i>	T1	PA SP HD
<i>atropine 1% eye ointment</i>	T1	HD
ATROPINE SULF 0.025% EYE DROP	T3	HD
ATROPINE SULFATE 0.01% EYE DRP	T3	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Condiciones oculares) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MIDRIÁTICOS (cont.)		
ATROPINE SULFATE 0.05% EYE DRP	T3	HD
ATROPINE SULFATE-0.9% NACL	T3	HD
CYCLOGYL	T3	HD
CYCLOGYL (<i>cyclopentolate hcl</i>)	T3	HD
CYCLOMYDRIL	T3	HD
<i>cyclopentolat/tropic/phenyleph</i>	T1	HD
<i>cyclopentolate hcl</i>	T1	HD
<i>cyclopentolate hcl</i> (Cyclogyl)	T1	HD
CYCLOPENTOLATE-TROPICAMIDE-PE	T3	HD
<i>homatropine hbr</i>	T1	HD
MYDCOMBI	T3	HD
MYDRIACYL (<i>tropicamide</i>)	T3	HD
PAREMYD	T3	HD
<i>tropicamide</i>	T1	HD
<i>tropicamide 1%-phenylephr 2.5%</i>	T1	
<i>tropicamide</i> (Mydriacyl)	T1	HD
TROPICAMIDE-CYCLOPENTOLATE-PE	T3	HD
TROPICAMIDE-CYCLOPENT-PE-KTRLC	T3	
TROPIC-CYCLOPENT-PE-KTRLC-PROP	T3	HD
TROPICAMIDE 1%-PHENYLEPHR 2.5%	T3	
ANTICUERPOS MONOCLONALES RECOMBINANTES ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DEL VEGF-A OFTÁLMICOS		
LUCENTIS	T4	PA SP
AGENTES ANTIFIBRÓTICOS OFTÁLMICOS		
MITOMYCIN-WATER	T3	
MITOSOL	T3	
ANTIINFLAMATORIOS OFTÁLMICOS, TIPO INMUNOMODULADOR		
CEQUA	T3	PA QL (60 Vls/30 days)
<i>cyclosporine 0.05% eye emuls</i> (Restasis)	T1	PA QL (60 vials/fill) HD
CYCLOSPORINE IN KLARITY	T3	HD
RESTASIS (<i>cyclosporine</i>)	T3	PA QL (60 vials/fill) HD
RESTASIS MULTIDOSE	T2	PA QL (6 mls/fill) HD
XIIDRA	T2	PA QL (60 vls/fill) HD
VEVYE	T3	PA QL (2 mls/fill) HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Condiciones oculares) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES OFTÁLMICOS REDUCTORES DE LA CISTINA		
CYSTARAN	T4	PA SP
FACTOR DE CRECIMIENTO DEL NERVIÓ OFTÁLMICO HUMANO (HNGF)		
OXERVATE	T4	PA SP HD
PREPARACIONES OFTÁLMICAS, VARIAS		
HEALON GV	T3	
AGONISTAS OFTÁLMICOS DE TRPM8		
TRYPTYR	T3	PA
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Medicamentos para el colesterol)		
SUPLEMENTOS DE LÍPIDOS ORALES		
DOJOLVI	T4	PA SP HD
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Productos dentales)		
PREPARACIONES CON FLÚOR		
CLINPRO 5000	T3	
FLORIVA	T3	
fluoride (sodium)	T1	
fluoride (sodium) (Prevident 5000 Plus)	T1	
fluoride (sodium) (Prevident)	T1	
FLUORIDEX	T3	
FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF	T3	
FRAICHE 5000 PREVI	T3	
JUSTRIGHT 5000	T3	
PREVIDENT	T3	
PREVIDENT (fluoride (sodium))	T3	
PREVIDENT 5000 DRY MOUTH	T3	
PREVIDENT 5000 ENAMEL PROTECT	T3	
PREVIDENT 5000 ORTHO DEFENSE	T3	
PREVIDENT 5000 PLUS (fluoride (sodium))	T3	
PREVIDENT 5000 SENSITIVE	T3	
PREVIDENT KIDS	T3	
sodium fluoride 0.2% rinse (Prevident)	T1	
sodium fluoride 1.1% cream (Prevident 5000 Plus)	T1	
sodium fluoride 1.1% gel (Prevident)	T1	
sodium fluoride 5000 ppm cream (Prevident 5000 Plus)	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Productos dentales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES CON FLÚOR (cont.)		
<i>sodium fluoride 5000 ppm paste</i>	T1	
<i>sodium fluoride/potassium nit</i>	T1	
PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS		
<i>fluoride (sodium)</i>	T1	PPACA
FLURA-DROPS	T3	
<i>sodium fluoride 0.25 (0.55) mg</i>	T1	PPACA
<i>sodium fluoride 0.5 mg(1.1 mg)</i>	T1	PPACA
<i>sodium fluoride 0.5 mg/ml drop</i>	T1	PPACA
<i>sodium fluoride 1 mg (2.2 mg)</i>	T1	PPACA
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Diabetes)		
AGENTES PARA TRATAR LA HIPOGLUCEMIA (HIPERGLUCÉMICOS)		
<i>cvs glucose 4 gram tablet chew (Trueplus Glucose)</i>	T1	
CVS GLUCOSE LIQUID SHOT	T3	
DEX4 GLUCOSE 15 GM GEL PACKET	T3	
<i>dex4 glucose 4 gm tablet chew (Trueplus Glucose)</i>	T1	
DEX4 GLUCOSE LIQUID	T3	
DEX4 GLUCOSE LIQUID BLAST	T3	
<i>dex4 glucose tab pouch pack (Trueplus Glucose)</i>	T1	
<i>dex4 quick dissolve tab chew (Trueplus Glucose)</i>	T1	
<i>dextrose</i>	T1	
<i>dextrose (Glucose-15)</i>	T1	
<i>dextrose (Glucose-45)</i>	T1	
<i>dextrose/vitamin d3</i>	T1	
<i>diazoxide (Proglycem)</i>	T1	
<i>drug mart glucose 4 gm tab chw (Trueplus Glucose)</i>	T1	
GLUCO SHOT	T3	
GLUCOSE 2 GRAM GUMMY	T2	QL (2 vials/fill)
<i>glucose 3.75 gram tablet chew (Trueplus Glucose)</i>	T1	
<i>glucose 4 gram tablet chew (Trueplus Glucose)</i>	T1	
GLUCOSE LIQUID	T3	
GLUTOSE-15 (<i>dextrose</i>)	T2	
GLUTOSE-45 (<i>dextrose</i>)	T2	
<i>gnp glucose 3.75 gram tab chew (Trueplus Glucose)</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA TRATAR LA HIPOGLUCEMIA (HIPERGLUCÉMICOS) (cont.)		
<i>gnp glucose 4 gram tablet chew</i> (Trueplus Glucose)	T1	
<i>gnp quick dissolve glucose tab</i> (Trueplus Glucose)	T1	
<i>gs glucose 4 gram tablet chew</i> (Trueplus Glucose)	T1	
GVOKE	T2	QL (2 vials/fill)
GVOKE HYPOPEN 1-PACK	T2	QL (2 auto-injs/fill)
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	T2	QL (2 auto-injs/fill)
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE	T2	QL (2 syringes/fill)
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE	T2	QL (2 syringes/fill)
INSTA-GLUCOSE	T3	
<i>kro glucose 4 gram tablet chew</i> (Trueplus Glucose)	T1	
<i>kroger glucose 4 gram tab chew</i> (Trueplus Glucose)	T1	
<i>leader glucose 4 gm tab chew</i> (Trueplus Glucose)	T1	
<i>leader quick dissolve gluc tab</i> (Trueplus Glucose)	T1	
<i>longs glucose 4 gram tab chew</i> (Trueplus Glucose)	T1	
<i>meijer glucose 4 gram tab chew</i> (Trueplus Glucose)	T1	
<i>ms glucose 4 gram tablet chew</i> (Trueplus Glucose)	T1	
<i>ms quick dissolve glucose tab</i> (Trueplus Glucose)	T1	
<i>preferred plus glucose tab chw</i> (Trueplus Glucose)	T1	
PROGLYCEM (<i>diazoxide</i>)	T3	
<i>pub glucose 4 gram tablet chew</i> (Trueplus Glucose)	T1	
<i>ra glucose 4 gram tablet chew</i> (Trueplus Glucose)	T1	
<i>relion glucose 4 gram tab chew</i> (Trueplus Glucose)	T1	
<i>reli-on glucose 4 gram tab chw</i> (Trueplus Glucose)	T1	
RELION GLUCOSE LIQUID	T3	
<i>smart sense glucose 4 gram tab</i> (Trueplus Glucose)	T1	
TRUEPLUS GLUCOSE	T3	
TRUEPLUS GLUCOSE (<i>dextrose</i>)	T3	
<i>upup glucose 4 gram tab chew</i> (Trueplus Glucose)	T1	
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Varios)		
SUPLEMENTOS DE ÁCIDO NUCLEICO/NUCLEÓTIDOS		
XURIDEN	T4	PA SP

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Nutritivos/alimenticios)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
CARBOHIDRATOS		
ENFAMIL	T2	
GLUTOL	T2	
REDUCTORES DE ELECTROLITOS		
AURYXIA	T3	
calcium acetate 667 mg capsule, gelcap	T1	QL (360 caps/fill)
calcium acetate 667 mg tablet	T1	QL (360 tabs/fill)
lanthanum carbonate (Fosrenol)	T1	QL (90 tabs/fill)
LOKELMA	T2	QL (30 packs/fill)
REVELA 0.8 GM POWDER PACKET (sevelamer carbonate)	T3	QL (180 packs/fill)
REVELA 2.4 GM POWDER PACKET (sevelamer carbonate)	T3	QL (90 packs/fill)
REVELA 800 MG TABLET (sevelamer carbonate)	T3	QL (270 tabs/fill)
sodium polystyrene sulfon/sorb	T1	
sodium polystyrene sulfonate	T1	
VELPHORO	T3	QL (120 tabs/30 days)
VELTASSA 1 GM POWDER PACKET	T2	
VELTASSA 8.4 GM POWDER PACKET	T2	QL (30 packs/30 days)
VELTASSA 16.8 GM POWDER PACKET	T2	QL (30 packs/30 days)
VELTASSA 25.2 GM POWDER PACKET	T2	QL (30 packs/30 days)
PREPARACIONES CON FLÚOR		
CLINPRO 5000	T3	
fluoride (sodium)	T1	
fluoride (sodium) (Prevident 5000 Plus)	T1	
fluoride (sodium) (Prevident)	T1	
FLUORIDEX	T3	
JUSTRIGHT 5000	T3	
PREVIDENT	T3	
PREVIDENT (fluoride (sodium))	T3	
PREVIDENT 5000 DRY MOUTH	T3	
PREVIDENT 5000 ORTHO DEFENSE	T3	
PREVIDENT 5000 PLUS (fluoride (sodium))	T3	
PREVIDENT KIDS	T3	
sodium fluoride 0.2% rinse (Prevident)	T1	
sodium fluoride 1.1% cream (Prevident 5000 Plus)	T1	
sodium fluoride 1.1% gel (Prevident)	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Nutritivos/alimenticios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES CON FLÚOR (cont.)		
<i>sodium fluoride 5000 ppm cream (Prevident 5000 Plus)</i>	T1	
<i>sodium fluoride 5000 ppm paste</i>	T1	
AGENTES QUE CONTIENEN YODO		
<i>potassium iodide</i>	T1	
<i>potassium iodide/iodine</i>	T1	
SSKI	T3	
REPOSICIÓN DE HIERRO		
ABATRON	T3	
ABATRON AF	T3	
ACCRUFER	T3	
ACTIVE FE	T3	
APETIGEN-PLUS	T2	
BENTIVITE BX	T3	
CHROMAGEN	T3	
CITRANATAL BLOOM	T3	
CORVITE 150	T3	
CORVITE FE	T3	
<i>cvs iron 27 mg tablet (Fergon)</i>	T1	
<i>cvs iron 65 mg tablet</i>	T1	
CVS SLOW RELEASE IRON 45 MG TB	T3	
<i>cvs slow release iron 45 mg tb</i>	T1	
<i>cvs slow release iron tablet</i>	T1	
<i>eql iron 65 mg tablet</i>	T1	
<i>eql slow release iron 45 mg tab</i>	T1	
<i>eql slow release iron 50 mg tb</i>	T1	
FEOSOL 45 MG CAPLET (<i>iron,carbonyl</i>)	T2	
<i>feosol 65 mg tablet</i>	T1	
FEOSOL BIFERA 28 MG CAPLET	T2	
FERAHEME (<i>ferumoxytol</i>)	T3	PA
FERGON 27 MG TABLET	T3	
FERGON 27 MG TABLET (<i>ferrous gluconate</i>)	T2	
FERGON TABLET	T3	
FER-IN-SOL (<i>ferrous sulfate</i>)	T2	
FERIVA 21-7	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Nutritivos/alimenticios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
REPOSICIÓN DE HIERRO (cont.)		
FERIVA FA	T3	
FERRACTIV IRON	T3	
FERRALET 90	T3	
FERRETTIS IPS 18 MG CAP	T3	
FERRETTIS IPS 40 MG/15 ML LIQ	T2	
FERRIMIN 150	T2	
FERRLECIT (<i>sodium ferric gluconat/sucrose</i>)	T3	PA
FERRO-SEQUELS	T3	
<i>ferrous fum/vit c/b12-if/folic</i>	T1	PPACA
<i>ferrous fumarate</i>	T1	
<i>ferrous fumarate 324 mg tablet</i>	T1	
FERROUS FUMARATE 29 MG TAB	T3	
<i>ferrous fumarate/folic acid (Hemocyte-F)</i>	T1	
<i>ferrous gluconate</i>	T1	
<i>ferrous gluconate (Fergon)</i>	T1	
<i>ferrous sulf 300 mg/5 ml cup</i>	T1	
FERROUS SULF 300 MG/5 ML CUP	T3	
<i>ferrous sulf 15 mg iron/ml drp (Fer-In-Sol)</i>	T1	
<i>ferrous sulf 220 mg/5 ml elix</i>	T1	
<i>ferrous sulf 220 mg/5 ml liq</i>	T1	
<i>ferrous sulf 44 mg iron/5ml lq</i>	T1	
<i>ferrous sulf 300 mg/6.8ml soln</i>	T1	
<i>ferrous sulf ec 324 mg tablet</i>	T1	
<i>ferrous sulf ec 325 mg tablet</i>	T1	
<i>ferrous sulfate</i>	T1	
<i>ferrous sulfate (Fer-In-Sol)</i>	T1	
<i>ferrous sulfate 325 mg tablet</i>	T1	
<i>ferrous sulfate/vit c/folic ac</i>	T1	PPACA
<i>ferumoxytol (Feraheme)</i>	T1	PA
<i>ft iron 65 mg tablet</i>	T1	
FT IRON 45 MG TABLET	T3	
FUSION	T3	
FUSION PLUS	T3	
GENTLE IRON	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Nutritivos/alimenticios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
REPOSICIÓN DE HIERRO (cont.)		
<i>gnp iron 45 mg tablet</i>	T1	
<i>gnp iron 65 mg tablet</i>	T1	
HEMATEX	T3	
HEMATEX (<i>iron polysaccharide complex</i>)	T3	
HEMATOGEN	T3	
HEMATRON-AF	T3	
HEMAX	T3	
HEMOCYTE PLUS (<i>iron fum/folic acid/mv,min 15</i>)	T3	
HEMOCYTE-F (<i>ferrous fumarate/folic acid</i>)	T3	
<i>hm iron 65 mg tablet</i>	T1	
<i>hm slow release iron tablet</i>	T1	
I.L.X. B-12	T2	
ICAR	T2	
ICAR-C (<i>iron,carbonyl/ascorbic acid</i>)	T2	
ICAR-C PLUS (<i>iron,carb/vit c/vit b12/folic</i>)	T3	
INFED	T2	PA
INJECTAFER	T3	PA
INTEGRA	T2	
INTEGRA F (<i>iron fum,ps/folic acid/vitc/b3</i>)	T3	
INTEGRA PLUS (<i>iron fum,ps/folic/bcomp,c no.9</i>)	T3	
<i>iron 27 mg tablet</i>	T1	
<i>iron 27 mg tablet (Fergon)</i>	T1	
<i>iron 28 mg tablet</i>	T1	
<i>iron 45 mg tablet</i>	T1	
<i>iron 65 mg tablet</i>	T1	
<i>iron aspgly,ps/c/b12/fa/ca/suc</i>	T1	
<i>iron aspgly,ps/c/succinic acid</i>	T1	
<i>iron aspgly/c/b12/fa/ca-th/suc</i>	T1	
<i>iron bg,ps/vitc/b12/fa/calcium</i>	T1	
IRON BISGLYCINATE	T3	
<i>iron fum,ag/c/b12/folic/ca/suc</i>	T1	
<i>iron fum,ps/folic acid/vitc/b3 (Integra F)</i>	T1	
<i>iron fum,ps/folic/bcomp,c no.9 (Integra Plus)</i>	T1	
<i>iron fum/folic acid/mv,min 15 (Hemocyte Plus)</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Nutritivos/alimenticios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
REPOSICIÓN DE HIERRO (cont.)		
<i>iron fumarate/vit c/vit b12/fa</i>	T1	
<i>iron polysaccharide complex</i>	T1	
<i>iron polysaccharide complex (Nu-Iron 150)</i>	T1	
<i>iron ps complex/b12/folic acid</i>	T1	
<i>iron,carb/vit c/vit b12/folic (Icar-C Plus)</i>	T1	
<i>iron,carbonyl</i>	T1	
<i>iron,carbonyl (Feosol)</i>	T1	
<i>iron,carbonyl/ascorbic acid (Icar-C)</i>	T1	
<i>iron/c/b12/calcium/stomach conc</i>	T1	
<i>iron/c/folic acid/mv cmb11/calc</i>	T1	
<i>iron/folic acid/vit bcomp,c/min</i>	T1	
<i>iron/folic acid/b12/c/docusate</i>	T1	
<i>iron/folic acid/c/b6/b12/zinc</i>	T1	
<i>iron sucrose complex</i>	T1	PA
<i>iron/vit c/fructooligosaccharide</i>	T1	
IRON-VITAMIN C 65-125 MG TAB	T2	PA SP HD
<i>iron-vitamin c 100-250 mg tab (Icar-C)</i>	T1	PA SP HD
IRONUP	T3	
IRO-PLEX	T3	
IROSPAN	T3	
LIQUID IRON	T3	
LYDIA PINKHAM HERBAL	T3	
MAXFE	T3	
MONOFERRIC	T3	PA
NEONATAL FE	T3	
NIFEREX	T3	
NOVAFERRUM ALL GOOD	T3	PA SP HD
NOVAFERRUM WOW	T3	PA SP HD
NOVAFERRUM YAY IRON	T3	
NOVAFERRUM YUMMY PEDIATRIC	T2	PA SP HD
NUFERA	T3	
NU-IRON 150 (<i>iron polysaccharide complex</i>)	T2	
PARVLEX	T3	
PERFECT IRON	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Nutritivos/alimenticios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
REPOSICIÓN DE HIERRO (cont.)		
PRO FE	T2	
PROFERRIN	T2	
PROFERRIN-FORTE	T3	
PROTECT IRON	T3	
<i>ra high potency iron 27 mg tab</i>	T1	
RA HIGH POTENCY IRON 27 MG TAB	T3	
<i>ra iron 65 mg tablet</i>	T1	
RA SLOW RELEASE IRON 45 MG TAB	T2	
SIDEROL	T3	
SLOW FE	T2	
<i>slow release iron 160 mg tab</i>	T1	
SLOW RELEASE IRON 45 MG TABLET	T2	
<i>slow release iron 45 mg tablet</i>	T1	
SLOW RELEASE IRON 45 MG TABLET	T3	
SLOW RELEASE IRON TABLET	T2	
<i>sm iron 65 mg tablet</i>	T1	
<i>sm iron 160 mg tablet sa</i>	T1	
<i>sm iron 325 mg tablet</i>	T1	
SM SLOW RELEASE IRON 45 MG TAB	T2	
<i>sodium ferric gluconat/sucrose (Ferrlecit)</i>	T1	PA
<i>sv iron 65 mg tablet</i>	T1	
SV SLOW RELEASE IRON 45 MG TAB	T2	
TANDEM DUAL ACTION	T2	
TL-HEM 150	T3	
TRIFERIC	T3	
<i>true ferrous sulf ec 324 mg tb</i>	T1	
TULIVITE	T3	
VENOFER	T2	PA
VIRT-FEFA PLUS CAPSULE	T3	
<i>virt-fefa plus capsule (Integra Plus)</i>	T1	
VITABEX IRON	T3	
VITAFOL	T3	
VITRON-C	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Nutritivos/alimenticios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS		
fluoride (sodium)	T1	PPACA
FLURA-DROPS	T3	
sodium fluoride 0.25 (0.55) mg	T1	PPACA
sodium fluoride 0.5 mg(1.1 mg)	T1	PPACA
sodium fluoride 0.5 mg/ml drop	T1	PPACA
sodium fluoride 1 mg (2.2 mg)	T1	PPACA
REPOSICIÓN DE POTASIO		
EFFER-K 10 MEQ TABLET EFF	T3	
EFFER-K 20 MEQ TABLET EFF	T3	
effer-k 25 meq tablet eff	T1	
potassium bicarbonate/cit ac	T1	
potassium chloride	T1	
potassium cl 10% (20 meq/15ml)	T1	
potassium cl 20% (40 meq/15ml)	T1	
potassium cl 20 meq packet	T1	
potassium cl10%(20meq/15ml)cup	T1	
potassium cl10%(40meq/30ml)cup	T1	
potassium cl20%(40meq/15ml)cup	T1	
potassium cl er 8 meq tablet	T1	
potassium cl er 10 meq capsule, tablet	T1	
potassium cl er 15 meq tablet	T1	
POTASSIUM CL ER 15 MEQ TABLET	T1	
potassium cl er 20 meq tablet	T1	
REPOSICIÓN DE PROTEÍNAS		
AQNEURSA	T4	PA SP
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Condiciones urinarias)		
SOLUCIONES PARA DIÁLISIS		
PRISMASOL	T3	
MODIFICADORES DEL PH URINARIO		
citric acid/sodium citrate	T1	HD
K-PHOS NO.2	T3	HD
K-PHOS ORIGINAL	T2	HD
ORACIT	T3	HD
potassium citrate	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Condiciones urinarias)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MODIFICADORES DEL PH URINARIO (cont.)		
<i>potassium citrate</i> (Urocit-K)	T1	HD
RENACIDIN	T2	HD
UROCIT-K (<i>potassium citrate</i>)	T3	HD
UROQID-ACID NO.2	T3	HD
GASTROINTESTINALES (Medicamentos para el colesterol)		
LIPOTRÓPICOS		
<i>icosapent ethyl</i> (Vascepa)	T1	PA HD
<i>omega-3 acid ethyl esters</i> (Lovaza)	T1	PA HD
VASCEPA (<i>icosapent ethyl</i>)	T2	PA HD
GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis)		
INHIBIDORES DE AMONÍACO		
BUPHENYL (<i>sodium phenylbutyrate</i>)	T4	PA SP HD
<i>lactulose</i>	T1	HD
<i>lactulose 10 gm/15 ml solution</i>	T1	HD
LITHOSTAT	T3	HD
ANTICOLINÉRGICOS, AMONIO CUATERNARIO		
<i>chlordiazepoxide/clidinium br</i> (Librax)	T1	
GLYCATE	T3	
<i>glycopyrrolate</i>	T1	
<i>glycopyrrolate</i> (Cuvposa)	T1	
<i>glycopyrrolate</i> (Robinul Forte)	T1	
<i>glycopyrrolate</i> (Robinul)	T1	
OLPRUVA DOSE KIT, DOSE ENVELOPE	T4	SP PA HD
PHEBURANE	T4	PA SP
RAVICTI	T4	PA SP HD
ROBINUL (<i>glycopyrrolate</i>)	T3	
ROBINUL FORTE (<i>glycopyrrolate</i>)	T3	
<i>sodium phenylbutyrate</i> (Buphenyl)	T1	PA SP HD
ANTICOLINÉRGICOS/ANTIESPASMÓDICOS		
<i>dicyclomine 10 mg capsule</i>	T1	
<i>dicyclomine 10 mg/5 ml soln</i>	T1	
<i>dicyclomine 20 mg tablet</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIDIARREICOS - INHIBIDORES DE LA TRIPTÓFANO HIDROXILASA		
XERMELO	T4	PA QL (84 tabs/28 days) SP
ANTIDIARREICOS		
<i>diphenoxylate hcl/atropine</i>	T1	
<i>diphenoxylate hcl/atropine</i> (Lomotil)	T1	
LOMOTIL (<i>diphenoxylate hcl/atropine</i>)	T3	
MOTOFEN	T3	
<i>opium tincture</i>	T1	
<i>paregoric</i>	T1	
ANTIEMÉTICOS, TIPO CANNABINOIDES		
<i>dronabinol</i> (Marinol)	T1	PA
MARINOL (<i>dronabinol</i>)	T3	PA
SYNDROS	T3	PA
AGENTES ANTIEMÉTICOS/ANTIVÉRTIGO		
<i>aprepitant 125 mg capsule</i>	T1	QL (1 cap/fill)
<i>aprepitant 125-80-80 mg pack</i> (Emend)	T1	QL (3 caps/fill)
<i>aprepitant 40 mg capsule</i> (Emend)	T1	QL (1 cap/fill)
<i>aprepitant 80 mg capsule</i> (Emend)	T1	QL (2 caps/fill)
COMPAZINE (<i>prochlorperazine maleate</i>)	T3	
COMPAZINE (<i>prochlorperazine</i>)	T3	
DICLEGIS (<i>doxylamine succinate/vit b6</i>)	T3	QL (120 tabs/fill)
<i>fosaprepitant dimeglumine</i> (Emend)	T1	
<i>granisetron hcl 0.1 mg/ml vial</i>	T1	
<i>granisetron hcl 1 mg tablet</i>	T1	QL (6 tabs/fill)
<i>granisetron hcl 1 mg/ml vial</i>	T1	
<i>granisetron hcl 4 mg/4 ml vial</i>	T1	
<i>meclizine 50 mg tablet</i>	T1	
<i>ondansetron 4 mg/2 ml</i>	T1	
<i>ondansetron 40 mg/20 ml vial</i>	T1	
<i>ondansetron hcl 4 mg tablet</i>	T1	QL (9 tabs/fill)
<i>ondansetron hcl 4 mg/2 ml syr</i>	T1	
<i>ondansetron hcl 4 mg/2 ml vial</i>	T1	
<i>ondansetron hcl 8 mg tablet</i>	T1	QL (9 tabs/fill)
<i>ondansetron odt 4 mg tablet</i>	T1	QL (9 tabs/30 days)

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIEMÉTICOS/ANTIVÉRTIGO (cont.)		
<i>ondansetron odt 8 mg tablet</i>	T1	QL (9 tabs/30 days)
<i>prochlorperazine (Compazine)</i>	T1	
<i>prochlorperazine maleate (Compazine)</i>	T1	
<i>promethazine hcl</i>	T1	
SANCUSO	T3	QL (1 patch/fill)
<i>scopolamine (Transderm-Scop)</i>	T1	
<i>trimethobenzamide hcl</i>	T1	
VARUBI	T2	QL (2 tabs/fill)
PREPARACIONES ANTIULCEROSAS		
CYTOTEC (<i>misoprostol</i>)	T3	HD
<i>misoprostol (Cytotec)</i>	T1	HD
<i>sucralfate (Carafate)</i>	T1	HD
ANTIULCEROSOS-AGENTES CONTRA LA H. PYLORI		
<i>lansoprazole/amoxicilin/clarith</i>	T1	QL (112 units/fill)
OMECLAMOX-PAK	T3	QL (80 units/fill)
TALICIA	T2	QL (168 caps/fill)
VOQUEZNA DUAL PAK	T3	
VOQUEZNA TRIPLE PAK	T3	
ALCALOIDES DE BELLADONA		
DONNATAL	T3	HD
DONNATAL (<i>phenobarb/hyoscy/atropine/scop</i>)	T3	HD
<i>hyoscyamine sulfate</i>	T1	HD
<i>hyoscyamine sulfate (Levbid)</i>	T1	HD
<i>hyoscyamine sulfate (Levsin)</i>	T1	HD
<i>hyoscyamine sulfate (Levsin-SI)</i>	T1	HD
<i>hyoscyamine sulfate (Nulev)</i>	T1	HD
LEVBIID (<i>hyoscyamine sulfate</i>)	T3	HD
LEVSIN (<i>hyoscyamine sulfate</i>)	T3	HD
LEVSIN-SL (<i>hyoscyamine sulfate</i>)	T3	HD
<i>methscopolamine bromide</i>	T1	HD
NULEV (<i>hyoscyamine sulfate</i>)	T3	HD
<i>phenobarb/hyoscy/atropine/scop</i>	T1	HD
<i>phenobarb/hyoscy/atropine/scop (Donnatal)</i>	T1	HD
<i>phenobarb/hyoscy/atropine/scop (Phenobarbital-Belladonna)</i>	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ALCALOIDES DE BELLADONA (cont.)		
PHENOBARBITAL-BELLADONNA (<i>phenobarb/hyoscy/atropine/scop</i>)	T3	HD
SYMAX DUOTAB	T3	HD
SALES BILIARES		
CHENODAL	T4	PA SP HD
CHOLBAM 250 MG CAPSULE	T4	PA SP HD
CHOLBAM 50 MG CAPSULE	T4	PA QL (120 caps/fill) SP HD
CTEXLI	T4	PA SP
URSO FORTE (<i>ursodiol</i>)	T3	HD
<i>ursodiol</i>	T1	HD
<i>ursodiol</i> (Urso Forte)	T1	HD
<i>ursodiol</i> (Urso)	T1	HD
INFLAM. CRÓNICA DIAG. DE COLON, 5-A-SALICILATO, TRAT. RECTAL		
<i>mesalamine 1,000 mg supp</i> (Canasa)	T1	
<i>mesalamine 4 gm/60 ml enema</i> (Sfrowasa)	T1	
<i>mesalamine 4 gm/60 ml kit</i> (Rowasa)	T1	
ROWASA (<i>mesalamine w/cleansing wipes</i>)	T3	
SFROWASA (<i>mesalamine</i>)	T3	
TRAT. FARMAC.-INFLAM. CRÓNICA DIAG. DE COLON, 5-AMINOSALICILATO		
APRISO (<i>mesalamine</i>)	T3	HD
ASACOL HD (<i>mesalamine</i>)	T3	HD
AZULFIDINE (<i>sulfasalazine</i>)	T3	HD
<i>balsalazide disodium</i> (Colazal)	T1	HD
COLAZAL (<i>balsalazide disodium</i>)	T3	HD
<i>mesalamine</i>	T1	HD
<i>mesalamine</i> (Apriso)	T1	HD
<i>mesalamine</i> (Pentasa)	T1	HD
<i>mesalamine 800 mg dr tablet</i> (Asacol Hd)	T1	HD
<i>mesalamine dr 1.2 gm tablet</i> (Lialda)	T1	HD
PENTASA 250 MG CAPSULE	T2	HD
PENTASA 500 MG CAPSULE (<i>mesalamine</i>)	T3	HD
<i>sulfasalazine</i> (Azulfidine)	T1	HD
AGONISTAS DEL RECEPTOR X FARNESOIDE (FXR), ANÁLOGOS DEL ÁCIDO BILIAR		
OCALIVA	T4	PA QL (30 tabs/fill) SP HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
TRASPLANTE DE MICROBIOTA FECAL (TMF)		
VOWST CAPSULE	T4	SP
ENZIMAS GÁSTRICAS		
SUCRAID	T4	PA SP
PREP. PARA LAS HEMORROIDES, ANTIINFLAM. ESTEROIDEOS-ANEST. LOCALES		
ANALPRAM HC 1% CREAM	T3	
ANALPRAM HC 2.5%-1% CREAM (<i>hydrocortisone/pramoxine</i>)	T3	ST
ANALPRAM HC 2.5%-1% CRM SINGLE (<i>hydrocortisone/pramoxine</i>)	T3	ST
<i>hydrocort-pramoxine 1%-1% crm</i>	T1	
<i>hydrocort-pramoxine 2.5-1% crm (Analpram Hc)</i>	T1	ST
PROCORT	T3	
INHIBIDORES DE LOS RECEPTORES DE HISTAMINA H2		
<i>cimetidine</i>	T1	HD
<i>cimetidine hcl</i>	T1	HD
<i>famotidine</i>	T1	HD
<i>famotidine (Pepcid)</i>	T1	HD
<i>nizatidine</i>	T1	HD
PEPCID (<i>famotidine</i>)	T3	HD
<i>ranitidine hcl</i>	T1	HD
AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE, COMB. DE AGONISTAS/ANTAGONISTAS DE RECEPT. OPIOIDES		
VIBERZI	T2	HD
AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE-C/CIC, AGONISTAS DE LA GUANILATO CICLASA C		
LINZESS	T2	QL (30 caps/fill)
TRULANCE	T2	
INHIBIDOR DEL TRANSPORTADOR DE ÁCIDOS BILIARES ILEALES (IBAT)		
BYLVAY 1,200 MCG CAPSULE	T4	PA QL (60 caps/fill) SP HD
BYLVAY 200 MCG PELLET	T4	PA QL (120 pellets/fill) SP HD
BYLVAY 400 MCG CAPSULE	T4	PA QL (150 caps/fill) SP HD
BYLVAY 600 MCG PELLET	T4	PA QL (30 pellets/fill) SP HD
LIVMARLI	T4	PA SP
ESTIMULANTES DE LA MOTILIDAD INTESTINAL		
<i>metoclopramide hcl</i>	T1	
<i>metoclopramide hcl (Reglan)</i>	T1	
<i>prucalopride succinate (Motegrity)</i>	T1	QL (30 tabs/30 days)
REGLAN (<i>metoclopramide hcl</i>)	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE, ANTAGONISTAS DEL 5-HT3		
<i>alosetron hcl</i> (Lotronex)	T1	SP HD
ZELNORM	T3	
LAXANTES Y CATÁRTICOS		
<i>bisac/nac/na/co3/kcl/peg 3350</i>	T1	PPACA
GIALAX	T3	PPACA
GOLYTELY (<i>peg3350/sod sulf,bicarb,cl/kcl</i>)	T3	
KRISTALOSE	T3	
<i>lactulose</i>	T1	
<i>lactulose 10 gm packet</i>	T1	
<i>lactulose 10 gm/15 ml solution</i>	T1	
<i>lactulose 20 gm/30 ml solution</i>	T1	
<i>lubiprostone</i>	T1	QL (60 caps/30 days)
NULYTELY WITH FLAVOR Packs (<i>sodium chloride/na/co3/kcl/peg</i>)	T3	
OSMOPREP	T3	PPACA
<i>peg3350/sod sul/nac/kl/asb/c</i> (Moviprep)	T1	PPACA
<i>peg3350/sod sulf,bicarb,cl/kcl</i>	T1	PPACA
<i>peg3350/sod sulf,bicarb,cl/kcl</i> (Golytely)	T1	PPACA
<i>sodium chloride/na/co3/kcl/peg</i> (Nulytely With Flavor Packs)	T1	PPACA
<i>sodium, potassium,mag sulfates</i> (Suprep)	T1	PPACA
PREPARACIONES ANORRECTALES LOCALES CON NITRATO		
<i>nitroglycerin 0.4% ointment</i> (Rectiv)	T1	
RECTIV (<i>nitroglycerin</i>)	T2	
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES OPIOIDES MU, CON ACCIÓN PERIFÉRICA		
<i>alvimopan</i>	T1	
ENTEREG	T3	
ENZIMAS PANCREÁTICAS		
CREON	T2	HD
PANCREAZE	T2	HD
VIOKACE	T2	HD
ZENPEP	T2	HD
BLOQUEADORES DE ÁCIDO COMPETITIVOS DE POTASIO (PCABS)		
VOQUEZNA	T3	
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES		
<i>dexlansoprazole dr 30 mg cap</i>	T1	ST HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)

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

INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (cont.)

<i>dexlansoprazole dr 60 mg cap</i>	T1	ST HD
<i>esomeprazole dr 2.5 mg packet (Nexium)</i>	T1	ST QL (30 packs/30 days) HD
<i>esomeprazole dr 5 mg packet (Nexium)</i>	T1	ST QL (30 packs/30 days) HD
<i>esomeprazole dr 10 mg packet (Nexium)</i>	T1	ST QL (30 packs/fill) HD
<i>esomeprazole dr 40 mg packet (Nexium)</i>	T1	ST HD
<i>esomeprazole mag dr 40 mg cap (Nexium)</i>	T1	HD
ESOMEPRAZOLE DR 49.3 MG CAP	T3	ST HD
<i>lansoprazole dr 30 mg capsule (Prevacid)</i>	T1	HD
<i>lansoprazole odt 15 mg tablet (Prevacid)</i>	T1	ST QL (30 tabs/fill) HD
<i>lansoprazole odt 30 mg tablet (Prevacid)</i>	T1	ST HD
<i>omeprazole dr 10 mg capsule</i>	T1	QL (30 caps/fill) HD
<i>omeprazole dr 40 mg capsule</i>	T1	HD
<i>omeprazole/sodium bicarbonate (Zegerid)</i>	T1	PA HD
<i>omeprazole-bicarb 20-1,680 pkt (Zegerid)</i>	T1	ST QL (30 packs/30 days) HD
<i>omeprazole-bicarb 40-1,100 cap (Zegerid)</i>	T1	ST HD
<i>omeprazole-bicarb 40-1,680 pkt (Zegerid)</i>	T1	ST HD
<i>pantoprazole 40 mg suspension (Protonix)</i>	T1	ST HD
<i>pantoprazole sod dr 40 mg tab (Protonix)</i>	T1	HD
<i>rabeprazole sod dr 20 mg tab (Aciphex)</i>	T1	HD

PREPARACIONES RECTALES

<i>hydrocortisone acetate (Anusol-Hc)</i>	T1	
<i>hydrocortisone acetate (Proctocort)</i>	T1	
PROCTOCORT (<i>hydrocortisone acetate</i>)	T3	ST

SBS - ANÁLOGOS DEL PÉPTIDO SIMILAR AL GLUCAGÓN TIPO 2 (GLP-2)

GATTEX	T4	PA SP HD
--------	----	----------

GASTROINTESTINALES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)

PREP. PARA LAS HEMORROIDES, ANTIINFLAM. ESTEROIDEOS-ANEST. LOCALES

ANA-LEX	T3	
ANALPRAM HC 1% CREAM	T3	
ANALPRAM HC 2.5%-1% CREAM (<i>hydrocortisone/pramoxine</i>)	T3	ST
ANALPRAM HC 2.5%-1% CRM SINGLE (<i>hydrocortisone/pramoxine</i>)	T3	ST
<i>hydrocort-pramoxine 1%-1% crm</i>	T1	
<i>hydrocort-pramoxine 2.5%-1% cm (Analpram Hc)</i>	T1	ST
<i>hydrocort-pramoxine 2.5%-1% crm (Analpram Hc)</i>	T1	ST

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREP. PARA LAS HEMORROIDES, ANTIINFLAM. ESTEROIDEOS-ANEST. LOCALES (cont.)		
<i>lidocaine-hc 2.8-0.55% gel</i>	T1	
<i>lidocaine-hc 2-2% cream kit</i>	T1	
<i>lidocaine-hc 3-0.5% cream</i>	T1	
<i>lidocaine-hc 3-0.5% cream kit</i>	T1	
<i>lidocaine-hc 3-1% cream kit</i>	T1	
<i>lidocaine-hc 3-2.5% gel kit</i>	T1	
PROCORT	T3	
HORMONAS (Condiciones gastrointestinales/pirosis)		
PREP. RECTALES/DE COLON, GLUCOCORT. (NO HEMORR.)		
CORTENEMA (<i>hydrocortisone</i>)	T3	
<i>hydrocortisone</i> (Cortenema)	T1	
UCERIS (<i>budesonide</i>)	T3	
HORMONAS (Agentes hormonales)		
HORMONAS ADRENOCORTICOTRÓPICAS		
ACTHAR SELFJECT	T4	PA SP HD
AGENTES ANDROGÉNICOS		
DEPO-TESTOSTERONE	T3	PA
DEPO-TESTOSTERONE (<i>testosterone cypionate</i>)	T3	PA
JATENZO	T3	PA QL (60 caps/fill)
METHITEST	T2	
<i>methyltestosterone</i>	T1	
<i>oxandrolone</i>	T1	
<i>testosterone 1.62% (2.5 g) pkt</i>	T1	QL (60 packs/30 days)
<i>testosterone 1.62%(1.25 g) pkt</i>	T1	QL (30 packs/30 days)
<i>testosterone 1% (25mg/2.5g) pk (Androgel)</i>	T1	PA QL (75 gms/fill)
<i>testosterone 1% (50 mg/5 g) pk (Androgel)</i>	T1	PA QL (300 gms/fill)
<i>testosterone 1.62% gel pump (Androgel)</i>	T1	PA QL (150 gms/fill)
<i>testosterone 10 mg gel pump</i>	T1	QL (120 gms/30 days)
TESTOSTERONE 12.5 MG/1.25 GRAM	T3	PA QL (300 gms/fill)
<i>testosterone 12.5 mg/1.25 gram</i>	T1	PA QL (300 gms/fill)
<i>testosterone 30 mg/1.5 ml pump</i>	T1	PA QL (180 mls/fill)
<i>testosterone 50 mg/5 gram gel (Testim)</i>	T1	PA QL (60 tubes/fill)

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANDROGÉNICOS (cont.)		
<i>testosterone 50 mg/5 gram gel (Vogelxo)</i>	T1	PA QL (60 tubes/fill)
TESTOSTERONE 50 MG/5 GRAM PKT	T3	PA QL (300 gms/fill)
<i>testosterone cypionate</i>	T1	PA
<i>testosterone cypionate (Depo-Testosterone)</i>	T1	PA
<i>testosterone enanthate</i>	T1	PA
VOGELXO 12.5 MG/1.25 GRAM PUMP	T3	PA QL (300 gms/fill)
VOGELXO 50 MG/5 GRAM GEL (<i>testosterone</i>)	T3	PA QL (60 tubes/fill)
VOGELXO 50 MG/5 GRAM GEL PACKET	T3	PA QL (60 Packs/fill)
XYOSTED	T2	QL (2 mls/28 days)
HORMONAS ANTIDIURÉTICAS Y VASOCONSTRICTORAS		
DDAVP (<i>desmopressin (nonrefrigerated)</i>)	T3	
DDAVP 0.1 MG TABLET (<i>desmopressin acetate</i>)	T3	HD
DDAVP 0.2 MG TABLET (<i>desmopressin acetate</i>)	T3	HD
<i>desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr</i>	T1	HD
DESMOPRESSIN 1.5 MG/ML SPRAY	T2	HD
<i>desmopressin 0.01% solution</i>	T1	HD
<i>desmopressin acetate 0.1 mg tb (Ddvp)</i>	T1	HD
<i>desmopressin acetate 0.2 mg tb (Ddvp)</i>	T1	HD
NOCTIVA	T3	
COMBINACIONES DE ESTRÓGENOS/ANDRÓGENOS		
ESTRATEST H.S. (<i>estrogen, ester/me-testosterone</i>)	T3	HD
<i>estrogen, ester/me-testosterone</i>	T1	HD
<i>estrogen, ester/me-testosterone (Estratest H.S.)</i>	T1	HD
AGENTES ESTROGÉNICOS		
ACTIVELLA (<i>estradiol/norethindrone acet</i>)	T3	HD
CLIMARA (<i>estradiol</i>)	T3	QL (4 patches/28 days)) HD
COMBIPATCH	T2	
DELESTROGEN	T3	HD
DELESTROGEN (<i>estradiol valerate</i>)	T3	HD
DEPO-ESTRADIOL	T2	HD
ESTRACE 0.5 MG TABLET (<i>estradiol</i>)	T3	HD
ESTRACE 1 MG TABLET (<i>estradiol</i>)	T3	HD
ESTRACE 2 MG TABLET (<i>estradiol</i>)	T3	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ESTROGÉNICOS (cont.)		
<i>estradiol (Climara)</i>	T1	QL (4 patches/28 days)) HD
<i>estradiol 0.1% (0.25mg) gel pk (Divigel)</i>	T1	QL (30 packs/fill) HD
<i>estradiol 0.1% (0.75mg) gel pk (Divigel)</i>	T1	QL (30 packs/fill) HD
<i>estradiol 0.1% (1 mg) gel pkt (Divigel)</i>	T1	QL (30 packs/fill) HD
<i>estradiol 0.1% (1.25mg) gel pk</i>	T1	QL (30 packs/fill) HD
<i>estradiol 0.5 mg tablet (Estrace)</i>	T1	HD
<i>estradiol 0.06% 1.25g gel pump (EstroGel)</i>	T1	QL (50 gms/30 days) HD
<i>estradiol 1 mg tablet (Estrace)</i>	T1	HD
<i>estradiol 2 mg tablet (Estrace)</i>	T1	HD
<i>estradiol valerate (Delestrogen)</i>	T1	HD
<i>estradiol/norethindrone acet</i>	T1	HD
<i>estradiol/norethindrone acet (Activella)</i>	T1	HD
EVAMIST	T3	QL (17 mls/30 days) HD
MENOSTAR	T3	QL (4 patches/28 days)) HD
<i>norethind-eth estrad 0.5-2.5</i>	T1	HD
<i>norethindrone ac/eth estradiol</i>	T1	HD
<i>norethin-eth estrad 1 mg-5 mcg</i>	T1	HD
PREFEST	T3	HD
COMB. DE ESTRÓGENOS-PROGESTINAS CON ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES PARA MINERALOCORTICOIDES		
ANGELIQ	T3	HD
COMB. DE ESTRÓGENOS Y MOD. SELECTIVOS DE RECEPTORES ESTROGÉN. (SERM)		
DUAVEE	T2	
GLUCOCORTICOIDES		
<i>budesonide</i>	T1	
<i>budesonide (Uceris)</i>	T1	
CORTEF (<i>hydrocortisone</i>)	T3	
<i>cortisone acetate</i>	T1	
<i>deflazacort (Emflaza)</i>	T1	PA SP
<i>dexamethasone</i>	T1	PA
<i>dexamethasone</i>	T1	
<i>dexamethasone 0.5 mg tablet</i>	T1	
<i>dexamethasone 0.5 mg/5 ml elx</i>	T1	
<i>dexamethasone 0.5 mg/5 ml liq</i>	T1	
<i>dexamethasone 0.75 mg tablet</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
GLUCOCORTICOIDES (cont.)		
<i>dexamethasone 1 mg tablet</i>	T1	
<i>dexamethasone 1.5 mg tablet</i>	T1	
<i>dexamethasone 10 day 1.5 mg tb</i>	T1	PA
<i>dexamethasone 13 day 1.5 mg tb</i>	T1	PA
<i>dexamethasone 2 mg tablet</i>	T1	
<i>dexamethasone 4 mg, 6 mg tablet</i>	T1	
<i>dexamethasone 6 day 1.5 mg tab</i>	T1	PA
DEXONTO	T3	
<i>hydrocortisone (Cortef)</i>	T1	
MEDROL	T3	
MEDROL (<i>methylprednisolone</i>)	T3	
<i>methylprednisolone</i>	T1	
<i>methylprednisolone (Medrol)</i>	T1	
ORAPRED ODT (<i>prednisolone sodium phosphate</i>)	T3	
<i>prednisolone</i>	T1	
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	T1	
<i>prednisolone sodium phosphate (Orapred Odt)</i>	T1	
<i>prednisone</i>	T1	
<i>prednisone</i>	T1	
RAYOS	T3	PA
TAPERDEX	T3	PA
TARPEYO	T4	PA QL (28 caps/30 days) SP
UCERIS (<i>budesonide</i>)	T3	
ZCORT	T3	PA
HORMONA LIBERADORA DE HORMONA DEL CRECIMIENTO (GHRH) Y ANÁLOGOS		
EGRIFTA SV	T4	PA SP HD
EGRIFTA WR	T4	PA SP HD
HORMONAS DEL CRECIMIENTO		
GENOTROPIN	T4	PA SP HD
OMNITROPE	T4	PA SP
SEROSTIM	T4	PA SP HD
ZORBTIVE	T4	PA SP HD
HORMONAS DE FACTOR DE CRECIMIENTO INSULÍNICO TIPO I (IGF-I)		
INCRELEX	T4	PA SP

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANÁLOGOS AGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), SUPRESORES HIPOFISARIOS		
SYNAREL	T4	PA SP HD
COMB. DE PROGESTINA Y ESTRÓGENOS ANTAGONISTAS DE LA LHRH (GNRH)		
MYFEMBREE	T2	PA
ORIAHNN	T2	PA
ANTAGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), AGENTES SUPRESORES HIPOFISARIOS		
<i>cetorelix acetate</i>	T1	SP
CETROTIDE	T4	SP
GANIRELIX ACET 250 MCG/0.5 ML (<i>ganirelix acetate</i>)	T4	ST SP
<i>ganirelix acet 250 mcg/0.5 ml</i> (Ganirelix Acetate)	T1	ST SP
<i>ganirelix acetate</i> (Ganirelix Acetate)	T1	SP
ORILISSA 150 MG TABLET	T2	PA QL (30 tabs/fill)
ORILISSA 200 MG TABLET	T2	PA QL (60 tabs/fill)
MINERALOCORTICOIDES		
<i>fludrocortisone acetate</i>	T1	HD
OXITÓCICOS		
CERVIDIL	T3	
<i>methylegonovine maleate</i>	T1	QL (240 tabs/30 days)
PREPIDIL	T3	
HORMONAS PARATIROIDALES		
NATPARA	T4	PA SP HD
YORVIPATH	T4	PA SP
AGENTES SUPRESORES HIPOFISARIOS		
CRENESSITY	T4	PA SP
<i>cabergoline</i>	T1	QL (8 tabs/28 days) HD
<i>danazol</i>	T1	HD
AGENTES PROGESTACIONALES		
<i>medroxyprogesterone 2.5 mg tab</i> (Provera)	T1	HD
<i>medroxyprogesterone 5 mg tab</i> (Provera)	T1	HD
<i>medroxyprogesterone 10 mg tab</i> (Provera)	T1	HD
<i>norethindrone acetate</i>	T1	HD
<i>progesterone 100 mg capsule</i> (Prometrium)	T1	HD
<i>progesterone 200 mg capsule</i> (Prometrium)	T1	HD
PROMETRIUM (<i>progesterone, micronized</i>)	T3	HD
PROVERA (<i>medroxyprogesterone acetate</i>)	T3	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES SOMATOSTÁTICOS		
MYCAPSSA	T4	PA QL (56 caps/28 days) SP
SIGNIFOR	T4	PA SP
PREPARACIONES DE ESTRÓGENOS VAGINALES		
<i>estradiol</i> (Vagifem)	T1	
<i>estradiol 0.01% cream</i> (Estrace)	T1	HD
<i>estradiol 10 mcg vaginal insrt</i> (Vagifem)	T1	HD
PREMARIN VAGINAL CREAM-APPL	T2	HD
HORMONAS (Infertilidad)		
PREPARACIONES PARA ESTIMULAR LA FERTILIDAD, SIN FSH		
<i>clomiphene citrate</i>	T1	
HORMONAS FOLICULOESTIMULANTES Y LUTEINIZANTES		
MENOPUR	T4	SP
HORMONA FOLICULOESTIMULANTE (FSH)		
FOLLISTIM AQ	T4	ST SP
GONAL-F	T4	ST SP
GONAL-F RFF	T4	ST SP
GONAL-F RFF REDI-JECT	T4	ST SP
GONADOTROPINA CORIÓNICA HUMANA (HCG)		
CHORIONIC GONAD 10,000 UNIT VL	T4	ST QL (3 vials/30 days) SP
CHORIONIC GONAD 50,000 UNIT VL	T4	ST SP
CHORIONIC GONAD 6,000 UNIT VL	T4	ST SP
NOVAREL	T4	ST QL (6 vls/30 days) SP
OVIDREL	T4	QL (6 vls/30 days) SP
PREGNYL	T4	QL (3 vials/30 days) SP
AGENTES PARA FACILITAR/MANTENER EL EMBARAZO, HORMONALES		
CRINONE	T3	
CRINONE 8% GEL	T2	
ENDOMETRIN	T2	
<i>progesterone 100 mg vag insert</i>	T1	
HORMONAS (Varias)		
ANÁLOGOS DE LA HORMONA LEPTINA		
MYALEPT	T4	PA SP HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Productos para la osteoporosis)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES QUE ESTIMULAN LA FORMACIÓN DE HUESO – PÉPTIDOS LIB. DE PTH		
TYMLOS	T4	PA QL (1 pen/fill) SP HD
INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA		
calcitonin, salmon, synthetic	T1	HD
calcitonin, salmon, synthetic (Miacalcin)	T1	HD
MIACALCIN (calcitonin, salmon, synthetic)	T3	HD
INMUNOSUPRESORES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
INHIBIDORES DE LA INTERLEUCINA HUMANA 12/23 (IL-12/13), ANTICUERPOS MONOCLONALES		
IMULDOSA 45 MG/0.5 ML SYRINGE	T4	PA QL (1 syringe/84 days) SP
IMULDOSA 90 MG/ML SYRINGE	T4	PA QL (1 syringe/56 days) SP
SELARSDI 45 MG/0.5 ML SYRINGE	T4	PA QL (1 syringe/84 days) SP
SELARSDI 90 MG/ML SYRINGE	T4	PA QL (1 syringe/56 days) SP
STELARA	T4	PA QL SP HD
USTEKINUMAB-TTWE 45MG/0.5ML SY	T4	PA SP HD
USTEKINUMAB-TTWE 90 MG/ML SYR	T4	PA SP HD
YESINTEK 45 MG/0.5 ML SYRINGE	T4	PA SP HD
YESINTEK 45 MG/0.5 ML VIAL	T4	PA SP HD
YESINTEK 90 MG/ML SYRINGE	T4	PA SP HD
ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE LA IL-23, ANTICUERPOS MONOCLONALES		
OMVOH 100 MG/ML PEN	T4	PA QL (2 mls/28 days) SP HD
OMVOH 200 MG DOSE - 2 PENS	T4	PA QL (2 mls/28 days) SP HD
OMVOH 200 MG DOSE - 2 SYRINGES	T4	PA QL (2 mls/28 days) SP HD
OMVOH 300 MG DOSE - 2 PENS	T4	PA QL (3 mls/28 days) SP HD
OMVOH 100 MG/ML PEN	T4	PA QL (2 mls/28 days) SP HD
OMVOH 100 MG/ML SYRINGE	T4	PA QL (2 mls/28 days) SP HD
OMVOH 300 MG DOSE - 2 SYRINGES	T4	PA QL (3 mls/28 days) SP HD
SKYRIZI ON-BODY	T4	PA QL (1 cartridge/56 days) SP HD
TREMFYA 100 MG/ML INJECTOR	T4	PA QL (1 auto-inj/56 days) SP HD
TREMFYA PEN INDUCTION (2 PEN)	T4	PA QL (1200 mgs/365 days) SP HD
TREMFYA PEN	T4	PA QL (200 mgs/28 days) SP HD
TREMFYA 100 MG/ML PEN	T4	PA SP HD
TREMFYA 200 MG/2 ML PEN	T4	PA SP HD
TREMFYA ONE-PRESS	T4	PA SP HD
TREMFYA 100 MG/ML SYRINGE	T4	PA QL (1 syringe/56 days) SP HD
TREMFYA 200 MG/2 ML SYRINGE	T4	PA QL (200 mgs/28 days) SP HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTAGONISTAS ALFA DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-4 (IL-4), ANTICUERPOS MONOCLONALES		
DUPIXENT 100 MG/0.67 ML SYRING	T4	PA QL (2 syringes/28 days) SP HD
DUPIXENT 200 MG/1.14 ML PEN	T4	PA QL (400 mgs/28 days) SP HD
DUPIXENT 200 MG/1.14 ML SYRING	T4	PA QL (400 mgs/28 days) SP HD
DUPIXENT 300 MG/2 ML PEN	T4	PA QL (600 mgs/28 days) SP HD
DUPIXENT 300 MG/2 ML SYRINGE	T4	PA QL (600 mgs/28 days) SP HD

INHIBIDORES DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-6 (IL-6)

ACTEMRA	T4	PA QL (3.6 mls/28 days) SP HD
ACTEMRA ACTPEN	T4	PA QL (2 pens/28 days) SP HD
ENSPRYNG	T4	PA SP HD
TYENNE	T4	PA QL (3.6 mls/28 days) SP
TYENNE AUTOINJECTOR	T4	PA QL (2 pens/28 days) SP

INMUNOSUPRESORES (Condiciones cutáneas)

ANTAGONISTAS ALFA DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-31 (IL-31), ANTICUERPOS MONOCLONALES

NEMLUVIO	T4	PA QL (2 pens/28 days) SP HD
----------	----	------------------------------

AGENTES INMUNOSUPRESORES TÓPICOS

HYFTOR	T4	PA SP
<i>pimecrolimus (Elidel)</i>	T1	ST QL (120 gms/30 days)
<i>tacrolimus 0.03% ointment</i>	T1	ST QL (120 gms/30 days)
<i>tacrolimus 0.1% ointment</i>	T1	ST QL (120 gms/30 days)

INMUNOSUPRESORES (Medicamentos para trasplante)

INMUNOSUPRESORES

ASTAGRAF XL	T4	PA SP HD
AZASAN (<i>azathioprine</i>)	T4	SP HD
<i>azathioprine (Azasan)</i>	T1	SP HD
<i>azathioprine (Imuran)</i>	T1	SP HD
CELLCEPT (<i>mycophenolate mofetil</i>)	T4	SP HD
<i>cyclosporine 100 mg capsule (Sandimmune)</i>	T1	SP HD
<i>cyclosporine 25 mg capsule (Sandimmune)</i>	T1	SP HD
<i>cyclosporine, modified</i>	T1	SP HD
<i>cyclosporine, modified (Neoral)</i>	T1	SP HD
<i>everolimus 0.25 mg tablet (Zortress)</i>	T1	SP HD
<i>everolimus 0.5 mg tablet (Zortress)</i>	T1	SP HD
<i>everolimus 0.75 mg tablet (Zortress)</i>	T1	SP HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

INMUNOSUPRESORES (Medicamentos para trasplante) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INMUNOSUPRESORES (cont.)		
<i>everolimus 1 mg tablet (Zortress)</i>	T1	SP HD
IMURAN (<i>azathioprine</i>)	T4	SP HD
LUPKYNIS	T4	PA SP QL (180 caps/30 days)
<i>mycophenolate mofetil (Cellcept)</i>	T1	SP HD
<i>mycophenolate sodium (Myfortic)</i>	T1	SP HD
MYFORTIC (<i>mycophenolate sodium</i>)	T4	SP HD
MYHIBBIN	T4	SP
NEORAL (<i>cyclosporine, modified</i>)	T4	SP HD
PROGRAF 0.2 MG GRANULE PACKET	T4	SP HD
PROGRAF 0.5 MG CAPSULE (<i>tacrolimus</i>)	T4	SP HD
PROGRAF 1 MG CAPSULE (<i>tacrolimus</i>)	T4	SP HD
PROGRAF 1 MG GRANULE PACKET	T4	SP HD
PROGRAF 5 MG CAPSULE (<i>tacrolimus</i>)	T4	SP HD
RAPAMUNE (<i>sirolimus</i>)	T4	SP HD
SANDIMMUNE 100 MG CAPSULE (<i>cyclosporine</i>)	T4	SP HD
SANDIMMUNE 100 MG/ML SOLN	T4	SP HD
SANDIMMUNE 25 MG CAPSULE (<i>cyclosporine</i>)	T4	SP HD
<i>sirolimus</i>	T1	SP HD
<i>sirolimus (Rapamune)</i>	T1	SP HD
<i>tacrolimus 0.5 mg capsule (ir) (Prograf)</i>	T1	SP HD
<i>tacrolimus 1 mg capsule (ir) (Prograf)</i>	T1	SP HD
<i>tacrolimus 5 mg capsule (ir) (Prograf)</i>	T1	SP HD
ZORTRESS (<i>everolimus</i>)	T4	SP HD

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes)

SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS

2TEK	T3	
ACCU-CHEK	T3	
ACCU-CHEK COMPACT PLUS CONTROL	T3	
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCING DEV	T2	
ACCU-CHEK GUIDE CONTROL SOLN	T3	
ACCU-CHEK SMARTVIEW CONTRL SOL	T3	
ACCU-CHEK SOFTCLIX	T2	
ACCU-TREND GLUCOSE CONTROL	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)		
ADJUSTABLE LANCING DEVICE	T2	
ADVANCED LANCING DEVICE	T2	
ADVOCATE CONTROL SOLUTION	T3	
ADVOCATE LANCING DEVICE	T2	
ADVOCATE RAPID-SAFE LANCING DV	T2	
ADVOCATE REDI-CODE+ CTRL SOLN	T3	
AGAMATRIX CONTROL	T3	
AGAMATRIX CONTROL SOLUTION	T3	
ALKALINE BATTERIES	T3	
ALTERNATE SITE LANCING DEVICE	T2	
AQUA LANCE LANCING DEVICE	T2	
ASSURE 4 CONTROL SOLUTION	T3	
ASSURE DOSE	T3	
ASSURE PRISM	T3	
AT HOME A1C	T3	
AUTOLET LITE	T2	
AUTOJECT 2	T2	
AUTO-LANCET MINI	T2	
AUTOLET IMPRESSION	T2	
AUTOLET LANCING DEVICE	T2	
AUTOLET PLUS	T2	
AUTOPEN	T2	
AUTOSOFT 30	T2	
AUTOSOFT 90	T2	
AUTOSOFT 30 INFUSION SET PACK	T3	
AUTOSOFT XC	T2	
AUTOSOFT XC INFUSION SET PACK	T3	
BLOOD GLUCOSE CONTROL	T3	
BLOOD-GLUCOSE CONTROL	T3	
BREEZE 2	T3	
CAREONE	T2	
CARESENS	T3	
CARESENS S CONTROL SOLUTION	T3	
CARETOUCH CONTROL SOLUTION	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)		
CARETOUCH LANCING DEVICE	T2	
CEQR SIMPLICITY	T2	
CEQR SIMPLICITY INSERTER	T2	
CHEMSTRIP BG DIARY	T3	
CHOSEN LANCING DEVICE	T2	
CLEVER CHOICE CONTROL SOLUTION	T3	
CONTOUR	T3	
CONTOUR NEXT CONTROL SOLUTION	T3	
CONTROL SOLUTION	T3	
COOL CONTROL SOLUTION	T3	
DEXCOM G6 RECEIVER	T2	PA QL (1 unit/365 days)
DEXCOM G6 SENSOR	T2	PA QL (3 kits/30 days)
DEXCOM G6 TRANSMITTER	T2	PA QL (1 kit/90 days)
DEXCOM G7 RECEIVER	T2	PA QL (1 unit/365 days)
DEXCOM G7 SENSOR	T2	PA QL (3 units/30 days)
DIATRUE	T3	
DROPLET GENTEEL LANCING DEVICE	T2	
DROPLET LANCING DEVICE	T2	
EASY MINI EJECT LANCING DEVICE	T2	
EASY PLUS II CONTROL SOLN HIGH	T3	
EASY PLUS II CONTROL SOLN LOW	T3	
EASY STEP CONTROL SOLUTION	T3	
EASY TALK CONTROL SOLN LOW	T3	
EASY TALK HIGH CONTROL SOLN	T3	
EASY TALK PLUS II HIGH CONTROL	T3	
EASY TALK PLUS II LOW CTRL SLN	T3	
EASY TOUCH BLULINK CTRL SOLN	T3	
EASY TOUCH CONTROL SOLUTION	T3	
EASY TOUCH LANCING DEVICE	T2	
EASY TRAK CONTROL SOLN HIGH	T3	
EASY TRAK CONTROL SOLN LOW	T3	
EASY TRAK II CONTROL SOLUTION	T3	
EASYGLUCO PLUS CONTROL NORMAL	T3	
EASYMAX 15 LEVEL 2 SOLUTION	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)		
EASYMAX NORMAL CONTROL SOLN	T3	
ELEMENT COMPACT CONTROL SOLN	T3	
ELEMENT CONTROL SOLUTION	T3	
EMBRACE EVO LEVEL 1 CTRL SOLN	T3	
EMBRACE GLUC CONTROL SOLN HIGH	T3	
EMBRACE GLUCOSE CONTROL SOLN	T3	
EMBRACE LANCING DEVICE	T2	
EMBRACE PRO	T3	
EMBRACE TALK CONTROL SOLUTION	T3	
ENLITE SERTER	T3	
EVENCARE G2 CONTROL SOLUTION	T3	
EVENCARE G3 CONTROL SOLUTION	T3	
EVOLUTION CONTROL SOLUTION	T3	
FORA CONTROL SOLUTION	T3	
FORA GTEL MULTIFUNCTN MONITOR	T3	
FORA KETONE CONTROL SOLUTION	T3	
FORA LANCING DEVICE	T2	
FORA TN'GO ADV MOBILE MULT MTR	T3	
FORA TN'GO ADVANCE MONITOR	T3	
FORA TN'GO ADVANCE MULTIFN MTR	T3	
FORA TN'G ADVANCE PRO MONITOR	T3	
FORACARE GDH	T3	
FORTISCARE	T3	
FREESTYLE CONTROL SOLUTION	T2	
FREESTYLE LIBRE 2 READER	T2	PA QL (1 unit/365 days)
FREESTYLE LIBRE 2 PLUS SENSOR	T2	PA QL (2 units/30 days)
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR	T2	PA QL (2 sensors/28 days)
FREESTYLE LIBRE 3 PLUS SENSOR	T2	PA QL (2 units/30 days)
FREESTYLE LIBRE 3 READER	T2	PA QL (1 unit/365 days)
FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR	T2	PA QL (2 units/28 days)
FREESTYLE LIBRE 10 DAY READER	T2	PA
FREESTYLE LIBRE 10 DAY SENSOR	T2	PA
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER	T2	PA
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR	T2	PA QL (2 kits/30 days)

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)		
FREESTYLE NAVIGATOR SENSOR KIT	T2	
GE100 CONTROL SOLUTION NORMAL	T3	
GENTEEL VACUUM LANCING DEVICE	T3	
GLUCOCARD 01 CONTROL	T3	
GLUCOCARD EXPRESSION CNTRL SLN	T3	
GLUCOCARD SHINE CONTROL SOLN	T3	
GLUCOCOM AUTOLINK	T3	
GLUCOCOM CONTROL SOLUTION	T3	
GLUCOSE CONTROL	T3	
GLUCOSE CONTROL SOLUTION	T3	
GOJJI GLUCOSE CONTROL SOLUTION	T3	
GOJJI KETONE CONTROL SOLUTION	T3	
GOJJI LANCING DEVICE	T2	
GOJJI MULTI-FUNCTIONAL METER	T3	
GUARDIAN LINK 3 TRANSMITTER	T3	PA QL (1 transmitter/273 days)
GUARDIAN 4 TRANSMITTER	T3	PA QL (1 transmitter/273 days)
GUARDIAN 4 GLUCOSE SENSOR	T3	PA QL (5 sensors/30 days)
GUARDIAN RT CHARGER	T3	
GUARDIAN RT STARTER KIT	T3	
GUARDIAN TEST PLUG	T3	
GUARDIAN TRANSMITTER TAPE	T3	
HEALTHPRO GLUCOSE CONTROL SOLN	T3	
HEALTHY ACCENTS AUTOLET	T2	
HYPOLANCE	T2	
IHEALTH CONTROL SOLN LEVEL 2	T3	
ILET INFUSION-CONTACT DETACH	T2	
ILET INFUSION KIT-INSET	T2	
ILET STARTER KIT-INSET	T2	
INCONTROL LANCING DEVICE	T2	
INFINITY CONTROL SOLUTION	T3	
INFINITY VOICE CONTROL SOLN	T3	
INPEN (FOR HUMALOG)	T3	
INPEN (FOR NOVOLOG OR FIASP)	T3	
INSUL-CAP	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)		
INSUL-EZE	T3	
LANCING DEVICE	T2	
LANCING SYSTEM	T2	
LANZO	T2	
LITE TOUCH LANCING PEN	T2	
MEDISENSE	T2	
MEDISENSE GLUCOSE KETONE	T2	
MEDISENSE GLUCOSE KETONE CONTR	T2	
MEDTRONIC EXT INFUSION SET	T2	
MEDTRONIC REMOTE CONTROL	T2	
MICRODOT HIGH-LOW CONTROL SOL	T3	
MICRODOT NORMAL CONTROL SOLUT	T3	
MICROLET 2	T2	
MICROLET NEXT LANCING DEVICE	T2	
MINI LANCING DEVICE	T2	
MINIMED MIO ADVANCE	T2	
MINIMED QUICK SET	T2	
MINIMED QUICK-SERTER	T3	
MINIMED QUICK-SERTER	T2	
MINIMED SILHOUETTE	T2	
MINIMED SURE T	T2	
MODD1 PATIENT WELCOME KIT	T3	
MODD1 SUPPLY KIT	T3	
MULTI-LANCET	T2	
MYGLUCOHEALTH CONTROL SOLUTION	T3	
NOVA MAX PLUS GLUC-KETON METER	T3	
NOVAMAX PLUS GLU-KET	T3	
NOVOPEN 3	T2	
NOVOPEN ECHO	T3	
OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS)	T2	
OMNIPOD 5 DEXG7G6 INTRO(GEN 5)	T2	QL (1 kit/720 days)
OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS (GEN 5)	T2	QL (15 crtgs/30 days)
OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS (GEN 5)	T2	QL (15 pods/28 days)
OMNIPOD 5 INTRO(G6/LIBRE2PLUS)	T2	QL (1 kit/720 days)

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)		
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5)	T2	QL (1 kit/720 days)
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5))	T2	QL (15 crtgs/30 days)
OMNIPOD CLASSIC PDM KIT(GEN 3)	T2	
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	T2	
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	T2	QL (1 kit/720 days)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	T2	QL (15 pods/28 days)
OMNIPOD GO PODS	T2	QL (10 crtgs/30 days)
ON CALL EXPRESS CONTROL SOLN	T3	
ON CALL LANCING DEVICE	T2	
ON CALL PLUS CONTROL	T3	
ON CALL PLUS LANCING DEVICE	T2	
ON CALL VIVID CONTROL	T3	
ONETOUCH DELICA	T2	
ONETOUCH DELICA PLUS LANC DEV	T2	
ONETOUCH ULTRA CONTROL SOLN	T3	
ONETOUCH VERIO HIGH CNTRL SOLN	T3	
ONETOUCH VERIO MID CNTRL SOLN	T3	
OPTUMRX GLUCOSE CONTROL SOLN	T3	
OVAL TAPE	T3	
PIP GLUCOSE CONTROL SOLUTION	T3	
PRECISION XTRA KETONE-GLUCOSE	T2	
PRODIGY CONTROL SOLUTION	T3	
PRODIGY LANCING DEVICE	T2	
QUICK RELEASE SOFT TEFLON	T2	
REFUAH PLUS GLUCOSE CONTROL	T3	
RELIAMED MINI LANCING DEVICE	T2	
REPLACEMENT PEDIATRIC MONITOR	T3	
RIGHTEST CONTROL SOLUTION	T3	
RIGHTEST GD500	T2	
SAFE-CLIP	T2	
SEN-SERTER	T3	
SIL-SERTER	T2	
SMARTDIABETES VANTAGE	T2	
SMARTEST	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)		
SOF-SERTER	T2	
SOF-SET	T2	
SOF-SET MICRO	T2	
SOLUS V2 CONTROL SOLUTION	T3	
SOLUS V2 LANCING DEVICE	T2	
SURE COMFORT LANCING PEN	T2	
SUREFLEX	T2	
SURE-PEN	T2	
SURE-TEST EASYPLUS MINI SOLN	T3	
T:FLEX	T2	
T:SLIM X2	T2	
TANDEM MOBI AUTOSOFT 30	T2	PA SP HD
TANDEM MOBI AUTOSOFT XC	T2	PA SP HD
TANDEM MOBI AUTOSOFT 30 SUPPLY	T2	
TANDEM MOBI AUTOSOFT XC SUPPLY	T2	
TANDEM MOBI CARTRIDGE	T2	
TANDEM MOBI TRUSTEEL SUPPLY	T2	
TANDEM T:SLIM ASFT 30	T2	
TANDEM T:SLIM ASFT XC	T2	
TANDEM T:SLIM TRUSTL	T2	
TELCARE CONTROL SOLUTION	T3	
TRUE METRIX	T2	
TRUECONTROL	T2	
TRUEDRAW	T2	
TRUSTEEL INFUSION SET	T2	
TRUSTEEL INFUSION SET PACK	T3	
TWIIST REFILL KT(CSST-NDL-SYR)	T2	
TWIIST RFL(INFUS-CSST-NDL-SYR)	T2	
TWIIST STARTER KIT	T2	
ULTI-LANCE	T2	
ULTRATRAK CONTROL SOL NORMAL	T3	
ULTRATRAK CONTROL SOLUTION	T3	
ULTRATRAK ULTIMATE CNTRL SOLN	T3	
UNISTIK 2	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)		
UNISTRIP	T3	
VARISOFT INFUSION SET	T2	
V-GO 20	T2	
V-GO 30	T2	
V-GO 40	T2	
VIVAGUARD INO CONTROL SOLUTION	T3	
VIVAGUARD LANCING DEVICE	T2	
WAVESENSE CONTROL SOLUTION	T3	
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I)		
1ST TIER UNILET COMFORTOUCH	T2	
2-IN-1 LANCET DEVICE	T2	
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET DRUM	T2	
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO	T2	
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO PLUS	T2	
ACCU-CHEK SOFTCLIX	T2	
<i>acti-lance lite 28g lancets</i>	T1	
<i>acti-lance special 17g lancets</i>	T1	
<i>acti-lance univers 23g lancets</i>	T1	
ACTI-LANCE UNIVERS 23G LANCETS	T2	
ADVANCED TRAVEL LANCETS	T2	
ADVOCATE LANCET	T2	
ADVOCATE LANCETS	T2	
ADVOCATE SAFETY LANCET	T2	
AGAMATRIX ULTRA-THIN LANCET	T2	PA SP HD
ALTERNATE SITE LANCETS	T2	
ASSURE HAEMOLANCE PLUS	T2	
ASSURE LANCE	T2	
ASSURE LANCE PLUS	T2	
BD MICROTAINER LANCETS	T2	
BLOOD LANCETS	T2	
BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS	T2	
BUTTERFLY TOUCH LANCET	T2	
CAREONE	T2	
CARESENS LANCET	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)		
CARETOUCH SAFETY LANCETS	T2	
CARETOUCH TWIST LANCET	T2	
CHOSEN LANCET	T2	
CHOSEN SAFETY LANCET	T2	
CLEVER CHEK LANCETS	T2	
COAGUCHEK	T2	
COLOR LANCETS	T2	
COMFORT EZ	T2	
COMFORT LANCETS	T2	
COMFORT TOUCH PLUS SAFETY LANC	T2	
COMFORT TOUCH ULT THIN LANCET	T2	
DROPLET LANCETS	T2	
DROPSAFE ACTI-LANCE	T2	
EASY COMFORT LANCETS	T2	
EASY TOUCH PULL-TOP 26G LANCET	T2	
EASY TOUCH PULL-TOP 28G LANCET	T2	
EASY TOUCH PULL-TOP 30G LANCET	T2	
EASY TOUCH PULL-TOP 32G LANCET	T2	
EASY TOUCH SAFETY 21G LANCETS	T2	
EASY TOUCH SAFETY 23G LANCETS	T2	
EASY TOUCH SAFETY 26G LANCETS	T2	
EASY TOUCH SAFETY 28G LANCETS	T2	
EASY TOUCH SAFETY 30G LANCETS	T2	
EASY TOUCH SAFETY 32G LANCETS	T2	
EASY TOUCH TWIST 26G LANCETS	T2	
EASY TOUCH TWIST 28G LANCETS	T2	
EASY TOUCH TWIST 30G LANCETS	T2	
EASY TOUCH TWIST 32G LANCETS	T2	
EASY TOUCH TWIST 33G LANCETS	T2	
EASY TWIST & CAP LANCETS	T2	
EMBRACE 30G LANCETS	T2	
EMBRACE SAFETY LANCET	T2	
EZ SMART LANCETS	T2	
EZ-LETS	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)		
FIFTY50 SAFETY SEAL LANCETS	T2	
FINGERSTIX	T2	
FORA LANCETS	T2	
FORACARE LANCETS	T2	
FREESTYLE LANCETS	T2	
FREESTYLE UNISTIK 2	T2	
GLUCOCOM	T2	
GLUCOCOM LANCETS	T2	
GOJJI LANCETS	T2	
HEALTHY ACCENTS UNILET LANCET	T2	
INCONTROL SUPER THIN LANCETS	T2	
INCONTROL ULTRA THIN LANCETS	T2	
INJECT EASE LANCETS	T2	
INVACARE LANCETS	T2	
<i>lancets</i>	T1	
LANCETS	T2	
LITE TOUCH 28G LANCETS	T2	
LITE TOUCH 30G LANCETS	T2	
LITE TOUCH 33G LANCETS	T2	
MEDISENSE THIN LANCETS	T2	
<i>medlance plus 21g lancets</i>	T1	
MEDLANCE PLUS 21G LANCETS	T2	
<i>medlance plus 30g lancets</i>	T1	
MEDLANCE PLUS 30G LANCETS	T2	
MEDLANCE PLUS EXTRA 21G LANCET	T2	
<i>medlance plus lite 25g lancets</i>	T1	
MEDLANCE PLUS LITE 25G LANCETS	T2	
MICRO THIN LANCET	T2	
MICRO THIN LANCETS	T2	
MICROLET	T2	
MOBILE LANCETS	T2	
MONOLET LANCETS	T2	
MONOLET THIN LANCETS	T2	
MYGLUCOHEALTH LANCETS	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)		
NOVA SAFETY LANCETS	T2	
NOVA SUREFLEX	T2	
ON CALL LANCET	T2	
ON CALL PLUS LANCET	T2	
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET	T2	
ONETOUCH DELICA SAFETY LANCET	T2	
ONETOUCH LANCETS	T2	
ONETOUCH SURESOFT	T2	
ONETOUCH ULTRASOFT 2 LANCET	T2	
ON-THE-GO	T2	
PERFECT POINT SAFETY LANCETS	T2	
PIP LANCET	T2	
PRESSURE ACTIVATED LANCETS	T2	
PRO COMFORT LANCET	T2	
PRO COMFORT LANCETS	T2	
PRO COMFORT SAFETY LANCET	T2	
PRODIGY LANCETS	T2	
PRODIGY TWIST TOP LANCET	T2	
PURE COMFORT LANCETS	T2	
PURE COMFORT SAFETY LANCETS	T2	
PUSH BUTTON SAFETY LANCETS	T2	
READYLANC SAFETY LANCETS	T2	
RELIAMED	T2	
RELIAMED SAFETY SEAL LANCETS	T2	
RIGHTTEST GL300 LANCETS	T2	
SAFETY LANCETS	T2	
SAFETY SEAL LANCETS	T2	
SAFETY-LET	T2	
SINGLE-LET	T2	
SMART SENSE	T2	
SMART SENSE LANCETS	T2	
SMARTTEST LANCET	T2	
SOLUS V2	T2	
SOLUS V2 LANCETS	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)		
STERILANCE TL	T2	
STERILE LANCETS	T2	
SUPER THIN LANCETS	T2	
SURE COMFORT LANCETS	T2	
SURE-LANCE	T2	
SURE-TOUCH	T2	
TECHLITE LANCETS	T2	
TELCARE ULTRA THIN 30G LANCETS	T2	
THIN LANCETS	T2	
TOPCARE UNIVERSAL1 LANCET	T2	
TOPCARE UNIVERSAL1 THIN LANCET	T2	
TRUE COMFORT LANCET	T2	
TRUE COMFORT SAFETY LANCET	T2	
TRUEPLUS LANCET	T2	
TRUEPLUS LANCETS	T2	
TWIST LANCETS	T2	
TWIST TOP LANCET	T2	
ULTILET BASIC	T2	
ULTILET CLASSIC	T2	
ULTILET LANCETS	T2	
ULTILET SAFETY	T2	
ULTRA THIN LANCET	T2	
ULTRA THIN LANCETS	T2	
ULTRA THIN PLUS LANCETS	T2	
ULTRA-CARE LANCETS	T2	
ULTRALANCE	T2	
ULTRA-THIN II 28G LANCETS	T2	
ULTRA-THIN II 30G LANCETS	T2	
ULTRATLC LANCETS	T2	
UNILET COMFORTOUCH	T2	
UNILET EXCELITE	T2	
UNILET EXCELITE II	T2	
UNILET GP LANCET	T2	
UNILET LANCET	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

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

EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)

UNILET LANCETS	T2	
UNISTIK 2 COMFORT	T2	
UNISTIK 2 EXTRA	T2	
UNISTIK 2 NORMAL	T2	
UNISTIK 3	T2	
UNISTIK 3 COMFORT	T2	
UNISTIK 3 DUAL	T2	
UNISTIK 3 EXTRA	T2	
UNISTIK 3 NORMAL	T2	
UNISTIK COMFORT	T2	
UNISTIK CZT	T2	
UNISTIK EXTRA	T2	
UNISTIK NORMAL	T2	
UNISTIK PRO	T2	
UNISTIK SAFETY	T2	
UNISTIK TOUCH	T2	
UNIVERSAL 1	T2	
VERIFINE SAFETY LANCET MINI	T2	
VERIFINE UNIVERSAL LANCET	T2	
VIVAGUARD LANCET	T2	
VIVAGUARD SAFETY LANCET	T2	

AGUJAS/DISPOSITIVOS SIN AGUJA

AUTOSHIELD	T2	
AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE	T2	
BD ECLIPSE NEEDLE 18G 40MM	T3	
BD ECLIPSE NEEDLE 21GX1"	T2	
BD ECLIPSE NEEDLE 22GX1"	T2	
BD ECLIPSE NEEDLE 23GX1"	T3	
BD ECLIPSE NEEDLE 25G 16MM	T3	
BD ECLIPSE NEEDLE 25G 25MM	T3	
BD ECLIPSE NEEDLE 25GX1"	T2	
BD ECLIPSE NEEDLE 25GX1.5"	T2	
BD ECLIPSE NEEDLES 21GX1.5"	T2	
BD SAFETYGLIDE NEEDLE	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGUJAS/DISPOSITIVOS SIN AGUJA (cont.)		
BD SAFETYGLIDE NEEDLE 18GX1.5"	T2	
BD SAFETYGLIDE NEEDLE 21GX1"	T2	
BD SAFETYGLIDE NEEDLE 21GX1.5"	T2	
BD SAFETYGLIDE NEEDLE 22GX1.5"	T2	
BD SAFETYGLIDE NEEDLE 23G 40MM	T3	
BD SAFETYGLIDE NEEDLE 25GX1"	T2	
BD SAFETYGLIDE NEEDLE 27GX5/8"	T2	
BLUNT NEEDLE	T2	
CAREPOINT PRECISION NEEDLE	T3	
CARETOUCH HYPODERMIC NEEDLE	T3	
CHEMO TRANSFER PIN	T2	
DROPSAFE SICURA SAFETY NEEDLE	T3	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE	T3	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLES	T3	
EASY TOUCH HYPODERMIC NEEDLE	T3	
EASYPPOINT NEEDLE	T3	
EXEL HUBER NEEDLE	T2	
EXEL HYPODERMIC NEEDLE	T2	
EXEL MTI DRAWING NEEDLE	T2	
FILTER ASPIRATOR NEEDLE	T2	
FILTER NEEDLE	T2	
FLOW-EZE	T2	
HURRICANE LUER-LOCK	T2	
HYPODERMIC NEEDLE	T2	
INTEGRA NEEDLE	T2	
INTEGRA PRECISIONGLIDE NEEDLE	T3	
LIFESHIELD BLUNT CANNULA	T2	
MINI TRANSFER PIN	T2	
MONOJECT BLOOD COLLECTION	T2	
MONOJECT FILTER NEEDLE	T3	
NANO 2ND GEN PEN NEEDLE	T2	
NANO PEN NEEDLE	T2	
NEEDLES	T2	
<i>needles,safety huber,disposabl</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGUJAS/DISPOSITIVOS SIN AGUJA (cont.)		
NOKOR ADMIX NEEDLE	T2	
NOKOR NEEDLE	T2	
PEN NEEDLE 30G X 8MM	T3	
PERFECT POINT SAFETY NEEDLE	T3	
PHASEAL PROTECTOR	T3	
POLY HUB NEEDLE	T2	
PRECISIONGLIDE	T2	
QUINCE SPINAL NEEDLE	T2	
RAYA SURE PEN NEEDLE 29G 12MM	T3	
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 5MM	T3	
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 6MM	T3	
REGULAR BEVEL NEEDLES	T2	
SHORT BEVEL NEEDLES	T2	
SPECIALTY USE NEEDLES	T2	
TERUMO SURGUARD2	T2	
THIN WALL NEEDLES	T2	
TRANSFER NEEDLE	T2	
TRANSFER PIN	T2	
ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE	T2	
ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE	T2	
ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE	T2	
ULTRA-FINE PEN NEEDLE	T2	
ULTRA-FINE ORIGINAL PEN NEEDLE	T2	
ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE	T2	
YALE NEEDLE	T2	
YALE NEEDLES	T2	
JERINGAS Y ACCESORIOS		
ALLERGIST TRAY	T3	
ALLERGIST TRAY SYR-DETACH NDL	T2	
ALLERGIST TRAY SYR-PERM NEEDLE	T2	
ALLERGY SYRINGE 1 ML 27GX1/2"	T3	
ALLERGY SYRINGE 1 ML 27GX3/8"	T3	
BD ALLERGY SYRINGE-NEEDLE 1 ML	T2	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYR 1 ML	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
JERINGAS Y ACCESORIOS (cont.)		
BD ECLIPSE LUER-LOK SYR 3 ML	T2	
BD ECLIPSE SYR 3 ML 22GX1-1/2"	T3	
BD INS SYR 0.3 ML 8MMX31G(1/2)	T2	
BD INS SYR UF 0.3ML 12.7MMX30G	T2	
BD INS SYR UF 0.5ML 12.7MMX30G	T2	
BD INS SYRN UF 1 ML 12.7MMX30G	T2	
BD INS SYRNG 0.3 ML 29GX12.7MM	T2	
BD INS SYRNG 0.5 ML 29GX12.7MM	T2	
BD INS SYRNG UF 0.3 ML 8MMX31G	T2	
BD INS SYRNG UF 0.5 ML 8MMX31G	T2	
BD INSULIN SYR 0.5 ML 28GX1/2"	T2	
BD INSULIN SYR 1 ML 27GX12.7MM	T2	
BD INSULIN SYR 1 ML 27GX5/8"	T2	
BD INSULIN SYR 1 ML 28GX1/2"	T2	
BD INSULIN SYR 1 ML 29GX1/2"	T2	
BD INSULIN SYR 1 ML 29GX12.7MM	T2	
BD INSULIN SYR UF 1 ML 8MMX31G	T2	
BD SAFETYGLIDE 3 ML SYRINGE	T2	
BD SAFETYGLIDE SYR 22GX1.5"	T2	
BD SAFETYGLIDE SYR 3 ML 25GX1"	T3	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 27GX5/8	T2	
BD SAFETYGLIDE TB 1 ML SYR	T2	
BD SAFETYGLIDE TB 1ML 27G 10MM	T3	
BD SAFETYGLIDE TUBERCULIN SYR	T2	
BD SYRINGE-SAFETY GLIDE	T2	
BD UF INS SYR 1 ML 30GX1/2"	T2	
BULK SYRINGE	T2	
CANNULA	T2	
CAREPOINT LUER LOCK SYRINGE	T3	
CAREPOINT LUER LOCK SYRING-NDL	T2	
CAREPOINT SAFETY LUER LOCK SYR	T2	
CAREPOINT LUER SLIP SYRINGE	T3	
CAREPOINT LUER SLIP SYRING-NDL	T3	
CARETOUCH LUER LOCK	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
JERINGAS Y ACCESORIOS (cont.)		
CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE	T3	
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE	T3	
CORNWALL SYRINGE TIP CONNECTOR	T2	
DAVOL IRRIGATION SYRINGE	T2	
DOVER BULB SYRINGE	T3	
EASY GLIDE CATHETER TIP SYRINGE	T3	
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE	T3	
EASY GLIDE LUER SLIP TB SYRINGE	T3	
EASY TOUCH FLIPLK 10ML 20GX1.5	T3	
EASY TOUCH FLIPLK 10ML 21GX1.5	T3	
EASY TOUCH FLIPLK 10ML 22GX1.5	T3	
EASY TOUCH FLIPLK 5 ML 20GX1.5	T3	
EASY TOUCH FLIPLK 5 ML 21GX1.5	T3	
EASY TOUCH FLIPLK 5 ML 22GX1.5	T3	
EASY TOUCH FLIPLOCK	T3	
EASY TOUCH FLIPLOCK 1 ML 25GX1	T2	
EASY TOUCH FLIPLOCK 10ML 21GX1	T3	
EASY TOUCH FLIPLOCK 3 ML 18GX1	T3	
EASY TOUCH FLIPLOCK 3 ML 20GX1	T3	
EASY TOUCH FLIPLOCK 3 ML 21GX1	T3	
EASY TOUCH FLIPLOCK 5 ML 18GX1	T3	
EASY TOUCH FLIPLOCK 5 ML 21GX1	T3	
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE	T3	
EASY TOUCH FLIPLOK 10 ML 20GX1	T3	
EASY TOUCH FLIPLOK 10 ML 25GX1	T3	
EASY TOUCH FLIPLOK 1ML 26GX3/8	T2	
EASY TOUCH FLIPLOK 1ML 27GX0.5	T2	
EASY TOUCH FLIPLOK 3ML 18GX1.5	T3	
EASY TOUCH FLIPLOK 3ML 20GX1.5	T3	
EASY TOUCH FLIPLOK 3ML 21GX1.5	T3	
EASY TOUCH FLURINGE	T2	
EASY TOUCH FLURINGE FLIPLOCK	T2	
EASY TOUCH FLURINGE FLU TRAY	T3	
EASY TOUCH FLURINGE SHEATHLOCK	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
JERINGAS Y ACCESORIOS (cont.)		
EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN	T3	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE	T3	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRG-NDL	T3	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE	T3	
EASY TOUCH SYR 1 ML 25GX5/8"	T2	
EASY TOUCH SYR 3 ML 22GX1-1/2"	T2	
EASY TOUCH SYR 3 ML 25GX5/8"	T2	
EASY TOUCH SYR ALLERGY TRAY	T3	
EASY TOUCH SYRINGE 1 ML 25GX1"	T2	
EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 20GX1"	T2	
EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 21GX1"	T2	
EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 22GX1"	T2	
EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 23GX1"	T2	
EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 25GX1"	T2	
EASY TOUCH TUBERCULIN FLIPLOCK	T2	
EASY TOUCH TUBERCULIN SHEATHLK	T2	
EASY TOUCH UNI-SLIP	T3	
ECLIPSE SYRINGE	T2	
ECLIPSE SYRINGE-NEEDLE	T2	
ENFIT CAP	T3	
ENFIT MULTIFIL SYRINGE	T3	
ENFIT POP ON CAP	T3	
ENFIT SCREW-ON CAP	T3	
ENFIT SYRINGE	T3	
ENFIT SYRINGE STERILE	T3	
ENFIT THUMB CONTROL RING SYRIN	T3	
EXEL SYRINGE	T2	
EXEL TB WITH NEEDLE	T2	
EXEL TUBERCULIN SYRINGE	T2	
EXTENDED RESERVOIR	T3	
FILTER, MILLEX-OR SYRINGE	T3	
FINGER GRIP EXTENDER	T3	
INJECT-EASE	T2	
INSULIN SYR 0.5 ML 28G 12.7MM	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
JERINGAS Y ACCESORIOS (cont.)		
INSULIN SYRINGE 1 ML 27G 16MM	T2	
INSULIN SYRINGE 1ML 28G 12.7MM	T2	
INSULIN SYRINGE U-500	T2	
INTEGRA SYRINGE	T2	
INTERLINK SYRINGE	T2	
INTERLINK SYRINGE W-CANNULA	T3	
KENDALL DISINFECTANT CAP	T3	
LEVER LOCK CANNULA	T3	
LIFESHIELD BLUNT CANNULA	T2	
LUER LOCK SYRINGE	T2	
LUER LOCK SYRINGE-NEEDLE	T3	PA SP HD
LUER SLIP TIP SYRINGE TRAY	T3	
LUER TIP CAP TRAY	T3	
LUER-LOK SYRINGE	T2	
LUER-LOK SYRINGE-NEEDLE	T2	
LUER-LOK TIP SYRINGE	T2	
LUERSLIP SYRINGE	T2	
MAD NASAL ATOMIZER-SYRG-ADAPTR	T3	
MAGELLAN SAFETY SYRINGE	T2	
MAGELLAN TB SAFETY SYRINGE	T2	
MAGELLAN TUBERCULIN SYRINGE	T2	
MINIMED RESERVOIR 1.8 ML	T3	
MINIMED RESERVOIR 3 ML	T2	
MONOJECT 3 ML SYRINGE 25GX1"	T2	
MONOJECT 6CC SAFETY SYRINGE	T2	
MONOJECT ALLERGY TRAY-NEEDLE	T2	
MONOJECT CONTROL SYRINGE	T2	
MONOJECT ENFIT SYRINGE	T3	
MONOJECT ENFIT SYRINGE CAP	T3	
MONOJECT LUER LOCK TB SYRINGE	T2	
MONOJECT MAGELLAN	T2	
MONOJECT PHARMACY TRAY	T2	
MONOJECT SAFETY SYR TIP CAP	T3	
MONOJECT SAFETY SYRINGE	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
JERINGAS Y ACCESORIOS (cont.)		
MONOJECT SMARTIP CANNULA	T3	
MONOJECT SYRINGE	T2	
MONOJECT SYRINGE 140 ML	T3	
MONOJECT SYRINGE 35 ML	T2	
MONOJECT SYRINGE PHARMACY TRAY	T2	
MONOJECT TB	T2	
MONOJECT TB SAFETY SYRINGE	T2	
MONOJECT TB SYRINGE	T2	
MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE	T2	
NORM-JECT SYRINGE	T3	
NORM-JECT TUBERKULIN SYRINGE	T3	
PARADIGM	T2	
PISTON ENFIT SYRINGE	T3	
PRECISIONGLIDE	T2	
PRODIGY COUNT-A-DOSE	T2	
SAFESNAP ALLERGY SYRINGE	T3	
SAFESNAP SYRINGE 10 ML	T2	
SAFESNAP SYRINGE 10 ML	T3	
SAFESNAP SYRINGE 3 ML	T2	
SAFESNAP SYRINGE 5 ML	T2	
SAFESNAP SYRINGE 5 ML	T3	
SAFESNAP TUBERCULIN SYRINGE	T3	
SAFETY SYRINGE WITH SHIELD	T2	
SAFETY SYRINGE-NEEDLE	T3	
SAFETYGLIDE ALLERGY	T2	
SAFETYGLIDE ALLERGY SYRINGE	T3	
SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE	T2	
SLIP-TIP SYRINGE	T3	
SUPOR	T3	
SYRINGE	T2	
SYRINGE BULK	T2	
SYRINGE CATHETER TIP	T2	
SYRINGE CATHETER TIP NON-STER	T2	
SYRINGE FILTER, MILLEX-GP	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
JERINGAS Y ACCESORIOS (cont.)		
SYRINGE FILTER, MILLEX-GS	T3	
SYRINGE LUER LOCK	T2	PA SP HD
SYRINGE LUER-LOK	T2	
SYRINGE LUER-LOK NON-STERILE	T2	
SYRINGE LUER-LOK STERILE	T2	
SYRINGE SLIP TIP	T2	
SYRINGE SLIP TIP NON-STERILE	T2	
SYRINGE TIP CAP	T2	
SYRINGE WITH NEEDLE	T2	
SYRINGE WITH NEEDLE DISP	T2	
SYRINGE WITHOUT NEEDLE	T2	
SYRINGE-LUER TIP CAP	T2	
SYRINGE-PRECISIONGLIDE NEEDLE	T2	
TB SYRINGE	T2	
TERUMO ALLERGY SYRINGE	T2	
TERUMO HYPODERMIC NEEDLE-SYRIN	T2	
TERUMO SURGUARD2	T2	
TERUMO SYRINGE	T2	
TOOMEY SYRINGE	T2	
TUBERCULIN SLIP-TIP SYRINGE	T3	
TUBERCULIN SYRINGE	T2	
TUBERCULIN SYRINGE-NEEDLE	T2	
TWINPAK DUAL CANNULA	T2	
ULTICARE LDS SYR 1 ML 22G 1.5"	T3	
ULTICARE LDS SYR 3 ML 22GX1.5"	T2	
ULTICARE SAFETY SYRINGE	T3	
ULTICARE SYRINGE	T3	
ULTICARE TB SAFETY 1 ML 25GX1"	T2	
ULTICARE TB SAFETY 1ML 25GX5/8	T2	
ULTICARE TB SAFETY SYRINGE	T2	
ULTIGUARD SAFE 1ML 30G 12.7MM	T3	
ULTIGUARD SAFEPAK 1ML 31G 8MM	T3	
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE	T2	
UNIVERSAL SYRINGE TIP ADAPTOR	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
JERINGAS Y ACCESORIOS (cont.)		
VANISHPOINT 1 ML TB SYR 25X5/8	T2	
VANISHPOINT 1 ML TB SYR 27X1/2	T2	
VANISHPOINT 20GX1" 3 ML SYRING	T2	
VANISHPOINT 21GX1" 5 ML SYRING	T2	
VANISHPOINT 21GX1.5" 3 ML SYR	T2	
VANISHPOINT 22GX1" 3 ML SYR	T2	
VANISHPOINT 22GX1-1/2" 5 ML SY	T2	
VANISHPOINT 23GX1" 3 ML SYRING	T2	
VANISHPOINT 23GX1-1/2 3 ML SYR	T2	
VANISHPOINT 25GX1" 3 ML SYRING	T2	
VANISHPOINT 25GX5/8" 3 ML SYR	T2	
VANISHPOINT 3 ML 21GX1" SYRING	T2	
VANISHPOINT 3 ML 22GX1.5" SYRG	T2	
VANISHPOINT SYRINGE	T3	
VANISHPOINT SYRINGE 1 ML 25X1"	T2	
VEO INSULIN SYRINGE	T2	

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Varios)

VENDAJES Y SUMINISTROS RELACIONADOS

ARGLAES FILM	T3	
CONFORMANT 2	T3	
DERMAVIEW	T2	
DERMAVIEW II	T2	
IV 3000	T2	
IV3000 FRAME DELIVERY	T3	
KENDALL	T2	
NEXCARE TEGADERM 2.375"X2.75"	T3	
NEXCARE TEGADERM DRESSING	T2	
OPSITE	T3	
OPSITE IV 3000	T2	
POLYSKIN II	T2	
SURESITE MATRIX	T2	
SURESITE WINDOW	T2	
TEGADERM 1.75X1.75" DRSSNG	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
VENDAJES Y SUMINISTROS RELACIONADOS (cont.)		
TEGADERM 2"X2.75" DRESSING	T2	
TEGADERM 2.375"X2.75" DRESSING	T2	
TEGADERM 2.375"X4" DRESSING	T2	
TEGADERM 2.375X2.75" DRSSNG	T2	
TEGADERM 3.5" X 4" DRESSING	T2	
TEGADERM 3.5"X 10" DRESSING	T3	
TEGADERM 3.5"X 6" DRESSING	T3	
TEGADERM 3.5"X13.75" DRESS	T3	
TEGADERM 3.5"X4.125" DRESS	T2	
TEGADERM 3.5"X8" DRESSING	T3	
TEGADERM 4" X 10" DRESSING	T2	
TEGADERM 4" X 4-3/4" DRESSING	T2	
TEGADERM 4"X4.75" DRESSING	T2	
TEGADERM 6" X 8" DRESSING	T2	
TEGADERM 8" X 12" DRESSING	T2	
TEGADERM ABSORBENT	T3	
TEGADERM HP 4" X 4.5 " DRSSN	T2	
TEGADERM HP 4.5"X4.75" DRSS	T2	
TEGADERM HP DRESSING	T2	
TEGADERM HP DRESSING	T3	
TEGADERM I.V.	T3	
TEGADERM I.V. 2.5"X2.75" DRSSN	T3	
TEGADERM I.V. 4"X4.75" DRSSN	T2	
TRANSPARENT DRESSING	T3	
TRANSPARENT FILM DRESSING	T3	
TRANSPARENT I.V. SITE DRESSING	T2	
TRANSPARENT MEPITEL FILM DRESS	T3	
TRANSPARENT THIN FILM DRESSING	T2	
WINDOW BANDAGES	T3	
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I)		
1ST TIER UNILET COMFORTOUCH	T2	
2-IN-1 LANCET DEVICE	T2	
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET DRUM	T2	
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)		
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO PLUS	T2	
ACCU-CHEK SOFTCLIX	T2	
<i>acti-lance lite 28g lancets</i>	T1	
<i>acti-lance special 17g lancets</i>	T1	
ACTI-LANCE UNIVERS 23G LANCETS	T2	
<i>acti-lance univers 23g lancets</i>	T1	
ADVANCED TRAVEL LANCETS	T2	
ADVOCATE LANCET	T2	
ADVOCATE LANCETS	T2	
ADVOCATE SAFETY LANCET	T2	
AEROCHAMBER2GO	T2	PA SP HD
AGAMATRIX ULTRA-THIN LANCET	T2	PA SP HD
ALTERNATE SITE LANCETS	T2	
ASSURE HAEMOLANCE PLUS	T2	
ASSURE LANCE	T2	
ASSURE LANCE PLUS	T2	
BD MICROTAINER LANCETS	T2	
BLOOD LANCETS	T2	
BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS	T2	
BUTTERFLY TOUCH LANCET	T2	
CAREONE	T2	
CARESENS LANCET	T2	
CARETOUCH SAFETY LANCETS	T2	
CARETOUCH TWIST LANCET	T2	
CHOSEN LANCET	T2	
CHOSEN SAFETY LANCET	T2	
CLEVER CHEK LANCETS	T2	
COAGUCHEK	T2	
COLOR LANCETS	T2	
COMFORT EZ	T2	
COMFORT LANCETS	T2	
DROPLET LANCETS	T2	
DROPSAFE ACTI-LANCE	T2	
EASY COMFORT LANCETS	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)		
EASY TOUCH BUTTON 30G LANCETS	T2	
EASY TOUCH PULL-TOP 26G LANCET	T2	
EASY TOUCH PULL-TOP 28G LANCET	T2	
EASY TOUCH PULL-TOP 30G LANCET	T2	
EASY TOUCH PULL-TOP 32G LANCET	T2	
EASY TOUCH SAFETY 21G LANCETS	T2	
EASY TOUCH SAFETY 23G LANCETS	T2	
EASY TOUCH SAFETY 26G LANCETS	T2	
EASY TOUCH SAFETY 28G LANCETS	T2	
EASY TOUCH SAFETY 30G LANCETS	T2	
EASY TOUCH SAFETY 32G LANCETS	T2	
EASY TOUCH TWIST 26G LANCETS	T2	
EASY TOUCH TWIST 28G LANCETS	T2	
EASY TOUCH TWIST 30G LANCETS	T2	
EASY TOUCH TWIST 32G LANCETS	T2	
EASY TOUCH TWIST 33G LANCETS	T2	
EASY TWIST CAP LANCETS	T2	
EMBRACE 30G LANCETS	T2	
EMBRACE SAFETY LANCET	T2	
EZ SMART LANCETS	T2	
EZ-LETS	T2	
FIFTY50 SAFETY SEAL LANCETS	T2	
FINGERSTIX	T2	
FORA LANCETS	T2	
FORACARE LANCETS	T2	
FREESTYLE LANCETS	T2	
FREESTYLE UNISTIK 2	T2	
GLUCOCOM	T2	
GLUCOCOM LANCETS	T2	
GOJJI LANCETS	T2	
HEALTHY ACCENTS UNILET LANCET	T2	
INCONTROL SUPER THIN LANCETS	T2	
INCONTROL ULTRA THIN LANCETS	T2	
INJECT EASE LANCETS	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)		
INVACARE LANCETS	T2	
<i>lancets</i>	T1	
LANCETS	T2	
LITE TOUCH 28G LANCETS	T2	
LITE TOUCH 30G LANCETS	T2	
LITE TOUCH 33G LANCETS	T2	
MEDISENSE THIN LANCETS	T2	
MEDLANCE PLUS 21G LANCETS	T2	
<i>medlance plus 21g lancets</i>	T1	
MEDLANCE PLUS 30G LANCETS	T2	
<i>medlance plus 30g lancets</i>	T1	
MEDLANCE PLUS EXTRA 21G LANCET	T2	
MEDLANCE PLUS LITE 25G LANCETS	T2	
<i>medlance plus lite 25g lancets</i>	T1	
MEDLANCE PLUS SPECIAL BLADE	T2	
MICRO THIN LANCET	T2	
MICRO THIN LANCETS	T2	
MICROLET	T2	
MICROTAINER LANCETS	T2	
MONOLET LANCETS	T2	
MONOLET THIN LANCETS	T2	
MYGLUCOHEALTH LANCETS	T2	
NOVA SAFETY LANCETS	T2	
NOVA SUREFLEX	T2	
ON CALL LANCET	T2	
ON CALL PLUS LANCET	T2	
ONETOUCH DELICA	T2	
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET	T2	
ONETOUCH DELICA SAFETY LANCET	T2	
ONETOUCH LANCETS	T2	
ONETOUCH SURESOFT	T2	
ON-THE-GO	T2	
PERFECT POINT SAFETY LANCETS	T2	
PIP LANCET	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)		
PRESSURE ACTIVATED LANCETS	T2	
PRO COMFORT LANCET	T2	
PRO COMFORT LANCETS	T2	
PRODIGY LANCETS	T2	
PRODIGY TWIST TOP LANCET	T2	
PURE COMFORT LANCETS	T2	
PURE COMFORT SAFETY LANCETS	T2	
PUSH BUTTON SAFETY LANCETS	T2	
READYLANCER SAFETY LANCETS	T2	
RELIAMED	T2	
RELIAMED SAFETY SEAL LANCETS	T2	
RIGHTTEST GL300 LANCETS	T2	
SAFETY LANCETS	T2	
SAFETY SEAL LANCETS	T2	
SAFETY-LET	T2	
SINGLE-LET	T2	
SMART SENSE	T2	
SMART SENSE LANCETS	T2	
SMARTTEST LANCET	T2	
SOLUS V2	T2	
SOLUS V2 LANCETS	T2	
STERILANCE TL	T2	
STERILE LANCETS	T2	
SUPER THIN LANCETS	T2	
SURE COMFORT LANCETS	T2	
SURE-LANCE	T2	
SURE-TOUCH	T2	
TECHLITE LANCETS	T2	
TELCARE ULTRA THIN 30G LANCETS	T2	
THIN LANCETS	T2	
TOPCARE UNIVERSAL1 LANCET	T2	
TOPCARE UNIVERSAL1 THIN LANCET	T2	
TRUE COMFORT LANCET	T2	
TRUEPLUS LANCET	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)		
TRUEPLUS LANCETS	T2	
TWIST LANCETS	T2	
TWIST TOP LANCET	T2	
ULTILET BASIC	T2	
ULTILET CLASSIC	T2	
ULTILET LANCETS	T2	
ULTILET SAFETY	T2	
ULTRA THIN LANCET	T2	
ULTRA THIN LANCETS	T2	
ULTRA THIN PLUS LANCETS	T2	
ULTRA-CARE LANCETS	T2	
ULTRALANCE	T2	
ULTRA-THIN II 28G LANCETS	T2	
ULTRA-THIN II 30G LANCETS	T2	
ULTRATLC LANCETS	T2	
UNILET COMFORTOUCH	T2	
UNILET EXCELITE	T2	
UNILET EXCELITE II	T2	
UNILET GP LANCET	T2	
UNILET LANCET	T2	
UNISTIK 3	T2	
UNISTIK 3 EXTRA	T2	
UNISTIK COMFORT	T2	
UNISTIK CZT	T2	
UNISTIK EXTRA	T2	
UNISTIK NORMAL	T2	
UNISTIK PRO	T2	
UNISTIK SAFETY	T2	
UNISTIK TOUCH	T2	
UNISTIK 2 COMFORT	T2	
UNISTIK 2 EXTRA	T2	
UNISTIK 2 NORMAL	T2	
UNISTIK 3 COMFORT	T2	
UNISTIK 3 DUAL	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)		
UNIVERSAL 1	T2	
VIVAGUARD LANCET	T2	
VIVAGUARD SAFETY LANCET	T2	
SUMINISTROS MÉDICOS, VARIOS		
ALCOH-GLOVE	T3	
ALCOH-WIPE	T3	
EQUIPOS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL		
1.5 VOLT BATTERIES #357	T2	
ACCU-CHEK	T3	
ACCU-CHEK RAPID D 10-100	T3	
ACCU-CHEK RAPID D 10-50	T3	
ACCU-CHEK RAPID D 10-70	T2	
ACCU-CHEK RAPID D 6-100	T3	
ACCU-CHEK RAPID D 6-50	T2	
ACCU-CHEK RAPID D 6-70	T3	
ACCU-CHEK RAPID D 8-100	T3	
ACCU-CHEK RAPID D 8-50	T2	
ACCU-CHEK RAPID D 8-70	T2	
ACCU-CHEK SPIRIT	T2	
ACCU-CHEK TENDER	T2	
ACCU-CHEK ULTRAFLEX	T2	
IV ADMINISTRATION SET	T2	
IVENIX PRIMARY ADMINISTRAT SET	T3	
NERIA	T3	
PARADIGM INFUSION	T2	
POLYFIN QR	T2	
PSV SET	T3	
Q-SYTE	T2	
SILHOUETTE	T2	
SURE-T	T2	
AYUDAS, DISPOSITIVOS, EQUIPOS RESPIRATORIOS		
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER	T2	
AEROCHAMBER MECHANICAL VENT	T2	
AEROCHAMBER MINI	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AYUDAS, DISPOSITIVOS, EQUIPOS RESPIRATORIOS (cont.)		
AEROCHAMBER MV	T2	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU	T2	
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS	T2	
AEROTRACH PLUS	T2	
AEROVENT PLUS	T2	
BREATHERITE	T2	
BREATHERITE SPACER-ADULT MASK	T2	
BREATHERITE SPACER-INFANT MASK	T2	
BREATHERITE SPACER-LG CHLD MSK	T2	
BREATHERITE SPACER-NEONATE MSK	T2	
BREATHERITE SPACER-SM CHLD MSK	T2	
BREATHRITE	T2	
CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER	T2	
COMFORTSEAL	T2	
COMPACT SPACE CHAMBER	T2	
EASIVENT	T2	
FLEXICHAMBER	T2	
FLEXICHAMBER MASK	T2	
INSPIRACHAMBER	T2	
LITEAIRE	T2	
LITETOUCH	T2	
MICROCHAMBER	T2	
MICROSPACER	T2	
MOUTHPIECE	T2	
ONE WAY MOUTHPIECE	T2	
OPTICHAMBER	T2	
OPTICHAMBER DIAMOND	T2	
PANDA MASK	T2	
PEDIATRIC MASK	T2	
PEDIATRIC PANDA MASK	T2	
POCKET CHAMBER	T2	
PRIMEAIRE	T2	
PRO COMFORT SPACER-ADULT MASK	T2	
PRO COMFORT SPACER-CHILD MASK	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AYUDAS, DISPOSITIVOS, EQUIPOS RESPIRATORIOS (cont.)		
PRO COMFORT SPACER-INFANT MASK	T3	
PROCARE SPACER WITH ADULT MASK	T2	
PROCARE SPACER WITH CHILD MASK	T2	
PROCHAMBER	T2	
PURECOMFORT PEAK FLOW MOUTHPIECE	T2	
PURE COMFORT SPACER WITH MASK	T3	
RITFLO	T2	
SIDESTREAM PEDIATRIC	T2	
SILICONE MASK	T2	
SPACE CHAMBER	T2	
SPACE CHAMBER-LARGE MASK	T2	
SPACE CHAMBER-MEDIUM MASK	T2	
SPACE CHAMBER-SMALL MASK	T2	
VORTEX	T2	
VORTEX VHC FROG MASK	T2	
VORTEX VHC LADYBUG MASK	T2	
VORTEX VHC PEDIATRIC MASK	T2	

RELAJANTES MUSCULARES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)

RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS- CONTRAIRRITANTE RUBEFACIENTE TÓPICO

COMFORT PAC-CYCLOBENZAPRINE	T3	
COMFORT PAC-TIZANIDINE	T3	

RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS

<i>baclofen 5 mg tablet</i>	T1	HD
<i>baclofen 10 mg tablet</i>	T1	HD
<i>baclofen 15 mg tablet</i>	T1	HD
<i>baclofen 20 mg tablet</i>	T1	HD
<i>baclofen 10 mg/5 ml solution</i>	T1	PA HD
<i>baclofen 5 mg/5 ml suspension</i>	T1	PA HD
<i>baclofen 25 mg/5 ml suspension</i>	T1	ST
<i>baclofen 25 mg/5 ml suspension (Fleqsuvy)</i>	T1	HD
<i>carisoprodol (Soma)</i>	T1	
<i>carisoprodol/aspirin</i>	T1	
<i>chlorzoxazone</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

RELAJANTES MUSCULARES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS (cont.)		
chlorzoxazone (Lorzone)	T1	
cyclobenzaprine hcl	T1	
cyclobenzaprine hcl (Amrix)	T1	PA
cyclobenzaprine hcl (Fexmid)	T1	
DANTRIUM (dantrolene sodium)	T3	
dantrolene sodium	T1	
dantrolene sodium (Dantrium)	T1	
FEXMID (cyclobenzaprine hcl)	T3	PA
LORZONE (chlorzoxazone)	T3	PA
metaxalone 400 mg tablet	T1	
metaxalone 800 mg tablet	T1	
methocarbamol	T1	
methocarbamol 500 mg tablet	T1	
methocarbamol 750 mg tablet	T1	
methocarbamol 1,000 mg tablet	T1	
NORGESIC (orphenadrine/aspirin/caffeine)	T3	
NORGESIC FORTE (orphenadrine/aspirin/caffeine)	T3	
orphenadrine citrate	T1	
orphenadrine/aspirin/caffeine (Norgesics Forte)	T1	
orphenadrine/aspirin/caffeine (Norgesics)	T1	
SOMA (carisoprodol)	T3	
tizanidine hcl	T1	
tizanidine hcl (Zanaflex)	T1	
ZANAFLEX 2 MG CAPSULE (tizanidine hcl)	T3	
ZANAFLEX 4 MG CAPSULE (tizanidine hcl)	T3	
ZANAFLEX 4 MG TABLET (tizanidine hcl)	T3	
ZANAFLEX 6 MG CAPSULE (tizanidine hcl)	T3	

VITAMINAS PRENATALES (Nutritivas/alimenticias)

PREPARACIONES DE VITAMINAS PRENATALES

BAL-CARE DHA ESSENTIAL	T3	
CADEAU DHA	T3	
CITRANATAL 90 DHA	T3	
CITRANATAL ASSURE	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS PRENATALES (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINAS PRENATALES (cont.)		
CITRANATAL DHA	T3	
CITRANATAL HARMONY	T3	
CITRANATAL RX	T3	
<i>cvs prenatal multi-dha softgel</i>	T1	PPACA
<i>cvs prenatal multivit-dha sfgl</i>	T1	PPACA
<i>cvs prenatal vitamins tablet</i>	T1	PPACA
DUET DHA BALANCED	T3	
EXPECTA PRENATAL	T2	
<i>ft prenatal tablet</i>	T1	PPACA
<i>gnp prenatal vitamins</i>	T1	PPACA
GS PRENATAL VITAMINS TABLET	T3	
HM ONE DAILY PRENATAL COMBO PK	T2	
<i>hm prenatal tablet</i>	T1	PPACA
KOSHER PRENATAL PLUS IRON	T3	
KPN	T2	
MARNATAL-F	T3	
MASONATAL PRENATAL	T3	
MINI PRENATAL	T3	
MTERYTI	T3	
MTERYTI FOLIC 5	T3	
NATACHEW	T3	
NEONATAL COMPLETE	T3	
NEONATAL PLUS	T3	
NEONATAL-DHA	T3	
NESTABS	T3	
NESTABS ABC	T3	
NESTABS DHA	T3	
OB COMPLETE ONE	T3	
OB COMPLETE PETITE	T3	
OB COMPLETE PREMIER	T3	
OB COMPLETE WITH DHA	T3	
OBSTETRIX EC	T3	
OBTREX DHA	T3	
ONE A DAY WOMEN'S PRENATAL DHA	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS PRENATALES (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINAS PRENATALES (cont.)		
ONE-A-DAY PRENATAL-1	T3	
<i>pnv 11/iron fum/folic acid/om3</i>	T1	
<i>pnv 119/iron fum/folic acid</i>	T1	
<i>pnv no.154/iron fum/folic acid</i>	T1	
<i>pnv no.52/iron/fa/omega-3/dha</i>	T1	PA SP HD
<i>pnv 66/iron/folic/docusate/dha</i>	T1	
<i>pnv 69/iron/folic/docusate/dha</i>	T1	
<i>pnv 80/iron fum/folic/dss/dha</i>	T1	
<i>pnv no.118/iron fumarate/fa</i>	T1	
<i>pnv,calcium 72/iron,carb/folic</i>	T1	
<i>pnv,calcium 72/iron/folic acid</i>	T1	
<i>pnv/iron,carb/docusat/folic ac</i>	T1	
<i>pnv19/iron bg,s.p/folic ac/om3</i>	T1	
<i>pnv81/iron ps,edta/folic/omeg3</i>	T1	PA SP HD
PRENATA	T3	
<i>prenatal 105/iron/folic ac/dha</i>	T1	
<i>prenatal 12/iron/folic/dss/om3</i>	T1	
PRENATAL 19 CHEWABLE TABLET	T3	
<i>prenatal 19 chewable tablet</i>	T1	
PRENATAL 19 TABLET	T3	
<i>prenatal 19 tablet</i>	T1	
<i>prenatal 21/iron fu/folic acid</i>	T1	PPACA
<i>prenatal 53/iron/folic ac/omg3</i>	T1	
<i>prenatal 54/iron/folic ac/omg3</i>	T1	
<i>prenatal 93/iron/folate 9/dha</i>	T1	
<i>prenatal,calc 40/iron/folate 1</i>	T1	PA SP HD
<i>prenatal caplet</i>	T1	PPACA
PRENATAL FORMULA	T2	
PRENATAL FORMULA-DHA (<i>prenatal vit 116/iron/fa/dha</i>)	T3	PA SP HD
PRENATAL GUMMIES	T3	
PRENATAL MULTI	T3	
<i>prenatal multi-dha softgel</i>	T1	PPACA
PRENATAL MULTI-DHA SOFTGEL	T2	
PRENATAL MULTI-DHA SOFTGEL	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS PRENATALES (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINAS PRENATALES (cont.)		
<i>prenatal multivitamin tablet</i>	T1	PPACA
PRENATAL MULTIVITAMIN TABLET	T3	
PRENATAL MULTIVITAMIN-DHA SFGL	T2	
PRENATAL PLUS VITAMIN-MINERAL	T3	
PRENATAL PLUS-DHA	T3	
<i>prenatal tablet</i>	T1	PPACA
PRENATAL TABLET	T3	
<i>prenatal vit 14/iron fum/folic</i>	T1	
<i>prenatal vit 55/iron/folic/om3</i>	T1	
<i>prenatal vit 91/iron/folic/dha</i>	T1	
<i>prenatal vit no.126/iron/folic</i>	T1	PPACA
<i>prenatal vit no.129/iron/folic</i>	T1	PPACA
<i>prenatal vit,cal 73/iron/folic</i>	T1	
<i>prenatal vit/iron fum/folic ac</i>	T1	
<i>prenatal vit,cal 78/iron/folic</i>	T1	PA SP HD
<i>prenatal vits 86/iron/folic ac</i>	T1	PA SP HD
PRENATAL VITAMIN + DHA	T2	
<i>prenatal vitamin tablet</i>	T1	PPACA
PRENATAL VITAMIN TABLET (<i>prenatal vit no.124/iron/folic</i>)	T3	
<i>prenatal vitamins tablet</i>	T1	PPACA
<i>prenatal vits calc.36/iron/fa</i>	T1	PPACA
<i>prenatal 71/iron/folic ac/dha</i>	T1	
PRENATE ENHANCE	T3	
PRENATE RESTORE	T3	
PRIMACARE	T3	
PROVIDA OB	T3	
<i>ra one daily prenatal dha pack</i>	T1	PPACA
<i>ra prenatal tablet</i>	T1	PPACA
SELECT-OB	T3	
SELECT-OB (<i>prenatal vit128/iron/folic acd</i>)	T3	
SELECT-OB + DHA	T3	
SIMILAC PRENATAL	T3	
<i>sm prenatal vitamins tablet</i>	T1	PPACA
STUART ONE (<i>pnv no.63/iron,carb/folic/dha</i>)	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS PRENATALES (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINAS PRENATALES (cont.)		
<i>sv prenatal tablet</i>	T1	PPACA
SV PRENATAL VITAMINS TABLET	T3	
THERANATAL	T3	
THERANATAL COMPLETE	T3	
THERANATAL ONE	T3	
THERANATAL PLUS	T3	
THRIVITE RX	T3	
TRICARE	T3	
TRICARE PRENATAL DHA ONE	T3	
TRISTART DHA	T3	
ULTRA PRENATAL PLUS DHA	T3	
VITAFOL FE PLUS	T3	
VITAFOL NANO	T3	
VITAFOL ULTRA	T3	
VITAFOL-OB	T3	
VITAFOL-OB+DHA	T3	
VITAFOL-ONE	T3	
VITAMEDMD ONE RX	T3	
VITAMEDMD REDICHEW RX (<i>prenatal no.42/folic acid</i>)	T3	PA SP HD
VITAPEARL	T3	
VITATRUE	T3	
WOMEN'S PRENATAL PLUS DHA	T2	
VITAMINAS PRENATALES CON BAJO CONTENIDO DE HIERRO O SIN HIERRO		
CITRANATAL B-CALM	T3	PA SP HD
CVS PRENATAL GUMMIES	T3	
DUET DHA 400	T3	PA SP HD
P2I PRENATAL WITH CHOLINE	T3	
PRENATAL GUMMIES	T3	
PRENATE DHA	T3	PA SP HD
PRENATE ELITE	T3	PA SP HD
PRENATE MINI	T3	PA SP HD
PRENATE PIXIE	T3	PA SP HD
PRENATE STAR	T3	PA SP HD
R-NATAL OB	T3	PA SP HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS PRENATALES (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
VITAMINAS PRENATALES CON BAJO CONTENIDO DE HIERRO O SIN HIERRO (cont.)		
THERANATAL OVAVITE	T3	PA SP HD
VITAFOL GUMMIES	T3	PA SP HD
TRINAZ	T3	
MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar)⁹		
ADRENÉRGICOS, AROMÁTICOS, SIN CATECOLAMINAS		
<i>lisdexamfetamine 10 mg tb chew (Vyvanse)</i>	T1	ST
<i>lisdexamfetamine 20 mg tb chew (Vyvanse)</i>	T1	ST
<i>lisdexamfetamine 30 mg tb chew (Vyvanse)</i>	T1	ST
<i>lisdexamfetamine 40 mg tb chew (Vyvanse)</i>	T1	ST
<i>lisdexamfetamine 50 mg tb chew (Vyvanse)</i>	T1	ST
<i>lisdexamfetamine 60 mg tb chew (Vyvanse)</i>	T1	ST
VYVANSE (<i>lisdexamfetamine dimesylate</i>)	T3	ST
ANTIDEPRESIVOS ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES ALFA 2		
<i>mirtazapine</i>	T1	HD
<i>mirtazapine (Remeron)</i>	T1	HD
REMERON (<i>mirtazapine</i>)	T3	HD
MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS - BENZODIAZEPINAS		
<i>alprazolam</i>	T1	
<i>alprazolam (Xanax Xr)</i>	T1	
<i>alprazolam (Xanax)</i>	T1	
ATIVAN (<i>lorazepam</i>)	T3	
<i>chlordiazepoxide hcl</i>	T1	
<i>clorazepate dipotassium</i>	T1	
<i>diazepam 10 mg tablet (Valium)</i>	T1	
<i>diazepam 2 mg tablet (Valium)</i>	T1	
<i>diazepam 25 mg/5 ml oral conc</i>	T1	
<i>diazepam 5 mg tablet (Valium)</i>	T1	
<i>diazepam 5 mg/5 ml oral conc, soln, solution</i>	T1	
<i>lorazepam</i>	T1	
<i>lorazepam (Ativan)</i>	T1	
<i>oxazepam</i>	T1	
MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS		
<i>buspiron hcl</i>	T1	HD
<i>meprobamate</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar) ⁹ (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIDEPRESIVOS - DEPRESIÓN POSPARTO (PPD)		
ZURZUVAE 20 MG CAPSULE	T4	QL (28 caps/365 days) SP HD
ZURZUVAE 25 MG CAPSULE	T4	QL (28 caps/365 days) SP HD
ZURZUVAE 30 MG CAPSULE	T4	QL (14 caps/365 days) SP HD
MEDICAMENTOS PARA TRASTORNO BIPOLAR		
EQUETRO	T3	HD
<i>lithium carbonate</i>	T1	HD
<i>lithium carbonate</i> (Lithobid)	T1	HD
LITHOBID (<i>lithium carbonate</i>)	T3	HD
MAOI - ANTIDEPRESIVOS NO SELECTIVOS E IRREVERSIBLES		
MARPLAN	T3	
NARDIL (<i>phenelzine sulfate</i>)	T3	
PARNATE (<i>tranylcypromine sulfate</i>)	T3	
<i>phenelzine sulfate</i> (Nardil)	T1	
<i>tranylcypromine sulfate</i> (Parnate)	T1	
ANTIDEPRESIVOS INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA (MAO)		
EMSAM	T3	
COMB. DE ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES NMDA Y NDRI		
AUVELITY	T3	ST QL (60 tabs/30 days)
INHIB. DE LA RECAPT. DE NOREPINEFRINA Y DOPAMINA (NDRI)		
<i>bupropion hcl</i>	T1	HD
AGONISTAS INVERSOS SELECTIVOS DE SEROTONINA 5-HT_{2A} (SSIA)		
NUPLAZID 10 MG TABLET	T4	PA QL (30 tabs/fill) SP HD
NUPLAZID 34 MG CAPSULE	T4	PA QL (30 caps/fill) SP HD
INHIBIDOR SELECTIVO DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (SSRI)		
<i>citalopram hbr 20 mg/10 ml cup</i>	T1	PA SP HD
<i>citalopram hbr 10 mg/5 ml soln</i>	T1	HD
<i>escitalopram 10 mg/10 ml cup</i>	T1	PA SP HD
<i>escitalopram oxalate 5 mg/5 ml</i>	T1	ST HD
<i>fluoxetine hcl</i>	T1	ST QL (4 caps/fill) HD
<i>fluoxetine hcl 20 mg capsule</i> (Prozac)	T1	HD
<i>fluoxetine 20 mg/5 ml solution</i>	T1	HD
<i>fluoxetine hcl 10 mg tablet</i>	T1	ST QL (30 tabs/fill) HD
<i>fluoxetine hcl 20 mg tablet</i>	T1	ST HD
<i>fluoxetine hcl 60 mg tablet</i>	T1	ST HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar)⁹ (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDOR SELECTIVO DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (SSRI) (cont.)		
<i>fluvoxamine maleate</i>	T1	ST QL (60 caps/fill) HD
<i>fluvoxamine maleate 25 mg tab</i>	T1	QL (30 tabs/fill) HD
<i>fluvoxamine maleate 50 mg tab</i>	T1	QL (60 tabs/fill) HD
<i>fluvoxamine maleate 100 mg tab</i>	T1	QL (90 tabs/fill) HD
<i>paroxetine hcl (Paxil Cr)</i>	T1	ST QL (60 tabs/fill) HD
<i>paroxetine hcl 10 mg/5 ml susp (Paxil)</i>	T1	ST HD
<i>paroxetine hcl 10 mg tablet (Paxil)</i>	T1	QL (30 tabs/fill) HD
<i>paroxetine hcl 20 mg tablet (Paxil)</i>	T1	QL (60 tabs/fill) HD
<i>paroxetine hcl 30 mg tablet (Paxil)</i>	T1	QL (60 tabs/fill) HD
<i>paroxetine hcl 40 mg tablet (Paxil)</i>	T1	QL (30 tabs/fill) HD
PAXIL 10 MG/5 ML SUSPENSION (<i>paroxetine hcl</i>)	T3	ST HD
PAXIL 10 MG TABLET (<i>paroxetine hcl</i>)	T3	ST QL (30 tabs/fill) HD
PAXIL 20 MG TABLET (<i>paroxetine hcl</i>)	T3	ST QL (60 tabs/fill) HD
PAXIL 30 MG TABLET (<i>paroxetine hcl</i>)	T3	ST QL (60 tabs/fill) HD
PAXIL 40 MG TABLET (<i>paroxetine hcl</i>)	T3	ST QL (30 tabs/fill) HD
PAXIL CR (<i>paroxetine hcl</i>)	T3	ST QL (60 tabs/fill) HD
<i>sertraline 150 mg capsule</i>	T1	QL (30 caps/30 days) HD
<i>sertraline 150 mg capsule</i>	T1	ST QL (30 caps/30 days) HD
<i>sertraline 200 mg capsule</i>	T1	QL (30 caps/30 days) HD
<i>sertraline 200 mg capsule</i>	T1	ST QL (30 caps/30 days) HD
<i>sertraline 20 mg/ml oral conc (Zoloft)</i>	T1	HD
<i>sertraline hcl 100 mg tablet (Zoloft)</i>	T1	QL (60 tabs/fill) HD
<i>sertraline hcl 25 mg tablet (Zoloft)</i>	T1	QL (45 tabs/fill) HD
<i>sertraline hcl 50 mg tablet (Zoloft)</i>	T1	QL (60 tabs/fill) HD

INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN/ANTAGONISTAS DE LA SEROTONINA-2 (SARI)

<i>nefazodone hcl</i>	T1	HD
<i>trazodone hcl</i>	T1	HD

INHIB. DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA-NOREPINEFRINA (SNRI)

DESVENLAFAXINE ER	T3	ST QL (30 tabs/fill) HD
DESVENLAFAXINE ER	T3	ST QL (30 tabs/fill) HD
<i>desvenlafaxine succinate (Pristiq)</i>	T1	ST QL (30 tabs/fill) HD
<i>duloxetine hcl dr 20 mg cap (Cymbalta)</i>	T1	QL (60 caps/fill) HD
<i>duloxetine hcl dr 30 mg cap (Cymbalta)</i>	T1	QL (30 caps/fill) HD
<i>duloxetine hcl dr 40 mg cap</i>	T1	ST QL (30 caps/fill) HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar)⁹ (cont.)

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

INHIB. DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA-NOREPINEFRINA (SNRI) (cont.)

<i>duloxetine hcl dr 60 mg cap</i> (Cymbalta)	T1	QL (60 caps/fill) HD
FETZIMA 20-40 MG TITRATION PAK	T2	ST QL (28 caps/30 days)
FETZIMA ER 120 MG CAPSULE	T2	ST QL (30 caps/30 days)
FETZIMA ER 20 MG CAPSULE	T2	ST QL (30 caps/30 days)
FETZIMA ER 40 MG CAPSULE	T2	ST QL (30 caps/30 days)
FETZIMA ER 80 MG CAPSULE	T2	ST QL (30 caps/30 days)
<i>venlafaxine hcl</i>	T1	QL (90 tabs/fill) HD
<i>venlafaxine hcl er 37.5 mg tab</i>	T1	ST QL (30 tabs/fill) HD
<i>venlafaxine hcl er 75 mg tab</i>	T1	ST QL (30 tabs/fill) HD
<i>venlafaxine hcl er 150 mg tab</i>	T1	ST QL (30 tabs/fill) HD
<i>venlafaxine hcl er 225 mg tab</i>	T1	ST QL (30 tabs/fill) HD

SSRI, ANTIDEPRESIVOS MODULADORES DE RECEPTORES DE SEROTONINA

TRINTELLIX	T3	ST QL (30 tabs/30 days)
------------	----	-------------------------

COMBINACIONES DE ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS-BENZODIAZEPINAS

<i>amitriptyline/chlordiazepoxide</i>	T1	HD
<i>perphenazine/amitriptyline hcl</i>	T1	HD

ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS, INHIB. NO SELECT. DE LA RECAPTACIÓN REL.

<i>amitriptyline hcl</i>	T1	HD
<i>amoxapine</i>	T1	HD
ANAFRANIL (clomipramine hcl)	T3	HD
<i>clomipramine hcl</i> (Anafranil)	T1	HD
<i>desipramine hcl</i>	T1	HD
<i>doxepin 10 mg capsule</i>	T1	HD
<i>doxepin 10 mg/ml oral conc</i>	T1	HD
<i>doxepin 25 mg capsule</i>	T1	HD
<i>doxepin 50 mg capsule</i>	T1	HD
<i>doxepin 75 mg capsule</i>	T1	HD
<i>doxepin 100 mg capsule</i>	T1	HD
<i>doxepin 150 mg capsule</i>	T1	HD
<i>imipramine hcl</i> (Tofranil)	T1	HD
<i>imipramine pamoate</i>	T1	HD
<i>maprotiline hcl</i>	T1	HD
<i>nortriptyline hcl</i>	T1	HD
<i>nortriptyline hcl</i> (Pamelor)	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar)⁹ (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS, INHIB. NO SELECT. DE LA RECAPTACIÓN REL. (cont.)		
PAMELOR (<i>nortriptyline hcl</i>)	T3	HD
<i>protriptyline hcl</i>	T1	HD
SURMONTIL (<i>trimipramine maleate</i>)	T3	HD
TOFRANIL (<i>imipramine hcl</i>)	T3	HD
<i>trimipramine maleate</i> (Surmontil)	T1	HD

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Trastorno de déficit de atención e hiperactividad)⁹

ADRENÉRGICOS, AROMÁTICOS, SIN CATECOLAMINAS

<i>lisdexamfetamine 10 mg capsule</i> (Vyvanse)	T1	
<i>lisdexamfetamine 10 mg tb chew</i>	T1	ST
<i>lisdexamfetamine 20 mg capsule</i> (Vyvanse)	T1	
<i>lisdexamfetamine 20 mg tb chew</i>	T1	ST
<i>lisdexamfetamine 30 mg capsule</i> (Vyvanse)	T1	
<i>lisdexamfetamine 30 mg tb chew</i>	T1	ST
<i>lisdexamfetamine 40 mg capsule</i> (Vyvanse)	T1	
<i>lisdexamfetamine 40 mg tb chew</i>	T1	ST
<i>lisdexamfetamine 50 mg capsule</i> (Vyvanse)	T1	
<i>lisdexamfetamine 50 mg tb chew</i>	T1	ST
<i>lisdexamfetamine 60 mg capsule</i> (Vyvanse)	T1	
<i>lisdexamfetamine 60 mg tb chew</i>	T1	ST
<i>lisdexamfetamine 70 mg capsule</i> (Vyvanse)	T1	

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

<i>clonidine hcl er 0.1 mg tablet</i> (Kapvay)	T1	
<i>guanfacine hcl</i> (Intuniv)	T1	HD
KAPVAY (<i>clonidine hcl</i>)	T3	ST

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

APTENSIO XR (<i>methylphenidate hcl</i>)	T3	ST
AZSTARYS	T2	ST
COTEMPLA XR-ODT	T3	ST
DAYTRANA	T2	ST
<i>dexmethylphenidate hcl</i> (Focalin Xr)	T1	
<i>dexmethylphenidate hcl</i> (Focalin)	T1	
JORNAY PM	T3	ST
METADATE CD (<i>methylphenidate hcl</i>)	T3	ST
METHYLIN (<i>methylphenidate hcl</i>)	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Trastorno de déficit de atención e hiperactividad)⁹ (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
TRAT. PARA EL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (ADHD)/NARCOLEPSIA (cont.)		
<i>methylphenidate</i>	T1	ST
<i>methylphenidate er 10 mg cap</i> (Aptensio Xr)	T1	ST
<i>methylphenidate er 10 mg, 20 mg tab</i>	T1	
<i>methylphenidate er 15 mg cap</i> (Aptensio Xr)	T1	ST
<i>methylphenidate er 18 mg tab</i> (Concerta)	T1	
<i>methylphenidate er 18 mg tab</i> (Relexxii)	T1	
<i>methylphenidate er 20 mg cap</i> (Aptensio Xr)	T1	ST
<i>methylphenidate er 27 mg tab</i> (Concerta)	T1	
<i>methylphenidate er 27 mg tab</i> (Relexxii)	T1	
<i>methylphenidate er 30 mg cap</i> (Aptensio Xr)	T1	ST
<i>methylphenidate er 36 mg tab</i> (Concerta)	T1	
<i>methylphenidate er 36 mg tab</i> (Relexxii)	T1	
<i>methylphenidate er 40 mg cap</i> (Aptensio Xr)	T1	ST
<i>methylphenidate er 50 mg cap</i> (Aptensio Xr)	T1	ST
<i>methylphenidate er 54 mg tab</i> (Concerta)	T1	
<i>methylphenidate er 54 mg tab</i> (Relexxii)	T1	
<i>methylphenidate er 60 mg cap</i> (Aptensio Xr)	T1	ST
<i>methylphenidate er 72 mg tab</i>	T1	
METHYLPHENIDATE ER 72 MG TAB	T3	ST
<i>methylphenidate hcl</i>	T1	
<i>methylphenidate hcl</i> (Metadate Cd)	T1	
<i>methylphenidate hcl</i> (Methylin)	T1	
<i>methylphenidate hcl</i> (Ritalin La)	T1	
<i>methylphenidate hcl</i> (Ritalin)	T1	
QELBREE ER	T3	ST
RELEXXII ER 72 MG TABLET	T3	ST

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

<i>atomoxetine hcl</i> (Strattera)	T1	HD
QELBREE	T3	ST

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Varios)

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

ADDYI	T3	PA
VYLEESI	T4	PA QL (8 auto-injs/fill) SP

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Esquizofrenia/antipsicóticos) ⁹		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIPSIC., ANTAG. DE LA DOPAMINA, DIFENILBUTILPIPERIDINAS		
<i>pimozide</i>	T1	
ANTIPSICÓTICOS, ATÍPICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA		
<i>asenapine maleate</i> (Saphris)	T1	QL (60 tabs/fill)
CAPLYTA	T3	QL (30 caps/fill)
<i>clozapine</i>	T1	
<i>clozapine</i> (Clozaril)	T1	
CLOZARIL (<i>clozapine</i>)	T3	
GEODON (<i>ziprasidone hcl</i>)	T3	QL (60 caps/fill)
INVEGA ER 3 MG TABLET (<i>paliperidone</i>)	T3	QL (30 tabs/fill)
INVEGA ER 6 MG TABLET (<i>paliperidone</i>)	T3	QL (60 tabs/fill)
INVEGA ER 9 MG TABLET (<i>paliperidone</i>)	T3	QL (30 tabs/fill)
LYBALVI	T3	QL (30 tabs/30 days)
<i>olanzapine</i>	T1	PA SP HD
<i>olanzapine</i> (Zyprexa Zydis)	T1	QL (30 tabs/fill)
<i>quetiapine er 50 mg tablet</i> (Seroquel Xr)	T1	QL (60 tabs/fill)
<i>quetiapine er 200 mg tablet</i> (Seroquel Xr)	T1	QL (30 tabs/fill)
<i>quetiapine er 300 mg tablet</i> (Seroquel Xr)	T1	QL (60 tabs/fill)
<i>quetiapine er 400 mg tablet</i> (Seroquel Xr)	T1	QL (60 tabs/fill)
<i>quetiapine fumarate 200 mg tab</i> (Seroquel)	T1	QL (90 tabs/fill)
<i>quetiapine fumarate 300 mg tab</i> (Seroquel)	T1	QL (60 tabs/fill)
RISPERDAL 0.5 MG TABLET (<i>risperidone</i>)	T3	QL (60 tabs/fill)
RISPERDAL 1 MG TABLET (<i>risperidone</i>)	T3	QL (60 tabs/fill)
RISPERDAL 1 MG/ML SOLUTION (<i>risperidone</i>)	T3	
RISPERDAL 2 MG TABLET (<i>risperidone</i>)	T3	QL (60 tabs/fill)
RISPERDAL 3 MG TABLET (<i>risperidone</i>)	T3	QL (60 tabs/fill)
RISPERDAL 4 MG TABLET (<i>risperidone</i>)	T3	QL (60 tabs/fill)
<i>risperidone</i>	T1	QL (60 tabs/fill)
<i>risperidone 0.5 mg tablet</i> (Risperdal)	T1	QL (60 tabs/fill)
<i>risperidone 1 mg tablet</i> (Risperdal)	T1	QL (60 tabs/fill)
<i>risperidone 1 mg/ml solution</i> (Risperdal)	T1	
<i>risperidone 2 mg tablet</i> (Risperdal)	T1	QL (60 tabs/fill)
<i>risperidone 3 mg tablet</i> (Risperdal)	T1	QL (60 tabs/fill)
<i>risperidone 4 mg tablet</i> (Risperdal)	T1	QL (60 tabs/fill)
SECUADO	T3	QL (30 patches/fill)

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Esquizofrenia/antipsicóticos) ⁹ (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIPSICÓTICOS, ATÍPICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA (cont.)		
VERSACLOZ	T3	
ziprasidone hcl (Geodon)	T1	QL (60 caps/fill)
ZYPREXA (olanzapine)	T3	QL (30 tabs/fill)
ZYPREXA ZYDIS (olanzapine)	T3	QL (30 tabs/fill)
ANTIPSICÓTICOS-ATÍPICOS, AG. PARCIAL DE D3/D2-5HT MIXTOS		
VRAYLAR	T3	QL (30 caps/30 days)
ANTIPSICÓTICOS-ATÍPICOS, AG. PARCIAL DE D2/5HT MIXTOS		
ABILIFY ASIMTUFI 720MG/2.4ML, 960MG/3.2ML	T3	
ABILIFY MYCITE	T3	QL (30 tabs/fill)
aripiprazole	T1	QL (60 tabs/fill)
aripiprazole 1 mg/ml solution	T1	
aripiprazole 2 mg tablet (Abilify)	T1	QL (30 tabs/fill)
aripiprazole 10 mg tablet (Abilify)	T1	QL (30 tabs/fill)
aripiprazole 20 mg tablet (Abilify)	T1	QL (30 tabs/fill)
aripiprazole 30 mg tablet (Abilify)	T1	QL (30 tabs/fill)
REXULTI	T3	QL (30 tabs/fill)
ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA		
loxapine succinate	T1	
ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, TIOXANTENOS		
thiothixene	T1	
ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, BUTIROFENONAS		
haloperidol	T1	
haloperidol lactate	T1	
ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, DIHIDROINDOLONAS		
molindone hcl	T1	
ANTIPSICÓTICOS, FENOTIAZINAS		
chlorpromazine hcl	T1	
fluphenazine hcl	T1	
perphenazine	T1	
thioridazine hcl	T1	
trifluoperazine hcl	T1	
SSRI-ANTIPSIC., ATÍPICOS, ANTAG. DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA		
olanzapine/fluoxetine hcl	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Trastornos convulsivos)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
NEUROESTEROIDE MODULADOR DEL RECEPTOR GABA-A		
ZTALMY	T4	PA SP
MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Trastornos del sueño/sedantes)		
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA NARCOLEPSIA Y LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO		
<i>armodafinil</i> (Nuvigil)	T1	PA QL (30 tabs/fill)
<i>modafinil 100 mg tablet</i> (Provigil)	T1	PA QL (30 tabs/fill)
SUNOSI	T2	PA QL (30 tabs/fill)
SEDANTES/HIPNÓTICOS (Trastornos del sueño/sedantes)		
AGENTE TIPO SEDANTE ANTINARCOLEPSIA Y ANTICATAPLEXIA		
LUMRYZ STARTER PACK	T4	
LUMRYZ ER	T4	PA SP HD QL (30 packets/30 days)
SODIUM OXYBATE	T4	PA SP HD QL (540ml/30 days)
XYREM	T4	PA QL (540 mls/fill) SP HD
XYWAV	T4	PA QL (540 mls/fill) SP HD
BARBITÚRICOS		
<i>phenobarbital</i>	T1	
HIPNÓTICOS, AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA MELATONINA MT1/MT2		
HETLIOZ	T4	PA QL (30 caps/fill) SP HD
HETLIOZ LQ	T4	PA QL (158 mls/fill) SP HD
<i>ramelteon</i> (Rozerem)	T1	QL (30 tabs/fill)
HIPNÓTICOS SEDANTES - BENZODIAZEPINAS		
estazolam	T1	QL (15 tabs/fill)
<i>flurazepam hcl</i>	T1	QL (15 caps/fill)
HALCION (<i>triazolam</i>)	T3	QL (15 tabs/fill)
<i>midazolam hcl</i>	T1	
RESTORIL (<i>temazepam</i>)	T3	QL (15 caps/fill)
<i>temazepam</i> (Restoril)	T1	QL (15 caps/fill)
<i>triazolam</i>	T1	QL (15 tabs/fill)
<i>triazolam</i> (Halcion)	T1	QL (15 tabs/fill)
HIPNÓTICOS SEDANTES, NO BARBITÚRICOS		
BELSOMRA	T3	ST QL (30 tabs/fill)
DAYVIGO	T3	ST QL (30 tabs/fill)
<i>doxepin hcl 3 mg tablet</i> (Silenor)	T1	ST QL (30 tabs/fill)
<i>doxepin hcl 6 mg tablet</i> (Silenor)	T1	ST QL (30 tabs/fill)

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

SEDANTES/HIPNÓTICOS (Trastornos del sueño/sedantes) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HIPNÓTICOS SEDANTES, NO BARBITÚRICOS (cont.)		
EDLUAR	T3	ST QL (30 tabs/fill)
<i>eszopiclone</i> (Lunesta)	T1	QL (30 tabs/fill)
IGALMI	T3	
MKO (MIDAZOLAM-KETAMINE-ONDAN)	T3	
SILENOR (<i>doxepin hcl</i>)	T3	ST QL (30 tabs/fill)
QUVIVIQ	T3	ST QL (30 tabs/fill)
<i>zaleplon 10 mg capsule</i>	T1	QL (60 caps/fill)
<i>zaleplon 5 mg capsule</i>	T1	QL (30 caps/fill)
<i>zolpidem tartrate</i>	T1	QL (30 tabs/fill)
<i>zolpidem tartrate</i> (Ambien Cr)	T1	QL (30 tabs/fill)
<i>zolpidem tartrate</i> (Ambien)	T1	QL (30 tabs/fill)
ZOLPIMIST	T3	ST QL (1 canister/30 days)

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Varias)

ANTISÉPTICOS, GENERALES

ADVOCATE ALCOHOL 70% PREP PADS	T2	
ALCOHOL 70% PREP PADS	T2	
<i>alcohol 70% swabs</i>	T1	
ALCOHOL 70% SWABS	T2	
ALCOHOL 70% WIPES	T2	
<i>alcohol antiseptic pads</i>	T1	
<i>alcohol prep pads</i>	T1	
<i>alcohol swab</i>	T1	
<i>alcohol swabs</i>	T1	
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD	T2	
CURITY ALCOHOL PREPS	T2	
CVS ALCOHOL 70% PREP PADS	T2	
<i>cvs isopropyl alcohol 70% wipe</i>	T1	
DROPSAFE PREP PADS	T2	
EASY COMFORT ALCOHOL PAD	T2	
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS	T2	
<i>fifty50 alcohol prep pads</i>	T1	
GNP ALCOHOL SWAB	T2	
GS ALCOHOL 70% SWABS	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Varías) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTISÉPTICOS, GENERALES (cont.)		
HM ALCOHOL 70% PREP PADS	T2	
INCONTROL ALCOHOL PADS	T2	
<i>pharm choice alcohol prep pads</i>	T1	
PHARM CHOICE ALCOHOL PREP PADS	T2	
PRO COMFORT ALCOHOL PADS	T2	
PURE COMFORT ALCOHOL PAD	T2	
<i>ra alcohol swabs</i>	T1	
RA ISOPROPYL ALCOHOL 70% WIPES	T2	
RELION ALCOHOL 70% SWABS	T2	
SAPS ALCOHOL 70% PREP PADS	T2	
SINGLE USE SWAB	T2	
SURE COMFORT ALCOHOL	T2	
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS	T2	
SWI ALCOHOL 70% PREP PADS	T2	
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS	T2	
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS	T2	
ULTILET ALCOHOL SWAB	T2	
WEBCOL	T2	
IRRIGANTES		
<i>acetic acid</i>	T1	
<i>neomycin sulf/polymyxin b sulf</i>	T1	
PHYSIOLYTE (<i>physiological irrig soln no. 1</i>)	T3	
PHYSIOSOL (<i>physiological irrig soln no. 1</i>)	T3	
<i>ringer's solution</i>	T1	
<i>ringer's solution, lactated</i>	T1	
<i>sod, pot chlor/mag/sod, pot phos</i>	T1	
<i>sodium chloride irrig solution</i>	T1	
<i>sodium chloride 0.9% irrig</i>	T1	
<i>sodium chloride 0.9% prcss sol</i>	T1	
SODIUM CHLORIDE 0.9% IRRIG.	T3	
SORBITOL	T3	
SORBITOL-MANNITOL	T3	
<i>water for irrigation, sterile</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Varias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES OXIDANTES		
<i>hydrogen peroxide</i>	T1	
CONSERVANTES		
<i>formaldehyde</i>	T1	
PREPARACIONES CUTÁNEAS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
AGENTES ANTIPSORIÁSICOS, SISTÉMICOS		
<i>acitretin</i>	T1	
<i>methoxsalen</i>	T1	
SKYRIZI	T4	PA QL (150 mg/84 days) SP HD
SKYRIZI (2 SYRINGES) KIT	T4	PA QL (150 mg/84 days) SP HD
SKYRIZI PEN	T4	PA QL (150 mg/84 days) SP HD
SOTYKTU	T4	PA QL (30 tabs/30 days) SP HD
SPEVIGO	T4	PA SP HD
TALTZ AUTOINJECTOR	T4	PA QL (1 ml/28 days) SP HD
TALTZ AUTOINJECTOR (2 PACK)	T4	PA QL (1 ml/28 days) SP HD
TALTZ AUTOINJECTOR (3 PACK)	T4	PA QL (1 ml/28 days) SP HD
TALTZ 20 MG/0.25 ML SYRINGE	T4	PA QL (1 syringe/28 days) SP HD
TALTZ 40 MG/0.5 ML SYRINGE	T4	PA QL (1 syringe/28 days) SP HD
TALTZ 80 MG/ML SYRINGE	T4	PA QL (1 ml/28 days) SP HD
ANTIINFLAMATORIOS TÓPICOS, ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS		
<i>diclofenac sodium 1% gel</i>	T1	QL (500 gms/28 days) HD
FLECTOR	T2	ST QL (60 patches/fill) HD
LICART	T2	ST QL (30 patches/fill) HD
PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas)		
AGENTES ANTIACNÉ, SISTÉMICOS		
ABSORICA (isotretinoin)	T3	ST
isotretinoin (Absorica)	T1	
AGENTES ANTIACNÉ, TÓPICOS		
ACZONE (<i>dapsone</i>)	T3	ST
<i>adapalene/benzoyl peroxide</i>	T1	
<i>adapalene/benzoyl peroxide</i> (Epiduo Forte)	T1	
AZELEX	T3	ST
<i>clindamycin phos/benzoyl perox</i>	T1	
<i>clindamycin phos/benzoyl perox</i> (Acanya)	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIACNÉ, TÓPICOS (cont.)		
<i>clindamycin/tretinoin (Veltin)</i>	T1	
<i>clindamycin/tretinoin (Ziana)</i>	T1	PA
<i>dapsone 5% gel (Aczone)</i>	T1	PA SP HD
<i>dapsone 7.5% gel pump (Aczone)</i>	T1	PA SP HD
EPIDUO FORTE	T3	ST
EPIDUO FORTE (<i>adapalene/benzoyl peroxide</i>)	T3	ST
KLARON (<i>sulfacetamide sodium</i>)	T3	ST
NEUAC 1.2-5% KIT	T3	ST
<i>neuac gel</i>	T1	
ONEXTON	T2	ST
ONEXTON (<i>clindamycin phos/benzoyl perox</i>)	T3	ST
<i>sulfacetamide sodium (Klaron)</i>	T1	
ANTIPRURIGINOSOS, TÓPICOS		
ZONALON	T3	ST QL (90 gms/30 days)
ZONALON (<i>doxepin hcl</i>)	T3	ST QL (90 gms/30 days)
AGENTES ANTIPSORIÁSICOS		
<i>calcipotriene 0.005% cream (Dovonex)</i>	T1	QL (120 gms/30 days)
<i>calcipotriene 0.005% ointment</i>	T1	QL (120 gms/30 days)
<i>calcipotriene 0.005% solution</i>	T1	QL (120 mls/30 days)
<i>calcitriol 3 mcg/g ointment (Vectical)</i>	T1	
DOVONEX (<i>calcipotriene</i>)	T3	ST QL (120 gms/30 days)
DUOBRII	T3	ST QL (200 gms/30 days)
<i>tazarotene 0.05% gel (Tazorac)</i>	T1	PA
<i>tazarotene 0.1% cream (Tazorac)</i>	T1	PA
<i>sod sulfacetam 10% clnsng gel</i>	T1	
<i>sod sulfacetamide 10% shampoo</i>	T1	
<i>sod sulfacetamide 9.8% shampoo</i>	T1	
SODIUM SULFACETAMIDE 10% WASH	T3	
<i>sodium sulfacetamide 10% wash (Ovace)</i>	T1	
<i>tazarotene 0.05% cream (Tazorac)</i>	T1	PA
<i>tazarotene 0.1% gel (Tazorac)</i>	T1	PA
TERSI FOAM	T3	
TWYNEO	T3	PA ST
VECTICAL (<i>calcitriol</i>)	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIPSORIÁSICOS (cont.)		
VTAMA	T2	PA QL (60 gms/28 days)
ZIANA (<i>clindamycin/tretinoin</i>)	T3	PA ST
ZORYVE 0.3% CREAM	T3	PA QL (60 gms/30 days)
AGENTES ANTISEBORREICOS		
ESKATA	T3	
OVACE (<i>sulfacetamide sodium</i>)	T3	
OVACE PLUS	T3	
OVACE PLUS WASH	T3	
PLEXION NS	T3	
<i>selenium sulfide</i>	T1	
ANTISÉPTICOS, GENERALES		
ADVOCATE ALCOHOL 70% PREP PADS	T2	
ALCOHOL 70% PREP PADS	T2	
ALCOHOL 70% SWABS	T2	
<i>alcohol 70% swabs</i>	T1	
ALCOHOL 70% WIPES	T2	
<i>alcohol antiseptic pads</i>	T1	
<i>alcohol prep pads</i>	T1	
<i>alcohol swabs</i>	T1	
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD	T2	
CURITY ALCOHOL PREPS	T2	
CVS ALCOHOL 70% PREP PADS	T2	
<i>cvs isopropyl alcohol 70% wipe</i>	T1	
DROPSAFE PREP PADS	T2	
EASY COMFORT ALCOHOL PAD	T2	
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS	T2	
<i>fifty50 alcohol prep pads</i>	T1	
GS ALCOHOL 70% SWABS	T2	
HM ALCOHOL 70% PREP PADS	T2	
INCONTROL ALCOHOL PADS	T2	
PHARM CHOICE ALCOHOL PREP PADS	T2	
<i>pharm choice alcohol prep pads</i>	T1	
PRO COMFORT ALCOHOL PADS	T2	
PURE COMFORT ALCOHOL PAD	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTISÉPTICOS, GENERALES (cont.)		
<i>ra alcohol swabs</i>	T1	
RA ISOPROPYL ALCOHOL 70% WIPES	T2	
RELION ALCOHOL 70% SWABS	T2	
SAPS ALCOHOL 70% PREP PADS	T2	
SINGLE USE SWAB	T2	
<i>sm alcohol prep pads</i>	T1	
SURE COMFORT ALCOHOL	T2	
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS	T2	
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS	T2	
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS	T2	
ULTILET ALCOHOL SWAB	T2	
<i>v-r alcohol prep pads</i>	T1	
WEBCOL	T2	
ANTISÉPTICOS, VARIOS		
GUAIACOL	T2	
INMUNOMODULADORES		
<i>imiquimod</i>	T1	
<i>imiquimod (Zyclara)</i>	T1	
RUBEFACIENTES/CONTRAIRRITANTES		
CANTHARIDIN-ACETONE	T3	
<i>methyl salicylate</i>	T1	
YCANTH	T4	SP
INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK)		
CIBINQO	T4	PA QL (30 tabs/30 days) SP
COMBINACIONES DE QUERATOLÍTICOS-GLUCOCORTICOIDES		
VANOXIDE-HC	T3	ST
QUERATOLÍTICOS		
<i>benzepro 6% foaming cloths</i>	T1	
BENZEPRO 7% CREAMY WASH (<i>benzoyl peroxide microspheres</i>)	T3	ST
<i>benzoyl peroxide</i>	T1	
<i>benzoyl peroxide (Pacnex)</i>	T1	
ENZOCLEAR	T3	ST
INOVA	T3	ST
INOVA 4-1	T3	ST

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
QUERATOLÍTICOS (cont.)		
INOVA 8-2	T3	ST
PACNEX (<i>benzoyl peroxide</i>)	T3	ST
<i>podofilox 0.5% gel</i> (Condylox)	T1	ST QL (7 gms/30 days)
<i>podofilox 0.5% topical soln</i>	T1	
PR BENZOYL PEROXIDE (<i>benzoyl peroxide microspheres</i>)	T3	ST
PROTECTORES		
PHARMABASE BARRIER (<i>zinc oxide</i>)	T3	
<i>zinc oxide 20% ointment</i>	T1	
ZINC OXIDE PASTE	T2	
AGENTES PARA LA ROSÁCEA, TÓPICOS		
<i>azelaic acid</i> (Finacea)	T1	
EPSOLAY	T3	ST
FINACEA 15% FOAM	T2	ST
FINACEA 15% GEL (<i>azelaic acid</i>)	T3	ST
<i>ivermectin 1% cream</i> (Soolantra)	T1	QL (45 gms/30 days)
METROCREAM (<i>metronidazole</i>)	T3	ST
METROGEL (<i>metronidazole</i>)	T3	ST
<i>metronidazole 0.75% cream</i> (Metrocream)	T1	
<i>metronidazole 0.75% lotion</i>	T1	
<i>metronidazole top 1% gel pump</i>	T1	
<i>metronidazole topical 0.75% gl</i>	T1	
<i>metronidazole topical 1% gel</i> (Metrogel)	T1	
MIRVASO	T2	PA
RHOFADE	T3	PA
<i>rosadan 0.75% cream</i> (Metrocream)	T1	
ROSADAN 0.75% CREAM KIT, GEL KIT	T3	ST
<i>rosadan 0.75% gel</i>	T1	
SOOLANTRA (<i>ivermectin</i>)	T3	ST QL (60 gms/30 days)
ADHESIVOS PARA TEJIDOS/HERIDAS		
ARTISS	T3	
SURGISEAL STYLUS	T3	
SURGISEAL TEARDROP	T3	
SURGISEAL TWIST	T3	
TISSEEL VHSD	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAM. TÓPICO, INHIB. DE LA FOSFODIESTERASA-4 (PDE4)		
EUCRISA	T2	ST QL (120 gms/30 days)
ZORYVE 0.15% CREAM	T2	ST QL (60 gms/30 days)
ZORYVE 0.3% FOAM	T3	ST QL (60 gms/30 days)
AGENTE ANTIACNÉ TÓPICO, AGONISTA DEL RECEPTOR DE ÁCIDO RETINOICO		
AKLIEF	T3	PA ST
ARAZLO	T3	PA
AGENTES TÓPICOS, VARIOS		
L-MESITRAN SOFT	T3	
MEDIHONEY	T3	
<i>trichloroacetic acid</i>	T1	
TRICHLOROACETIC ACID 100% (<i>trichloroacetic acid</i>)	T3	
TRICHLOROACETIC ACID 20% (<i>trichloroacetic acid</i>)	T2	
TRICHLOROACETIC ACID 25%	T3	
TRICHLOROACETIC ACID 30%	T2	
TRICHLOROACETIC ACID 35%	T2	
TRICHLOROACETIC ACID 40%	T2	
TRICHLOROACETIC ACID 50%	T2	
TRICHLOROACETIC ACID 75%	T3	
TRICHLOROACETIC ACID 80%	T2	
TRICHLOROACETIC ACID 85%	T2	
TRICHLOROACETIC ACID 90%	T2	
DERIVADOS DE LA PLEUROMUTILINA, ANTIBIÓTICOS TÓPICOS		
ALTABAX	T3	ST QL (30 gms/fill)
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS		
ALA-SCALP (<i>hydrocortisone</i>)	T3	ST
<i>alclometasone dipropionate</i>	T1	
<i>amcinonide</i>	T1	ST
<i>betamethasone dipropionate</i>	T1	
<i>betamethasone va 0.1% cream, lotion</i>	T1	
<i>betamethasone valer 0.1% ointm</i>	T1	
<i>betamethasone valer 0.12% foam</i>	T1	ST
<i>betamethasone/propylene glyc</i>	T1	
<i>betamethasone/propylene glyc</i> (Diprolene)	T1	
BRYHALI	T3	ST

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS (cont.)		
CAPEX SHAMPOO	T3	ST
<i>clobetasol 0.05% cream</i>	T1	QL (120 gms/30 days)
<i>clobetasol 0.05% gel</i>	T1	QL (120 gms/30 days)
<i>clobetasol 0.05% ointment</i> (Temovate)	T1	QL (120 gms/30 days)
<i>clobetasol 0.05% shampoo</i> (Clobex)	T1	ST QL (236 mls/30 days)
<i>clobetasol 0.05% solution</i>	T1	QL (100 mls/30 days)
<i>clobetasol 0.05% topical lotn</i>	T1	ST QL (118 mls/30 days)
<i>clobetasol emollient 0.05% crm</i>	T1	QL (120 gms/30 days)
<i>clobetasol emollnt 0.05% foam</i>	T1	ST QL (100 gms/30 days)
<i>clobetasol prop 0.05% foam</i> (Olux)	T1	ST QL (100 gms/30 days)
<i>clobetasol prop 0.05% spray</i> (Clobex)	T1	ST QL (125 mls/30 days)
<i>clobetasol propionate/emoll</i>	T1	ST QL (100 gms/30 days)
CLOBEX 0.05% SHAMPOO (<i>clobetasol propionate</i>)	T3	ST QL (236 mls/30 days)
CLOBEX 0.05% SPRAY (<i>clobetasol propionate</i>)	T3	ST QL (125 mls/30 days)
CLODAN 0.05% KIT	T3	ST QL (2 kits/28 days)
<i>clodan 0.05% shampoo</i> (Clobex)	T1	ST QL (236 mls/30 days)
CLODERM	T3	ST
CLODERM (<i>clocortolone pivalate</i>)	T3	ST
CORDRAN 0.025% CREAM	T3	ST QL (120 gms/30 days)
CORDRAN 0.05% CREAM (<i>flurandrenolide</i>)	T3	ST QL (120 gms/30 days)
CORDRAN 0.05% LOTION (<i>flurandrenolide</i>)	T3	ST QL (120 mls/30 days)
CORDRAN 0.05% OINTMENT (<i>flurandrenolide</i>)	T3	ST QL (120 gms/30 days)
CORDRAN 4 MCG/SQ CM TAPE LARGE	T3	ST
DERMA-SMOOTHIE-FS (<i>fluocinolone acetonide</i>)	T3	ST
DERMA-SMOOTHIE-FS (<i>fluocinolone/shower cap</i>)	T3	ST
DERMASORB HC	T3	ST
DERMASORB TA	T3	ST
DERMATOP (<i>prednicarbate</i>)	T3	ST
DESONATE (<i>desonide</i>)	T3	ST
<i>desonide</i> (Desonate)	T1	ST
<i>desonide 0.05% cream</i> (Tridesilon)	T1	
<i>desonide 0.05% gel</i> (Desonate)	T1	ST
<i>desonide 0.05% lotion</i>	T1	ST

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS (cont.)		
<i>desonide 0.05% ointment</i>	T1	
<i>desoximetasone (Topicort)</i>	T1	ST
<i>DIPROLENE (betamethasone/propylene glyc)</i>	T3	ST
<i>fluocinolone acetonide</i>	T1	
<i>fluocinolone acetonide (Derma-Smoothie-Fs)</i>	T1	
<i>fluocinolone acetonide (Synalar)</i>	T1	
<i>fluocinolone/shower cap (Derma-Smoothie-Fs)</i>	T1	
<i>fluocinonide 0.05% cream</i>	T1	QL (120 gms/30 days)
<i>fluocinonide 0.05% gel</i>	T1	QL (120 gms/30 days)
<i>fluocinonide 0.05% ointment</i>	T1	QL (120 gms/30 days)
<i>fluocinonide 0.05% solution</i>	T1	QL (120 gms/30 days)
<i>fluocinonide 0.1% cream (Vanos)</i>	T1	ST QL (120 gms/30 days)
<i>fluocinonide/emollient base</i>	T1	QL (120 gms/30 days)
<i>fluticasone prop 0.005% oint</i>	T1	
<i>fluticasone prop 0.05% cream</i>	T1	
<i>fluticasone prop 0.05% lotion</i>	T1	ST
<i>fluticasone propionate</i>	T1	ST
<i>halobetasol propionate</i>	T1	ST
<i>halobetasol prop 0.05% cream, ointmnt</i>	T1	
<i>halobetasol prop 0.05% foam</i>	T1	ST
<i>halobetasol prop 0.05% cream (Ultravate)</i>	T1	
<i>halobetasol prop 0.05% ointmnt (Ultravate)</i>	T1	
HALOG	T3	ST
<i>HALOG (halcinonide)</i>	T3	ST
<i>hydrocort buty 0.1% lipid crm (Locoid Lipocream)</i>	T1	QL (120 gms/30 days)
<i>hydrocort buty 0.1% lipo cream (Locoid Lipocream)</i>	T1	QL (120 gms/30 days)
<i>hydrocort/min oil/petrolat, wht</i>	T1	
<i>hydrocortisone</i>	T1	
<i>hydrocortisone acetate</i>	T1	
<i>hydrocortisone (Ala-Scalp)</i>	T1	
<i>hydrocortisone (Anusol-Hc)</i>	T1	
<i>hydrocortisone buty 0.1% cream</i>	T1	QL (120 gms/30 days)
<i>hydrocortisone butyr 0.1% lotn</i>	T1	PA SP HD
<i>hydrocortisone butyr 0.1% oint</i>	T1	ST QL (10 gm/28 days)

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS (cont.)		
<i>hydrocortisone butyr 0.1% soln</i>	T1	ST QL (120 mls/30 days)
<i>hydrocortisone valerate</i>	T1	
IMPEKLO	T3	ST QL (136 gms/28 days)
KENALOG 0.147 MG/GRAM SPRAY (<i>triamcinolone acetonide</i>)	T3	ST QL (100 gms/30 days)
KENALOG 0.147 MG/GRAM SPRAY (<i>triamcinolone acetonide</i>)	T3	ST QL (126 gms/30 days)
<i>mometasone furoate 0.1% cream</i>	T1	
<i>mometasone furoate 0.1% oint</i>	T1	
<i>mometasone furoate 0.1% soln</i>	T1	
NUCORT	T3	ST
OLUX (<i>clobetasol propionate</i>)	T3	ST QL (100 gms/30 days)
PANDEL	T3	ST
<i>prednicarbate</i>	T1	
<i>prednicarbate</i> (Dermatop)	T1	
SCALACORT DK	T3	ST
SYNALAR	T3	ST
SYNALAR (<i>fluocinolone acetonide</i>)	T3	ST
SYNALARTS	T3	ST
TEMOVATE (<i>clobetasol propionate</i>)	T3	ST QL (120 gms/30 days)
TEXACORT	T3	ST
TOPICORT 0.05% CREAM (<i>desoximetasone</i>)	T3	ST
TOPICORT 0.05% GEL (<i>desoximetasone</i>)	T3	ST
TOPICORT 0.05% OINTMENT (<i>desoximetasone</i>)	T3	ST
TOPICORT 0.25% CREAM (<i>desoximetasone</i>)	T3	ST
TOPICORT 0.25% OINTMENT (<i>desoximetasone</i>)	T3	ST
<i>triamcinolone 0.025% cream</i>	T1	
<i>triamcinolone 0.025% lotion</i>	T1	
<i>triamcinolone 0.025% oint</i>	T1	
<i>triamcinolone 0.05% ointment</i>	T1	ST
<i>triamcinolone 0.1% cream, lotion</i>	T1	
<i>triamcinolone 0.1% ointment</i>	T1	
<i>triamcinolone 0.147 mg/g spray</i> (Kenalog)	T1	ST QL (126 gms/30 days)
<i>triamcinolone 0.147 mg/g spray</i> (Kenalog)	T1	ST QL (100 gms/30 days)
<i>triamcinolone 0.5% cream</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS (cont.)		
<i>triamcinolone 0.5% ointment</i>	T1	
<i>triamcinolone acetonide</i>	T1	ST
<i>triderm 0.1% cream</i>	T1	
<i>triderm 0.5% cream</i>	T1	ST
TRIDESILON (<i>desonide</i>)	T3	ST
ULTRAVATE X	T3	ST
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS-ANESTÉSICOS LOCALES		
ANALPRAM HC 2.5%-1% LOTION	T3	ST
EPIFOAM	T3	ST
<i>hydrocort-pramoxine 2.5-1% crm</i>	T1	ST
<i>lidocaine/hydrocortisone ac</i>	T1	
<i>lidocaine-hc 3-0.5% cream</i>	T1	
PRAMOSONE	T3	ST
ANTIPARASITARIOS TÓPICOS		
<i>lindane</i>	T1	
<i>malathion (Ovide)</i>	T1	
OVIDE (<i>malathion</i>)	T3	
INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK) TÓPICOS		
OPZELURA	T3	PA QL (240 gms/28 days)
PREPARACIONES ANTIBACTERIANAS TÓPICAS		
<i>iodine/potassium iodide</i>	T1	
<i>iodine/sodium iodide</i>	T1	
IODOFLEX	T3	
IODOSORB	T3	
NORMLGEL AG	T3	
ANÁLOGOS DE VIT. D/ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS		
<i>calcipotriene/betamethasone (Taclonex)</i>	T1	ST QL (60 gms/30 days)
<i>calcipotriene/betamethasone (Taclonex)</i>	T1	QL (60 gms/30 days)
ENSTILAR	T2	ST QL (60 gms/30 days)
WYNZORA	T3	ST QL (60 gms/30 days)
ENZIMAS TÓPICAS/DE LAS MEMBR. MUCOSAS/ SUBCUT.		
SANTYL	T2	QL (180 gms/fill)
DERIVADOS DE LA VITAMINA A		
<i>adapalene 0.1% cream (Differin)</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
DERIVADOS DE LA VITAMINA A (cont.)		
ADAPALENE 0.1% LOTION	T3	ST
<i>adapalene 0.1% solution</i>	T1	
<i>adapalene 0.1% swab</i>	T1	ST
<i>adapalene 0.3% gel</i>	T1	
<i>adapalene 0.3% gel pump</i> (Differin)	T1	
ALTRENO	T3	PA
<i>avita 0.025% cream</i> (Retin-A)	T1	PA
AVITA 0.025% GEL	T3	PA
DIFFERIN	T3	ST
DIFFERIN (<i>adapalene</i>)	T3	ST
RETIN-A (<i>tretinoin</i>)	T3	PA
RETIN-A MICRO PUMP 0.06% GEL	T3	PA
RETIN-A MICRO PUMP 0.08% GEL	T3	PA
<i>tretinoin 0.01% gel</i> (Retin-A)	T1	
<i>tretinoin 0.025% cream</i> (Retin-A)	T1	
<i>tretinoin 0.025% gel</i> (Retin-A)	T1	
<i>tretinoin 0.05% cream</i> (Retin-A)	T1	
<i>tretinoin 0.05% gel</i> (Atralin)	T1	
<i>tretinoin 0.1% cream</i> (Retin-A)	T1	
<i>tretinoin microspheres</i> (Retin-A Micro Pump)	T1	PA
<i>tretinoin microspheres</i> (Retin-A Micro)	T1	PA
AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR (Productos para dejar de fumar)⁸		
AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR (ESTIM. GANGLIONARES, OTROS)		
NICOTROL	T3	QL (180 ds/365 days) PPACA
NICOTROL NS	T3	QL (180 ds/365 days) PPACA
AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR-AGONISTA PARCIAL DE LOS RECEPT. DE NICOTINA		
APO-VARENICLINE 0.5 MG TABLET	T2	QL (180 ds/365 days) PPACA
APO-VARENICLINE 1 MG TABLET	T2	QL (180 ds/365 days) PPACA
CHANTIX	T3	QL (180 ds/365 days) PPACA
<i>varenicline starting month box</i>	T1	
AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR, OTROS		
<i>bupropion hcl sr 150 mg tablet</i>	T1	QL (180 ds/365 days) PPACA

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LA TIROIDES (Agentes hormonales)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES ANTITIROIDEAS		
<i>methimazole</i>	T1	HD
<i>propylthiouracil</i>	T1	HD
HORMONAS TIROIDEAS		
<i>adthyza 15 mg tablet</i>	T1	HD
<i>adthyza 30 mg tablet</i>	T1	HD
<i>adthyza 60 mg tablet</i>	T1	HD
<i>adthyza 90 mg tablet</i>	T1	HD
<i>adthyza 120 mg tablet</i>	T1	HD
ARMOUR THYROID	T2	HD
ERMEZA	T3	ST HD
<i>levothyroxine sodium</i> (Synthroid)	T1	HD
<i>liothyronine sodium</i> (Cytomel)	T1	HD
<i>thyroid, pork</i>	T1	HD
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (SIDA/VIH)		
INHIBIDORES DEL CITOCROMO P450		
TYBOST	T4	SP
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias)		
FIBROSIS QUÍSTICA - AGENTES OSMÓTICOS, INHALACIÓN		
BRONCHITOL	T4	PA SP HD
INHIBIDORES DE LA LINFOPOYETINA ESTROMAL TÍMICA (TSLP)		
TEZSPIRE 210 MG/1.91 ML PEN	T4	SP PA HD QL (1 pen/28 days)
TEZSPIRE 210 MG/1.91 ML SYRING	T4	SP PA HD QL (1 syringe/28 days)
FIBROSIS QUÍSTICA-COMB. DE POTENCIADOR DE CFTR Y CORRECTOR		
ALYFTREK 10-50-125 MG TABLET	T4	PA QL (56 tabs/fill) SP HD
ALYFTREK 4-20-50 MG TABLET	T4	PA QL (84 tabs/fill) SP HD
ORKAMBI 100 MG-125 MG TABLET	T4	PA QL (112 tabs/fill) SP HD
ORKAMBI 100-125 MG GRANULE PKT	T4	PA QL (56 packs/fill) SP HD
ORKAMBI 150-188 MG GRANULE PKT	T4	PA QL (56 packs/fill) SP HD
ORKAMBI 200 MG-125 MG TABLET	T4	PA QL (112 tabs/fill) SP HD
ORKAMBI 75-94 MG GRANULE PKT	T4	PA QL (56 packs/fill) SP HD
SYMDEKO	T4	PA QL (56 tabs/fill) SP HD
TRIKAFTA 100-50-75 MG/75MG PKT	T4	SP PA HD QL (56 packets/28 days)
TRIKAFTA 80-40-60MG/59.5MG PKT	T4	SP PA HD QL (56 packets/28 days)

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)

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

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

KALYDECO 5.8 MG GRANULES PKT	T4	PA QL (56 packs/fill) SP HD
KALYDECO 13.4MG GRANULES PKT	T4	PA SP QL (56 packets/28 days)
KALYDECO 150 MG TABLET	T4	PA QL (56 tabs/fill) SP HD
KALYDECO 25 MG GRANULES PACKET	T4	PA QL (56 packs/fill) SP HD
KALYDECO 50 MG GRANULES PACKET	T4	PA QL (56 packs/fill) SP HD
KALYDECO 75 MG GRANULES PACKET	T4	PA QL (56 packs/fill) SP HD

INHIBIDOR DE LA DIPEPTIDIL PEPTIDASA I (DPPi)

BRINSUPRI	T4	PA SP
-----------	----	-------

SURFACTANTES PULMONARES

CUROSURF	T3	
INFASURF	T3	
SURVANTA	T3	

MUCOLÍTICOS

PULMOZYME	T4	PA SP HD
-----------	----	----------

FIBROSIS PULMONAR - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS

OFEV	T4	PA QL (60 caps/fill) SP HD
------	----	----------------------------

INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS

JOENJA 70 MG TABLET	T4	PA SP QL (60 tabs/30 days)
VIJOICE 250 MG DAILY DOSE PACK	T4	PA QL (56 tabs/28 days) SP
VIJOICE 50 MG GRANULE PACKET	T4	PA QL (28 Packs/28 days) SP
VIJOICE 125 MG TABLET	T4	PA QL (28 tabs/28 days) SP
VIJOICE 50 MG TABLET	T4	PA QL (28 tabs/28 days) SP
ZOKINVY	T4	PA QL (120 caps/fill) SP

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

INHIBIDORES DE LA TIROSINA QUINASA DEL BAZO/BRUTON

TAVALLISSE	T4	PA QL (60 tabs/30 days) SP
------------	----	----------------------------

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

ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA BRADIQUININA B2

icatibant acetate (Firazyr)	T1	PA SP HD
icatibant acetate (Firazyr)	T1	PA SP

INHIBIDORES DE CALICREÍNA PLASMÁTICA

ORLADEYO	T4	PA SP
TAKHZYRO 300MG/2ML	T4	PA QL (2 units/28 days) SP HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Cáncer)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES DE RESCATE/ANTÍDOTOS PARA QUIMIOTERAPIA		
<i>leucovorin calcium</i>	T1	CSL
<i>mesna</i> (Mesnex)	T1	SP CSL
MESNEX (<i>mesna</i>)	T4	SP CSL
VISTOGARD 10GM PKT	T4	PA QL (20 pkts/30 days) SP CSL

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Productos dentales)

PREPARACIONES Y AYUDAS DENTALES

<i>chlorhexidine gluconate</i> (Peridex)	T1	
PERIDEX (<i>chlorhexidine gluconate</i>)	T3	
<i>triamcinolone</i> 0.1% paste	T1	
<i>triamcinolone</i> acetanide	T1	

INHIBIDORES DE LA COLAGENASA PERIODONTAL

<i>doxycycline hyclate</i> 20 mg tab	T1	
--------------------------------------	----	--

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Disfunción eréctil)

MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL (ED)

<i>avanafil</i> (Stendra)	T1	PA QL (8 tabs/30 days)
CAVERJECT 20 MCG VIAL	T2	PA QL (12 vials/fill)
CAVERJECT 40 MCG VIAL	T2	PA QL (12 vials/fill)
CAVERJECT IMPULSE 10 MCG KIT	T2	PA QL (12 kits/fill)
CAVERJECT IMPULSE 10 MCG SYRNG	T2	PA QL (12 syringes/fill)
CAVERJECT IMPULSE 20 MCG KIT	T2	PA QL (12 kits/fill)
CAVERJECT IMPULSE 20 MCG SYRNG	T2	PA QL (12 syringes/fill)
CIALIS (<i>tadalafil</i>)	T3	PA QL (8 tabs/30 days)
EDEX 10 MCG CARTRIDGE 2-PK KIT	T3	PA QL (6 kits/fill)
EDEX 10 MCG CARTRIDGE 6-PK KIT	T3	PA QL (2 kits/fill)
EDEX 20 MCG CARTRIDGE 2-PK KIT	T3	PA QL (6 kits/fill)
EDEX 20 MCG CARTRIDGE 6-PK KIT	T3	PA QL (2 kits/fill)
EDEX 40 MCG CARTRIDGE 2-PK KIT	T3	PA QL (6 kits/fill)
EDEX 40 MCG CARTRIDGE 6-PK KIT	T3	PA QL (2 kits/fill)
IFE-BIMIX 30/1	T3	
LEVITRA (<i>ildenafil hcl</i>)	T3	PA QL (8 tabs/fill)
MUSE	T2	PA QL (12 supps/fill)
PAPAVERINE-PHENTOLAMINE	T3	
PAPAVERINE-PHENTOLMN-ALPROSTD	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Disfunción eréctil) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL (ED) (cont.)		
<i>sildenafil 25 mg tablet (Viagra)</i>	T1	PA QL (8 tabs/30 days) HD
<i>sildenafil 100 mg tablet (Viagra)</i>	T1	PA QL (8 tabs/30 days) HD
<i>sildenafil 50 mg tablet (Viagra)</i>	T1	PA QL (8 tabs/30 days) HD
STENDRA (<i>avanafil</i>)	T3	PA QL (8 tabs/30 days)
<i>tadalafil 2.5 mg tablet</i>	T1	PA QL (30 tabs/30 days) HD
<i>tadalafil 10 mg tablet (Cialis)</i>	T1	PA QL (8 tabs/30 days) HD
<i>tadalafil 20 mg tablet (Cialis)</i>	T1	PA QL (8 tabs/30 days) HD
<i>tadalafil 5 mg tablet (Cialis)</i>	T1	PA QL (8 tabs/30 days) HD
TRI-MIX (PAPVRN-PHNTLMN-PGE1)	T3	
<i>varденаfil hcl</i>	T1	PA QL (8 tabs/fill)
<i>varденаfil hcl (Levitra)</i>	T1	PA QL (8 tabs/fill)

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones oculares)

AGONISTA PARCIAL DE RECEPTORES NICOTÍNICOS, ALFA4-BETA2		
TYRVAYA	T3	PA

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones gastrointestinales/pirosis)

AGENTES PARA USO ESTOMATOLÓGICO		
PROTHELIAL	T3	

KIT PARA PREPARAR COMPUESTOS		
FIRST-MOUTHWASH BLM	T3	

AGENTES ORALES PARA LA MUCOSITIS/ESTOMATITIS		
GELCLAIR	T3	
GELX	T3	
ORAMAGICRX	T3	

AGENTES ANTIINFLAMATORIOS ORALES PARA LA MUCOSITIS/ESTOMATITIS		
EPISIL	T3	

AGONISTAS DE LOS PPAR		
IQIRVO	T4	PA SP HD
LIVDELZI	T4	PA SP

AGENTES ESTIMULANTES DE LA SALIVA		
NUMOISYN	T3	

AGENTES SUSTITUTOS DE LA SALIVA		
AQUORAL	T3	
BOCASAL	T3	

T1 – Genéricos
T2 – Marcas preferidas
T3 – Marcas no preferidas

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES SUSTITUTOS DE LA SALIVA (cont.)		
CAPHOSOL	T3	
MUCOSITISRX	T3	
NEUTRASAL	T3	
NUMOISYN	T3	
SALIVAMAX	T3	
AGONISTA DEL RECEPTOR DE LA HORMONA TIROIDEA (THR)		
REZDIFFRA	T4	PA QL (30 tabs/30 days) SP HD
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Agentes hormonales)		
ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE LA HORMONA DE CRECIMIENTO		
SOMAVERT	T4	PA SP HD
AGENTES PARA EL TRAT. DEL HIPERPARATIROID. - TIPO ANÁLOGO DE VITAMINA D		
<i>doxercalciferol</i>	T1	ST
<i>paricalcitol</i>	T1	ST SP HD
<i>paricalcitol (Zemplar)</i>	T1	ST SP HD
RAYALDEE	T3	ST
ZEMPLAR (<i>paricalcitol</i>)	T4	ST SP HD
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios)		
ABORTIVOS-ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA PROGESTERONA		
MIFEPREX	T3	
<i>mifepristone 200 mg tablet</i>	T1	
AGENTES PARA TRATAR LA PARÁLISIS PERIÓDICA - INHIB. DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA		
<i>dichlorphenamide (Keveyis)</i>	T1	PA SP
INHIBIDORES DE AMONIACO		
CARBAGLU (<i>carglumic acid</i>)	T4	PA SP HD
<i>carglumic acid (Carbaglu)</i>	T1	PA SP HD
PREPARACIONES ANTIALCOHÓLICAS		
<i>acamprosate calcium</i>	T1	
<i>disulfiram</i>	T1	
INHIBIDORES DE LA ESTERASA CI		
HAEGARDA 2,000 UNIT VIAL	T4	PA QL (24 vls/28 days) SP HD
HAEGARDA 3,000 UNIT VIAL	T4	PA QL (16 vls/28 days) SP HD
CALCIMIMÉTICO, POTENCIADOR DEL CALCIO PARATIROIDEO		
<i>cinacalcet hcl (Sensipar)</i>	T1	PA SP

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
COLORANTES Y TINTES		
<i>methylene blue</i>	T1	
KIT PARA PREPARAR COMPUESTOS		
FIRST-MOUTHWASH BLM	T3	
AGENTES CRIOPRESERVANTES		
<i>dimethyl sulfoxide</i>	T1	
MEDICAMENTOS PARA TRATAR DIAG. DE GAUCHER TIPO I, REDUCTORES DE SUSTRATOS		
CERDELGA	T4	PA QL (56 caps/28 days) SP HD
<i>miglustat (Zavesca)</i>	T1	PA QL (90 caps/30 days) SP
ALÉRGICOS E IRRITANTES AMBIENTALES, OTROS		
T.R.U.E. TEST	T3	
AGENTES PARA INHALACIÓN GENERALES		
HYPER-SAL	T3	
<i>nebusal 3% vial</i>	T1	
NEBUSAL 6% VIAL	T3	
<i>sodium chloride for inhalation</i>	T1	
<i>sodium chloride 0.9% inhal vl</i>	T1	
<i>sodium chloride 10% vial</i>	T1	
<i>sodium chloride 3% vial</i>	T1	
<i>sodium chloride 7% vial</i>	T1	
TRATAMIENTO DE TRASTORNO GENÉTICO - TRATAMIENTO POR DEFICIENCIA DE PROTEÍNA SMN		
EVRYSDI	T4	PA SP HD
INHIBIDOR DE LA GLUCOSILCERAMIDA SINTASA (GCS)		
OPFOLDA	T4	PA QL (8 caps/fill) SP HD
MEDICAMENTOS HOMEOPÁTICOS		
VERTIGOHEEL	T3	
INHIBIDOR DE LA HIDROXIFENILPIRUVATO DIOXIGENASA (HPPD)		
<i>nitisinone (Orfadin)</i>	T1	PA SP HD
NITYR	T4	PA SP
ORFADIN	T4	PA SP
ORFADIN (<i>nitisinone</i>)	T4	PA SP
SUPRESORES DE LOS SÍNTOMAS MENOPÁUSICOS - ANTAG. DEL RECEPT. NK		
VEOZAH	T3	
SUPRESORES DE LOS SÍNTOMAS MENOPÁUSICOS - SSRI		
<i>paroxetine mesylate (Brisdelle)</i>	T1	ST QL (30 caps/fill) HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, HIPOFOSFATASIA		
STRENSIQ	T4	PA SP
AGENTES PARA TRATAR LA INTOXIC. POR METALES		
CHEMET	T2	PA
<i>deferasirox</i> (Exjade)	T1	PA SP HD
<i>deferasirox</i> (Jadenu Sprinkle)	T1	PA SP HD
<i>deferasirox</i> (Jadenu)	T1	PA SP HD
<i>deferiprone</i> (Ferriprox (3 Times A Day))	T1	PA SP HD
FERRIPROX (2 TIMES A DAY)	T4	PA SP
FERRIPROX (3 TIMES A DAY) (<i>deferiprone</i>)	T4	PA SP
FERRIPROX 100 MG/ML SOLUTION	T4	PA SP
FERRIPROX 500 MG TABLET (<i>deferiprone</i>)	T4	PA SP
GALZIN	T4	SP
RADIOGARDASE	T3	
SYPRINE (<i>trientine hcl</i>)	T4	PA SP HD
PÉPTIDOS NATRIURÉTICOS		
VOXZOGO	T4	PA SP HD
INHIBIDORES DEL RECEPTOR FC NEONATAL (FCRN)		
VYVGART HYTRULO	T4	PA SP HD
ACTIVADOR DEL FACTOR 2 RELACIONADO CON EL FACTOR NUCLEAR ERITROIDE 2		
SKYCLARYS	T4	PA SP
CHAPERÓN FARMACOLÓGICO-ESTAB. DE LA ALFA-GALACTOSIDASA A		
GALAFOLD	T4	PA QL (15 caps/fill) SP HD
AGENTE PARA TRATAR LA FENILCETONURIA-COFACTOR DE LA FENILALANINA HIDROXILASA		
<i>sapropterin dihydrochloride</i> (Kuvan)	T1	PA SP
ESTABILIZADORES DE PROTEÍNAS		
ATTRUBY	T4	PA SP
VYNDAMAX	T4	PA SP HD
VYNDAREL	T4	PA SP HD
AGONISTAS DEL RECEPTOR DE ÁCIDO RETINOICO (RAR)		
SOHONOS 1 MG, 1.5 MG CAPSULE	T4	PA QL (112 caps/fill) SP
SOHONOS 10 MG CAPSULE	T4	PA QL (56 caps/fill) SP
SOHONOS 2.5 MG CAPSULE	T4	PA QL (140 caps/fill) SP
SOHONOS 5 MG CAPSULE	T4	PA QL (84 caps/fill) SP

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SOLVENTES		
CVS ISOPROPYL ALCOHOL 91%	T3	
<i>cvs isopropyl alcohol 91%</i>	T1	
CVS ISOPROPYL RUB ALCOHOL 70%	T3	
<i>cvs isopropyl rub alcohol 70%</i>	T1	
<i>eqi isopropyl alcohol 91%</i>	T1	
<i>eqi isopropyl rub alcohol 70%</i>	T1	
FT ISOPROPYL ALCOHOL 91%	T3	
FT ISOPROPYL RUB ALCOHOL 70%	T3	
GNP ISOPROPYL ALCOHOL 70%	T3	
<i>gnp isopropyl alcohol 99%</i>	T1	
GS ISOPROPYL ALCOHOL 91%	T3	
<i>hm isopropyl alcohol 70%</i>	T1	
<i>hm isopropyl alcohol 91%</i>	T1	
INSTACLEAN	T2	
ISOPROPANOL	T2	
<i>isopropyl 70% alcohol</i>	T1	
<i>isopropyl alcohol</i>	T1	
ISOPROPYL ALCOHOL	T3	
<i>isopropyl alcohol 70%</i>	T1	
<i>isopropyl alcohol 91%</i>	T1	
<i>isopropyl alcohol 99%</i>	T1	
<i>isopropyl rubbing alcohol 70%</i>	T1	
ISOPROPYL RUBBING ALCOHOL 70%	T3	
ISOPROPYL RUBBING ALCOHOL 91%	T3	
<i>kro isopropyl alcohol 91%</i>	T1	
MURI-LUBE MINERAL OIL	T2	
<i>polyethylene glycol</i>	T1	
<i>ra isopropyl alcohol 70%</i>	T1	
<i>ra isopropyl alcohol 91%</i>	T1	
<i>sm isopropyl alcohol 70%</i>	T1	
<i>swan isopropyl alcohol 70%</i>	T1	
EXCIPIENTES		
GELFILM	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios) (cont.)

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

EXCIPIENTES (cont.)

HYDROXYPROPYLCELLULOSE	T2	
HYPROMELLOSE	T2	

TRATAMIENTO DE LA HIPERFAGIA EN EL SÍNDROME DE PRADER-WILLI

VYKAT XR	T4	PA SP
----------	----	-------

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Nutritivos/alimenticios)

AGENTES PARA DEFICIENCIAS METABÓLICAS

<i>betaine</i> (Cystadane)	T1	PA SP
CARNITOR (<i>levocarnitine (with sugar)</i>)	T3	
CARNITOR (<i>levocarnitine</i>)	T3	
CARNITOR SF (<i>levocarnitine</i>)	T3	
<i>levocarnitine 4 gm/20 ml vial</i>	T1	
<i>levocarnitine</i> (Carnitor Sf)	T1	
<i>levocarnitine</i> (Carnitor)	T1	
<i>levocarnitine (with sugar)</i> (Carnitor)	T1	

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Productos para la osteoporosis)

AGENTES QUE ESTIM. LA FORMACIÓN DE HUESO - HORMONA PARATIROIDEA

BONSITY (<i>teriparatide</i>)	T4	PA QL (1 pens/28 days) SP
<i>teriparatide</i> (Bonsity)	T1	PA QL (1 pens/28 days) SP HD
<i>teriparatide</i> (Forteo)	T1	PA QL (1 pens/28 days) SP HD

COMBINACIONES DE INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA Y VITAMINA D

FOSAMAX PLUS D	T3	ST QL (4 tabs/28 days) HD
----------------	----	---------------------------

INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA

ACTONEL 150 MG TABLET (<i>risedronate sodium</i>)	T3	ST QL (1 tab/30 days) HD
ACTONEL 35 MG TABLET (<i>risedronate sodium</i>)	T3	ST QL (4 tabs/28 days) HD
<i>alendronate sod 70 mg/75 ml</i>	T1	QL (300 mls/28 days) HD
<i>alendronate sodium 10 mg tab</i>	T1	QL (30 tabs/fill) HD
<i>alendronate sodium 35 mg tab</i>	T1	QL (4 tabs/28 days) HD
<i>alendronate sodium 40 mg tab</i>	T1	HD
<i>alendronate sodium 5 mg tablet</i>	T1	QL (30 tabs/fill) HD
<i>alendronate sodium 70 mg tab</i> (Fosamax)	T1	QL (4 tabs/28 days) HD
ATELVIA (<i>risedronate sodium</i>)	T3	ST QL (4 tabs/28 days) HD
BINOSTO	T3	ST QL (4 tabs/28 days) HD
EVISTA (<i>raloxifene hcl</i>)	T3	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Productos para la osteoporosis) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA (cont.)		
FOSAMAX (<i>alendronate sodium</i>)	T3	ST QL (4 tabs/28 days) HD
<i>ibandronate sodium</i>	T1	QL (1 tab/30 days) HD
<i>raloxifene hcl</i> (Evista)	T1	HD PPACA
<i>risedronate sodium</i> (Atelvia)	T1	QL (4 tabs/28 days) HD
<i>risedronate sodium 150 mg tab</i> (Actonel)	T1	QL (1 tab/30 days) HD
<i>risedronate sodium 30 mg tab</i>	T1	QL (30 tabs/fill) HD
<i>risedronate sodium 35 mg tab</i> (Actonel)	T1	QL (4 tabs/28 days) HD
<i>risedronate sodium 5 mg tablet</i>	T1	QL (30 tabs/fill) HD

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)

ANTIINFLAM. ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-1		
ARCALYST	T4	PA QL (4 vls/28 days) SP HD
AGENTES PARA LA FIBROMIALGIA, INHIB. DE LA RECAPT. DE SEROTONINA-NOREPINEFRINA		
SAVELLA 100 MG TABLET	T2	ST QL (60 tabs/30 days)
SAVELLA 12.5 MG TABLET	T2	ST QL (60 tabs/30 days)
SAVELLA 25 MG TABLET	T2	ST QL (60 tabs/30 days)
SAVELLA 50 MG TABLET	T2	ST QL (60 tabs/30 days)
SAVELLA TITRATION PACK	T2	ST QL (55 tabs/30 days)
INMUNOMODULADORES, INHIB. ESPECÍF. DE ESTIM. DE LINFOCITOS B (BLYS)		
BENLYSTA	T4	PA QL (4 mls/28 days) SP HD

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Trastornos convulsivos)

AGENTES NEUROPÁTICOS		
<i>pregabalin</i> (Lyrica Cr)	T1	PA HD

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones cutáneas)

INHIBIDORES DE LA INTERLEUCINA-13 (IL-13), ANTICUERPOS MONOCLONALES		
ADBRY	T4	PA QL (4 syringes/28 days) SP HD
ADBRY AUTOINJECTOR	T4	PA QL (2 auto-injs/28 days) SP HD
EBGLYSS PEN	T4	PA QL (4 mls/28 days) SP
EBGLYSS SYRINGE	T4	PA SP
INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK)		
LEQSELVI	T4	PA SP HD
LITFULO	T4	PA QL (28 caps/28 days) SP HD
AGENTES CICATRIZANTES LOCALES		
FILSUVEZ	T4	PA SP

T1 – Genéricos
 T2 – Marcas preferidas
 T3 – Marcas no preferidas
 T4 – Medicamentos de especialidad de marca
 PA – Autorización previa
 QL – Límite a la cantidad
 ST – Tratamiento escalonado
 AGE – Requisito de edad
 SP – Medicamentos de especialidad
 HD – Puede requerir entrega a domicilio
 PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
 CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Abuso de sustancias)

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

TRATAMIENTO PARA LA ABSTINENCIA DE OPIOIDES, AGONISTAS ADRENÉRGICOS ALFA 2

<i>lofexidine hcl</i> (Lucemyra)	T1	PA QL (224 tabs/30 days)
----------------------------------	----	--------------------------

AGENTES PARA EL TRATAMIENTO PARA LA ABSTINENCIA DE OPIOIDES, TIPO OPIOIDES

<i>buprenorphine hcl</i>	T1	
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i>	T1	
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i> (Suboxone)	T1	
ZUBSOLV	T2	

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Medicamentos para trasplante)

INHIBIDORES DE LA QUINASA RHO

REZUROCK	T4	PA QL (30 tabs/fill) SP
----------	----	-------------------------

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones urinarias)

AGENTES PARA LA HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA/MICCIÓN

<i>alfuzosin hcl</i> (Uroxatral)	T1	HD
<i>dutasteride</i> (Avodart)	T1	ST HD
<i>finasteride</i> (Proscar)	T1	HD
FLOMAX (<i>tamsulosin hcl</i>)	T3	ST HD
PROSCAR (<i>finasteride</i>)	T3	ST HD
<i>silodosin</i> (Rapaflo)	T1	HD
<i>tamsulosin hcl</i> (Flomax)	T1	HD

INHIB. DE LA 5-ALFA REDUCTASA-ANTAG. ADRENÉRGICO ALFA1 PARA TRATAR LA HPB

<i>dutasteride/tamsulosin hcl</i> (Jalyn)	T1	ST HD
JALYN (<i>dutasteride/tamsulosin hcl</i>)	T3	ST HD

AGENTES QUE REDUCEN LA CISTINA, CISTINOSIS NEFROPÁTICA

CYSTAGON	T4	SP
----------	----	----

ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ENDOTELINA

VANRAFIA	T4	PA SP
----------	----	-------

AGENTES PARA CÁLCULOS RENALES

THIOLA EC (<i>tiopronin</i>)	T4	PA SP
<i>tiopronin 100 mg tablet</i> (Thiola)	T1	PA SP
<i>tiopronin</i> (Thiola Ec)	T1	PA SP
<i>tiopronin dr 100 mg tablet</i> (Thiola Ec)	T1	PA SP
<i>tiopronin dr 100 mg tablet</i> (Thiola Ec)	T1	PA SP HD
<i>tiopronin dr 300 mg tablet</i> (Thiola Ec)	T1	PA SP
<i>tiopronin dr 300 mg tablet</i> (Thiola Ec)	T1	PA SP HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones urinarias) (cont.)

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

AGENTES PARA LA VEJIGA HIPERACTIVA, RECEP. ADRENÉRGICOS BETA 3

GEMTESA	T3	HD
<i>mirabegron</i> (Myrbetriq)	T1	HD
MYRBETRIQ	T2	HD
MYRBETRIQ (<i>mirabegron</i>)	T2	HD

ANTIESPASMÓDICOS DE LAS VÍAS URINARIAS, ANTAG. SELECTIVO DE M(3)

<i>darifenacin hydrobromide</i>	T1	HD
<i>solifenacin succinate</i> (Vesicare)	T1	HD

AGENTE ANTIESPASMÓDICO/ANTIINCONTINENCIA DE LAS VÍAS URINARIAS

<i>fesoterodine fumarate</i> (Toviaz)	T1	HD
<i>flavoxate hcl</i>	T1	HD
<i>oxybutynin 5 mg/5 ml soln cup</i>	T1	HD
<i>oxybutynin chloride</i>	T1	HD
OXYTROL	T3	ST QL (8 patches/28 days)) HD
<i>tolterodine tartrate</i> (Detrol La)	T1	HD
<i>tolterodine tartrate</i> (Detrol)	T1	HD
<i>trospium chloride</i>	T1	HD

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Control del peso)

ESTIM. DEL APETITO PARA LA ANOREXIA, CAQUEXIA, SÍND. DE DESGASTE

<i>megestrol 625 mg/5 ml susp</i>	T1	
<i>megestrol acet 40 mg/ml susp</i>	T1	
<i>megestrol acet 400 mg/10 ml</i>	T1	

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias)

COMBINACIONES MULTIVITAMÍNICAS ANTIOXIDANTES

50 PLUS ADULT EYE HEALTH	T3	
<i>a/c/e/zinc ox/cupric ox/lutein</i>	T1	
ADULT 50 PLUS EYE HEALTH	T3	
ANTIOXIDANT FORMULA	T3	
BIOTECT PLUS SOFTGEL	T3	
EQ VISION FORMULA TABLET	T2	
<i>eql eye health plus lutein tab</i>	T1	
EYE HEALTH AND LUTEIN	T3	
EYE HEALTH WITH LUTEIN	T3	
EYE HEALTH PLUS LUTEIN TABLET	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
COMBINACIONES MULTIVITAMÍNICAS ANTIOXIDANTES (cont.)		
EYE MULTIVITAMIN	T2	
EYE MULTIVITAMIN WITH LUTEIN	T3	
EYEPROTECT	T3	
<i>gnp healthy eyes tablet</i>	T1	
HEALTHY EYES TABLET	T2	
<i>healthy eyes tablet</i>	T1	
I-CAPS	T2	
ICAPS AREDS FORMULA DR TABLET	T3	
ICAPS AREDS2	T3	
LUTEIN PLUS WITH ZEAXANTHIN	T3	
LIPOTRIAD	T3	
LIPOTRIAD VISIONARY	T3	
MACULAR BENEFITS	T3	
MACULAR HEALTH FORMULA	T3	
MACUVEX	T3	
MACUZIN	T3	
PRESERVISION AREDS 2 CO Q-10	T3	
OCULAR VITAMINS	T3	
OCUVEL	T3	
OCUVITE ADULT 50 PLUS	T2	
OCUVITE WITH LUTEIN	T2	
PRESERVISION AREDS	T2	
PRESERVISION LUTEIN	T2	
VISION OPTIMIZER	T3	
VISION FORMULA TABLET	T3	
VISION FORMULA WITH LUTEIN	T3	
VISTA ADVANCED AREDS2	T3	
<i>vit a/vit c/vit e/zinc/copper</i>	T1	
<i>vits a,c,e/lutein/minerals</i>	T1	
VITEYES AREDS 2 PLUS MULTIVIT	T3	
BIOFLAVONOIDES		
<i>bioflav,lemon/vit bcomp,c</i>	T1	
<i>bioflav,lemon/vit bcomp,c</i> (Lipo-Flavonoid Plus)	T1	
CITRUS BIOFLAVONOIDES	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
BIOFLAVONOIDES (cont.)		
EAR HEALTH PLUS CAPLET	T3	
<i>ear health plus caplet (Lipo-Flavonoid Plus)</i>	T1	
FLAVOVIT	T3	
FLOGEN	T3	
INNER EAR PLUS	T3	
LIPO FLAVONOID	T3	
LIPO-FLAVONOID PLUS (<i>bioflav,lemon/vit bcomp,c</i>)	T2	
QUERCETIN	T3	
<i>rutin</i>	T1	
VASCULERA	T3	
VASOFLEX D1	T3	
VENALIV	T3	
PREPARACIONES CON ÁCIDO FÓLICO		
COBALEFOL	T3	
<i>cvs folic acid 800 mcg tablet</i>	T1	PPACA
DENOVO	T3	
DEPLIN-ALGAL OIL (<i>levomefolate/algae oil</i>)	T3	
DEPLIN FC	T3	
ENLYTE	T3	
FA-8	T3	
FOLETRA	T3	
<i>folic acid 0.4 mg, 0.8 mg tablet</i>	T1	PPACA
<i>folic acid 1 mg tablet</i>	T1	
<i>folic acid 1,000 mcg tablet</i>	T1	
FOLIC ACID 20 MG CAPSULE	T3	
<i>folic acid 400 mcg, 800 mcg tablet</i>	T1	PPACA
FOLIC ACID 5 MG CAPSULE	T3	
<i>folic acid 5 mg/ml vial</i>	T1	
<i>folic acid 50 mg/10 ml vial</i>	T1	
FOLIC ACID 800 MCG CAPSULE	T3	
<i>folic acid/b6/ca phos/ginger</i>	T1	
<i>ft folic acid 400 mcg, 800 mcg tablet</i>	T1	PPACA
FOLIKA-V	T3	
FOLITE	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES CON ÁCIDO FÓLICO (cont.)		
GENICIN VITA-Q	T3	
<i>gnp folic acid 400 mcg tablet</i>	T1	PPACA
<i>hm folic acid 400 mcg tablet</i>	T1	PPACA
HYLAZINC	T3	
<i>levomefolate calcium</i>	T1	
<i>levomefolate/algae oil (Deplin-Algal Oil)</i>	T1	
METHYLFOLATE	T3	
MI-VITE RX	T3	
<i>purevita folic acid 400 mcg tb</i>	T1	PPACA
PUREVITA FOLIC ACID 400MCG/2ML	T3	
<i>ra folic acid 0.4 mg tablet</i>	T1	PPACA
<i>ra folic acid 800 mcg tablet</i>	T1	PPACA
<i>sm folic acid 0.4 mg tablet</i>	T1	PPACA
<i>sm folic acid 400 mcg tablet</i>	T1	PPACA
<i>sv folic acid 800 mcg tablet</i>	T1	PPACA
<i>true folic acid 1600mcg dfe tb</i>	T1	
<i>true folic acid 667 mcg dfe tb</i>	T1	PPACA
XAQUIL XR	T3	
PREPARACIONES DE VITAMINAS GERIÁTRICAS		
<i>a thru z advanced formula tab (Vision Plus Lutein)</i>	T1	
<i>a thru z select tablet (Vision Plus Lutein)</i>	T1	
CENTRUM SILVER CHEWABLE TABLET	T2	
<i>eldertonic elixir</i>	T1	
ELDERTONIC LIQUID	T3	
GERITOL COMPLETE	T2	
GERITOL TONIC	T2	
<i>multivit with iron,minerals</i>	T1	
<i>multivit with minerals/lutein (Vision Plus Lutein)</i>	T1	
REQ49+	T3	
SPECTRAVITE ADULT 50+	T3	
VISION PLUS LUTEIN (<i>multivit with minerals/lutein</i>)	T2	
PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS		
<i>a thru z advanced formula tab</i>	T1	
A THRU Z MEN'S ULTIMATE TABLET	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)		
A THRU Z MEN'S ULTIMATE TABLET	T2	
A THRU Z SELECT MEN 50+ TABLET	T3	
<i>a thru z select multivit tab</i>	T1	
<i>a thru z select multivit tab</i> (Centrum Silver)	T1	
<i>a thru z select multivit tab</i> (Certavite Senior)	T1	
<i>a thru z select tablet</i> (Centrum Silver)	T1	
<i>a thru z select tablet</i> (Certavite Senior)	T1	
<i>a thru z select women's tablet</i>	T1	
<i>a/c/e/zinc/sod selenate/copper</i>	T1	
ABC COMPLETE ADULT	T2	
ABC COMPLETE MEN'S	T2	
ABC COMPLETE SENIOR WOMEN'S	T3	
ACTIVNUTRIENTS	T3	
ACTIVNUTRIENTS PERFORMANCE	T3	
ADEK GUMMIES PLUS ZINC	T3	
ADULT MULTI GUMMIES	T3	
ADULT MULTIVITAMIN GUMMIES	T3	
ADULT ONE DAILY GUMMIES	T3	
ADULTS' DAILY FORMULA	T3	
ADULTS MULTI	T3	
ADULTS MULTIVITAMIN	T3	
ADVANCED MULTI EA	T3	
AFLOA	T3	
ALIVE ADULT ULTRA POTENCY	T3	
ALIVE COMPLETE PREMIUM PRENATL	T3	
ALIVE DAILY ENERGY	T3	
ALIVE DAILY SUPPORT PRENATAL	T3	
ALIVE HAIR, SKIN AND NAILS	T3	
ALIVE MAX POTENCY	T3	
ALIVE MAX6 POTENCY	T3	
ALIVE MEN'S 50 PLUS GUMMY	T3	
ALIVE MEN'S ENERGY	T3	
ALIVE MEN'S GUMMY	T3	
ALIVE WOMEN'S ULTRA POTENCY	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)		
ALIVE PREMIUM PRENATAL	T3	
ALIVE WOMEN'S 50 PLUS	T3	
ALIVE WOMEN'S 50 PLUS COMPLETE	T3	
ALIVE WOMEN'S 50 PLUS ULTRA	T3	
ALIVE WOMEN'S ENERGY	T3	
ALIVE WOMEN'S GUMMY VITAMIN	T3	
ALIVE WOMEN'S MULTIVITAMIN	T3	
ALPHA BETIC MULTIVITAMIN	T3	
ALTRIXA	T3	
<i>amino acids/mv,tx,iron,mineral</i>	T1	
AMLADEX	T3	
ANIMI-3	T3	
AQUADEKS	T2	
BACMIN	T3	
BARIATRIC MULTIVITAMINS	T3	
<i>b-complex plus vitamin c cplt</i>	T1	
<i>b-complex with vitamin c</i>	T1	
<i>b-complex with vitamin c (Support-500)</i>	T1	
<i>b-complex w-vitamin c caplet</i>	T1	
BEROCCA	T3	
<i>beta-carotene(a)-vits c,e/mins</i>	T1	
BIO-35	T3	
<i>biotect plus liquid</i>	T1	
BLADDER 2.2	T2	
BODY, HAIR, SKIN AND NAILS	T3	
CENTRAL-VITE	T3	
CENTRAL-VITE WOMEN'S MATURE (<i>multivit-min/iron/folic/lutein</i>)	T3	
CENTRAVITES ADULTS	T3	
CENTRUM	T2	
CENTRUM ADULT 50 PLUS	T3	
CENTRUM ADULT 50 FRESH-FRUITY	T3	
CENTRUM CHEWABLES ADULTS TAB	T2	
CENTRUM CHEWABLES ADULTS TAB	T3	
CENTRUM COMPLETE	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)		
CENTRUM FLAVOR BURST ADULT	T3	
CENTRUM MEN	T2	
CENTRUM MEN 50 PLUS	T3	
CENTRUM MEN MULTIGUMMY	T3	
CENTRUM MEN'S TABLET	T2	
CENTRUM MENOPAUSE MULTIVITAMIN	T3	
CENTRUM MULTI MENTAL FOCUS	T3	
CENTRUM MULTI PLUS BEAUTY	T3	
CENTRUM MULTI PLUS OMEGA-3	T3	
CENTRUM MULTIGUMMIES	T3	
CENTRUM POSTNATAL	T3	
CENTRUM PRENATAL	T3	
CENTRUM WOMEN 50 PLUS	T3	
CENTRUM WOMEN MULTIGUMMY	T3	
<i>centrum women tablet</i> (Certavite-Antioxidant)	T1	
<i>centrum women tablet</i> (Tab-A-Vite Multivit With Iron)	T1	
CENTRUM SILVER MEN	T3	
CENTRUM SILVER TABLET (<i>multivit-min/fa/lycopen/lutein</i>)	T3	
CENTRUM SILVER ULTRA MEN'S (<i>multivit-min/fa/lycopen/lutein</i>)	T2	
CENTRUM SILVER WOMEN (<i>multivit-min/iron/folic/lutein</i>)	T3	
CENTRUM SPECIALIST ENERGY	T3	
CENTRUM SPECIALIST HEART	T2	
CENTRUM ULTRA MEN'S	T2	
CENTRUM WOMEN IMMUNE MINI	T3	
<i>certavite-antioxidant tablet</i> (Certavite-Antioxidant)	T1	
CERTAVITE-ANTIOXIDANT TABLET (<i>multivitamin/iron/folic acid</i>)	T3	
<i>certavite-antioxidant tablet</i> (Tab-A-Vite Multivit With Iron)	T1	
COMPLETE MEN	T2	
COMPLETE MEN 50 PLUS	T3	
COMPLETE MULTIVITAMIN-MINERAL	T3	
COMPLETIA DIABETIC MULTIVIT	T3	
CONCEPT DHA (<i>mvn-min75/iron/iron ps/om3/dha</i>)	T3	
CONCEPT OB (<i>mvn-min 74/iron fum/iron/fa</i>)	T3	
CORVITE	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)		
CULTURELLE PROBIOTIC-MULTIVIT	T3	
<i>cvs adult multivitamin gummy</i>	T1	
<i>cvs b-complex-vit c caplet</i>	T1	
<i>cvs hair, skin and nails cplt</i>	T1	
<i>cvs one daily essential tablet (Daily-Vite)</i>	T1	
DAILY GUMMIES	T3	
DAILY MULTIVITAMIN	T3	
<i>daily-vite tablet (Daily-Vite)</i>	T1	
DAILY-VITE TABLET (<i>multivitamin with folic acid</i>)	T3	
DAYAVITE	T3	
DECUBI VITE	T3	
DEKAS BARIATRIC	T3	
DEKAS ESSENTIAL	T3	
DEKAS PLUS	T3	
DERMACINRX FOLIFLEX	T3	
DERMACINRX FOLITIN-Z	T3	
DERMACINRX MULTITAM	T3	
DERMACINRX RIBOTIN-E	T3	
DERMACINRX VENEXA	T3	
DERMACINRX VENEXA FE	T3	
DERMACINRX VENTRIXYL	T3	
DERMACINRX VENTRIXYL FE	T3	
DERMACINRX VITRAMYN	T3	
DERMACINRX VITRANOL	T3	
DERMACINRX VITRANOL FE	T3	
DERMACINRX VITREXATE	T3	
DERMACINRX VITREXATE FE	T3	
DERMACINRX ZINTREXYL-C	T3	
DIABETES HEALTH FORMULA	T3	
DIABETES HEALTH PACK	T3	
DIABETIC VITAMIN	T3	
DIALYVITE 800 WITH IRON	T3	
DIATROL	T3	
ELON MATRIX 5000 COMPLETE	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)		
ENBRACE HR	T3	
ENDUR-VM IRON-FREE	T3	
ENDUR-VM WITH IRON	T3	
EQ ONE DAILY WOMEN'S HEALTH TB	T3	
EQ ONE DAILY MEN'S TABLET	T2	
EQ ONE DAILY WOMEN'S TABLET	T2	
ESSENTIAL MAN	T3	
ESSENTIAL MAN 50+	T3	
ESSENTIAL WOMAN 50+	T3	
ESTROVEN MENOPAUSE	T3	
<i>fa/mv,ca,iron,min/lycopene/lut</i>	T1	
FATIGUE RELIEF COMPLEX (<i>bcomp,c/st,jhn wrt/s.ginsg/pgn</i>)	T3	
FINAZOL	T3	
FLORRAXYL	T3	
FOLACHEW	T3	
FOLAGENT DHA	T3	
FOLAMAX	T3	
FOLAMED DHA	T3	
FOLAWISE	T3	
<i>folic acid/multivit,iron,miner</i>	T1	
<i>folic acid/mv,iron,min/lutein</i>	T1	
FOLIC ACID-VIT B-6-VIT B-12	T3	
<i>folic/mvi ther-min/lycop/lut</i>	T1	
FOLIKA-CI	T3	
FOLIKA-MG	T3	
FORTAVIT	T3	
FREEDAVITE	T3	
<i>ft b complex plus vit c tablet</i>	T1	
<i>ft century men tablet</i>	T1	
<i>ft century women tablet (Certavite-Antioxidant)</i>	T1	
<i>ft century women tablet (Tab-A-Vite Multivit With Iron)</i>	T1	
FT HAIR, SKIN AND NAILS TABLET	T3	
<i>ft one daily men's tablet</i>	T1	
<i>ft one daily women's tablet</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)		
GENADEK STEP 1	T3	
GENADEK STEP 2	T3	
GERBER GS PRENATAL NOURISH PLS	T3	
GNP B-COMPLEX PLUS VIT C TAB	T3	
GNP CENTURY ADULT FORMULA TAB	T3	
<i>gnp century adult formula tab</i> (Certavite-Antioxidant)	T1	
<i>gnp century adult formula tab</i> (Tab-A-Vite Multivit With Iron)	T1	
GNP CENTURY MEN TABLET	T3	
GNP CENTURY WOMEN TABLET	T3	
GNP ONE DAILY MAXIMUM TABLET	T3	
<i>gnp one daily tablet</i>	T1	
HAIR, SKIN AND NAILS CAPLET	T3	
HAIR, SKIN AND NAILS SOFTGEL	T3	
HAIR, SKIN AND NAILS TABLET (<i>multivitamin/folic acid/biotin</i>)	T3	
HEARTBURN ACID REFLUX	T3	
<i>high potency multivitamin tab</i>	T1	
HIGH POTENCY MULTIVITAMIN TAB	T3	
<i>high potency multivitamin tab</i> (Certavite-Antioxidant)	T1	
<i>high potency multivitamin tab</i> (Tab-A-Vite Multivit With Iron)	T1	
HM HAIR, SKIN AND NAILS TABLET	T3	
HM MEN'S ONE DAILY TABLET	T2	
ICAPS MV	T2	
ICAPS TABLET	T2	
IMMUNERX	T3	
INFUVITE ADULT	T3	
K-PAX IMMUNE SUPPORT	T2	
<i>lecithin/pyridoxine/kelp</i>	T1	
<i>lmeolate/b3/copp/znsel/chrom</i>	T1	
MAXIMIN	T3	
MEBOLIC	T3	
MEN 50 PLUS ADVANCED ONE DAILY	T3	
MEN 50 PLUS MULTIVITAMIN	T3	
MEN'S 50 PLUS DAILY FORMULA	T3	
MEN'S 50 PLUS MULTIVITAMIN	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)		
MEN'S DAILY FORMULA	T3	
MEN'S DAILY GUMMIES	T3	
MEN'S DAILY PACK	T3	
MEN'S DAILY MULTIVITAMIN	T2	
MEN'S MULTIVITAMIN	T3	
MICRONEX	T3	
MONOCAPS	T3	
MULTI FOR HER 50 PLUS	T3	
MULTI FOR HER SOFTGEL	T3	
<i>multi for her tablet</i>	T1	
MULTI PRO	T3	
MULTIA DAILY MULTIVITAMIN	T3	
MULTI-DAY PLUS MINERALS	T3	
MULTILEX TABLET	T3	
<i>multilex tablet</i>	T1	
MULTILEX T-M	T3	
<i>multivit 47/iron/folate 1/dha</i>	T1	
<i>multivit no.18/iron no.1/folic (Tandem Plus)</i>	T1	
<i>multivit no.51/iron/folic acid</i>	T1	
<i>multivit with calcium,iron,min</i>	T1	
<i>multivit,calc,mins/iron/folic</i>	T1	
<i>multivit,iron,minerals/lutein</i>	T1	
<i>multivit,stress formula/zinc (Stress Formula With Zinc)</i>	T1	
<i>multivit/iron/folic acid/hb179</i>	T1	
<i>multivitamin</i>	T1	
MULTI-VITAMIN	T3	
multivitamin combination no.56	T1	
MULTIVITAMIN GUMMIES	T3	
MULTIVITAMIN LIQUID	T3	
<i>multivitamin tablet</i>	T1	
<i>multivitamin with folic acid (Daily-Vite)</i>	T1	
<i>multivitamin with iron</i>	T1	
MULTIVITAMIN WITH MINERALS	T3	
<i>multivitamin with minerals</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)		
<i>multivitamin, stress formula</i>	T1	
<i>multivitamin, ther and minerals</i>	T1	
<i>multivitamin, therapeutic</i>	T1	
<i>multivitamin, therapeutic (Oncovite)</i>	T1	
<i>multivitamin/ferrous gluconate</i>	T1	
<i>multivitamin/iron/folic acid (Certavite-Antioxidant)</i>	T1	
<i>multivitamin/iron/folic acid (Tab-A-Vite Multivit With Iron)</i>	T1	
MULTIVITAMIN-MULTIMINERAL	T3	
MULTI-VITE	T3	
<i>multivit-min/fa/lycopen/lutein</i>	T1	
<i>multivit-min/fa/lycopen/lutein (Centrum Silver)</i>	T1	
<i>multivit-min/ferrous gluconate</i>	T1	
<i>multivit-min/folic acid/biotin</i>	T1	
<i>multivit-min/iron fum/folic ac</i>	T1	
<i>multivit-min/iron/folic/lutein (Central-Vite Women'S Mature)</i>	T1	
<i>multivit-min/iron/folic/lutein (Centrum Silver Women)</i>	T1	
<i>multivit-min69/iron/folic acid</i>	T1	
<i>multivit-minerals/fa/lycopen</i>	T1	
<i>multivit-minerals/folic acid</i>	T1	
<i>multivit-minerals/folic acid (One-A-Day)</i>	T1	
<i>multivit-minerals/folic/ginkgo</i>	T1	
<i>multivit-mins no.7/folic acid</i>	T1	
<i>multivit-mins/iron/folic/lycop</i>	T1	
<i>mv, min 59/iron/folic/docusate</i>	T1	
<i>mv, cal, min/iron/folic acid/lut</i>	T1	
<i>mv, iron, min/ginkgo/pan.ginseng</i>	T1	
<i>mv-min 59/iron/folic/docusate</i>	T1	
<i>mv-min/iron/folic ac/vit k/lut</i>	T1	
<i>mv-mins 71/iron/folic no.1/dha</i>	T1	
<i>mv-mins/folic/lycopen/ginkgo</i>	T1	
<i>mv-mn/folic ac/calcium/vit k1</i>	T1	
<i>mv-mn/folic acid/lutein/hrb178</i>	T1	
<i>mvn no.53/iron/folic/dss/dha</i>	T1	
<i>mvn-min 74/iron fum/iron/fa (Concept Ob)</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)		
<i>mvn-min75/iron/iron ps/om3/dha (Concept Dha)</i>	T1	
MVW MODULATR FORM MINI MULTIVT	T3	
NEEVODHA	T3	
NEOVITE	T3	
NESTABS ONE	T3	
NICOMIDE	T3	
NIVA-PLUS (<i>multivit-mins60/iron fum/folic</i>)	T3	
NIVA-PLUS (<i>multivit-min 60/iron fum/folic</i>)	T3	
NUTRALYN	T3	
NUTRIVIT	T2	
OB COMPLETE	T3	
OBSTETRIX ONE	T3	
OCUVITE EYE PLUS MULTI	T3	
<i>om-3/dha/epa/b12/fa/b6/phytost</i>	T1	
OMNIVEX	T3	
ONCOVITE (<i>multivitamin,therapeutic</i>)	T2	
ONE DAILY ESSENTIAL TABLET	T3	
<i>one daily essential tablet</i>	T1	
<i>one daily essential tablet (Daily-Vite)</i>	T1	
ONE DAILY ESSENTIALS	T3	
ONE DAILY HEALTHY WEIGHT	T3	
<i>one daily maximum tablet</i>	T1	
ONE DAILY MEN'S 50 PLUS	T3	
ONE DAILY MEN'S 50 PLUS D3	T3	
ONE DAILY MEN'S HEALTH	T3	
ONE DAILY MEN'S MULTIVITAMIN	T3	
<i>one daily multivitamin tab</i>	T1	
ONE DAILY MULTIVITAMIN TABLET	T3	
<i>one daily multivitamin tablet (Daily-Vite)</i>	T1	
<i>one daily multivit-mineral tab</i>	T1	
ONE DAILY MULTIVIT-MINERAL TAB	T3	
<i>one daily tablet</i>	T1	
ONE DAILY WOMEN 50 PLUS TAB	T3	
ONE DAILY WOMEN'S 50 PLUS ADV	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)		
ONE DAILY WOMEN'S 50+	T2	
ONE DAILY WOMEN'S FORMULA	T3	
<i>one daily women's health tab</i>	T1	
ONE DAILY WOMEN'S MULTIVITAMIN	T3	
ONE-A-DAY (<i>multivit-minerals/folic acid</i>)	T3	
ONE-A-DAY ENERGY	T3	
ONE-A-DAY MEN VITACRAVES	T3	
ONE-A-DAY MENOPAUSE FORMULA	T3	
ONE-A-DAY MEN'S	T2	
ONE-A-DAY MEN'S 50 PLUS	T2	
ONE-A-DAY MEN'S 50 PLUS (<i>mv-mins/folic/lycopene/ginkgo</i>)	T2	
ONE-A-DAY MEN'S COMPLETE	T3	
ONE-A-DAY PROACTIVE 65 PLUS	T3	
ONE-A-DAY VITACRAVES	T3	
ONE-A-DAY VITACRAVES IMMUNITY	T3	
ONE-A-DAY VITACRAVES OMEGA-3	T3	
ONE-A-DAY VITACRAVES SOUR	T3	
ONE-A-DAY WEIGHTSMART	T2	
ONE-A-DAY WOMEN VITACRAVES	T3	
<i>one-a-day women's 50 plus tab (One-A-Day)</i>	T1	
ONE-A-DAY WOMEN'S COMPLETE	T2	
ONE-A-DAY WOMEN'S HEALTHY SKIN	T3	
ONE-A-DAY WOMEN'S PETITES	T3	
ONE-A-DAY WOMEN'S TABLET	T2	
ONE-A-DAY WOMEN'S TABLET	T3	
ONE-DAILY MULTI	T3	
ONE-DAILY MULTI-VITAMIN-IRON	T3	
ONE-DAILY MULTIVITAMIN-MINERAL	T3	
ONEVITE	T3	
OPTIFAST	T3	
OPTISOURCE	T3	
OPURITY MULTIVITAMIN	T3	
POLY VITAMIN-IRON	T3	
PRENATE AM	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)		
PRENATE CHEWABLE	T3	
PRENATE ESSENTIAL	T3	
PRENATAL GUMMIES	T3	
PREV-RX	T3	
PROCERV HP	T3	
PROFOLA	T3	
PRORENAL QD	T2	
PROTECT CARDIO AF	T3	
PROTECT IRON	T3	
PROTECT PLUS SO	T3	
PUREFE OB PLUS	T3	
PUREFE PLUS	T3	
QUINTABS	T3	
QUINTABS-M	T3	
<i>ra one daily essential tablet (One-A-Day)</i>	T1	
<i>ra one daily maximum tablet</i>	T1	
<i>ra one daily women's tablet</i>	T1	
REMEDIENT	T3	
<i>sm b complex with vit c tablet</i>	T1	
<i>sm super b complex-c caplet</i>	T1	
SOLO	T3	
SPECTRAVITE MEN 50 PLUS	T3	
SPECTRAVITE ULTRA MEN 50+	T3	
SPECTRAVITE ULTRA MEN'S	T3	
STRESS B-COMPLEX	T3	
<i>stress formula tablet</i>	T1	
STRESS FORMULA WITH ZINC TAB (<i>multivit, stress formula/zinc</i>)	T3	
<i>stress formula with zinc tab (Stress Formula With Zinc)</i>	T1	
<i>stress-c with zinc tablet (Stress Formula With Zinc)</i>	T1	
STROVITE FORTE (<i>multivit, iron, min 5/folic acid</i>)	T3	
STROVITE ONE	T3	
SUPER GINSENG MULTIVITAMIN	T3	
SUPER MULTIPLE-LOW IRON	T3	
SUPERIOR MEN'S MULTI	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)		
SUPPORT-500 (<i>b-complex with vitamin c</i>)	T3	
SV HAIR, SKIN AND NAILS CAPLET	T3	
TAB-A-VITE MULTIVIT WITH IRON	T3	
TAB-A-VITE MULTIVIT WITH IRON (<i>multivitamin/iron/folic acid</i>)	T3	
TANDEM PLUS (<i>multivit no.18/iron no.1/folic</i>)	T3	
<i>thera-m caplet</i>	T1	
<i>thera-m tablet</i>	T1	
THERA-M CAPLET	T3	
THERAGRAN-M PREMIER 50 PLUS	T3	
THERAMILL FORTE	T3	
THERANATAL LACTATION SUPPORT	T3	
THEREMS-H	T2	
TOBAKIENT	T3	
TRIVIA COMPLETE	T3	
TRUE MULTIVITAMIN	T3	
TRUEPLUS MULTIVITAMIN (<i>multivit-min/folic acid/vit k1</i>)	T3	
UDAMIN SP	T3	
ULTRA FREEDA	T3	
VITABEX PLUS	T3	
VITACORE	T3	
VITAFUSION PRENATAL	T3	
VITAJoy ADULT MULTI	T3	
<i>vitamin b complex-vit c cap (Support-500)</i>	T1	
<i>vitamin b complex-vit c caplet</i>	T1	
<i>vitamin b complex-vitamin c tb</i>	T1	
VITAMIN D3-ALOE	T3	
VITAMINS A-D-E	T3	
VITREXYL	T3	
VITREXYL PLUS IRON	T3	
VITRUM 50 PLUS SENIOR	T2	
WOMEN'S 50 PLUS ADVANCED	T3	
WOMEN'S 50 PLUS DAILY FORMULA	T3	
<i>women's daily formula caplet</i>	T1	
WOMEN'S DAILY FORMULA CAPLET	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)		
WOMEN'S DAILY FORMULA TABLET	T3	
WOMENS DAILY GUMMIES	T3	
WOMEN'S DAILY PACK	T3	
WOMEN'S MULTIVITAMIN	T3	
WOMEN'S MULTIVITAMIN W-BIOTIN	T3	
XYZBAC	T3	
ZYVANA	T3	
ZYVIT	T3	
PREPARACIONES DE NIACINA		
<i>cvs niacin 400 mg capsule</i>	T1	
ENDUR-AMIDE	T3	
ENDUR-THINE	T3	
<i>ft niacin 400 mg capsule</i>	T1	
<i>gnp niacin 250 mg tablet</i>	T1	
<i>gnp niacin 400 mg capsule</i>	T1	
<i>hm niacin tr 250 mg tablet (Slo-Niacin)</i>	T1	
<i>niacin</i>	T1	
<i>niacin (inositol niacinate)</i>	T1	
<i>niacin (Slo-Niacin)</i>	T1	
NIACIN 100 MG CAPSULE	T3	
NIACINAMIDE 500 MG CAPSULE	T3	
<i>niacin 100 mg tablet</i>	T1	
<i>niacin 250 mg tablet</i>	T1	
<i>niacin 50 mg tablet</i>	T1	
<i>niacin 500 mg capsule</i>	T1	
<i>niacin 500 mg capsule sa</i>	T1	
NIACIN 500 MG SOFTGEL	T2	
<i>niacin 500 mg tablet</i>	T1	
<i>niacin 750 mg tablet sa (Slo-Niacin)</i>	T1	
NIACIN ER 1,000 MG TABLET	T2	
<i>niacin er 250 mg tablet (Slo-Niacin)</i>	T1	
<i>niacin er 500 mg caplet</i>	T1	
<i>niacin er 500 mg capsule, tablet</i>	T1	
<i>niacin flush free 500 mg cap</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE NIACINA (cont.)		
NIACIN FLUSH FREE 750 MG CAP	T2	
<i>niacin sa 250 mg capsule</i>	T1	
<i>niacin tr 250 mg capsule</i>	T1	
<i>niacin tr 250 mg tablet (Slo-Niacin)</i>	T1	
<i>niacin tr 500 mg caplet</i>	T1	
<i>niacin tr 500 mg tablet</i>	T1	
<i>niacinamide 500 mg tablet</i>	T1	
NIACINAMIDE ER 500 MG TABLET	T3	
NO FLUSH NIACIN	T3	
PUREVITA VITAMIN B3	T3	
<i>ra niacin 100 mg tablet</i>	T1	
RA NIACIN 500 MG TABLET	T3	
<i>ra niacin 500 mg tablet</i>	T1	
SLO-NIACIN 250 MG TABLET (<i>niacin</i>)	T2	
<i>slo-niacin 500 mg tablet</i>	T1	
SLO-NIACIN 750 MG TABLET (<i>niacin</i>)	T2	
<i>sv niacin flush free 500 mg</i>	T1	
<i>true vitamin b3 50 mg tablet</i>	T1	
<i>true vitamin b3 500 mg tablet</i>	T1	
TRUE VITAMIN B3 250 MG TABLET	T3	
PREPARACIONES DE PANTENOL		
CALCIUM PANTOTHENATE	T3	
PANTETHINE	T3	
PANTOTHENIC ACID	T3	
PUREVITA VITAMIN B5	T3	
PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS		
ABDEK MULTIVITAMIN	T3	
ALIVE KIDS MULTIVITAMIN	T3	
ANIMAL SHAPES COMPLETE	T3	
CENTRUM KIDS	T3	
CHILD CHEWABLE VITAMN COMPLETE	T3	
CHILD COMPLETE CHEWABLE VITAMN	T3	
CHILD COMPLETE MULTIVITAMIN	T3	
CHILD MULTIVITAMIN PLUS IRON	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS (cont.)		
CHILDREN MULTIVITAMIN	T3	
children multivitamin chew tab	T1	
CHILDREN MULTIVITAMIN GUMMIES	T3	
CHILDREN MULTIVITAMIN GUMMIES (<i>pediatric multivitamin no.120</i>)	T3	
CHILDREN'S CHEW MULTIVIT-IRON (<i>pedi multivit no.91/iron fum</i>)	T3	
childrens chew vitamin tab (Flintstones With Extra C)	T1	
childrens chew vitamin tab (Flintstones)	T1	
CHILDREN'S CHEWABLE	T3	
CHILDREN'S MULTI-VIT GUMMIES	T3	
CHILDREN'S MULTIVITAMIN GUMMY	T3	
CHILD'S CHEWABLE VITAMIN TAB	T3	
CHILD'S OMEGA-3 DHA MULTIVITAM	T3	
CULTURELLE KIDS PROBIOTIC-MV	T3	
CULTURELLE KIDS PRO-MV-LUTEIN	T3	
DAVIMET WITH FLUORIDE	T3	
DEKAS PLUS	T3	
EMERGEN-C KIDZ	T3	
EMERGEN-C KIDZ DAILY IMMUNE	T3	
EMERGEN-C KIDZ IMMUNE PLUS	T3	
EQ CHILD MULTIVITAMIN GUMMIES	T3	
FLINTSTONES COMPLETE GUMMIES	T3	
FLINTSTONES COMPLETE TABLET (<i>multivit with iron,minerals</i>)	T2	
FLINTSTONES EXTRA C GUMMIES	T3	
FLINTSTONES EXTRA C TAB CHEW (<i>multivitamin</i>)	T2	
FLINTSTONES GUMMIES	T2	
FLINTSTONES GUMMIES CHEW TAB	T3	
FLINTSTONES IMMUNITY SUPPORT	T3	
FLINTSTONES MULTIVIT CHEW TAB (<i>pedi multivit no.25/folic acid</i>)	T3	
FLINTSTONES MULTI-VIT GUMMIES	T2	
FLINTSTONES PLUS CALCIUM	T2	
FLINTSTONES SOUR-GUM CHEW TAB	T3	
FLINTSTONES TAB CHEW	T2	
FLINTSTONES TABLET CHEWABLE (multivitamin)	T2	
FLINTSTONES WITH IRON	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS (cont.)		
FLORAFOL PEDIATRIC	T3	
FLORAFOL FE PEDIATRIC	T3	
FLORIVA	T3	
FLORIVA PLUS	T3	
GENADEK	T3	
GERBER GROW MIGHTY	T3	
GERBER LIL BRAINIES	T3	
GUMMIES CHILDREN MULTIVITAMIN	T3	
GUMMY	T3	
GUMMY DINOS	T3	
INFANT-TODDLER MULTIVITAMIN	T3	
INFANT-TODDLER MULTIVIT-IRON	T3	
<i>infant-toddler multivit-iron</i>	T1	
INFANT-TODDLER TRI-VITAMIN	T3	
INFUVITE PEDIATRIC	T2	
JUST 4 KIDZ MULTIVIT-PROBIOTIC	T3	
KIDS COD LIVER OIL +D	T3	
KIDS MULTIVITAMIN-MINERALS	T2	
<i>little animals child tb chw</i> (Flintstones With Extra C)	T1	
<i>little animals child tb chw</i> (Flintstones)	T1	
LITTLE ANIMALS CHILD TB CHW	T3	
LITTLE ANIMALS PLUS IRON	T3	
LIVITA FOR CHILDREN	T3	
<i>multivit with iron,minerals</i>	T1	
<i>multivit with iron,minerals</i> (Flintstones Complete)	T1	
<i>multivit with iron,minerals</i> (Scooby-Doo)	T1	
<i>multivitamin</i> (Flintstones With Extra C)	T1	
<i>multivitamin</i> (Flintstones)	T1	
<i>multivitamin with iron</i>	T1	
MULTI-VIT-FLOR	T3	
MULTIVIT-FLUOR 0.25 MG TAB CHW	T3	
MULTIVIT-FLUOR 0.5 MG TAB CHEW	T3	
<i>multivit-fluor 0.25 mg tab chw</i>	T1	PPACA
<i>multivit-fluor 0.5 mg tab chew</i>	T1	PPACA

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS (cont.)		
<i>multivit-fluor 0.25 mg/ml drop</i>	T1	PPACA
<i>multivit-fluor 0.5 mg/ml drop</i>	T1	PPACA
<i>multivit-fluoride 1 mg tab chw</i>	T1	PPACA
MULTIVIT-FLUORIDE 1 MG TAB CHW	T3	
MVW COMPLETE FORMLTN PEDIATRIC	T3	
MVW COMPLETE FORMULATION D3000	T3	
MVW COMPLETE FORMULATION D5000	T3	
MVW COMPLETE FORMULTN MULTIVIT	T3	
MVW MODULATR FORMLTN PEDIATRIC	T3	
NANO VM 1-3	T2	
NANO VM 4-8	T2	
NANOVN 9-18	T3	
NANOVN T-F	T3	
NOVAFERRUM YUM PEDIATR MV-IRON	T3	
NOVAMV MMM PEDIATRIC MULTIVIT	T3	
ONE-A-DAY KID'S	T3	
ONE-A-DAY TEEN HER VITACRAVES	T3	
ONE-A-DAY TEEN HIM VITACRAVES	T3	
<i>ped mvit a,c,d3 no.21/fluoride</i>	T1	PPACA
<i>pedi multivit 158/iron/vit k1</i>	T1	
<i>pedi multivit 45/fluoride/iron</i>	T1	
<i>pedi multivit no.12 w-fluoride</i>	T1	PPACA
<i>pedi multivit no.17 w-fluoride</i>	T1	PPACA
<i>pedi multivit no.159/iron sulf</i>	T1	
<i>pedi multivit no.23/folic acid</i>	T1	
<i>pedi multivit no.25/folic acid (Flintstones)</i>	T1	
<i>pedia poly-vite iron 5mg/0.5ml</i>	T1	
PEDIA POLY-VITE WITH IRON DROP	T3	
PEDIA TRI-VITE	T3	
<i>pediatric multivit no.36/iron</i>	T1	
<i>pediatric multivitamin no.17</i>	T1	
<i>pediatric multivitamin no.111</i>	T1	
<i>pediatric multivitamin no.212</i>	T1	
PEDIATRIC POLY-VITAMIN	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS (cont.)		
PEDIATRIC POLY-VITAMIN-IRON	T3	
PEDIATRIC POLY-VITE	T3	
PEDIATRIC POLY-VITE WITH IRON	T3	
PEDIATRIC TRI-VITAMIN	T3	
PEDIATRIC TRI-VITE	T3	
POLY-VI-FLOR	T3	
POLY-VI-FLOR WITH IRON	T3	
<i>poly-vi-sol 0.5 ml oral syringe</i>	T1	
POLY-VI-SOL 1 ML ENFIT SYRINGE	T3	
POLY-VI-SOL 250MCG-50MG/ML DRP	T3	
POLY-VI-SOL WITH IRON	T3	
POLY-VITA	T3	
POLY-VITA WITH IRON	T3	
QUFLORA	T3	
QUFLORA FE	T3	
SCOOPY-DOO ONE A DAY GUMMIES	T3	
SCOOPY-DOO ONE A DAY TABLET (<i>multivit with iron,minerals</i>)	T2	
SOLUVITA MULTIVITAMIN FLUORIDE	T3	
SOLUVITA MULTIVITAMIN FLUORIDE (<i>pedi multivit no.82 w-fluoride</i>)	T3	
TRI-VI-FLOR	T3	
TRI-VI-SOL	T3	
<i>tri-vit-fluor 0.25 mg/ml drop</i>	T1	PPACA
TRI-VIT-FLUOR 0.25 MG/ML DROP	T3	
<i>tri-vit-fluor 0.5 mg/ml drop</i>	T1	PPACA
TROPICAL LIQUID NUTRITION (<i>pediatric multivitamin no.118</i>)	T3	
<i>vit a palmitate/vit c/vit d3</i>	T1	
ZOO FRIENDS	T3	
ZOO FRIENDS COMPLETE	T3	
PREPARACIONES DE VITAMINAS A Y D		
cod liver oil softgel	T1	
gnp norwegian cod liver oil	T1	
SV COD LIVER OIL SOFTGEL	T3	
PREPARACIONES DE VITAMINA A		
A-25	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA A (cont.)		
AQUASOL A	T2	
<i>beta-carotene</i>	T1	
<i>cvs vitamin a 2,400 mcg sftgl</i>	T1	
FT VITAMIN A 3,000 MCG SOFTGEL	T3	
GNP VITAMIN A 3,000 MCG SOFTGL	T3	
NORWEGIAN COD LIVER OIL SFGI	T3	
PREVENT	T2	
PUREVITA VITAMIN A	T3	
<i>ra vitamin a 10,000 unit sftgl</i>	T1	
VITAMIN A BETA CAROTENE	T3	
<i>vitamin a 10,000 unit capsule</i>	T1	
<i>vitamin a 10,000 unit softgel</i>	T1	
VITAMIN A 10,000 UNIT SOFTGEL	T3	
<i>vitamin a 3,000 mcg softgel</i>	T1	
<i>vitamin a 8,000 unit capsule</i>	T1	
VITAMIN A PALMITATE	T3	
<i>vitamin a/vit c/zinc/propolis</i>	T1	
VITAMINS A D	T3	
PREPARACIONES DE VITAMINA B		
5-MTHF PLUS B12	T3	HD
<i>acetylcyst/methylb12/levomefol (Cerefolin Brain Wellness)</i>	T1	HD
ALBA-LYBE	T2	HD
APETEX (<i>vitamin b complex/lysine</i>)	T2	HD
APETIGEN (<i>vitamin b complex/lysine</i>)	T2	HD
ARKALIOX	T3	HD
B ACTIV	T3	HD
<i>b comp no3/folic/c/biotin/zinc</i>	T1	HD
<i>b comp/ferrous gluc/lysin/znox</i>	T1	HD
<i>b complex 11/folic/c/biot/zinc</i>	T1	HD
<i>b complex c no.10/folic acid</i>	T1	HD
<i>b complex capsule</i>	T1	HD
B COMPLEX FAST DISSOLVE TABLET	T3	HD
B-COMPLEX WITH B-12	T3	HD
B COMPLEX WITH VITAMIN C	T3	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA B (cont.)		
<i>b complex, c no.20/folic acid</i> (Virt-Caps)	T1	HD
B COMPLEX-FOLIC ACID (<i>cyanocobalamin/folic ac/vit b6</i>)	T3	HD
B-100 COMPLEX CAPSULE	T3	HD
<i>b-100 complex tr caplet</i>	T1	HD
<i>b12/levomefolate calcium/b-6</i>	T1	HD
B-50 COMPLEX	T3	HD
<i>balanced b-100 complex tab sa</i>	T1	HD
B-COMPLEX 100	T3	HD
<i>b-complex 100 injection</i>	T1	HD
<i>b-complex injection vial</i>	T1	HD
<i>b-complex plus vitamin c cplt</i> (Vita-Bee With C)	T1	HD PPACA
<i>b-complex tablet</i>	T1	HD PPACA
<i>b-complex tablet</i> (Vitamin B Complex-Electrolytes)	T1	HD PPACA
<i>b-complex with b12 tablet</i>	T1	HD
<i>b-complex with vit c caplet</i> (Vita-Bee With C)	T1	HD PPACA
<i>b-complex with vit c tablet</i> (Vita-Bee With C)	T1	HD PPACA
B-COMPLEX-VITAMIN C TR TABLET	T2	HD
BIOTIN 1,000 MCG GUMMIES	T3	HD
<i>biotin 1,000 mcg tablet</i>	T1	HD
BIOTIN 10 MG TABLET	T2	HD
BIOTIN 10,000 MCG SOFTGEL	T3	HD
BIOTIN 10,000 MCG TABLET	T2	HD
<i>biotin 2,500 mcg softgel</i> (Hard Nails)	T1	HD
<i>biotin 300 mcg tablet</i>	T1	HD
BIOTIN 5 MG TABLET	T3	HD
<i>biotin 5,000 mcg capsule</i> (Meribin)	T1	HD
BIOTIN 5,000 MCG FAST DISSOLVE	T3	HD
BIOTIN 5,000 MCG QUICK DISSOLV	T3	HD
<i>biotin 5,000 mcg softgel</i> (Meribin)	T1	HD
BIOTIN 5,000 MCG TABLET	T3	HD
<i>biotin 800 mcg tablet</i>	T1	HD
BIOTIN FORTE 3 MG TABLET	T3	HD
BIOTIN FORTE 5 MG TABLET	T2	HD
B-STRESS	T3	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA B (cont.)		
CARDIOTEK-RX	T3	HD
CEREFOLIN (<i>vit b12/levomefolate/vit b6/b2</i>)	T3	HD
CEREFOLIN BRAIN WELLNESS (<i>acetylcyst/methylb12/levomefol</i>)	T3	HD
CEREFOLIN NAC	T3	HD
COMPLEX B-100 ER CAPLET	T3	HD
<i>complex b-100 tablet sa</i>	T1	HD
COMPLEX B-50	T3	HD
COMPLETE LIVER CLEANSE	T1	HD
CVS BALANCED B-100 TR CAPLET	T3	HD
CVS BIOTIN 10,000 MCG SOFTGEL	T3	HD
<i>cvs biotin 1,000 mcg tablet</i>	T1	HD
CVS BIOTIN 5,000 MCG TABLET	T3	HD
<i>cvs super b-complex-vit c cplt (Vita-Bee With C)</i>	T1	HD PPACA
<i>cyanocobalamin/folic ac/vit b6</i>	T1	HD
<i>cyanocobalamin/folic ac/vit b6</i>	T1	HD PPACA
<i>cyanocobalamin/folic ac/vit b6 (Niva-Fol)</i>	T1	HD
CYTO B7	T3	HD
DIALYVITE 3000	T3	HD
DIALYVITE 5000	T3	HD
DIALYVITE 800 CHEWABLE WAFER	T3	HD
DIALYVITE 800 PLUS D	T3	HD
<i>dialyvite 800 tablet</i>	T1	HD PPACA
DIALYVITE 800 WITH ZINC	T3	HD
DIALYVITE 800-ULTRA D	T2	HD
DIALYVITE SUPREME D	T3	HD
ELFOLATE PLUS	T3	HD
ENDUR-B COMPLEX	T3	HD
<i>eq b complex 50 tablet</i>	T1	HD
<i>ft b-100 complex er tablet</i>	T1	HD
FOLA-B COMPLEX	T3	HD
FOLIC ACID-B6-B12	T3	HD
<i>folic acid/b complex c no.17</i>	T1	HD
<i>folic acid/vit b complex and c</i>	T1	HD PPACA
<i>folic acid/vit b complex and c</i>	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA B (cont.)		
<i>folic acid/vit b complex and c</i> (Vita-Bee With C)	T1	HD PPACA
<i>folic acid/vit b comp,c/cu/zinc</i>	T1	HD
FOLICORE B COMPLEX	T3	HD
FOLIKA-BC	T3	HD
FOLIKA-NC	T3	HD
FOLIKA-T	T3	HD
FOLINIC-PLUS	T3	HD
FOLTX	T3	HD
FOLVITA COMPLEX	T3	HD
<i>ft biotin 5,000 mcg capsule</i> (Meribin)	T1	HD
FT BIOTIN 2,500 MCG GUMMY	T2	HD
FT BIOTIN 10,000 MCG TABLET	T3	HD
GENICIN VITA-S	T3	HD
<i>gnp b-100 complex tablet</i>	T1	HD
<i>gnp biotin 5,000 mcg capsule</i> (Meribin)	T1	HD
GNP BIOTIN 2,500 MCG GUMMY	T3	HD
GNP BIOTIN 10,000 MCG TABLET	T2	HD
HAIR-SKIN-NAILS	T3	HD
HARD NAILS (<i>biotin</i>)	T3	HD
HM BIOTIN 10,000 MCG TABLET	T3	HD
<i>hm biotin 5,000 mcg capsule</i> (Meribin)	T1	HD
HOMOCYSTEINE FORMULA	T3	HD
HYLAVITE (<i>folic acid/vit b complex and c</i>)	T3	HD
KIDS BRAIN BUILDER	T3	HD
<i>levomefolate/b6/b12/algae oil</i>	T1	HD
LEVOMEFOLATE-NAC-MECOBAL-ALGAL	T3	HD
LEVOMEFOL-PYRIDOXAL-MEC-ALGAL	T3	HD
<i>l-mefol/a-cyst/meb12/algae oil</i>	T1	HD
L-METHYLFOL-ALGAL-NAC-ME-CBL	T3	HD
L-METHYLFOL-ALGAL-P5P-ME-CBL	T3	HD
LORID	T3	HD
LORMATE	T3	HD
<i>mecobal/levomefolat ca/b6 phos</i>	T1	HD
MEDTYCHOLL-B COMPLEX W-LIVER	T3	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA B (cont.)		
MEGA BIOTIN	T3	HD
MERIBIN (<i>biotin</i>)	T2	HD
METANX	T3	HD
METANX FC	T3	HD
METANX RR	T3	HD
METANXPRO NERVE HEALTH	T3	HD
METHAVER	T3	HD
METHYL PROTECT	T3	HD
MINCORA	T3	HD
MULTIVITAMIN-ZINC-STRESS	T3	HD
NEPHRON FA	T3	HD
NEPHRO-VITE	T2	HD
NIVA-FOL (<i>cyanocobalamin/folic ac/vit b6</i>)	T3	HD
NUFOLA	T3	HD
PODIAPN	T3	HD
PRORENAL	T2	HD
PUREVITA SUPER B-COMPLEX	T3	HD
QUIN B STRONG	T3	HD
<i>ra balanced b-100 tablet</i> (Vitamin B Complex-Electrolytes)	T1	HD PPACA
<i>ra b-complex-vitamin b-12 tab</i>	T1	HD
<i>ra biotin 2,500 mcg capsule</i> (Hard Nails)	T1	HD
RELCARE	T3	HD
RENAL MULTIVITAMIN	T3	HD
RENAL VITAMIN	T3	HD
RENAL-VITE	T3	HD
RENAPLEX	T3	HD
RENAPLEX-D	T3	HD
RIBOZEL	T3	HD
<i>sm biotin 5,000 mcg capsule</i> (Meribin)	T1	HD
<i>sm stress formula+zinc tablet</i>	T1	HD
<i>super b complex-vit c caplet</i> (Vita-Bee With C)	T1	HD PPACA
<i>super quint b-50 tablet</i> (Vitamin B Complex-Electrolytes)	T1	HD PPACA
<i>super quint b-50 tablets</i>	T1	HD
SV BIOTIN 1,000 MCG SOFTGEL	T3	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA B (cont.)		
<i>sv biotin 5,000 mcg softgel</i> (Meribin)	T1	HD
TRONVITE	T3	HD
ULTRA B-100 COMPLEX TABLET	T3	HD
<i>ultra b-100 complex tablet</i>	T1	HD
<i>vit b comp c 19/folic acid/d3</i>	T1	HD PPACA
<i>vit b comp no.3/folic/c/biotin</i>	T1	HD
<i>vit b comp/c/fa/iron sulf/vite</i>	T1	HD PPACA
<i>vit b comp/c/folic/iron/vit e</i>	T1	HD PPACA
<i>vit b comp/folic/choline/inosi</i>	T1	HD PPACA
<i>vit b 12/levomefolate/vit b6/b2</i> (Cerefolin)	T1	HD
VIRT-CAPS (<i>b complex, c no.20/folic acid</i>)	T3	HD
VITA-BEE WITH C (<i>folic acid/vit b complex and c</i>)	T3	HD
VITAL-D RX	T3	HD
<i>vitamin b complex</i>	T1	HD
<i>vitamin b complex capsule, softgel</i>	T1	HD
<i>vitamin b complex tablet</i>	T1	HD
<i>vitamin b complex tablet (Vitamin B Complex-Electrolytes)</i>	T1	HD PPACA
<i>vitamin b complex/folic acid (Vitamin B Complex-Electrolytes)</i>	T1	HD PPACA
VITAMIN B COMPLEX-ELECTROLYTES (<i>vitamin b complex/folic acid</i>)	T3	HD
<i>vitamin b complex/lysine</i> (Apetex)	T1	HD
<i>vitamin b complex/lysine</i> (Apetigen)	T1	HD
<i>vitamin b complex-vitamin c tb</i> (Vita-Bee With C)	T1	HD PPACA
<i>vitamin b-complex c caplet</i>	T1	HD PPACA
VITAJoy BIOTIN	T3	HD
VITA-RESPA	T3	HD
VITASURE	T3	HD
XVITE	T3	HD
ZELDANA	T3	HD
PREPARACIONES DE VITAMINA B1		
CYTO B-1	T3	
<i>cvs vitamin b-1 100 mg tablet</i>	T1	
<i>ft vitamin b-1 100 mg tablet</i>	T1	
<i>gnp vitamin b-1 100 mg tablet</i>	T1	
PUREVITA VITAMIN B1	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA B1 (cont.)		
<i>ra vitamin b-1 100 mg tablet</i>	T1	
<i>thiamine hcl</i>	T1	
THIAMINE HCL-0.9% NACL	T3	
<i>thiamine 100 mg tablet</i>	T1	
<i>thiamine 250 mg tablet</i>	T1	
THIAMINE 500 MG TABLET	T3	
<i>thiamine 200 mg/2 ml vial</i>	T1	
TRUE VITAMIN B-1 50 MG TABLET	T3	
TRUE VITAMIN B-1 250 MG TABLET	T3	
<i>true vitamin b-1 100 mg tablet</i>	T1	
VITAMIN B-1 100 MG CAPSULE	T3	
<i>vitamin b-1 50 mg tablet</i>	T1	
<i>vitamin b-1 100 mg tablet</i>	T1	
<i>vitamin b-1 250 mg tablet</i>	T1	
PREPARACIONES DE VITAMINA B12		
ABANEU-SL	T3	
APATATE	T2	
B-12 1,000 MCG FAST DISSOLVE	T3	
B-12 1,000 MCG LOZENGE	T3	
B-12 1,000 MCG QUICK DISSOLVE	T3	
<i>b-12 1,000 mcg tablet</i>	T1	
B-12 1,000 MCG/15 ML LIQUID	T2	
<i>b-12 1,000 mcg/15 ml liquid</i>	T1	
<i>b-12 2,500 mcg microlozenge</i>	T1	
<i>b12 2,500 mcg tablet sl</i>	T1	
<i>b-12 2,500 mcg tablet sl</i>	T1	
B-12 3,000 MCG TABLET SL	T3	
<i>b-12 3,000 mcg/ml subling liq</i>	T1	
B-12 5,000 MCG FAST DISSOLVE	T3	
B-12 5,000 MCG ODT	T3	
B-12 5,000 MCG QUICK DISSOLVE	T3	
B-12 5,000 MCG SUBLINGUAL TAB	T3	
B-12 5,000 MCG/ML SUBLING LIQ	T3	
B-12 500 MCG QUICK DISSOLVE TB	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA B12 (cont.)		
<i>b-12 500 mcg tablet</i>	T1	
B12 ACTIVE	T3	
B-12 DUAL SPECTRUM	T3	
<i>b-12 er 1,000 mcg tab</i>	T1	
B-12 WITH FOLIC ACID	T3	
<i>cvs b-12 1,000 mcg tablet</i>	T1	
CVS B-12 5,000 MCG MICROLOZENG	T2	
CVS VIT B-12 500 MCG LOZENGE	T2	
<i>cvs vitamin b12 5,000 mcg chew</i>	T1	
CVS VIT B12 2,500 MCG SOFT CHW	T3	
CVS VITAMIN B12 5,000 MCG TAB	T3	
<i>cvs vit b-12 500 mcg lozenge</i>	T1	
<i>cvs vit b-12 tr 1,000 mcg tab</i>	T1	
<i>cvs vit b-12 tr 2,000 mcg tab</i>	T1	
CVS VITAMIN B-12 500 MCG GUMMY	T3	
<i>cvs vitamin b-12 500 mcg tab</i>	T1	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) (Nascobal)</i>	T1	ST QL (4 units/30 days)
<i>eql vitamin b-12 500 mcg tab</i>	T1	
<i>fn vitamin b-12 1,000 mcg tab</i>	T1	
FOLTRATE	T3	
<i>ft vit b-12 2,500 mcg tab sl</i>	T1	
<i>ft vitamin b-12 500 mcg tablet</i>	T1	
<i>ft vitamin b12 er 1,000 mcg tb</i>	T1	
FT VITAMIN B-12 1500 MCG GUMMY	T3	
FT VITAMIN B-12 5,000 MCG TAB	T2	
<i>gnp b12 2,500 mcg tablet sl</i>	T1	
<i>gnp vit b-12 er 1,000 mcg tab</i>	T1	
GNP VITAMIN B-12 1500MCG GUMMY	T3	
GNP VITAMIN B-12 5,000 MCG TAB	T3	
<i>gnp vitamin b-12 500 mcg tab</i>	T1	
<i>hm vit b-12 tr 1,000 mcg tab</i>	T1	
<i>hm vitamin b-12 500 mcg tablet</i>	T1	
<i>hydroxocobalamin</i>	T1	
INTRINSI B12-FOLATE	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA B12 (cont.)		
METHYL B-12	T3	
METHYLCOBALAMIN	T3	
METHYLCOBALAMIN 5,000 MCG TAB	T3	
MTX SUPPORT	T3	
NASCOBAL (<i>cyanocobalamin (vitamin b-12)</i>)	T2	ST QL (4 units/30 days)
NEURIN-SL	T3	
OPURITY	T3	
PAXLYTE	T3	
PUREVITA VITAMIN B12	T3	
<i>ra vit b12 1,000 mcg tab sa</i>	T1	
RA VIT B-12 1,000 MCG/ML LIQ	T3	
<i>ra vitamin b-12 100 mcg tablet</i>	T1	
<i>ra vitamin b12 er 2,000 mcg tb</i>	T1	
RAPID B-12 ENERGY	T3	
<i>sm vitamin b12 1,000 mcg tab</i>	T1	
<i>sm vitamin b-12 100 mcg tablet</i>	T1	
<i>sm vitamin b-12 500 mcg tablet</i>	T1	
<i>sv b-12 2,500 mcg microlozenge</i>	T1	
SV B-12 5,000 MCG MICROLOZENGE	T2	
SV VIT B-12 500 MCG LOZENGE	T2	
<i>sv vitamin b-12 500 mcg tablet</i>	T1	
<i>sv vitamin b12 tr 1,000 mcg tb</i>	T1	
<i>true vitamin b-12 1000 mcg tab</i>	T1	
<i>true vitamin b-12 500 mcg tab</i>	T1	
VIT B-12 500 MCG SUBLING TAB	T3	
VITAMIN B-12 1,000 MCG SOFTGEL	T3	
<i>vitamin b-12 1,000 mcg tab sl</i>	T1	
<i>vitamin b-12 1,000 mcg tablet</i>	T1	
<i>vitamin b-12 100 mcg tablet</i>	T1	
<i>vitamin b-12 2,000 mcg tab sa</i>	T1	
VITAMIN B-12 2,000 MCG TABLET	T3	
<i>vitamin b-12 2,500 mcg tab sl</i>	T1	
VITAMIN B-12 250 MCG LOZENGE	T3	
<i>vitamin b-12 250 mcg tablet</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA B12 (cont.)		
VITAMIN B-12 3,000 MCG SL LOZ	T3	
VITAMIN B-12 3,000 MCG SOFTGEL	T3	
VITAMIN B-12 3,000 MCG TAB SL	T3	
VITAMIN B-12 5,000 MCG ODT	T3	
VITAMIN B-12 5,000 MCG SOFTGEL	T3	
VITAMIN B-12 5,000 MCG TAB SL	T2	
<i>vitamin b-12 5,000 mcg tab sl</i>	T1	
VITAMIN B-12 5,000 MCG TAB SL	T3	
VITAMIN B12 2,500 MCG TABLET	T3	
VITAMIN B-12 5,000 MCG TABLET	T3	
VITAMIN B-12 50 MCG LOZENGE	T3	
<i>vitamin b12 50 mcg tablet</i>	T1	
<i>vitamin b-12 50 mcg tablet</i>	T1	
VITAMIN B-12 500 MCG LOZENGE	T2	
<i>vitamin b12 500 mcg tablet</i>	T1	
<i>vitamin b-12 500 mcg tablet</i>	T1	
<i>vitamin b-12 tr 1,000 mcg tab</i>	T1	
<i>vitamin b-12 tr 2,000 mcg tab</i>	T1	
VITAMIN B12	T3	
VITAMIN B12-FOLIC ACID	T3	
PREPARACIONES DE VITAMINA B2		
CYTO B-2	T3	
PUREVITA VITAMIN B2	T3	
<i>riboflavin (vitamin b2)</i>	T1	
RIBOFLAVIN 100 MG CAPSULE	T3	
<i>riboflavin 100 mg tablet</i>	T1	
RIBOFLAVIN 400 MG TABLET	T3	
<i>riboflavin 50 mg tablet</i>	T1	
PREPARACIONES DE VITAMINA B6		
<i>cvs vitamin b-6 100 mg tablet</i>	T1	
<i>eqi vitamin b-6 100 mg tablet</i>	T1	
<i>ft vitamin b-6 100 mg tablet</i>	T1	
<i>gnp vitamin b-6 100 mg tablet</i>	T1	
PUREVITA VITAMIN B6	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA B6 (cont.)		
<i>pyridoxine 100 mg/ml vial</i>	T1	
<i>pyridoxine 25 mg tablet</i>	T1	
<i>pyridoxine 250 mg tablet</i>	T1	
PYRIDOXINE 50 MG TABLET (<i>pyridoxine hcl (vitamin b6)</i>)	T2	
<i>pyridoxine 50 mg tablet</i> (Pyridoxine Hcl)	T1	
PYRIDOXINE 500 MG TABLET (<i>pyridoxine hcl (vitamin b6)</i>)	T3	
<i>pyridoxine hcl (vitamin b6)</i>	T1	
<i>pyridoxine hcl (vitamin b6)</i> (Pyridoxine Hcl)	T1	
<i>ra vitamin b-6 100 mg tablet</i>	T1	
<i>ra vitamin b-6 50 mg tablet</i>	T1	
<i>sm vitamin b-6 100 mg tablet</i>	T1	
<i>sv vitamin b-6 100 mg tablet</i>	T1	
<i>true vitamin b-6 25 mg tablet</i>	T1	
<i>true vitamin b-6 50 mg tablet</i>	T1	
<i>true vitamin b-6 100 mg tablet</i>	T1	
TRUE VITAMIN B-6 10 MG TABLET	T3	
VB6 PSP	T3	
<i>vitamin b-6 25 mg tablet</i>	T1	
<i>vitamin b-6 50 mg tablet</i>	T1	
<i>vitamin b-6 100 mg tablet</i>	T1	
<i>vitamin b-6 250 mg tablet</i>	T1	
PREPARACIONES DE VITAMINA C		
ASCOR	T3	
<i>ascorbate calcium</i>	T1	
<i>ascorbic acid</i>	T1	
<i>ascorbic acid 500 mg/5 ml cup</i>	T1	
<i>ascorbic acid 500 mg tablet</i>	T1	
<i>ascorbic acid 500 mg/ml vial</i>	T1	
ASCORBIC ACID GRANULES	T2	
<i>ascorbic acid/ascorbate sodium</i>	T1	
BIO C 1:1	T3	
<i>c-1,000 mg tablet sa</i>	T1	
<i>cod liver oil tab chewable</i>	T1	
<i>cvs vit c-rose hip 1,000 mg tb</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA C (cont.)		
<i>cvs vit c-rose hip 500 mg chew, cplt, tab</i>	T1	
<i>cvs vitamin c 1,000 mg caplet</i>	T1	
CVS VITAMIN C 1,000 MG POWDER	T3	
<i>cvs vitamin c 250 mg tablet</i>	T1	
<i>cvs vitamin c 500 mg caplet, tablet</i>	T1	
CYTO C	T3	
EASY-C IMMUNE HEALTH	T3	
EMERGEN-C	T3	
EMERGEN-C APPLE CIDER VINEGAR	T3	
EMERGEN-C ASHWAGANDHA	T3	
EMERGEN-C ELDERBERRY	T3	
EMERGEN-C ENERGY PLUS	T3	
EMERGEN-C IMMUNE PLUS	T3	
EMERGEN-C MSM LITE	T3	
EMERGEN-C TURMERIC GINGER	T3	
<i>eqi vitamin c 1,000 mg tablet</i>	T1	
ESSENCE C	T3	
ESTER-C 1,000 MG TABLET	T3	
ESTER-C 500 MG TABLET	T2	
FRUIT C-100 TABLET CHEWABLE	T3	
<i>fruit c-100 tablet chewable</i>	T1	
FLEVOXIN	T3	
FRUIT C-200	T3	
<i>ft vit c-rose hip 500 mg, 1,000 mg tab</i>	T1	
FT VITAMIN C 500 MG CHEW TAB	T2	
<i>ft vitamin c 1,000 mg tablet</i>	T1	
<i>gnp vit c-rose hips 500 mg tab</i>	T1	
GNP VITAMIN C 125 MG GUMMY	T3	
<i>gnp vitamin c 1,000 mg tablet</i>	T1	
<i>gnp vitamin c 250 mg tablet</i>	T1	
<i>gnp vitamin c 500 mg tab chew</i>	T1	
<i>gnp vitamin c 500 mg tablet</i>	T1	
<i>gnp vitamin c er 500 mg tablet</i>	T1	
<i>hm vit c-rose hip 1,000 mg tab</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA C (cont.)		
<i>hm vit c-rose hips 500 mg cplt</i>	T1	
<i>hm vitamin c 500 mg tab chew</i>	T1	
LIQUID-C	T3	
PAN-C 500	T3	
PERIDIN-C	T2	
PUREVITA VITAMIN C	T3	
<i>ra vit c-rose hips 500 mg tab</i>	T1	
<i>ra vitamin c 1,000 mg tab sa</i>	T1	
<i>ra vitamin c 1,000 mg tablet</i>	T1	
<i>ra vitamin c 250 mg tablet</i>	T1	
<i>ra vitamin c 500 mg chew tab</i>	T1	
<i>ra vitamin c 500 mg tab chew</i>	T1	
<i>ra vitamin c 500 mg tablet</i>	T1	
RA VITAMIN C 53 MG DROP	T3	
<i>ra vitamin c tr 500 mg caplet</i>	T1	
SAMBUCUS ELDERBERRY-VITAMIN C	T3	
<i>sm vit c-rose hips 500 mg tab</i>	T1	
<i>sm vitamin c 1,000 mg tablet</i>	T1	
<i>sm vitamin c 250 mg tablet</i>	T1	
<i>sm vitamin c 500 mg chew tab</i>	T1	
<i>sm vitamin c 500 mg tab chew</i>	T1	
<i>sm vitamin c 500 mg tablet</i>	T1	
<i>sm vitamin c with rose hips</i>	T1	
SPAN C	T3	
<i>sv vit c-rose hips 1,000 mg tb</i>	T1	
<i>sv vit c-rose hips 500 mg tab</i>	T1	
<i>sv vitamin c 500 mg tab chew</i>	T1	
<i>sv vitamin c tr 1,000 mg tab</i>	T1	
<i>true vitamin c 250 mg tablet</i>	T1	
<i>true vitamin c 500 mg tablet</i>	T1	
<i>true vitamin c 1,000 mg tablet</i>	T1	
<i>vit c-rose hips 500 mg capsule</i>	T1	
VIT C-ROSE HIPS 500 MG CAPSULE	T3	
<i>vit c-rose hip 1,000 mg caplet</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA C (cont.)		
<i>vit c-rose hips 1,000 mg cplt</i>	T1	
<i>vit c-rose hips 1,000 mg tab</i>	T1	
VIT C-ROSE HIPS 500 MG CHEW TB	T3	
<i>vit c-rose hips 500 mg tablet</i>	T1	
<i>vit c-rose hips tr 1,000 mg</i>	T1	
<i>vit c-rose hips tr 500 mg cplt</i>	T1	
<i>vit c-rose hips tr 500 mg tab</i>	T1	
VITAJoy DAILY C	T3	
<i>vitamin c 1,000 mg caplet</i>	T1	
<i>vitamin c 1,000 mg tablet</i>	T1	
<i>vitamin c 1,500 mg tablet sa</i>	T1	
<i>vitamin c 100 mg tablet</i>	T1	
VITAMIN C 125 MG GUMMIES	T3	
<i>vitamin c 250 mg tablet</i>	T1	
VITAMIN C 250 MG TABLET CHEW	T3	
<i>vitamin c 250 mg tablet chew</i>	T1	
<i>vitamin c 500 mg capsule sa</i>	T1	
<i>vitamin c 500 mg chew tablet</i>	T1	
VITAMIN C 500 MG POWDER PACKET	T3	
VITAMIN C 500 MG SOFTGEL	T3	
<i>vitamin c 500 mg tablet</i>	T1	
<i>vitamin c 500 mg tablet chew</i>	T1	
VITAMIN C 500 MG WAFER	T3	
VITAMIN C 500 MG/15 ML LIQUID	T3	
<i>vitamin c 500 mg/5 ml liquid</i>	T1	
<i>vitamin c drops</i>	T1	
VITAMIN C FIZZY DRINK	T3	
VITAMIN C POWDER	T3	
<i>vitamin c powder</i>	T1	
<i>vitamin c tr 1,000 mg tablet</i>	T1	
<i>vitamin c tr 500 mg caplet</i>	T1	
<i>vitamin c tr 500 mg tablet</i>	T1	
<i>vitamin c-500 mg tablet</i>	T1	
<i>vitamin c-500 mg tr capsule</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA C (cont.)		
VITAMIN C-BIOFLAVINOIDS-RH	T3	
vitamin c-rose hip 1,000 mg tb	T1	
v-r vitamin c 1,000 mg tablet	T1	
v-r vitamin c 250 mg tab chew	T1	
v-r vitamin c 500 mg tab chew	T1	
well vitamin c 1,000 mg tablet	T1	
well vitamin c 500 mg tablet	T1	
XCELLENT C	T3	
ZINC PLUS	T3	
ZINC-VITAMIN C	T3	
PREPARACIONES DE VITAMINA D		
BABY DDROPS	T3	HD
BABY VITAMIN D3	T3	HD
BABY'S SUPER DAILY D3	T3	HD
BIO-D-MULSION	T3	HD
BIO-D-MULSION FORTE	T3	HD
calcitriol 0.25 mcg capsule	T1	
calcitriol 0.5 mcg capsule	T1	
calcitriol 1 mcg/ml ampul	T1	
calcitriol 1 mcg/ml solution (Rocaltrol)	T1	
CHOLECAL DF	T3	HD
cholecalciferol (vitamin d3)	T1	HD
cod liver oil	T1	HD
cod liver oil capsule	T1	HD
cvs vit d3 1,000 unit gummies	T1	HD
cvs vit d3 250 mcg softgel	T1	HD
cvs vitamin d3 25 mcg gummies	T1	HD
cvs vitamin d3 400 unit sftgl	T1	HD
cvs vitamin d3 1,000 unit sftgl	T1	HD
cvs vitamin d3 2,000 unit sftgl	T1	HD
cvs vitamin d3 5,000 unit sftgl	T1	HD
cvs vitamin d3 10 mcg softgel	T1	HD
cvs vitamin d3 25 mcg softgel	T1	HD
cvs vitamin d3 50 mcg softgel	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA D (cont.)		
<i>cvs vitamin d3 125 mcg softgel</i>	T1	HD
CVS VITAMIN D3 250 MCG SOFTGEL	T3	HD
CYFOLEX	T3	HD
D3 LIQUID	T3	HD
D3 PLUS K2 DOTS	T3	HD
D3-50	T2	HD
DDROPS	T3	HD
<i>decara 10,000 unit softgel</i>	T1	HD
DECARA 25,000 UNIT VEGICAP	T2	HD
<i>decara 50,000 unit softgel</i>	T1	HD
DECARA K	T3	HD
DERMACINRX DOTREMIN	T3	HD
DERMACINRX FOLDITAM	T3	HD
DERMACINRX FOLIXAPURE	T3	HD
DERMACINRX FOLIXATE	T3	HD
DERMACINRX FOLTAMIN	T3	HD
DERMACINRX FOLTREXYL	T3	HD
DERMACINRX PUREFOLIX	T3	HD
DIALYVITE VITAMIN D3 MAX	T3	HD
DOSOKAP	T3	HD
<i>eq1 vitamin d3 2,000 unit sfgl</i>	T1	HD
<i>eq1 vitamin d3 400 unit sftgl</i>	T1	HD
ERGOCAL	T3	HD
<i>ergocalciferol (vitamin d2)</i>	T1	HD
FOLIC D3	T3	HD
FOLIKA-D	T3	HD
FOLVITE-D	T3	HD
<i>ft vitamin d3 25 mcg softgel</i>	T1	HD
<i>ft vitamin d3 50 mcg softgel</i>	T1	HD
<i>ft vitamin d3 50 mcg tablet</i>	T1	HD
<i>ft vitamin d3 125 mcg softgel</i>	T1	HD
<i>ft vitamin d3 125 mcg tablet</i>	T1	HD
<i>ft vitamin d3 25 mcg tablet</i>	T1	HD
FT VITAMIN D3 250 MCG SOFTGEL	T3	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA D (cont.)		
FT VITAMIN D3 250 MCG TABLET	T3	HD
GENICIN VITA-D	T3	HD
<i>gnp vit d3 10mcg(400 unit) chw</i>	T1	HD
<i>gnp vitamin d3 50 mcg softgel</i>	T1	HD
<i>gnp vitamin d3 125 mcg softgel</i>	T1	HD
GNP VITAMIN D3 250 MCG SOFTGEL	T3	HD
GNP VITAMIN D3 250 MCG TABLET	T3	HD
<i>gnp vitamin d3 1,000 unit tab</i>	T1	HD
<i>gnp vitamin d3 2,000 unit tab</i>	T1	HD
<i>gnp vitamin d3 5,000 unit tab</i>	T1	HD
<i>gnp vitamin d3 10 mcg tablet</i>	T1	HD
<i>gnp vitamin d3 25 mcg tablet</i>	T1	HD
<i>gnp vitamin d3 25mcg(1000 unt)</i>	T1	HD
<i>hm vitamin d3 2,000 unit sftgl</i>	T1	HD
HM VITAMIN D3 4,000 UNIT SFTGL	T3	HD
<i>hm vitamin d3 1,000 unit tab</i>	T1	HD
IS-D-10,000	T3	HD
K2 PLUS D3	T3	HD
K2-D3 10,000	T3	HD
K2-D3 5000	T3	HD
K2-D3 MAX	T3	HD
MAXIMUM D3	T2	HD
NOXIFOL-D3	T3	HD
OPTIMAL D3 M	T3	HD
ORTHO DF	T3	HD
OSTACHOL	T3	HD
<i>purevita vitamin d3 25 mcg tab</i>	T1	HD
PUREVITA VITAMIN D3 10 MCG/2ML	T3	HD
<i>ra cod liver oil</i>	T1	HD
<i>ra cod liver oil softgel</i>	T1	HD
<i>ra vitamin d3 1,000 unit tab</i>	T1	HD
<i>ra vitamin d3 2,000 unit sfgl</i>	T1	HD
<i>ra vitamin d3 2,000 unit sftgl</i>	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA D (cont.)		
<i>ra vitamin d3 5,000 unit sftgl</i>	T1	HD
REPLESTA NX	T2	HD
REVESTA	T3	HD
ROCALTROL (<i>calcitriol</i>)	T3	ST
ROXIFOL-D	T3	HD
<i>sm vitamin d3 1,000 unit tab</i>	T1	HD
<i>sm vitamin d3 2,000 unit sftgl</i>	T1	HD
<i>sm vitamin d3 50 mcg softgel</i>	T1	HD
SUPER DAILY D3	T3	HD
<i>sv vitamin d3 1,000 unit gummy</i>	T1	HD
<i>sv vitamin d3 1,000 unit sftgl</i>	T1	HD
<i>sv vitamin d3 2,000 unit sftgl</i>	T1	HD
<i>sv vitamin d3 25mcg(1000 unit)</i>	T1	HD
<i>sv vitamin d3 400 unit softgel</i>	T1	HD
<i>sv vitamin d3 5,000 unit sftgl</i>	T1	HD
<i>thera-d 2000 tablet</i>	T1	HD
THERA-D 4000 TABLET	T3	HD
<i>thera-d rapid repletion tablet</i>	T1	HD
<i>thera-d sport 2,000 unit tab</i>	T1	HD
<i>true vitamin d3 1,250 mcg tab</i>	T1	HD
<i>true vitamin d3 10 mcg capsule</i>	T1	HD
<i>true vitamin d3 10 mcg tablet</i>	T1	HD
<i>true vitamin d3 50 mcg tablet</i>	T1	HD
<i>true vitamin d3 125 mcg cap</i>	T1	HD
<i>true vitamin d3 125 mcg tablet</i>	T1	HD
<i>true vitamin d3 25 mcg capsule</i>	T1	HD
<i>true vitamin d3 50 mcg capsule</i>	T1	HD
<i>true vitamin d3 25 mcg tablet</i>	T1	HD
TRUE VITAMIN D3 1,250 MCG CAP	T3	HD
TRUE VITAMIN D3 250 MCG CAP	T3	HD
TRUE VITAMIN D3 250 MCG TABLET	T3	HD
<i>vit d3 125 mcg (5000 unit) tab</i>	T1	HD
VIT D3 5,000 UNIT FAST DISSOLV	T3	HD
<i>vitamin d2 1.25mg(50,000 unit)</i>	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA D (cont.)		
VITAMIN D2 2,000 UNIT TABLET	T2	HD
<i>vitamin d2 400 unit tablet</i>	T1	HD
VITAMIN D2 50 MCG (2,000 UNIT)	T3	HD
VITAMIN D2-VITAMIN K1	T3	HD
<i>vitamin d3 1,000 unit gummies</i>	T1	HD
<i>vitamin d3 1,000 unit gummy</i>	T1	HD
<i>vitamin d3 1,000 unit softgel</i>	T1	HD
VITAMIN D3 1,000 UNIT SPRAY	T3	HD
<i>vitamin d3 1,000 unit tab chew</i>	T1	HD
<i>vitamin d3 1,000 unit tablet</i>	T1	HD
VITAMIN D3 1,000 UNIT/10 ML LQ	T3	HD
<i>vitamin d3 1,250 mcg capsule</i>	T1	HD
<i>vitamin d3 1.25 mg softgel</i>	T1	HD
<i>vitamin d3 10 mcg tablet</i>	T1	HD
<i>vitamin d3 10 mcg(400 unit)/ml</i>	T1	HD
<i>vitamin d3 10 mcg/ml drop</i>	T1	HD
VITAMIN D3 10 MCG/ML ENFIT SYR	T3	HD
<i>vitamin d3 10 mcg/ml liquid</i>	T1	HD
VITAMIN D3 10,000 UNIT CAPSULE	T3	HD
<i>vitamin d3 10,000 unit softgel</i>	T1	HD
VITAMIN D3 10,000 UNIT TABLET	T3	HD
<i>vitamin d3 125 mcg (5000 unit)</i>	T1	HD
<i>vitamin d3 125 mcg capsule</i>	T1	HD
<i>vitamin d3 125 mcg softgel</i>	T1	HD
<i>vitamin d3 125 mcg tablet</i>	T1	HD
VITAMIN D3 125 MCG/0.5 ML DROP	T3	HD
<i>vitamin d3 2,000 unit softgel</i>	T1	HD
VITAMIN D3 2,000 UNIT TAB CHEW	T3	HD
<i>vitamin d3 2,000 unit tablet</i>	T1	HD
<i>vitamin d3 25 mcg (1,000 unit)</i>	T1	HD
<i>vitamin d3 25 mcg gummy</i>	T1	HD
<i>vitamin d3 25 mcg softgel</i>	T1	HD
<i>vitamin d3 25 mcg tablet</i>	T1	HD
VITAMIN D3 250 MCG TABLET	T3	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA D (cont.)		
VITAMIN D3 3,000 UNIT TABLET	T3	HD
<i>vitamin d3 400 unit softgel</i>	T1	HD
<i>vitamin d3 400 unit tab chew</i>	T1	HD
<i>vitamin d3 400 unit tablet</i>	T1	HD
VITAMIN D3 400 UNIT/5 ML LIQ	T3	HD
<i>vitamin d3 400 unit/ml liquid</i>	T1	HD
<i>vitamin d3 5,000 unit capsule</i>	T1	HD
<i>vitamin d3 5,000 unit softgel</i>	T1	HD
<i>vitamin d3 5,000 unit tablet</i>	T1	HD
<i>vitamin d3 5,000 unit/ml drops</i>	T1	HD
<i>vitamin d3 50 mcg (2,000 unit)</i>	T1	HD
<i>vitamin d3 50 mcg capsule</i>	T1	HD
VITAMIN D3 50 MCG DISSOLVE TAB	T3	HD
<i>vitamin d3 50 mcg softgel</i>	T1	HD
<i>vitamin d3 50 mcg tablet</i>	T1	HD
<i>vitamin d3 50,000 unit capsule</i>	T1	HD
VITAMIN D3 50,000 UNIT CAPSULE	T3	HD
VITAMIN D3 62.5 MCG SOFTGEL	T3	HD
VITAMIN D3-VITAMIN K2	T3	HD
<i>v-r cod liver oil capsule</i>	T1	HD
<i>well vitamin d3 25 mcg softgel</i>	T1	HD
<i>well vitamin d3 50 mcg softgel</i>	T1	HD
PREPARACIONES DE VITAMINA E		
AQUA-E	T2	
AQUA-E CONCENTRATE	T3	
<i>cvs vitamin e 180 mg softgel</i>	T1	
<i>cvs vitamin e 200 unit softgel</i>	T1	
CVS VITAMIN E 450 MG SOFTGEL	T3	
<i>cvs vitamin e 90 mg softgel</i>	T1	
<i>eqi vitamin e 1,000 unit sftgl</i>	T1	
<i>eqi vitamin e 180 mg softgel</i>	T1	
<i>ft vitamin e 180 mg softgel</i>	T1	
<i>gnp vitamin e 180 mg softgel</i>	T1	
<i>gnp vitamin e 400 unit softgel</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA E (cont.)		
GNP VITAMIN E 450 MG SOFTGEL	T3	
<i>gnp vitamin e 90 mg softgel</i>	T1	
<i>hm vitamin e 180 mg softgel</i>	T1	
<i>hm vitamin e 200 unit softgel</i>	T1	
<i>hm vitamin e 400 unit softgel</i>	T1	
MIXED TOCOTRIENOLS	T3	
PUREVITA VITAMIN E	T3	
<i>ra vitamin e 268 mg softgel</i>	T1	
<i>sv vitamin e 180 mg softgel</i>	T1	
<i>sv vitamin e 400 unit softgel</i>	T1	
<i>sv vitamin e 450 mg softgel</i>	T1	
<i>sv vitamin e 670 mg softgel</i>	T1	
<i>true vitamin e 180 mg capsule</i>	T1	
<i>true vitamin e 90 mg capsule</i>	T1	
TRUE VITAMIN E 450 MG CAPSULE	T3	
<i>vitamin e (dl,tocopheryl acet)</i>	T1	
<i>vitamin e 1,000 unit softgel</i>	T1	
VITAMIN E 1,000 UNIT SOFTGEL	T3	
<i>vitamin e 100 unit softgel</i>	T1	
VITAMIN E 100 UNIT TABLET	T3	
<i>vitamin e 15 unit/0.3 ml drop</i>	T1	
<i>vitamin e 180 mg softgel</i>	T1	
<i>vitamin e 180mg(400 unit) sfgl</i>	T1	
<i>vitamin e 200 unit capsule, softgel</i>	T1	
<i>vitamin e 400 unit capsule, softgel</i>	T1	
<i>vitamin e 45 mg softgel</i>	T1	
VITAMIN E 450 MG SOFTGEL	T3	
<i>vitamin e 450 mg softgel</i>	T1	
<i>vitamin e 600 unit capsule</i>	T1	
<i>vitamin e 90 mg softgel</i>	T1	
VITAMIN E NATURAL OIL DROPS	T2	
VITAMIN E OIL	T3	
VITAMIN E OIL DROPS	T2	
VITAMIN E OIL DROPS	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA E (cont.)		
VITAMIN E-OIL	T2	
WHEAT GERM OIL	T2	
XCELLENT E	T3	
PREPARACIONES DE VITAMINA K		
FNP VITAMIN K2 40 MCG TABLET	T3	
<i>ft vitamin k2 100 mcg capsule</i>	T1	
<i>gnp vitamin k2 100 mcg capsule</i>	T1	
K1-1000	T3	
K2 LIQUID	T3	
K2-45	T3	
MEPHYTON (<i>phytonadione (vit k1)</i>)	T3	QL (10 tabs/fill)
<i>phytonadione (vit k1)</i>	T1	
PHYTONADIONE 1 MG/0.5 ML SYR	T2	
<i>phytonadione 1 mg/0.5 ml syr</i>	T1	
PHYTONADIONE 1 MG/0.5 ML VIAL	T2	
<i>phytonadione 10 mg/ml ampul</i>	T1	
<i>phytonadione 10 mg/ml vial</i>	T1	
VITAMIN K	T2	
VITAMIN K-1	T2	
VITAMIN K2 (MENAQUINONE-4)	T3	
VITAMIN K2 100 MCG SOFTGEL	T3	
VITAMINAS (Vitaminas)		
PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS		
ALIVE MEN'S MAX3 POTENCY	T3	
BOOSTNOW IMMUNE SUPPORT	T3	
CENTRUM ADULTS 50 PLUS MINIS	T3	
CENTRUM MEN 50 PLUS MINIS	T3	
DAVIMET-M	T3	
DERMACINRX MULTIVITAMIN	T3	
LIVITA FOR ADULT	T3	
MULTITOL-M	T3	
NANOVN ADULT	T3	
SUPERIOR WOMEN'S MULTI	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Vitaminas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS		
<i>ft children's multi gummy</i>	T1	
GNP CHILDREN'S MULTI GUMMY	T3	
<i>multivit-fluor 0.5 mg tab chew</i>	T1	PPACA

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Exclusiones y limitaciones de la cobertura

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

Por lo general, los planes no otorgan cobertura para los siguientes casos en virtud del beneficio de farmacia, a excepción de lo exigido por la ley estatal o federal, o por los términos de su plan específico:¹⁰

- Medicamentos de venta libre (OTC), que pueden adquirirse sin receta, a excepción de la insulina, a menos que la ley estatal o federal exija que dichos medicamentos estén cubiertos.
- Medicamentos o suministros con receta para los que hay un equivalente terapéutico o una alternativa terapéutica disponible con receta o de venta libre.
- Medicamentos inyectables administrados por el médico que están cubiertos por el beneficio médico del Plan, a menos que estén cubiertos por la Lista de medicamentos con receta del Plan o que Cigna Healthcare lo apruebe.
- Dispositivos anticonceptivos implantables cubiertos por el beneficio médico del Plan.
- Medicamentos que no son médicamente necesarios.
- Medicamentos experimentales o en investigación, incluidos los medicamentos aprobados por la FDA utilizados con fines diferentes de los aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos, a menos que el medicamento esté reconocido para el tratamiento de la indicación particular.
- Medicamentos que no están aprobados por la FDA.
- Dispositivos, suministros y aparatos con y sin receta, a excepción de los suministros para los que se indica específicamente que están cubiertos.
- Medicamentos usados para la fertilidad,¹¹ la disfunción sexual, con fines estéticos, para bajar de peso, para dejar de fumar¹² o para mejorar el desempeño atlético.
- Cualquier vitamina con receta (a excepción de las vitaminas prenatales) o suplementos alimenticios, a menos que la ley estatal o federal exija que dichos productos estén cubiertos.
- Agentes inmunizantes, productos biológicos para inmunización para la alergia, sueros biológicos, sangre, plasma sanguíneo y otros derivados hematológicos o fracciones sanguíneas y medicamentos usados para profilaxis en caso de viaje.
- Reemplazo de medicamentos con receta y suministros relacionados debido a pérdida o robo.
- Medicamentos que deba tomar o que se le deban administrar a una persona cubierta mientras sea paciente en un hospital con licencia, un centro de cuidados especiales, un hogar de ancianos u otra institución similar, que opere o permita que operen en su establecimiento instalaciones para despachar productos farmacéuticos.
- Recetas cuya fecha de emisión tenga más de un año de antigüedad.
- La cobertura de productos farmacológicos con receta por una cantidad despachada (días de suministro) que supera el límite de suministro aplicable o es inferior a cualquier suministro mínimo aplicable indicado en el Programa, o que supera uno o más límites de cantidad o límites de dosis establecidos por el Comité de P&T.
- Más de una receta médica o renovación para un determinado período de suministro de recetas para el mismo producto farmacológico con receta indicado por uno o más médicos y despachado por una o más farmacias.
- Productos farmacológicos con receta despachados fuera de la jurisdicción de los Estados Unidos, salvo que se requieran para un tratamiento de emergencia o de cuidado de urgencia.

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

Índice de medicamentos

Símbolos

I.5 VOLT BATTERIES	163
IST TIER	142, 157
IST TIER UNILET COMFORTOUCH	157
2-IN-1	142, 157
2-IN-1 LANCET DEVICE	157
2TEK	134
5-MTHF	226
50 PLUS ADULT EYE	204

A

A-25	225
abacavir	66, 67
abacavir sulfate/lamivudine	66
ABANEU-SL	232
ABATRON	113
ABC	167, 208
ABC COMPLETE	208
ABDEK	221
ABILIFY	178
abiraterone	55
ABRYSVO	76
ABSORICA	182
ABSTRAL	22
ACAM2000	76
acamprosate	197
acarbose	49
ACCOLATE	32
ACCRUFER	113
ACCU-CHEK	134, 142, 157, 158, 163
ACCUPRIL	83
ACCURETIC	82
ACUTREND	134
ACD-A	43
ACD SOLUTION A	43
ACE	82, 83, 84
ACE AEROSOL	163
acebutolol	85
acetaminophen/caff/dihydrocod	21
acetaminophen with codeine	21
acetazolamide	101
acetic acid	52, 104, 181
acetic acid/oxyquinoline	52
acetylcysteine	32
acetylcyst/methylb12/levomefol	226
a/c/e/zinc ox/cupric ox/lutein	204
a/c/e/zinc/sod selenate/copper	208
acitretin	182
ACTEMRA	133

ACTHAR	126
ACTHIB	75, 76
ACTICLATE	39
acti-lance	142, 158
ACTI-LANCE	142, 158
acti-lance lite	158
acti-lance univers	158
ACTI-LANCE UNIVERS	158
ACTIMMUNE	62
ACTIQ	22
ACTIVE FE	113
ACTIVELLA	127
ACTIVNUTRIENTS	208
ACTONEL	201
ACTOPLUS MET	50
ACTOS	50
ACULAR	104
acyclovir	69, 70, 71
ACZONE	182
ADACEL TDAP	75
ADALIMUMAB	54
ADALIMUMAB-ADAZ	54
ADALIMUMAB-RYVK	54
adapalene	182, 183, 191, 192
ADAPALENE	192
adapalene/benzoyl peroxide	182, 183
ADBRY	202
ADDYI	176
adefovir	70
ADEK GUMMIES	208
ADEMPAS	80
ADIPEX-P	62
ADJUSTABLE LANCING DEVICE	135
ADLARITY	71
ADLYXIN	48
ADRENALIN CHLORIDE	104
adthyza	193
ADULT 50 PLUS EYE HEALTH	204
ADULT MULTI	208
ADULT ONE DAILY	208
ADULTS' DAILY FORMULA	208
ADULTS MULTIVITAMIN	208
ADVAIR HFA	31
ADVANCED	135, 142, 158, 205, 208, 213, 219
ADVANCED LANCING DEVICE	135
ADVANCED MULTI EA	208
ADVANCED TRAVEL LANCETS	158

Índice de medicamentos

ADVOCATE.....	135, 142, 158, 180, 184, 251
ADVOCATE CONTROL SOLUTION.....	135
ADVOCATE LANCET.....	158
ADVOCATE LANCETS.....	158
ADVOCATE LANCING DEVICE.....	135
ADVOCATE RAPID-SAFE LANCING DV.....	135
ADVOCATE REDI-CODE+ CTRL SOLN.....	135
ADZENYS.....	72
AEMCOLO.....	39
AEROCHAMBER.....	163, 164
AEROCHAMBER2GO.....	158
AEROTRACH.....	164
AEROVENT.....	164
AFLORA.....	208
AFLURIA.....	74
AFLURIA QUAD.....	74
AGAMATRIX.....	135, 142, 158
AGAMATRIX CONTROL.....	135
AGRYLIN.....	65
AIMOVIG.....	15
AIMOVIG AUTOINJECTOR.....	19
AIRSUPRA.....	31
AJOVY.....	15, 19
AKLIEF.....	187
AKTEN.....	105
AKTIPAK.....	41
ALA-SCALP.....	187
ALBA-LYBE.....	226
albendazole.....	52
ALBENZA.....	52
albuterol.....	29, 30
ALCAINE.....	105
alclometasone.....	187
ALCOH-GLOVE.....	163
alcohol .180, 181, 184, 185, 200, 251, 257, 261, 266, 267, 274, 276, 278, 285	
ALCOHOL.....	53, 180, 181, 184, 185, 200, 251, 257, 259, 264, 266, 274, 276, 278, 280
ALCOH-WIPE.....	163
ALDACTONE.....	102
ALECENSA.....	57
alendronate.....	201, 202
alfuzosin.....	203
ALHEMO.....	77
ALINIA.....	64
aliskiren hemifumarate.....	86
ALIVE.....	208, 209, 221, 247
ALIVE DAILY.....	208
ALIVE PREMIUM.....	209
ALIVE WOMEN'S.....	209
ALKALINE BATTERIES.....	135
ALKERAN.....	54
ALLERGIST TRAY.....	149
ALLERGY SYRINGE.....	149, 154, 155
allopurinol.....	26
almotriptan.....	19
almotriptan malate.....	15
ALOCIL.....	106
alosetron.....	124
ALPHA.....	32, 49, 82, 83, 133, 171, 175, 199, 203, 209
ALPHAGAN P.....	106
alprazolam.....	171
ALTABAX.....	187
ALTACE.....	83
ALTAFLUOR BENOX.....	105
ALTERNATE.....	135, 142, 158
ALTERNATE SITE LANCETS.....	158
ALTERNATE SITE LANCING DEVICE.....	135
ALTRENO.....	192
ALTRIXA.....	209
ALUNBRIG.....	57
ALVESCO.....	31
alvimopan.....	124
ALYFTREK.....	193
amantadine.....	64
ambrisentan.....	81
amcinonide.....	187
AMERGE.....	19
AMICAR.....	76
amiloride.....	102, 103
amino acids/mv,tx,iron,mineral.....	209
aminocaproic.....	76
amiodarone.....	78
amitriptyline.....	174
amitriptyline/chlordiazepoxide.....	174
AMLADEX.....	209
amlodipine.....	79, 82, 83, 86
amoxapine.....	174
amoxicillin.....	38
amphetamine.....	72
ampicillin.....	38
AMZEEQ.....	41
ANAFRANIL.....	174
anagrelide.....	65
ANA-LEX.....	125
ANALPRAM.....	123, 125, 191, 251
ANAPROX DS.....	27

Índice de medicamentos

anastrozole	56	ASACOL	122
ANCOBON	45	ASCOR	236
ANGELIQ	128	ascorbate	236
ANIMAL SHAPES COMPLETE	221	ascorbic	115, 116, 236
ANIMI-3	209	ASCORBIC ACID	236
ANNOVERA	95	asenapine	177
ANORO ELLIPTA	30	ASMANEX	31
ANTICOAGULANT SODIUM CITRATE	43	ASPIRIN	65
ANTIOXIDANT FORMULA	204	aspirin/dipyridamole	65
APATATE	232	ASSURE	135, 142, 158, 166
APETEX	226	ASSURE 4 CONTROL SOLUTION	135
APETIGEN	113, 226	ASSURE DOSE	135
APETIGEN-PLUS	113	ASSURE HAEMOLANCE PLUS	158
apomorphine	64	ASSURE LANCE	158
APO-VARENICLINE	192	ASSURE PRISM	135
apraclonidine	106	ASTAGRAF	133
aprepitant	120	ASTRINGYN	77
APRETUDE	68	atazanavir	68
APRISO	122	ATELVIA	201
APTENSIO	175	atenolol	85, 86
APTIOM	92	AT HOME AIC	135
APTIVUS	66	a thru z	207, 208
AQNEURSA	118	A THRU Z MEN'S ULTIMATE	207, 208
AQUADEKS	209	A THRU Z SELECT	208
AQUA-E	245	ATIVAN	171
AQUA LANCE LANCING DEVICE	135	atomoxetine	176
AQUASOL A	226	atorvastatin	86
AQUORAL	196	atovaquone	52, 53
ARAKODA	52	atovaquone-proguanil	52
ARAVA	26	atropine	107, 120, 121
ARAZLO	187	ATROPINE	107, 108
ARCALYST	202	ATROVENT HFA	29
AREXVY	76	ATTRUBY	199
arformoterol	30	AUDENZ	74
ARGLAES FILM	156	AUGMENTIN	38
ARICEPT	71	AUGTYRO	57
ARIDOL	99	AURYXIA	112
ARIKAYCE	35	AUSTEDO	89
aripiprazole	178	AUSTEDO XR	89
ARIXTRA	43	AUTOJECT	135
ARKALIOX	226	AUTO-LANCET	135
armodafinil	179	AUTOLET	135, 138
ARMOUR THYROID	193	AUTOPEN	135
ARNUIITY ELLIPTA	31	AUTOSHIELD DUO	147
AROMASIN	56	AUTOSOFT	135
ARTHROTEC 50	27	AUVELITY	172
ARTHROTEC 75	27	AUVI-Q	71
ARTISS	186	avanafil	195

Índice de medicamentos

AVAR-E.....	41	BAXDELA.....	38
AVAR LS.....	41	BCG.....	75
AVC.....	52	b comp.....	226, 231
AVIDOXY.....	39	b complex.....	212, 218, 219, 226, 227, 228, 229, 230, 231
avita.....	192	b-complex.....	209, 211, 219, 227, 228, 230, 231
AVITA.....	192	B COMPLEX.....	226, 227, 228, 229
AVITENE.....	77, 78	B-COMPLEX-VITAMIN C.....	227
AVMAPKI.....	57	B-COMPLEX WITH B-12.....	226, 227
AVONEX.....	90	BD.....	142, 147, 148, 149, 150, 158
AYVAKIT.....	57	BD ECLIPSE.....	147, 149, 150
AZASAN.....	133	BELBUCA.....	22
AZASITE.....	34	BELSOMRA.....	179
azathioprine.....	133, 134	BELVIQ.....	63
azelaic acid.....	186	benazepril.....	82, 83, 84
azelastine.....	48, 103	benazepril/hydrochlorothiazide.....	82
AZELEX.....	182	BENLYSTA.....	202
AZILECT.....	64	BENTIVITE BX.....	113
azithromycin.....	37	BENZAMYCIN.....	41
AZSTARYS.....	175	benzebro.....	185
AZULFIDINE.....	122	BENZEPRO.....	185
B		BENZNIDAZOLE.....	53
b-6.....	227, 235, 236	benzonatate.....	97
b-12.....	230, 232, 233, 234, 235	benzoyl peroxide.....	41, 182, 183, 185, 186
bi2.....	114, 115, 116, 227, 228, 229, 231, 232, 233, 234, 235	benzphetamine.....	62
B-12.....	115, 212, 226, 232, 233, 234, 235	benztropine.....	64
Bi2.....	226, 232, 233, 234, 235	bepotastine.....	48
BI2 ACTIVE.....	233	BEPREVE.....	48
b-12 er.....	233	BEROCCA.....	209
bi2/levomefolate calcium/b-6.....	227	beta-carotene.....	209, 226
B-50 COMPLEX.....	227	BETADINE.....	104
b-100.....	227, 228, 231, 253, 256, 283	betaine.....	201
B-100.....	227, 228, 231, 253, 256, 283	betamethasone.....	46, 187, 189, 191
BABY DDROPS.....	240	BETAPACE.....	85
BABY'S SUPER DAILY D3.....	240	BETASERON.....	90
BABY VITAMIN D3.....	240	betaxolol.....	85, 106
bacitracin.....	34	bethanechol.....	73
baclofen.....	165	BETHKIS.....	35
BACMIN.....	209	BETOPTIC S.....	106
B ACTIV.....	226	bexarotene.....	54, 62
BACTRIM.....	35	BEXSERO.....	74
BAFIERTAM.....	90	BEYAZ.....	96
BALANCED B-100.....	228	BEYFORTUS.....	69
balanced b-100 complex tab sa.....	227	bicalutamide.....	55
BAL-CARE DHA.....	166	BIKTARVY.....	68
balsalazide.....	122	BILTRICIDE.....	52
BALVERSA.....	57	bimatoprost.....	106
BARACLUDE.....	70	BIMATOPROST.....	106, 107
BARIATRIC MULTIVITAMINS.....	209	BINOSTO.....	201

Índice de medicamentos

BIO-35	209	budesonide	31, 128, 129
BIO C	236	BULK SYRINGE	150
BIO-D-MULSION	240	BULLSEYE	142, 158
bioflav,lemon/vit bcomp,c	205, 206	BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS	158
biotect	209	bumetanide	102
BIOTECT	204	BUPHENYL	119
biotin	213, 226, 227, 228, 229, 230, 231	buprenorphine	22, 203
BIOTIN	220, 227, 228, 229, 230	bupropion	172, 192
bisac/nacl/nahco3/kcl/peg 3350	124	buspirone	171
bisoprolol	85, 86	butalb-acetamin-caff 50-300-40	15
BLADDER 2.2	209	butalb-acetamin-caff 50-325-40	15
BLEPH-IO	34	butalb/acetaminophen/caffeine	15, 19
BLEPHAMIDE S.O.P.	34	butalb-aspirin-caffe 50-325-40	15
BLOOD	76, 77, 78, 98, 99, 135, 142, 148, 158	butalbit/acetamin/caff/codeine	24
BLOOD GLUCOSE CONTROL	135	butalbital/acetaminophen	15, 19
BLOOD-GLUCOSE CONTROL	135	butalbital-asa-caffeine cap (Fiorinal)	15
BLOOD LANCETS	158	butalbital/aspirin/caffeine	19
BLUNT	148, 153	butorphanol	22
BOCASAL	196	BUTTERFLY	142, 158
BODY, HAIR, SKIN AND NAILS	209	BUTTERFLY TOUCH LANCET	158
BONSITY	201	BYDUREON BCISE	48
BOOSTNOW	247	BYDUREON PEN	48
BOOSTRIX TDAP	75	BYETTA	48
bosentan	81, 254	BYLVAY	123
BOSULIF	57	C	
BRAFTOVI	56	c-l,000	236
BREATHERITE	164	cabergoline	130
BREATHRITE	164	CADEAU DHA	166
BREEZE 2	135	CADUET	86
BREO ELLIPTA	31	CAFERGOT	15
BREXAFEMME	45	caffeine	19, 90, 166
breynd	31	CALAN	79
BREZTRI AEROSPHERE	31	calcipotriene	183, 191
BRILINTA	65	calcitonin,salmon,synthetic	132
brimonidine	106	calcitriol	183, 240, 243
BRIMONIDINE	106	calcium acetate	112
BRINSUPRI	194	CALCIUM PANTOTHENATE	221
brinzolamide	106	CALQUENCE	57
BRIVIACT	92	CAMBIA	19
BROMFED DM	97	CAMZYOS	79
bromfenac	104	candesartan cilexetil	84
bromocriptine	64	candesartan/hydrochlorothiazid	83
brompheniramine/pseudoephed/dm	97	CANNULA	148, 150, 153, 154, 155
BRONCHITOL	193	CANTHARIDIN-ACETONE	185
BROVANA	30	CAPCOF	97
BRUKINSA	57	capecitabine	56
BRYHALI	187	CAPEX	188
B-STRESS	227	CAPHOSOL	197

Índice de medicamentos

CAPLYTA.....	177	cephalexin.....	36
CAPRELSA	58	CEQUA	108
captopril	82, 83	CEQUR SIMPLICITY	136
captopril/hydrochlorothiazide.....	82	CERDELGA	198
CAPVAXIVE	74	CEREFOLIN	228
CARBAGLU.....	197	certavite	210
carbamazepine.....	92, 94	CERTAVITE.....	210
CARBAMAZEPINE	92	CERVIDIL.....	130
CARBATROL.....	92	CETACAINE ANESTHETIC.....	25
carbidopa	64, 65	cetorelix	130
carbidopa/levodopa	64, 65	CETROTIDE	130
carbinoxamine	47	cevimeline.....	73
CARDIOTEK-RX	228	CHANTIX.....	192
CARDIZEM	79	CHEK-STIX	101
CARDURA	82	CHEMET	199
CAREONE.....	135, 142, 158	CHEMO TRANSFER PIN	148
CAREPOINT	148, 150	CHEMSTRIP.....	101, 136
CARESENS.....	135, 142, 158, 255	CHENODAL	122
CARETOUCH.....	135, 136, 143, 148, 150, 151, 158, 180, 184, 255	CHILD CHEWABLE VITAMN	221
carglumic	197	CHILD COMPLETE	221
carisoprodol	24, 165, 166	CHILD MULTIVITAMIN PLUS IRON.....	221
carisoprodol/aspirin/codeine	24	children multivitamin.....	222
CARNITOR.....	201	CHILDREN MULTIVITAMIN	222, 223
carteolol.....	106	CHILDREN'S.....	222
carvedilol.....	82	CHILDREN'S CHEWABLE	222
CASODEX	55	CHILDREN'S CHEW MULTIVIT-IRON	222
CATAPRES.....	84	childrens chew vitamin	222
CAVERJECT	195	CHILDREN'S MULTI-VIT	222
CAYSTON.....	36	CHILDREN'S MULTIVITAMIN GUMMY	222
cefaclor	36	CHILD'S CHEWABLE	222
cefadroxil	36	CHILD'S OMEGA-3.....	222
cefdinir	37	chlordiazepoxide.....	119, 171, 174
cefditoren pivoxil	37	chlordiazepoxide/clidinium br	119
cefepodoxime proxitil.....	37	chlorhexidine	195
cefprozil.....	36	chloroquine	53
ceftriaxone	37	chlorpromazine.....	178
cefuroxime axetil.....	36	chlorthalidone	86, 103
CEFUROXIME SODIUM-0.9% NACL.....	34	chlorzoxazone.....	165, 166
celecoxib	29	CHOLBAM.....	122
CELLCEPT	133	cholecalciferol.....	240
CELONTIN.....	92	CHOLECAL DF	240
CENTANY.....	41	cholestyramine	87
CENTRAL-VITE.....	209	choline salicyl/mag salicylate.....	15, 19
CENTRAVITES	209	CHORIONIC	131
centrum	210	CHORIONIC GONAD	131
CENTRUM.....	207, 209, 210, 221, 247, 255	CHOSEN.....	136, 143, 158
CENTRUM KIDS	221	CHROMAGEN.....	113
CENTRUM SILVER	207, 210	CIALIS	195

Índice de medicamentos

CIBINQO.....	185	COARTEM.....	53
ciclodan.....	46	COBALEFOL.....	206
CICLODAN.....	46, 54	COCAINE.....	103
ciclopirox.....	46, 54	codeine.....	21, 22, 24, 97, 98
cilostazol.....	65	CODITUSSIN AC.....	98
CILOXAN.....	34	CODITUSSIN DAC.....	98
CIMDUO.....	66	cod liver oil.....	225, 236, 240, 242
cimetidine.....	123	COLAZAL.....	122
cinacalcet.....	197	colchicine.....	26, 29
CIPRO.....	38	COLCHICINE.....	26
ciprofloxacin.....	33, 34, 38	colesevelam.....	87
citalopram.....	172	COLESTID.....	87
CITRANATAL.....	113, 166, 167, 170	colestipol.....	87
CITRANATAL BLOOM.....	113	COLOR.....	143, 158
CITRATE PHOSPHATE DEXTROSE.....	43	COLOR LANCETS.....	158
citric.....	118	COMBIGAN.....	106
CITRUS BIOFLAVONOIDS.....	205	COMBIPATCH.....	127
CLARINEX.....	47	COMBISTIX REAGENT.....	101
CLARINEX-D.....	47	COMBIVENT.....	30
clarithromycin.....	37	COMBIVENT RESPIMAT.....	30
CLEOCIN.....	37, 40, 41	COMBIVIR.....	66
CLEVER.....	136, 143, 158, 164	COMETRIQ.....	58
CLEVER CHEK LANCETS.....	158	COMFORT 27, 141, 143, 145, 146, 147, 158, 161, 162, 164, 165, 184, 185	
CLEVER CHOICE.....	164	COMFORT PAC-IBUPROFEN.....	27
CLEVER CHOICE CONTROL SOLUTION.....	136	COMFORT PAC-MELOXICAM.....	27
CLIMARA.....	127	COMFORT PAC-NAPROXEN.....	27
clindacin.....	41	COMFORTSEAL.....	164
CLINDACIN.....	41	COMIRNATY.....	73
clindamycin.....	37, 40, 41, 182, 183, 184	COMPACT SPACE CHAMBER.....	164
CLINDESSE.....	40	COMPAZINE.....	120
CLINPRO 5000.....	109, 112	COMPLETE 167, 170, 207, 208, 209, 210, 211, 221, 222, 224, 225, 228	
clobazam.....	91	COMPLETIA.....	210
clobetasol.....	188, 190	COMPLEX B-50.....	228
CLOBEX.....	188	complex b-100.....	228
clocortolone.....	188	COMPLEX B-100.....	228
clodan.....	188	CONCEPT.....	210
CLODAN.....	188	CONFORMANT 2.....	156
CLODERM.....	188	CONSENSI.....	78
clomiphene.....	131	CONTOUR.....	136
clomipramine.....	174	CONTRAVE.....	64
clonazepam.....	91	CONTROL SOLUTION.....	135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142
clonidine.....	84, 85, 175	COOL CONTROL SOLUTION.....	136
clopidogrel.....	65	COPIKTRA.....	58
clorazepate.....	171	CORDRAN.....	188
clotrimazole.....	45, 46	COREG.....	82
clozapine.....	177	CORNWALL SYRINGE TIP CONNECTOR.....	151
CLOZARIL.....	177	CORTANE-B.....	104
COAGUCHEK.....	143, 158		

Índice de medicamentos

CORTEF	128	cyclophosphamide	54, 55
CORTENEMA	126	CYCLOPHOSPHAMIDE	55
cortisone	128	cycloserine	36
CORTISPORIN	33	CYCLOSET	48
CORVITE	113, 210	cyclosporine	108, 133, 134
CORVITE 150	113	CYCLOSPORINE	108
CORVITE FE	113	CYFOLEX	241
COTELLIC	56	CYLTEZO	54
COTEMPLA	175	cyproheptadine	47
CREON	124	CYPROHEPTADINE	47
CRESEMBA	45	CYSTAGON	203
CREXONT	64	CYSTARAN	109
CRINONE	131	CYSTO-CONRAY II	100
cromolyn	25, 32, 106	CYSTOGRAFIN	100
crotamiton	64	CYSTOGRAFIN-DILUTE	100
CRRT TRISODIUM CITRATE	43	CYTO B-1	231
CTEXLI	122	CYTO B-2	235
CULTURELLE	211, 222	CYTO B7	228
CULTURELLE KIDS	222	CYTO C	237
CURITY	180, 184, 257	CYTOTEC	121
CURITY ALCOHOL PREPS	184	D	
CUROSURF	194	D3	178, 219, 240, 241, 242, 243
cvs...110, 113, 167, 180, 184, 200, 206, 211, 220, 226, 228, 231, 233, 235, 236, 237, 240, 241, 245, 257		daily-vite	211
CVS	53, 110, 113, 170, 184, 200, 228, 233, 237, 241, 245	dalfampridine	91
CVS ALCOHOL 70% PREP PADS	184	danazol	130
cvs glucose	110	DANTRIUM	166
CVS GLUCOSE LIQUID	110	dantrolene	166
cvs isopropyl alcohol 70% wipe	184	DANZITEN	58
cvs prenatal	167	dapsone	36, 182, 183
CVS PRENATAL	170	DAPTACEL DTAP	75
cvs slow release iron	113	DARAPRIM	53
CVS SLOW RELEASE IRON	113	darifenacin	204
CVS VITAMIN	233, 237, 245	dasatinib	58
cvs vitamin a	226	DAURISMO	56
cvs vitamin b-12	233	DAVIMET	222, 247
cvs vitamin c	237	DAVIMET-M	247
cvs vitamin d3	240, 241	DAVOL IRRIGATION SYRINGE	151
cvs vitamin e	245	DAYAVITE	211
cvs vit c	236, 237	DAYPRO	27
cvs vit d3	240	DAYTRANA	175
cyanocobalamin	227, 228, 230, 233	DAYVIGO	179
cyclobenzaprine	166	DDAVP	127
CYCLOGYL	108	DDROPS	240, 241
CYCLOMYDRIL	108	decara	241
cyclopentolate	108	DECARA	241
CYCLOPENTOLATE-TROPICAMIDE-PE	108	DECUBI	211
cyclopentolat/tropic/phenyleph	108	deferasirox	199
		deferiprone	199

Índice de medicamentos

deflazacort.....	128	DEXTENZA.....	104
DEKAS.....	211, 222	dextroamphetamine.....	72
DEKAS PLUS.....	211, 222	dextrose.....	110, 111
DELESTROGEN.....	127	DIABETES HEALTH.....	211
demeclocycline.....	39	DIABETIC VITAMIN.....	211
DEMSER.....	84	DIACOMIT.....	92
DENAVIR.....	71	dialyvite.....	228
DENG VAXIA.....	75	DIALYVITE.....	211, 228, 241
DENOVO.....	206	DIASTAT.....	91
DEPAKOTE.....	92	DIASTIX REAGENT.....	99, 101
DEPEN.....	26	diatrizoate meglumine.....	99, 100
DEPLIN.....	206	DIATROL.....	211
DEPLIN-ALGAL OIL.....	206	DIATRUE.....	136
DEPO-ESTRADIOL.....	127	diazepam.....	91, 171
DEPO-PROVERA.....	96	diazoxide.....	110, 111
DEPO-SUBQ PROVERA.....	96	DIBENZYLIN.....	72
DEPO-TESTOSTERONE.....	126	dichlorphenamide.....	197
DERMACINRX.....	211, 241, 247	DICLEGIS.....	120
DERMA-SMOOTH-ES.....	188	diclofenac.....	20, 27, 62, 104, 182
DERMASORB.....	188	DICLOFENAC.....	19
DERMATOP.....	188	dicloxacillin.....	38
DERMAVIEW.....	156	dicyclomine.....	119, 258
DERMOTIC.....	104	didanosine.....	67
DESCOVY.....	66	diethylpropion.....	62
desflurane.....	24	DIFFERIN.....	192
desipramine.....	174	DIFICID.....	37
desloratadine.....	48	DIFLUCAN.....	45
desmopressin.....	127	diflunisal.....	15, 19
DESMOPRESSIN.....	127	difluprednate.....	104
desog-e.....	96	digoxin.....	80
desogestrel-ethinyl estradiol.....	96	dihydroergotamine.....	15, 19, 20
DESONATE.....	188	DILANTIN.....	92
desonide.....	188, 189, 191	DILAUDID.....	22
desoximetasone.....	189, 190	diltiazem.....	79
DESOXYN.....	72	dimethyl.....	90, 198
desvenlafaxine.....	173	dimethyl fumarate.....	90
DESVENLAFAXINE.....	173	diphenoxylate hcl/atropine.....	120
dex4 glucose.....	110	DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS-PED.....	75
DEX4 GLUCOSE.....	110	DIPROLENE.....	189
dex4 quick dissolve tab chew.....	110	dipyridamole.....	65
dexamethasone.....	33, 104, 128, 129	DISALCID.....	26
dexchlorpheniramine.....	47	disopyramide.....	78
DEXCOM.....	136	disulfiram.....	197
DEXCOM G6.....	136	DIURIL.....	103
DEXEDRINE.....	72	divalproex.....	92
dexlansoprazole.....	124, 125	dofetilide.....	78
dexmethylphenidate.....	175	DOJOLVI.....	109
DEXONTO.....	129	donepezil.....	71

Índice de medicamentos

DONNATAL.....	121	EASYGLUCO PLUS.....	136
DOPTLET.....	95	EASYMAX I5.....	136
dorzolamide.....	106	EASYMAX NORMAL.....	137
DORZOLAMIDE.....	106, 107	EASY MINI EJECT.....	136
DOSOKAP.....	241	EASY PLUS II.....	136
DOVATO.....	66	EASYPOINT.....	148
DOVER BULB SYRINGE.....	151	EASY STEP.....	136
DOVONEX.....	183	EASY TALK.....	136
doxazosin.....	82	EASY TOUCH.....	136, 143, 148, 151, 152, 159, 184
doxepin.....	174, 179, 180, 183	EASY TOUCH FLIPLOCK.....	148, 151
doxercalciferol.....	197	EASY TRAK.....	136
doxycycline.....	39, 40, 195	EASY TWIST CAP LANCETS.....	159
doxylamine succinate/vit b6.....	120	EBGLYSS.....	202
dronabinol.....	120	ECLIPSE SYRINGE.....	152
DROPLET.....	136, 143, 158	EC-NAPROSYN.....	27
DROPLET GENTEEL LANCING DEVICE.....	136	ec-naproxen.....	27
DROPLET LANCETS.....	158	econazole.....	46
DROPLET LANCING DEVICE.....	136	EDECIN.....	102
DROPSAFE.....	143, 148, 158, 180, 184, 259	EDEX.....	195
DROPSAFE PREP PADS.....	184	EDLUAR.....	180
drospir/eth estra/levomefol.....	96	EDURANT.....	67
DROXIA.....	77	E.E.S. 200.....	37
droxidopa.....	72	efavirenz.....	67, 68
drug mart glucose.....	110	effer-k.....	118
DUAVEE.....	128	EFFER-K.....	118
DUET.....	167, 170	EFFIENT.....	65
DUETACT.....	50	EFUDEX.....	62
DUET DHA.....	167	EGRIFTA.....	129
DULERA.....	31	eldertonic.....	207
duloxetine.....	173, 174	ELDERTONIC LIQUID.....	207
DUOBRII.....	183	ELEMENT COMPACT.....	137
DUOPA.....	64	ELEMENT CONTROL.....	137
DUPIXENT.....	133	ELEPSIA.....	92
dutasteride.....	203	eletriptan hydrobromide.....	15, 19
DYAZIDE.....	103	ELFOLATE.....	228
DYCLOPRO.....	25	ELIMITE.....	64
DYRENIUM.....	102	ELIQUIS.....	43, 259
E		ELIXOPHYLLIN.....	32
EAR HEALTH PLUS.....	206	ELLA.....	96
ear health plus caplet.....	206	ELMIRON.....	24
EASIVENT.....	164	ELON.....	211
EASY.....	136, 143, 148, 151, 152, 158, 159, 180, 184, 237, 259	eltrombopag.....	95
EASY-C.....	237	EMBRACE.....	137, 143, 159
EASY COMFORT.....	143, 158, 184	EMBRACE EVO LEVEL I.....	137
EASY COMFORT ALCOHOL PAD.....	184	EMBRACE GLUC CONTROL SOLN.....	137
EASY COMFORT LANCETS.....	158	EMBRACE LANCING DEVICE.....	137
EASY GLIDE CATHETER.....	151	EMBRACE PRO.....	137
EASY GLIDE LUER.....	151	EMBRACE TALK CONTROL.....	137

Índice de medicamentos

EMERGEN.....	222, 237	eplerenone.....	102
EMERGEN-C.....	222, 237	eprosartan.....	84
EMERGEN-C KIDZ.....	222	EPSOLAY.....	186
EMGALITY.....	15, 19, 91	EPZICOM.....	66
EMGALITY PEN.....	19	EQ.....	204, 212, 222
EMPAVELI.....	77	EQ CHILD.....	222
EMSAM.....	172	eql.....	113, 200, 204, 228, 233, 235, 237, 241, 245
emtricitabine.....	68	eql slow release iron.....	113
emtricitabine.....	66, 67	eql vitamin.....	233, 237, 241, 245
emtricitabine-tenofv.....	66	EQUETRO.....	172
EMTRIVA.....	67	EQ VISION.....	204
EMVERM.....	52	ERGOCAL.....	241
enalapril.....	82, 83, 84	ergocalciferol.....	241
enalapril/hydrochlorothiazide.....	82	ergoloid.....	86
ENBRACE.....	212	ERGOMAR.....	19
ENBREL.....	54	ergotamine tartrate/caffeine.....	15, 19
ENDARI.....	77	ERIVEDGE.....	56
ENDO-AVITENE.....	77	ERLEADA.....	55
ENDOMETRIN.....	131	erlotinib.....	58
ENDUR-AMIDE.....	220	ERMEZA.....	193
ENDUR-THINE.....	220	ERVEBO.....	76
ENDUR-VM.....	212	ERYPED.....	37
ENFAMIL.....	112	ERY-TAB.....	37
ENFIT.....	152, 153, 154, 225, 260, 274	ery-tab dr.....	37
ENFLONSIA.....	69	erythromycin.....	34, 37, 41
ENERGIX-B.....	76	escitalopram.....	172
ENLITE SERTER.....	137	ESGIC.....	15, 19
ENLYTE.....	206	ESKATA.....	184
enoxaparin.....	43	eslicarbazepine.....	92
ENSACOVE.....	58	esomeprazole.....	125
ENSPRYNG.....	133	ESOMEPRAZOLE.....	125
ENSTILAR.....	191	ESSENCE C.....	237
entacapone.....	64, 65	ESSENTIAL.....	166, 211, 212, 218
entecavir.....	70	estazolam.....	179
ENTEREG.....	124	ESTER-C.....	237
ENTERO VU.....	99	ESTRACE.....	127
ENTRESTO.....	83	estradiol.....	95, 96, 127, 128, 131
ENZOCLEAR.....	185	ESTRATEST.....	127
EPCLUSA.....	70	estrogen,ester/me-testosterone.....	127
EPIDIOLEX.....	92	ESTROVEN.....	212
EPIDUO FORTE.....	183	eszopiclone.....	180
EPIFOAM.....	191	ethacrynic.....	102
epinastine.....	48	ethambutol.....	36
epinephrine.....	71, 104	ethinyl.....	95, 96
EPINEPHRINE.....	71	ethinyl estradiol/drospirenone.....	96
EPIPEN.....	71	ethosuximide.....	92, 95
EPISIL.....	196	ethynodiol d-ethinyl estradiol.....	96
EPIVIR.....	67	etodolac.....	27, 28

Índice de medicamentos

etonogestrel/ethinyl estradiol	95	FARXIGA	51
etoposide	61	FARYDAK	54
etravirine	67	FASENRA	32
EUCRISA	187	FATIGUE RELIEF COMPLEX	212
EULEXIN	55	febuxostat	26
EURAX	64	felbamate	93
EVAMIST	128	FELBATOL	93
EVEKEO	72	FELDENE	27
EVENCARE	137	felodipine	79
everolimus	56, 57, 133, 134	FEMARA	56
EVICEL	77	fenofibrate	88
EVISTA	201	fenofibric	88
EVOCLIN	41	FENOGLIDE	88
EVOLUTION	137	fenoprofen	27, 28
EVOTAZ	68	FENORTHO	27
EVOXAC	73	fentanyl	22
EVRYSDI	198	FENTANYL	22
EXEL	148, 152	feosol	113
EXELDERM	46	FEOSOL	113
EXEL HUBER	148	FERAHEME	113
EXELON	71	FERGON	113
exemestane	56	FER-IN-SOL	113
exenatide	48	FERIVA 21-7	113
EXPECTA PRENATAL	167	FERIVA FA	114
EXTENDED RESERVOIR	152	FERRACTIV IRON	114
EXTINA	46	FERRALET	114
EYE HEALTH AND LUTEIN	204	FERRETT'S IPS	114
EYE HEALTH PLUS LUTEIN TABLET	204	FERRIMIN	114
EYE MULTIVITAMIN	205	FERRIPROX	199
EYEPROTECT	205	FERRLECIT	114
EYSUVIS	104	FERRO-SEQUELS	114
EZ	143, 158, 159	ferrous	113, 114, 115, 117, 226
E-Z DISK	100	FERROUS	114
ezetimibe	86, 88	ferrous fumarate	114, 115
ezetimibe/simvastatin	86	FERROUS FUMARATE	114
E-Z-HD	100	ferrous fum/vit c/b12-if/folic	114
EZ-LETS	159	ferrous gluconate	113, 114
E-Z-PAQUE	100	ferrous sulfate	113, 114
E-Z-PASTE	100	ferumoxytol	113, 114
EZ SMART LANCETS	159	fesoterodine	204
F		FETZIMA	174
FA-8	206	FEXMID	166
FABHALTA	77	FIBRICOR	88
FACTIVE	38	fidaxomicin	37
famciclovir	69	fifty50	180, 184, 261
famotidine	123	FIFTY50	144, 159
fa/mv,ca,iron,min/lycopene/lut	212	fifty50 alcohol prep pads	184
FARESTON	62	FIFTY50 SAFETY SEAL LANCETS	159

Índice de medicamentos

FILSPARI	88	fluocinonide	189
FILSUVEZ	202	fluorescein.....	99, 105
FILTER.....	148, 152, 154, 155	FLUORESCEIN-BENOXINATE	105
FILTER ASPIRATOR	148	fluoride	109, 110, 112, 113, 118, 224
FINACEA	186	FLUORIDEX.....	109, 112
finasteride.....	203	fluorometholone.....	104, 105
FINAZOL	212	FLUOROPLEX.....	62
FINE.....	149	fluorouracil	62
FINGER GRIP	152	fluoxetine	172, 178
FINGERSTIX	144, 159	fluphenazine.....	178
FIORICET	15, 19, 24	FLURA-DROPS.....	110, 118
FIORINAL	15	flurandrenolide	188
FIRDAPSE	91	flurazepam	179
FIRST-MOUTHWASH BLM.....	196, 198	flurbiprofen	27, 105
FLAGYL	35	flutamide.....	55
FLAVOVIT	206	fluticasone	31, 103, 189
flavoxate.....	204	fluticasone propion/salmeterol.....	31
flecainide	78	fluticasone-salmeterol	31
FLECTOR	182	fluticasone-salmeterol 100-50.....	31
FLEVOXIN	237	fluvastatin	87
FLEXICHAMBER.....	164	fluvoxamine	173
FLINTSTONES.....	222	FLUZONE	75
FLOGEN.....	206	FLUZONE HIGH-DOSE.....	75
FLOLIPID.....	87	FLUZONE HIGH-DOSE QUAD.....	75
FLOMAX.....	203	FLUZONE QUAD	75
FLORAFOL.....	223	FML	105
FLORIVA	109, 223	FNP	247
FLORRAXYL	212	fn vitamin	233
FLOVENT.....	32	FOLA.....	228
FLOW-EZE	148	FOLACHEW	212
FLUAD	74	FOLAGENT	212
FLUAD QUAD.....	74	FOLAMAX	212
FLUARIX	74	FOLAMED.....	212
FLUARIX QUAD	74	FOLAWISE	212
FLUBLOK	74, 75	FOLETRA.....	206
FLUBLOK QUAD	74	folicII4, II5, II6, I68, I69, I70, 206, 207, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 222, 224, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 261, 262, 266, 280	
FLUCELVAX	75	FOLIC.....	167, 206, 207, 212, 227, 228, 233, 235, 241, 262
FLUCELVAX QUAD	75	folic acidII4, II5, II6, I68, I69, 206, 207, 210, 211, 212, 213, 218, 219, 222, 224, 226, 228, 229, 231	
fluconazole.....	45	folic/mvi ther-min/lycop/lut.....	212
flucytosine.....	45	FOLICORE	229
fludrocortisone.....	130	FOLIKA.....	206, 212, 229, 241
FLULAVAL.....	75	FOLIKA-BC.....	229
FLULAVAL QUAD	75	FOLIKA-D.....	241
FLUMADINE	69	FOLIKA-NC	229
FLUMIST	75	FOLIKA-T	229
FLUMIST QUAD	75		
flunisolide	103		
fluocinolone.....	104, 188, 189, 190		

Índice de medicamentos

FOLIKA-V	206	FYCOMPA	93
FOLINIC-PLUS	229	G	
FOLITE.....	206	gabapentin	91, 93
FOLIXAPURE.....	241	GALAFOLD	199
FOLLISTIM AQ.....	131	galantamine.....	71, 72
FOLTRATE	233	GALZIN.....	199
FOLTX	229	ganirelix.....	130
FOLVITA	229	GANIRELIX	130
FOLVITE-D	241	GARDASIL 9	76
fondaparinux.....	43	GASTROCROM	25
FORA.....	99, 137, 144, 159	GASTROGRAFIN	100
FORACARE	137, 144, 159	GASTROMARK	100
FORACARE LANCETS.....	159	gatifloxacin.....	34
FORA GTEL	99, 137	GATIFLOXACIN-DEXAMETHASONE	33
FORA LANCETS	159	GATTEX	125
formaldehyde.....	182	GAVRETO	58
formoterol	30	GEIOO.....	138
FORMOTEROL.....	30	GELCLAIR.....	196
FORTAVIT	212	GELFILM.....	106, 200
FORTISCARE	137	GEL-FLOW	77
FOSAMAX	201, 202	GELFOAM.....	77
FOSAMAX PLUS D	201	GELX.....	196
fosamprenavir	68	gemfibrozil	88
fosaprepitant	120	GEMTESA	204
fosfomycin.....	35	GENADEK	213, 223
fosinopril	82, 84	GENICIN	207, 229, 242
fosinopril/hydrochlorothiazide	82	GENICIN VITA-Q	207
FRAGMIN.....	43	GENICIN VITA-S.....	229
FRAICHE.....	109	GENOTROPIN	129
FREEDAVITE.....	212	gentamicin	34, 35, 41
FREESTYLE.....	98, 99, 137, 138, 144, 159, 263	GENTEEL	136, 138
FREESTYLE INSULINX	98	GENTLE IRON.....	114
FREESTYLE LITE.....	98	GENVOYA.....	68
FROVA	19	GEODON.....	177
frovatriptan succinate.....	19, 20	GERBER	213, 223
FRUIT C	237	GERBER GROW MIGHTY.....	223
fruit c-100	237	GERBER LIL BRAINIES.....	223
FRUIT C-100	237	GERITOL	207
FRUZAQLA	58	GIALAX	124
ft... 114, 167, 206, 212, 220, 229, 231, 233, 235, 237, 241, 245, 247, 248, 263		GILOTTRIF	58
FT	114, 200, 212, 226, 229, 233, 237, 241, 242	glatiramer	90
ful-glo	99	glatopa.....	90
FUL-GLO	99	GLEOLAN.....	99
FULPHILA.....	95	GLEOSTINE.....	55
FURADANTIN.....	38	glimepiride.....	49, 50
furosemide	102	glipizide	49, 50
FUSION.....	66, 114	GLOPERBA	26
FUZEON.....	66	GLUCAGON.....	63, 125
		GLUCO	110

Índice de medicamentos

GLUCOCARD.....	138	HALCION.....	179
GLUCOCOM.....	138, 144, 159	halobetasol	189
glucose.....	110, 111	HALOG.....	189
GLUCOSE.....	110	haloperidol.....	178
GLUCOSE CONTROL	134, 135, 137, 138, 140	HARD NAILS.....	229
GLUCOSE LIQUID.....	110, 111	HARVONI.....	70
GLUCOTROL	49	HAVRIX.....	76
glutamine.....	77	HEALON GV.....	109
GLUTOL	112	HEALTHPRO GLUCOSE CONTROL SOLN	138
GLUTOSE-I5	110	HEALTHY.....	138, 144, 159, 205
GLUTOSE-45	110	HEALTHY ACCENTS AUTOLET	138
glyburide	49, 50	HEALTHY ACCENTS UNILET LANCET	159
GLYCATÉ.....	119	healthy eyes tablet.....	205
glycopyrrolate	119	HEALTHY EYES TABLET	205
GLYNASE	49	HEARTBURN ACID REFLUX.....	213
GLYXAMBI.....	50	HEMA-COMBISTIX.....	101
gnp.. 110, 111, 115, 167, 200, 205, 207, 213, 220, 225, 229, 231, 233, 235, 237, 242, 245, 246, 247, 264		HEMANGEOL.....	85
GNP	180, 200, 213, 226, 229, 233, 237, 242, 246, 248, 264	HEMATÉX	115
GNP B-COMPLEX PLUS VIT C TAB.....	213	HEMATOGEN.....	115
gnp glucose	110, 111	HEMATRON-AF	115
GNP VITAMIN E	246	HEMAX	115
GOJJI	99, 138, 144, 159	HEMLIBRA	77
GOLYTELY	124	HEMOCYTE.....	115
GOMEKLI	56	heparin	43, 44
GONAL-F	131	HEPARIN	43, 44
GONITRO	80	HEPLISAV-B.....	76
GOPRELTO	103	HETLIOZ	179
GRALISE.....	91	HIBERIX.....	75
granisetron.....	120	high potency multivitamin tab.....	213
GRASTEK	73	HIGH POTENCY MULTIVITAMIN TAB	213
griseofulvin.....	45	HISTEX-AC.....	97
gs	111	hm	115, 167, 200, 207, 220, 229, 233, 237, 238, 242, 246
GS	53, 155, 167, 180, 184, 200, 213, 264	HM.....	167, 181, 184, 213, 229, 242, 264
GS PRENATAL	167, 213	HM ALCOHOL 70% PREP PADS.....	184
GUAIACOL.....	185	HM BIOTIN.....	229
guaifen-codeine	98	HM HAIR, SKIN AND NAILS TABLET	213
GUAIFEN-CODEINE	98	hm iron	115
guanfacine.....	85, 175	HM MEN'S ONE DAILY TABLET	213
GUARDIAN	138	HM ONE DAILY PRENATAL	167
GUMMIES CHILDREN MULTIVITAMIN	223	hm prenatal.....	167
GUMMY.....	209, 222, 223, 233	hm slow release iron	115
GVOKE.....	111	hm vit	233, 237, 238
GYNAZOLE	44	hm vitamin.....	233, 238, 242, 246
H		HM VITAMIN	242
HAEGARDA 2,000UNIT VIAL	197	homatropine.....	108
HAIR, SKIN AND NAILS	209, 213, 219	HOMOCYSTEINE.....	229
HAIR-SKIN-NAILS.....	229	HORIZANT	89
halcinonide.....	189	HORMONES.....	126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 193

Índice de medicamentos

HUMALOG	51	IDHIFA	61
HUMANA	99	IFE-BIMIX	195
HUMATIN	52	IGALMI	180
HUMULIN	51	IHEALTH	138
HURRICAIN LUER-LOCK	148	ILET	138
HYCAMTIN	57	ILEVRO	105
HYCODAN	98	I.L.X. B-12	115
hydralazine	85, 86	IMBRUVICA	58, 59
HYDREA	55	IMCIVREE	63
hydrochlorothiazide	82, 83, 85, 86, 103	imipramine	174, 175
hydrocodone	21, 22, 97, 98, 264, 265	imiquimod	185
hydrocodone-acetamin	21	IMKELDI	59
HYDROCODONE-ACETAMIN	21	IMMUNERX	213
hydrocodone/ibuprofen	21	IMPAVIDO	53
hydrocort	33, 104, 123, 125, 189, 191, 265, 271	IMPEKLO	190
hydrocortisone	104, 125, 126, 128, 129, 187, 189, 190, 191	IMURAN	134
hydrocortisone/acetic acid	104	INBRIJA	65
hydrocort-pramoxine	125, 191	INCONTROL	138, 144, 159, 181, 184, 265
hydrogen peroxide	182	INCONTROL LANCING DEVICE	138
hydromorphone	22	INCRELEX	129
hydroxocobalamin	233	INCRUSE	29
hydroxychloroquine	53	indapamide	103
HYDROXYCHLOROQUINE	53	INDICLOR	100
HYDROXYPROPYLCELLULOSE	201	indomethacin	28
hydroxyurea	55	INDOMETHACIN	28
hydroxyzine	47	INFANRIX DTAP	75
HYFTOR	133	INFANT-TODDLER MULTIVITAMIN	223
HYLAVITE	229	infant-toddler multivit-iron	223
HYLAZINC	207	INFANT-TODDLER MULTIVIT-IRON	223
HYMPAVZI	77	INFANT-TODDLER TRI-VITAMIN	223
hyoscyamine	121	INFASURF	194
HYPER-SAL	198	INFED	115
HYPODERMIC NEEDLE	148, 155	INFINITY	138
HYPOLANCE	138	INFUVITE	213, 223
HYPROMELLOSE	201	INGREZZA	89
HYSINGLA	22	INJECT	144, 152, 159
I		INJECTAFER	115
ibandronate	202	INJECT EASE	159
IBRANCE	58	INJECT-EASE	152
IBTROZI	58	INLYTA	59
ibuprofen	21, 27, 28	INNER EAR PLUS	206
I-CAPS	205	INOVA	185, 186
ICAPS	205, 213	INPEN	138
ICAPS AREDS2	205	INS	150
ICAR	115	INSPIRACHAMBER	164
icatibant	194	INSPIRA	102
ICLUSIG	58	INSTACLEAN	200
icosapent	119	INSTA-GLUCOSE	111

Índice de medicamentos

INSUL-CAP.....	138	isotretinoin.....	182
INSUL-EZE.....	139	isoxsuprine.....	86
INSULIN.....	48, 49, 50, 51, 129, 150, 152, 153, 154, 156	isradipine.....	79
INTEGRA.....	115, 148, 153	itraconazole.....	45
INTELENCE.....	67	IV 3000.....	156
INTERLINK.....	153	IV3000.....	156
INTRINSI.....	233	ivabradine.....	80
INVACARE.....	144, 160	IV ADMINISTRATION SET.....	163
INVEGA.....	177	IVENIX.....	163
INVELTYS.....	105	ivermectin.....	52, 186
iodine/potassium iodide.....	191	IWILFIN.....	59
iodine/sodium iodide.....	191	J	
IODOFLEX.....	191	JAKAFI.....	56
IODOSORB.....	191	JALYN.....	203
IOPIDINE.....	106	JANSSEN COVID-19 VACCINE.....	73
IPOL.....	74	JANUMET.....	50
ipratropium.....	29, 103	JANUVIA.....	49
IQIRVO.....	196	JARDIANCE.....	51
irbesartan.....	83, 84	JATENZO.....	126
irbesartan/hydrochlorothiazide.....	83	JOENJA.....	194
IRESSA.....	59	JORNAY.....	175
iron...96, 113, 115, 116, 117, 168, 169, 207, 209, 210, 212, 216, 218, 219, 222, 223, 224, 225, 231		JOURNAVX.....	19
IRON113, 114, 115, 116, 117, 167, 170, 171, 211, 212, 217, 218, 219, 221, 222, 223, 224, 225		JUBLIA.....	46
iron bg.....	115, 168	JULUCA.....	66
IRON BISGLYCINATE.....	115	JUST 4 KIDZ MULTIVIT-PROBIOTIC.....	223
iron/c.....	116	JUSTRIGHT 5000.....	109, 112
iron,carbonyl.....	113, 115, 116	JUXTAPID.....	86
iron/folic.....	116, 168, 169, 209, 210, 219	JYNARQUE.....	102
iron fum.....	115, 116, 168, 169, 210, 216, 222	JYNNEOS.....	76
iron fumarate.....	116, 168	K	
iron polysaccharide.....	115, 116	KI-1000.....	247
IRONUP.....	116	K2.....	241, 242, 247
IRO-PLEX.....	116	KADIAN.....	23
IROSPAN.....	116	KALETRA.....	67
IS-D.....	242	KALYDECO.....	194, 266
ISENTRESS.....	68	KAPVAY.....	175
isoflurane.....	24	KENALOG.....	190
isoniazid.....	36	KENDALL.....	153, 156
ISOPROPANOL.....	200	KENDALL DISINFECTANT CAP.....	153
isopropyl.....	184, 200	Keppra.....	93
isopropyl alcohol.....	184, 200	KERENDIA.....	102, 266
ISOPROPYL ALCOHOL.....	185, 200	KESIMPTA.....	90
isopropyl rubbing alcohol.....	200	KETAMINE.....	180
ISOPROPYL RUBBING ALCOHOL.....	200	ketoconazole.....	42, 45, 46
ISOPTO CARPINE.....	106	ketodan.....	46
ISORDIL.....	80	KETO-DIASTIX REAGENT.....	101
isosorbide.....	80, 86	KETONE CARE TEST STRIP.....	100
		KETONE TEST STRIP.....	99, 101

Índice de medicamentos

ketoprofen	28	latanoprost	106
ketorolac	20, 21, 104, 105	LATANOPROST	106, 107
KETOSTIX REAGENT	101	LAZANDA	23
KIDS	100, 109, 112, 221, 222, 223, 229	LAZCLUZE	59
KIDS COD LIVER OIL	223	leader glucose	III
KIDS MULTIVITAMIN	223	leader quick dissolve gluc	III
KINRIX	75	lecithin/pyridoxine/kelp	213
KISQALI	57, 59	leflunomide	26
KITABIS PAK	35	lenalidomide	57
KLARITY	34, 104, 105, 108	LENVIMA	59
KLARITY-A(AZITHROMYCIN-CHONDR)	34	LEQSEVI	202
KLARON	183	LESCOL	87
KLOXXADO	44	L.E.T.	25
KOSELUGO	56, 267	letrozole	56
KOSHER PRENATAL	167	leucovorin	195
K-PAX	213	LEUKERAN	55
K-PHOS	118	LEUKINE	95
KPN PRENATAL	167	levalbuterol	30
KRINTAFEL	53	LEVBIID	121
KRISTALOSE	124	LEVER LOCK CANNULA	153
kroger glucose	III	levetiracetam	93
kro glucose	III	LEVETIRACETAM	93
kro isopropyl alcohol 91%	200	LEVITRA	195
KYLEENA	96	levobunolol	106
KYNMOBI	65	levocarnitine	201
L		levofloxacin	34, 38
labetalol	82	LEVOMEFOL	229
LABSTIX REAGENT	101	levomefolate	206, 207, 227, 228, 229, 231
lacosamide	93	LEVOMEFOLATE	229
LACRISERT	104	levonorgestrel/ethin.estradiol	96
lactulose	119, 124	levothyroxine	193
LAMICTAL	93	LEVSIN	121
lamivudine	66, 67, 70	LEVULAN	62
lamivudine/zidovudine	66	LICART	182
lamotrigine	93	lidocaine	25, 126, 191
lancets	144, 158, 160	LIDOCAINE-HYDROCORT	126
LANCETS	142, 143, 144, 145, 146, 147, 158, 159, 160, 161, 162	LIDOCAN	25
LANCING DEVICE	135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142	LIFESHIELD BLUNT CANNULA	148, 153
LANCING SYSTEM	139	LILETTA	96
LANOXIN	80	lindane	191
lansoprazole	121, 125	linezolid	38
lansoprazole/amoxicilin/clarith	121	LINZESS	123
lanthanum carbonate	112	liothyronine	193
LANTUS	51	LIPO	206
LANZO	139	LIPO-FLAVONOID PLUS	206
lapatinib ditosylate	59	LIPOTRIAD	205
LASIX	102	LIQUID	100, 110, 111, 116, 207, 225, 232, 238, 239, 241, 247
LASTACFT	48	LIQUID C	238

Índice de medicamentos

LIQUID E-Z PAQUE	100	LOTENSIN HCT	82
LIQUID POLIBAR PLUS	100	loteprednol	105
liraglutide	48, 63, 267	loteprednol etabonate	105
lisdexamfetamine	171, 175	lovastatin	87
lisinopril	82, 84	loxapine	178
lisinopril/hydrochlorothiazide	82	lubiprostone	124
LITEAIRE	164	LUCENTIS	108
LITE TOUCH	139, 144, 160	LUER LOCK	150, 151, 152, 153
LITETOUCH	164	LUER-LOK	149, 150, 153, 155
LITFULO	202	LUERSLIP	153
lithium	172	LUER SLIP TIP	153
LITHOBID	172	LUER TIP CAP	153, 155
LITHOSTAT	119	LUMAKRAS	56
little	223	LUMRYZ	179
LITTLE	223, 268	LUPKYNIS	134
LITTLE ANIMALS	223	LUTEIN	204, 205, 207, 222
LIVDELZI	196	LYBALVI	177
LIVITA	223, 247	LYDIA PINKHAM HERBAL	116
LIVMARLI	123	LYMEPAK	39
LIVTENCITY	69	LYNPARZA	59
l-mefol/a-cyst/mebl2/algal oil	229	LYSODREN	61
l-mefolate/b3/copp/zs/sel/chrom	213	LYSTEDA	77
L-MESITRAN	187	LYTGOBI	59
L-METHYLFOL	229	LYUMJEV	51
l-norgest/e.estradiol-e.estrad	96	M	
LODINE	28	MACROBID	38
LODOSYN	65	MACULAR BENEFITS	205
lofexidine	203	MACUVEX	205
LOKELMA	112	MACUZIN	205
LOMAIRA	62	MAD	153
LOMOTIL	120	mafenide	42
longs glucose	111	MAGELLAN	153
LONHALA MAGNAIR	29	MALARONE	53
LONSURF	55	malathion	191
LOPID	88	maprotiline	174
lopinavir/ritonavir	67, 68	maraviroc	66
LOPRESSOR	85	MAR-COF CG	98
LOPROX	46	MARINOL	120
lorazepam	171	MARNATAL-F	167
LORBRENA	59	MARPLAN	172
LORID	229	MASONATAL	167
LORMATE	229	MATULANE	62
LORTAB	21, 268	MAVENCLAD	90
LORZONE	166	MAXFE	116
losartan/hydrochlorothiazide	83	MAXIMIN	213
losartan potassium	84	MAXIMUM D3	242
LOTEMAX	105	MAXITROL	33
LOTENSIN	82, 84	MAXI-TUSS CD	97

Índice de medicamentos

MAYZENT	90	metaproterenol.....	30
MEBOLIC.....	213	metaxalone.....	166
meclizine.....	120	metformin	49, 50
meclofenamate.....	28	METHACHOLINE	99
mecobal/levomefolat ca/b6 phos	229	methadone.....	23
MEDIHONEY	187	methamphetamine	72
MEDISENSE.....	139, 144, 160	METHAVER	230
medlance	144, 160	methazolamide.....	101
MEDLANCE	144, 160	methenam	35
medlance plus.....	160	methenamine hippurate	35
MEDLANCE PLUS	160	methenamine mandelate	35
MEDROL	129	methenam/sod phos/mblue/hyoscy	35
medroxyprogesterone	96, 130	methen/mblue/sal/sod phos/hyos	35
MEDTRONIC.....	139	methimazole.....	193
MEDTYCHOLL-B.....	229	METHITEST	126
mefenamic.....	21	meth/meblue/sod phos/psal/hyos	35
mefloquine	53	methocarbamol	166
MEGA BIOTIN.....	230	methotrexate.....	55
megestrol	62, 204	methoxsalen.....	182
meijer glucose	III	methscopolamine.....	121
MEKINIST	56	METHYL B-12	234
MEKTOVI	56	METHYLCOBALAMIN.....	234
meloxicam.....	28	methyldopa.....	85
melphalan	54	methylene.....	198
memantine	88, 89	methylergonovine.....	130
MEMANTINE.....	89	METHYLFOLATE.....	207
MEN 50	208, 210, 213, 218	METHYLIN.....	175
MENACTRA	74	methylphenidate.....	175, 176
MENOPUR.....	131	METHYLPHENIDATE	176
MENOSTAR.....	128	methylprednisolone.....	129
MENQUADFI	74	METHYL PROTECT	230
MEN'S.....	207, 208, 210, 212, 213, 214, 218, 247	methyl salicylate	185
MEN'S 50 PLUS.....	213	methyltestosterone	126
MEN'S DAILY.....	214	metoclopramide	123
MEN'S MULTIVITAMIN.....	214	metolazone.....	103
MENVEO	74	METOPIRONE	100
MEPHYTON	247	metoprolol.....	85, 86
meprobamate.....	171	METOPROLOL SUCCINATE ER-HCTZ.....	86
MEPRON.....	53	METROCREAM	186
mercaptopurine	55	METROGEL	186
MERIBIN	230	metronidazole.....	35, 40, 186, 269
mesalamine	122	metyrosine	84
mesna	195	mexiletine.....	78
MESNEX	195	MIACALCIN	132
METADATE	175	miconazole.....	44
METANX	230	MICRO	141, 144, 149, 160, 192
METANXPRO.....	230	MICROCHAMBER.....	164

Índice de medicamentos

MICRODOT.....	139	MONOFERRIC.....	116
MICROLET.....	139, 144, 160	MONOJECT.....	148, 153, 154
MICRONEX.....	214	MONOLET.....	144, 160
MICROSPACER.....	164	MONSEL'S.....	78
MICROTAINER.....	158, 160	montelukast.....	32
MICRO THIN LANCET.....	160	morgidox.....	40
MICRO THIN LANCETS.....	160	MORGIDOX.....	40
midazolam.....	179	morphine.....	23
MIDAZOLAM.....	180	MOTOFEN.....	120
midodrine.....	72	MOUNJARO.....	48
MIEBO.....	104	MOUTHPIECE.....	164
MIFEPREX.....	197	MOVANTIK.....	44
mifepristone.....	50, 197	MOXATAG.....	38
miglitol.....	49	moxifloxacin.....	34, 38
miglustat.....	198	MOXIFLOXACIN.....	33
MIGRANAL.....	20	MRESVIA.....	76
MINCORA.....	230	MS CONTIN.....	23
MINI LANCING DEVICE.....	139, 140	ms glucose.....	III
MINIMED.....	139, 153	ms quick dissolve glucose.....	III
MINIMED RESERVOIR.....	153	MTERYTI.....	167
MINI PRENATAL.....	167	MTX.....	234
MINIPRESS.....	83	MUCOSITISRX.....	197
minocycline.....	39, 40	MULTAQ.....	78
MINOLIRA.....	40	multi.....	167, 168, 214, 248, 270
minoxidil.....	85	MULTI.....	138, 139, 168, 208, 210, 214, 215, 218, 219, 222, 223, 247, 248, 250, 255, 270
mirabegron.....	204	MULTIA.....	214, 270
MIRENA.....	97	MULTI-LANCET.....	139
mirtazapine.....	171	multilex.....	214, 270
MIRVASO.....	186	MULTILEX.....	214, 270
misoprostol.....	27, 121	MULTISTIX.....	101
MITIGARE.....	26	MULTITOL-M.....	247
MITOMYCIN-WATER.....	108	multivit.....	167, 207, 208, 209, 210, 212, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 222, 223, 224, 225, 248, 265, 270, 273, 274
MITOSOL.....	108	multivitamin.....	169, 210, 211, 213, 214, 215, 219, 222, 223, 224, 225, 255, 264, 270, 274
MI-VITE.....	207	MULTIVITAMIN.....	169, 204, 205, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 225, 230, 247, 250, 255, 261, 264, 265, 266, 269, 270, 285
MIXED TOCOTRIENOLS.....	246	MULTI-VIT-FLOR.....	223
MKO.....	180	MULTIVIT-FLUOR.....	223
M-M-R II VACCINE.....	76	MULTIVIT-FLUORIDE.....	224
MNEXSPIKE.....	73	multivit-min/fa/lycopen/lutein.....	210
MOBILE.....	144	mupirocin.....	41
modafinil.....	179	MURI-LUBE.....	200
MODDI.....	139	MUSE.....	195
MODERNA.....	73	mv.....	115, 116, 209, 212, 215, 251, 261, 270
MODERNA COVID.....	73	mvn.....	210, 215, 216, 270
moexipril.....	84		
molindone.....	178		
mometasone.....	103, 190		
mondoxylene.....	40		
MONOCAPS.....	214		

Índice de medicamentos

MVW.....	216, 224, 270	NEEVODHA.....	216
MVW COMPLETE.....	224	nefazodone.....	173
MYALEPT.....	131	NEFFY.....	71
MYCAPSSA.....	131	NEMLUVIO.....	133
MYCOBUTIN.....	36	neomycin.....	33, 34, 35, 181
mycophenolate.....	133, 134	neomycin/bacit/p-myx/hydrocort.....	33
MYDAYIS.....	72	neomycin/bacitracin/polymyxinb.....	34
MYDCOMBI.....	108	neomycin/polymyxin b/dexametha.....	33
MYDRIACYL.....	108	neomycin/polymyxin b/hydrocort.....	33
MYDRIATIC4.....	106	neomycin/polymyxn b/gramicidin.....	34
MYFEMBREE.....	130	neomycin sulfate.....	35
MYFORTIC.....	134	NEONATAL.....	116, 167
MYGLUCOHEALTH.....	139, 144, 160	NEONATAL FE.....	116
MYHIBBIN.....	134	NEORAL.....	134
MYLERAN.....	55	NEO-SYNALAR.....	41
MYRBETRIQ.....	204	NEOVITE.....	216
MYSOLINE.....	93	NEPHRON FA.....	230
MYXREDLIN.....	51	NEPHRO-VITE.....	230
N		NERIA.....	163
nabumetone.....	28, 29	NERLYNX.....	59
naftifine.....	46, 47	NESTABS.....	167, 216
NAFTIN.....	46, 47	NEUAC.....	183
NALFON.....	28	neuac gel.....	183
NALOCET.....	21	NEULUMEX.....	100
naloxone.....	24, 44, 203	NEUPRO.....	65
naltrexone.....	44	NEURIN-SL.....	234
NAMENDA.....	89	NEUTRASAL.....	197
NAMZARIC.....	89	nevirapine.....	67
NANO.....	148, 149, 170, 224	NEXAVAR.....	59
NANOVM.....	224, 247	NEXCARE TEGADERM.....	156
NAPRELAN.....	28	NEXLETOL.....	86
NAPROSYN.....	27, 28	NEXLIZET.....	87
naproxen.....	27, 28, 29	niacin.....	88, 220, 221
naratriptan.....	19, 20	NIACIN.....	220, 221
NARCAN.....	44	niacinamide.....	221
NARDIL.....	172	NIACINAMIDE.....	220, 221
NASCOBAL.....	234	NIACOR.....	88
NATACHEW.....	167	nicardipine.....	79
NATACYN.....	44	NICOMIDE.....	216
nateglinide.....	49	NICOTROL.....	192
NATPARA.....	130	nifedipine.....	79
NAYZILAM.....	92	NIFEREX.....	116
nebivolol.....	85	NILANDRON.....	55
NEBUPENT.....	53	nilotinib.....	59
nebusal.....	198	nilutamide.....	55
NEBUSAL.....	198	nimodipine.....	79
NEEDLE.....	147, 148, 149, 152, 153, 154, 155	NINJACOF-XG.....	98
needles,safety huber,disposabl.....	148	NINLARO.....	59

Índice de medicamentos

nisoldipine	79	NUMBRINO	103
nitisinone	198, 271	NUMOISYN	196, 197
NITRO-DUR	80	NUPLAZID	172
nitrofurantoin	38	NURTEC ODT	20
nitroglycerin	80	NUTRALYN	216
NITROLINGUAL	80	NUTRIVIT	216
NITROMIST	80	NUVAXOVID	73
NITROSTAT	80	NUVESSA	40
NITYR	198, 272	NUZYRA	40
NIVA-FOL	230	NYMALIZE	79
NIVA-PLUS	216	nystatin	42, 45, 46, 47
NIVESTYM	95	O	
nizatidine	123	OB COMPLETE	167
NOCTIVA	127	OBREDON	98
NO FLUSH NIACIN	221	OBSTETRIX	167, 216, 272
NOKOR	149	OBSTETRIX EC	167
norelgestromin/ethin.estradiol	96	OBTREX DHA	167
noreth-ethinyl estradiol/iron	96	OCALIVA	122
norethind-eth estrad	96, 128	OCUFLOX	34
norethindrone	96, 127, 128, 130	OCULAR VITAMINS	205
norethin-ee	96	OCUVEL	205
norethin-eth estrad	128	OCUVITE	205, 216, 272
NORGESIC	166	ODACTRA	73
norgestimate-ethinyl estradiol	96	ODEFSEY	68
norgestrel-ethinyl estradiol	96	ODOMZO	56
NORM-JECT	154	OFEV	194
NORMLGEL	191	ofloxacin	33, 34, 38
nortriptyline	174, 175	OGSIVEO	59
NORVIR	68	OJEMDA	56
NORWEGIAN COD LIVER OIL	226	olanzapine	177, 178
NOURIANZ	65	olmesartan/amlodipin/hcthidiazid	83
NOVA	139, 145, 160	olmesartan/hydrochlorothiazide	83
NOVAFERRUM	116, 224, 272	olmesartan medoxomil	84
NOVAMAX PLUS	99, 139	olopatadine	103
NOVAMV	224	OLPRUVA	119
NOVAREL	131	OLUX	190
NOVOPEN 3	139	om	216, 272
NOVOPEN ECHO	139	OMECLAMOX-PAK	121
NOXAFIL	45	omega-3 acid	119
NOXIFOL-D3	242	omeprazole	125
NUBEQA	55	OMNIPAQUE	99
NUCALA	32	OMNIPOD	139, 140
NUCORT	190	OMNITROPE	129
NUDEXTA	90	OMNIVEX	216, 272
NUFERA	116	OMVOH	132, 272
NUFOLA	230	ON CALL	140, 145, 160
NU-IRON	116	ONCOVITE	216, 272
NULEV	121	ondansetron	120, 121
NULYTELY	124	one	3, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 169, 211, 212, 213, 216, 217, 218, 249,

Índice de medicamentos

272, 276	OTIPRIO.....	33
ONE....132, 164, 167, 168, 169, 170, 208, 212, 213, 216, 217, 218, 224, 225, 250, 264, 272, 273, 278, 279	OTOVEL.....	33
ONE A DAY.....	OVACE.....	184
ONE-A-DAY.....	OVAL TAPE.....	140
one daily.....	OVIDE.....	191
ONE DAILY.....	OVIDREL.....	131
ONETOUCH.....	oxandrolone.....	126
ONETOUCH DELICA.....	oxaprozin.....	27, 29
ONETOUCH ULTRA.....	oxazepam.....	171
ONETOUCH VERIO.....	OXBRYTA.....	77
ONEVITE.....	oxcarbazepine.....	93, 94
ONE WAY MOUTHPIECE.....	OXERVATE.....	109
ONEXTON.....	oxiconazole.....	47
ONGENTYS.....	OXTELLAR.....	94
ON-THE-GO.....	oxybutynin.....	204
OPFOLDA.....	oxycodone.....	21, 23, 24
opium/belladonna.....	oxycodone hcl/acetaminophen.....	21
opium tincture.....	OXYCONTIN.....	24
OPSITE.....	oxymorphone.....	24
OPSUMIT.....	OXYTROL.....	204
OPSYNVI.....	OZEMPIC.....	48
OPTICHAMBER.....	P	
OPTIFAST.....	P2I.....	170
OPTIMAL D3 M.....	PACNEX.....	186
OPTISOURCE.....	paliperidone.....	177
OPTUMRX.....	PALYNZIQ.....	73
OPURITY.....	PAMELOR.....	175
OPZELURA.....	PAN-C.....	238
ORACIT.....	PANCREAZE.....	124
ORALAIR.....	PANDA.....	164
ORAMAGICRX.....	PANDEL.....	190
ORAPRED ODT.....	PANRETIN.....	62
ORAVIG.....	PANTETHINE.....	221
ORENITRAM.....	pantoprazole.....	125
ORFADIN.....	PANTOTHENIC.....	221
ORGOVYX.....	PAPAVERINE-PHENTOLAMINE.....	195
ORIAHNN.....	PAPAVERINE-PHENTOLMN-ALPROSTD.....	195
ORILISSA.....	PARADIGM.....	154, 163
ORKAMBI.....	paregoric.....	120
ORLADEYO.....	PAREMYD.....	108
ORLISTAT.....	paricalcitol.....	197
orphenadrine.....	PARNATE.....	172
ORTHO DF.....	paroxetine.....	173, 198
oseltamivir.....	PARVLEX.....	116
OSENI.....	PASER.....	36
OSMOPREP.....	PATANASE.....	103
OSTACHOL.....	PAXIL.....	173
OTEZLA.....	PAXLYTE.....	234

Índice de medicamentos

pazopanib	59	PHASEAL	149
PEDIA POLY-VITE	224	PHEBURANE	119
pedia poly-vite iron	224	phenazopyridine	25
PEDIARIX	76	phendimetrazine	62, 63
PEDIATRIC MASK	164	phenelzine	172
PEDIATRIC MONITOR	140	phenobarb/hyoscy/atropine/scop	121
pediatric multivit	224	phenobarbital	179
pediatric multivitamin	222, 224, 225	PHENOBARBITAL-BELLADONNA ELIXR	122
PEDIATRIC PANDA MASK	164	phenoxybenzamine	72
PEDIATRIC POLY-VITAMIN	224, 225	phentermine	62, 63
PEDIATRIC POLY-VITE	225	phenylephrine	47, 106
PEDIATRIC TRI-VITAMIN	225	PHENYTEK	94
PEDIATRIC TRI-VITE	225	phenytoin	92, 94
PEDIA TRI-VITE	224	PHOSPHOLINE IODIDE	107
pedi multivit	222, 224	PHOTREXA	104
ped mvit	224	PHYSIOLYTE	181
PEDVAXHIB	76	PHYSIOSOL	181
peg3350/sod sulf,bicarb,cl/kcl	124	phytonadione	247
peg3350/sod sul/nacl/kcl/asb/c	124	PHYTONADIONE	247
PEGASYS	70	PIFELTRO	67
PEMAZYRE	59	pilocarpine	73, 106, 107, 274
PENBRAYA	74	pimecrolimus	133
penciclovir	71	pimozide	177
penicillamine	26	pindolol	85
penicillin	38	pioglitazone	50
PENMENVY	74	PIP	140, 145, 160
PENTACEL	76	PIP GLUCOSE CONTROL SOLUTION	140
pentamidine	53	PIP LANCET	160
PENTASA	122	PIQRAY	59
pentazocine	24	piroxicam	27, 29
pentoxifylline	78	PISTON ENFIT	154
PEPCID	123	pitavastatin	87
perampanel	93, 94	PLEGRIDY	90
PERFECT	116, 145, 149, 160	PLEXION	42, 184
PERFECT IRON	116	PNEUMOVAX 23	74
PERIDEX	195	pnv	168, 169
PERIDIN-C	238	POCKET CHAMBER	164
perindopril erbumine	84	PODIAPN	230
permethrin	64	podofilox	186
perphenazine	174, 178	POLIBAR ACB	100
perphenazine/amitriptyline	174	polyethylene	200
PFIZER	73	POLY HUB	149
PFIZER COVID	73	polymyxin b sulf/trimethoprim	34
pharm	181, 184, 274	POLYSKIN II	156
PHARM	181, 184, 274	POLYTRIM	34
PHARMABASE BARRIER	186	POLY-TUSSIN AC	97
pharm choice alcohol prep pads	184	POLY-VI-FLOR	225
PHARM CHOICE ALCOHOL PREP PADS	184	poly-vi-sol	225

Índice de medicamentos

POLY-VI-SOL.....	225	PREMARIN.....	131
POLY-VITA.....	225	PRENATA.....	168
POLY VITAMIN-IRON.....	217	prenatal.....	167, 168, 169, 170
POLY-VITE.....	224, 225	PRENATAL.....	166, 167, 168, 169, 170, 171, 208, 209, 213, 218, 219
POMALYST.....	57	prenatal71.....	169
POSACONAZOLE.....	45	PRENATE.....	169, 170, 217, 218
posaconazole dr.....	45	PREPIDIL.....	130
potassium.....	20, 38, 84, 110, 113, 118, 119, 124, 191	PRESERVISION.....	205, 275
POTASSIUM.....	102, 103, 118, 124	PRESSURE.....	106, 107, 145, 161
potassium bicarbonate/cit ac.....	118	PRESSURE ACTIVATED LANCETS.....	161
potassium chloride.....	118	PRESTALIA.....	82
potassium citrate.....	118, 119	PRETOMANID.....	36
potassium iodide.....	113, 191	PREV.....	218
potassium iodide/iodine.....	113	PREVENT.....	226
povidone-iodine.....	104	PREVIDENT.....	109, 112
pramipexole.....	65	PREVNAR 13.....	74
PRAMOSONE.....	191	PREVNAR 20.....	74
PRANDIN.....	49	PREVYMIS.....	69
prasugrel.....	65	PREZISTA.....	66
pravastatin.....	87	PRIFTIN.....	36
praziquantel.....	52	PRIMACARE.....	169
prazosin.....	83	primaquine.....	53
PR BENZOYL PEROXIDE.....	186	PRIMAQUINE.....	53
PRECISIONGLIDE.....	148, 149, 154, 155	PRIMEAIRE.....	164
PRECISION XTRA.....	99, 140	primidone.....	93, 94
PRECOSE.....	49	PRIMSOL.....	35
pred.....	33	PRIORIX.....	76
PRED.....	33, 105	PRISMASOL.....	118
PRED FORTE.....	105	PRO.....	117, 137, 142, 145, 147, 157, 158, 161, 162, 164, 165, 181, 184, 185, 222, 260, 270, 275
PRED-G.....	33	probenecid.....	29
prednicarbate.....	188, 190	PROCARDIA.....	79
prednisolone.....	34, 105, 129	PROCARE SPACER.....	165
PREDNISOLONE.....	33, 105	PROCERV HP.....	218
PREDNISOLONE ACET-GATIFLOXACIN.....	33	PROCHAMBER.....	165
PREDNISOLONE ACET-MOXIFLOXACIN.....	33	prochlorperazine.....	120, 121
PREDNISOLONE AC-MOXIFLOX-BROMF.....	33	PRO COMFORT.....	145, 161, 164, 165, 184
PREDNISOLONE AC-MOXIFLOX-NEPAF.....	33	PROCORT.....	123, 126, 275
PREDNISOLONE PHOS-GATIFLO-BROM.....	33	PROCTOCORT.....	125
PREDNISOLONE PHOS-GATIFLOXACIN.....	33	PRODIGY.....	140, 145, 154, 161
PREDNISOLONE PHOS-MOXIFLO-BROM.....	33	PRODIGY COUNT-A-DOSE.....	154
PREDNISOLONE PHOS-MOXIFLOXACIN.....	33	PRO FE.....	117
prednisone.....	129	PROFERRIN.....	117
preferred plus glucose.....	111	PROFOLA.....	218
PREFEST.....	128	progesterone.....	130, 131, 275
pregabalin.....	94, 202	PROGLYCEM.....	111
PREGNYL.....	131	PROGRAF.....	134
PREHEVBRIO.....	76		

Índice de medicamentos

PROLENSA.....	105	QUFLORA.....	225
PROMACTA.....	95	QUICK RELEASE SOFT TEFLON.....	140
promethazine.....	47, 97, 121	quinapril.....	82, 83, 84
PROMETRIUM.....	130	quinapril/hydrochlorothiazide.....	82
propafenone.....	78	QUIN B STRONG.....	230
proparacaine.....	105	QUINCE SPINAL.....	149
propranolol.....	85, 86	quinidine.....	78
propylthiouracil.....	193	quinine.....	53
PROQUAD.....	76	QUINTABS.....	218
PRORENAL.....	218, 230	QULIPTA.....	20
PROSCAR.....	203	QUVIVIQ.....	180
PROTECT.....	109, 117, 218, 230	QVAR REDIHALER.....	32
PROTECT IRON.....	117, 218	R	
PROTHELIAL.....	196	ra.....	III, 117, 169, 181, 185, 200, 207, 218, 221, 226, 230, 232, 234, 236, 238, 242, 243, 246, 276
PROTOPIC.....	133	RA.....	117, 181, 185, 221, 234, 238, 276
protriptyline.....	175	ra alcohol swabs.....	185
PROVERA.....	96, 130	ra balanced.....	230
PROVIDA OB.....	169	rabeprazole.....	125
PROVOCHOLINE.....	99	RADICAVA ORS.....	89
prucalopride.....	123	RADIOGARDASE.....	199
PSV SET.....	163	ra glucose.....	III
pub glucose.....	III	RAGWITEK.....	73
PULMOZYME.....	194	ra high potency iron.....	117
PURE.....	145, 161, 165, 181, 184, 276	RA HIGH POTENCY IRON.....	117
PURE COMFORT.....	161, 165, 184	ra isopropyl alcohol 70%.....	200
PURECOMFORT.....	165	RA ISOPROPYL ALCOHOL 70% WIPES.....	185
PUREFE.....	218	ra isopropyl alcohol 91%.....	200
purevita.....	207, 242	raloxifene.....	201, 202
PUREVITA.....	207, 221, 226, 230, 231, 234, 235, 238, 242, 246	ramelteon.....	179
PURIXAN.....	55	ramipril.....	83, 84
PUSH.....	145, 161	RANEXA.....	78
PUSH BUTTON.....	161	RA NIACIN.....	221
pyrazinamide.....	36	ranitidine.....	123
pyridostigmine.....	71	ranolazine.....	78
PYRIDOSTIGMINE.....	71, 72, 276	ra one daily prenatal dha pack.....	169
pyridoxine.....	213, 236	RAPAMUNE.....	134
PYRIDOXINE.....	236	RAPID B-12 ENERGY.....	234
pyrimethamine.....	53	ra prenatal tablet.....	169
PYRUKYND.....	77	rasagiline.....	64, 65
Q		RASUVO.....	26
QELBREE.....	176	RAVICTI.....	119
QSYMIA.....	63	ra vit.....	234, 238
Q-SYTE.....	163	RA VIT.....	234
QUADRACEL DTAP-IPV.....	76	ra vitamin.....	226, 234, 238, 242, 243, 246
QUDEXY.....	94	ra vitamin a.....	226
QUERCETIN.....	206	RA VITAMIN C.....	238
QUESTRAN.....	87	RAYALDEE.....	197
quetiapine.....	177		

Índice de medicamentos

RAYA SURE	149	REYATAZ	68
RAYOS	129	REYVOW	20
RAZADYNE	72	REZDIFFRA	197
READI-CAT 2	100	REZUROCK	203
READYLANCE	145, 161	RHOFADE	186
REBIF	90, 91	RHOPRESSA	107
RECOMBIVAX HB	76	ribasphere	70
RECOTHROM	78	ribavirin	70
RECTIV	124	riboflavin	235
REFUAH	140	RIBOFLAVIN	235
REGLAN	123	RIBOZEL	230
REGULAR BEVEL	149	RIDAURA	26
RELAFEN	29	rifabutin	36
RELAGARD	52	rifampin	36
RELCARE	230	RIGHTEST	140, 145, 161
RELENZA	69	RILUTEK	89
RELEXXII	176	riluzole	89
RELIAMED	140, 145, 161	rimantadine	69
RELION	99, III, 181, 185, 277	RIMSO-50	24
reli-on glucose	III	ringer's solution	181
relion glucose	III	RINVOQ	26
RELION GLUCOSE	III	RIOMET	49
RELISTOR	44	risedronate	201, 202
REMEDIENT	218	RISPERDAL	177
REMERON	171	risperidone	177
RENACIDIN	119	RITEFLO	165
RENAL VITAMIN	230	ritonavir	67, 68
RENAL-VITE	230	rivaroxaban	43
RENAPLEX	230	rivastigmine	71, 72
RENVELA	112	rizatriptan	20
repaglinide	49, 50	R-NATAL	170
REPATHA	86, 87	ROBINUL	119
REPLACEMENT	77, 113, 114, 115, 116, 117	ROCALTROL	243
REPLACEMENT PEDIATRIC MONITOR	140	ROCKLATAN	107
REPLESTA	243	roflumilast	32
REQ49+	207	ROMVIMZA	60
RESPA A.R.	97	ropinirole	65
RESTASIS	108	rosadan	186
RESTORIL	179	ROSADAN	186
RETEVMO	59, 60	rosula	42
RETIN-A	192	ROSULA	42
RETROVIR	67	ROSZET	86
REVATIO	80	ROTARIX	74, 75
REVESTA	243	ROTATEQ	74
REVLIMID	57	ROWASA	122
REVUFORJ	60	ROXICODONE	24
REXULTI	178	ROXIFOL	243
		ROZLYTREK	60

Índice de medicamentos

rufinamide.....	94	sevelamer.....	112
rutin.....	206	sevoflurane.....	24, 25
RYALTRIS.....	103	SEYSARA.....	40
RYBELSUS.....	48	SFROWASA.....	122
RYCLORA.....	47	SHINGRIX.....	76
RYDAPT.....	60	SHORT BEVEL.....	149
RYTARY.....	65	SIDEROL.....	117
RYVENT.....	47	SIDESTREAM.....	165
S		SIGNIFOR.....	131
sacubitril.....	83	sildenafil.....	80, 196
SAFE-CLIP.....	140	SILENOR.....	180
SAFESNAP.....	154	SILHOUETTE.....	139, 163
SAFETY 142, 143, 144, 145, 146, 147, 150, 153, 154, 155, 158, 159, 160, 161, 162		SILICONE MASK.....	165
SAFETYGLIDE.....	150, 154	silodosin.....	203
SAFETY LANCETS.....	158, 160, 161	SIL-SERTER.....	140
SAFETY-LET.....	161	SILVADENE.....	42
SAFETY SEAL LANCETS.....	159, 161	silver sulfadiazine.....	42
SAFETY SYRINGE.....	153, 154, 155	SIMBRINZA.....	107
SALAGEN.....	73	SIMILAC PRENATAL.....	169
SALIVAMAX.....	197	SIMLANDI.....	54
salsalate.....	26	SIMPONI.....	54
SAMBUCUS.....	238	simvastatin.....	86, 87
SANCUSO.....	121	SIMVASTATIN.....	87
SANDIMMUNE.....	134	SINGLE.....	123, 125, 145, 161, 181, 185, 278
SANTYL.....	191	SINGLE-LET.....	161
sapropterin.....	199	SINGLE USE SWAB.....	185
SAPS.....	181, 185, 278	sirolimus.....	134
SAPS ALCOHOL 70% PREP PADS.....	185	SIRTURO.....	36
SAVELLA.....	202	SITAVIG.....	69
saxagliptin.....	49, 50	SITZMARKS.....	100
saxagliptn.....	50	SKYCLARYS.....	199
SAXENDA.....	63	SKYLA.....	97
SCALACORT.....	190	SKYRIZI.....	132, 182
SCEMBLIX.....	60	SLIP-TIP.....	154
SCOOBY-DOO ONE A DAY.....	225	slo-niacin.....	221
scopolamine.....	121	SLO-NIACIN.....	221
SECUADO.....	177	SLOW FE.....	117
SEEBRI.....	30	slow release iron.....	113, 115, 117
SELARSDI.....	132	SLOW RELEASE IRON.....	113, 117
SELECT-OB.....	169	sm.....	117, 169, 185, 200, 207, 218, 230, 234, 236, 238, 243
selegiline.....	65	sm alcohol prep pads.....	185
selenium.....	184	SMART.....	143, 145, 159, 161
SELZENTRY.....	66	SMARTDIABETES VANTAGE.....	140
SEMGLEE.....	52	SMARTEST.....	140, 145, 161
SEN-SERTER.....	140	smart sense.....	111
SEROSTIM.....	129	SMART SENSE.....	161
sertraline.....	173, 278	sm iron.....	117

Índice de medicamentos

sm isopropyl alcohol 70%.....	200	SOTYKTU.....	182
sm prenatal vitamins tablet.....	169	SOTYLIZE.....	85
SM SLOW RELEASE IRON 45 MG TAB.....	117	SPACE CHAMBER.....	164, 165
sm vitamin.....	234, 238, 243	SPAN C.....	238
sodium.....	25, 27, 28, 29, 32, 34, 37, 38, 42, 43, 55, 62, 84, 87, 92, 94, 99, 100, 104, 105, 109, 110, 112, 113, 114, 117, 118, 119, 124, 125, 129, 134, 166, 181, 182, 183, 184, 191, 193, 198, 201, 202, 236	SPECIALTY USE NEEDLES.....	149
SODIUM.....	34, 43, 100, 179, 181, 183	SPECTRACEF.....	37
sodium chloride.....	124, 181, 198	SPECTRAVITE.....	207, 218
sodium chloride/nahco3/kcl/peg.....	124	SPEVIGO.....	182
SODIUM CITRATE.....	43	SPIKEVAX.....	74
sodium ferric gluconat/sucrose.....	114, 117	SPIKEVAX COVID.....	74
sodium fluoride.....	109, 110, 112, 113, 118	spinosad.....	64
SODIUM OXYBATE.....	179	SPIRIVA HANDIHALER.....	29
sodium phenylbutyrate.....	119	SPIRIVA RESPIMAT.....	29
sodium polystyrene sulfonate.....	112	spironolact/hydrochlorothiazid.....	103
sodium polystyrene sulfon/sorb.....	112	spironolactone.....	102, 103
sodium, potassium, mag sulfates.....	124	SPORANOX.....	45
sodium sulfacetamide.....	183	SPRITAM.....	94
SODIUM SULFACETAMIDE 10% WASH.....	183	SPRIX.....	20
sod,pot chlor/mag/sod,pot phos.....	181	SSKI.....	113
sod sulfacet-sulf.....	42	sss.....	42
sod sulfacet-sulfur.....	42	STALEVO.....	65
sod sulfacetam 10% clnsng gel.....	183	stavudine.....	67
sod sulfacetamide 9.8% shampoo.....	183	STELARA.....	132
sod sulfacetamide 10% shampoo.....	183	STENDRA.....	196
sod sulfacet-sulfr.....	42	STERILANCE.....	146, 161
sod sulfacet-sulfur.....	42	STERILANCE TL.....	161
sod sulfac-sulfur.....	42	STERILE.....	146, 155, 161
SOF-SERTER.....	141	STERILE LANCETS.....	161
SOF-SET.....	141	STIOLTO RESPIMAT.....	30
SOFT.....	140	STIVARGA.....	60
SOHONOS.....	199	STRENSIQ.....	199
solifenacin.....	204	STRESS B-COMPLEX.....	218
SOLQUA.....	48	stress-c.....	218
SOLO.....	218	stress formula.....	218, 230
SOLODYN.....	40	STRESS FORMULA.....	218
SOLOSEC.....	34	STROMECTOL.....	52
SOLTAMOX.....	62	STROVITE.....	218
SOLUS.....	141, 145, 161	STUART ONE.....	169
SOLUS V2.....	141, 161	SUBSYS.....	24
SOLUVITA.....	225	SUCRAID.....	123
SOMA.....	166	sucalfate.....	121
SOMAVERT.....	197	SULAR.....	79
SOOLANTRA.....	186	sulfacetamide.....	34, 42, 183, 184
sorafenib tosylate.....	59, 60	sulfadiazine.....	35, 42
SORBITOL.....	181	sulfamethoxazole/trimethoprim.....	35
sotalol.....	85	SULFAMYLON.....	42
		sulfasalazine.....	122

Índice de medicamentos

sulindac	29	sv vitamin b-12	234
SUMADAN.....	42	sv vitamin c	238
sumatriptan.....	20	SV VIT B	234
SUMAXIN	42	sv vit c.....	238
sunitinib malate.....	60	SWI	181
SUNLENCA	66	SYMAX DUOTAB.....	122
SUNOSI.....	179	SYMBICORT	31
super	218, 228, 230	SYMDEKO	193
SUPER.....	144, 146, 159, 161, 218, 240, 243	SYMFI.....	68
super b complex-vit c.....	230	SYMLINPEN.....	49
SUPER DAILY D3.....	240, 243	SYMPAZAN	92
SUPER GINSENG.....	218	SYMPROIC.....	44
SUPERIOR	218, 247	SYMTUZA.....	66
super quints	230	SYNALAR.....	41, 190
SUPER THIN LANCETS.....	159, 161	SYNAREL.....	130
SUPOR	154	SYNDROS.....	120
SUPPORT-500.....	219	SYNERA	25
SUPRANE	24	SYNJARDY.....	50
SURE.....	139, 141, 146, 149, 161, 163, 181, 185, 276, 280	SYPRINE.....	199
SURE COMFORT	141, 161, 185	SYRINGE AVITENE	78
SUREFLEX.....	141, 160	SYRINGE BULK	154
SURE-LANCE	161	SYRINGE CATHETER	154
SURE-PEN	141	SYRINGE FILTER.....	154, 155
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS	185	SYRINGE SLIP TIP	155
SURESITE.....	156	SYRINGE TIP CAP	155
SURE-T	163	SYRINGE WITH NEEDLE DISP.....	155
SURE-TEST EASYPLUS.....	141	SYRINGE WITHOUT NEEDLE	155
SURE-TOUCH.....	161	T	
SURGICEL	78	TAB-A-VITE	219
surgifoam.....	78	TABLOID	55
SURGIFOAM	78	TABRECTA	60
SURGISEAL	186	tacrolimus.....	133, 134
SURMONTIL	175	tadalafil.....	80, 195, 196
SURVANTA	194	TAFINLAR	56
SUSTIVA.....	67	TAGITOL.....	100
SUTENT.....	60	TAGRISSO.....	60
sv.....	117, 170, 207, 221, 231, 234, 236, 238, 243, 246	TAKHZYRO.....	73, 194
sv b-12	234	TALICIA	121
sv biotin	231	TALTZ	182
SV BIOTIN.....	230	TALZENNA.....	60
SV COD LIVER OIL.....	225	TAMIFLU	69, 70
sv folic acid	207	tamoxifen.....	62
SV HAIR, SKIN AND NAILS	219	tamsulosin	203
sv niacin.....	221	TANDEM.....	117, 141, 219, 280
sv prenatal tablet.....	170	TANDEM DUAL ACTION.....	117
SV PRENATAL VITAMINS TABLET	170	TAPERDEX.....	129
SV SLOW RELEASE IRON 45 MG TAB	117	TARCEVA.....	60
sv vitamin.....	234, 238, 243, 246	TARGADOX	40

Índice de medicamentos

TARGRETIN	62	T:FLEX	141
TARPEYO	129	THALOMID	36
TASIGNA	61	THEO-24	32
TASMAR	65	theophylline anhydrous	32
tavaborole	47	thera-d	243
TAVALISSE	194	THERA-D	243
TAVNEOS	77	THERAGRAN	219
tazarotene	183	thera-m	219
TAZVERIK	57	THERA-M	219
TB SYRINGE	153, 154, 155	THERAMILL FORTE	219
TC99M	99	THERANATAL	170, 171, 219
TDVAX	76	THEREMS-H	219
TECHLITE	146, 161	thiamine	232
TEGADERM	156, 157	THIAMINE	232
TEGLUTIK	89	THIN	100, 143, 144, 146, 149, 157, 159, 160, 161, 162
TEGRETOL	94	THIN LANCETS	159, 160, 161, 162
TEKTURN HCT	86	THIN WALL NEEDLES	149
TELCARE	141, 146, 161	THIOLA EC	203
TELCARE CONTROL SOLUTION	141	thioridazine	178
TELCARE ULTRA THIN	161	thiothixene	178
telmisartan	83, 84	THRIVITE	170
telmisartan/amlodipine	83	THROMBI-GEL	78
telmisartan/hydrochlorothiazid	83	THROMBIN-JMI	78
temazepam	179	THROMBI-PAD	78
TEMIXYS	66	thyroid,pork	193
TEMOVATE	190	tiagabine	94
temozolomide	55	TIAZAC	79
TENIVAC	76	TIBSOVO	61
tenofovir	67	ticagrelor	65
TENORETIC	86	TIGLUTIK	89
TENORMIN	85	timolol	85, 106, 107
terazosin	83	TIMOLOL	106, 107, 281
terbinafine	45	TIMOLOL-BRIMONIDIN-DORZOLAMIDE	107
terbutaline	30	TIMOLOL-BRIMONI-DORZOL-LATANOP	107
terconazole	44	TIMOLOL-DORZOLAMIDE	107
teriparatide	201	TIMOLOL-LATANOPROST	107
TERSI FOAM	183	TIMOPTIC	107
TERUMO	149, 155	tinidazole	52
TERUMO SURGUARD2	149, 155	tiopronin	203
TERUMO SYRINGE	155	TISSEEL VHSD	186
testosterone	126, 127, 260, 281	TIVICAY	68
TESTOSTERONE	126, 127	TIVORBEX	29
tetrabenazine	89	tizanidine	166
tetracaine	105	TL-HEM 150	117
TETRACAINE	105	TOBAKIENT	219
tetracycline	40	TOBI PODHALER	35
TETRAVISC	105	TOBRADEX	33
TEXACORT	190	tobramycin	33, 34, 35

Índice de medicamentos

tobramycin/dexamethasone	33	TRIFERIC.....	117
TOBRAMYCIN PAK.....	35	trifluoperazine.....	178
TOBREX.....	34	trifluridine.....	69
TOFRANIL.....	175	trihexyphenidyl.....	64
tolcapone.....	65	TRIJARDY.....	51
TOLECTIN.....	29	trimethobenzamide.....	121
tolmetin.....	29	trimethoprim.....	34, 35
tolterodine.....	204	trimipramine.....	175
tolvaptan.....	101, 102	TRI-MIX.....	196
TOOMEY SYRINGE.....	155	TRIMO-SAN.....	52
Topamax.....	94	TRIMPEX.....	36
TOPCARE.....	146, 161	TRINAZ.....	171
TOPICORT.....	190	TRINTELLIX.....	174
topiramate.....	63, 94, 282	TRISODIUM CITRATE CRRT.....	43
topiramate er.....	94	TRISTART.....	170
toremifene.....	62	TRIUMEQ.....	66
torsemide.....	102	TRIVIA.....	219
TOSYMRA.....	20	TRI-VI-FLOR.....	225
TOUJEO.....	52	TRI-VI-SOL.....	225
TOXICOLOGY SALIVA COLLECTION.....	99	tri-vit-fluor.....	225
TRACLEER.....	81, 282	TRI-VIT-FLUOR.....	225
tramadol.....	21, 24	TROKENDI.....	94
trandolapril.....	82, 84	TRONVITE.....	231
trandolapril/verapamil.....	82	TROPICAL LIQUID.....	225
tranexamic.....	77	tropicamide.....	108
TRANSFER.....	68, 148, 149	TROPICAMIDE-CYCLOPENTOLATE-PE.....	108
TRANSPARENT.....	157	TROPICAMIDE-CYCLOPENT-PE-KTRLC.....	108
tranylcypromine.....	172	TROPIC-CYCLOPENT-PE-KTRLC-PROP.....	108
travoprost.....	107	trospium.....	204
trazodone.....	173	true.....	117, 207, 221, 232, 234, 236, 238, 243, 246
TRECTOR.....	36	TRUE.....	99, 141, 146, 161, 181, 185, 219, 221, 232, 236, 243, 246, 282
TRELEGY ELLIPTA.....	31	TRUE COMFORT.....	161, 185
TREMFYA.....	132	TRUECONTROL.....	141
TRESIBA.....	52	TRUEDRAW.....	141
tretinoin.....	62, 183, 184, 192	TRUE METRIX.....	141
TREXALL.....	56	TRUEPLUS.....	101, 111, 146, 161, 162, 219
TREZIX.....	21	TRUEPLUS GLUCOSE.....	111
triamcinolone.....	190, 191, 195	TRUEPLUS KETONE TEST STRIP.....	101
triamterene.....	102, 103	T.R.U.E. TEST.....	198
triamterene/hydrochlorothiazid.....	103	TRULANCE.....	123
triazolam.....	179	TRULICITY.....	48
TRICARE.....	170	TRUMENBA.....	74
trichloroacetic acid.....	187	TRUQAP.....	61
TRICHLOROACETIC ACID.....	187	TRUSTEEL INFUSION SET.....	141
triderm.....	191	TRYNGOLZA.....	86
TRIDESILON.....	191	TRYPTYR.....	109
trientine.....	199	T:SLIM.....	141
		TUBERCULIN SYRINGE.....	152, 153, 154, 155

Índice de medicamentos

TUKYSA	61	ULTRATRAK ULTIMATE	141
TULIVITE	117	ULTRAVATE X	191
TURALIO	61	UNILET	142, 144, 146, 147, 157, 159, 162
TUXARIN	97	UNISTIK	141, 144, 147, 159, 162
TUZISTRA	97	UNISTRIP	142
TWIIST	141	UNIVERSAL	147, 155, 163
TWINPAK DUAL CANNULA	155	UNIVERSAL I	163
TWINRIX	76	UNIVERSAL SYRINGE	155
TWIST	143, 145, 146, 158, 159, 161, 162, 186	UPTRAVI	81
TWYNEO	183	upup	111
TYBOST	193	URECHOLINE	73
TYENNE	133	URELLE	36
TYMLOS	132	URIBEL	36
TYRVAYA	196	URISTIX	101
TYVASO	81	UROCIT-K	119
U		UROQID-ACID	119
UBRELVY	20	URSO	122
UCERIS	126, 129	ursodiol	122
UDAMIN SP	219	USTEKINUMAB	132
ULESFIA	64	UTIBRON	30
ULTANE	25	V	
ULTICARE LDS SYR	155	valacyclovir	70
ULTICARE SAFETY SYRINGE	155	VALCHLOR	62
ULTICARE SYRINGE	155	VALCYTE	70
ULTICARE TB SAFETY	155	valganciclovir	70
ULTIGUARD SAFE	155	valproic	94
ULTIGUARD SAFEPACK	155	valsartan	83, 84
ULTI-LANCE	141	valsartan/hydrochlorothiazide	83
ULTILET	146, 162, 181, 185, 283	VALTOCO	92
ULTRA . 30, 140, 142, 144, 146, 149, 155, 158, 159, 161, 162, 170, 208, 209, 210, 218, 219, 228, 231, 267, 273, 281, 283		VANCOGIN	40
ultra b-100	231	vancomycin	40
ULTRA B-100 COMPLEX	231	VANILLA SILQ	100
ULTRA-CARE	162	VANISHPOINT	156
ULTRA-FINE	149, 155	VANOXIDE-HC	185
ULTRA-FINE MICRO	149	VANRAFIA	203
ULTRA-FINE MINI	149	VAQTA	76
ULTRA-FINE NANO	149	vardenafil	195, 196
ULTRA-FINE ORIGINAL	149	varenicline	192
ULTRA-FINE SHORT	149	VARIBAR	100
ULTRAFOAM	78	VARISOFT	142
ULTRA FREEDA	219	VARIVAX VACCINE	76
ULTRALANCE	146, 162	VARUBI	121
ULTRA THIN	159, 161, 162	VASCEPA	119
ULTRA-THIN II	162	VASCULERA	206
ULTRA THIN PLUS	162	VASERETIC	82
ULTRATLC	146, 162	VASOFLEX	206
ULTRATRAK CONTROL	141	VASOTEC	84
		VAXELIS	76

Índice de medicamentos

VAXNEUVANCE	74	264, 270, 276, 280, 282, 284	
VB6 P5P	236	vit a.....	205, 225
VECAMYL	84	VITA-BEE	231
VECTICAL	183	VITABEX	117, 219
VELPHORO	112	VITACORE	219
VELSIPITY	91	VITAFOL	117, 170, 171
VELTASSA	112	VITAFUSION.....	219
VEMLIDY.....	70	VITAJoy	219, 231, 239
VENALIV.....	206	VITAL-D	231
VENCLEXTA	61	VITAMEDMD	170
venlafaxine	174	vitamin.....	110, 116, 169, 209, 219, 221, 222, 226, 227, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 255, 257, 260, 262, 264, 276, 278, 280, 284, 285
VENOFER	117	VITAMIN.....	110, 116, 118, 166, 167, 168, 169, 170, 191, 192, 197, 201, 207, 209, 211, 214, 217, 219, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 253, 257, 258, 264, 265, 274, 276, 277, 284
VENTAVIS	81	vitamin a	226
VEO INSULIN SYRINGE	156	VITAMIN A	191, 192, 225, 226
VEOZAH	198	vitamin b-12.....	230, 233, 234, 235
verapamil.....	79, 82	vitamin b12.....	234, 235
VERELAN	79	VITAMIN B-12	233, 234, 235
VERIFINE.....	147	VITAMIN B12	232, 233, 234, 235
VERQUVO.....	80	vitamin b complex	219, 226, 231
VERSACLOZ	178	vitamin b-complex	231
VERTIGOHEEL.....	198	vitamin c	209, 219, 227, 231, 237, 238, 239, 240
VERZENIO.....	61	VITAMIN C	226, 227, 236, 237, 238, 239, 240
VEVYE.....	108	vitamin d2.....	241
VFEND	45	vitamin d3.....	110, 240, 241, 242, 243
V-GO	142	VITAMIN D3.....	219, 240, 241, 242
VIBERZI.....	123	VITAMIN D3-ALOE.....	219
VIBRAMYCIN.....	40	vitamin e.....	245, 246
VIGADRONE.....	94	VITAMIN E	245, 246, 247
VIGAMOX	34	VITAMIN K.....	247
VIJOICE	194	VITAMIN K2	247
VIOKACE	124	VITAMINS A D	226
VIRACEPT	68	VITAMINS A-D-E	219
VIREAD	67	VITAPEARL.....	170
VIRT-CAPS	231	VITA-RESPA.....	231
virt-fefa plus	117	VITASURE.....	231
VIRT-FEFA PLUS	117	VITATrue	170
VISION FORMULA	204, 205	vit a/vit c/vit e/zinc/copper	205
VISION PLUS.....	207	vit b.....	228, 229, 231, 233
VISTA ADVANCED AREDS2.....	205	VIT B-12.....	212, 233, 234
VISTARIL.....	47	vit b12/levomefolate/vit b6/b2	228, 231
VISTASEAL	78	vit c-rose hip	236, 237, 238
VISTOGARD.....	195	vit c-rose hips	237, 238, 239
vit	114, 115, 116, 120, 168, 169, 205, 206, 211, 212, 215, 218, 219, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 233, 234, 236, 237, 238, 239, 240, 242, 243, 247, 254, 257, 259, 261, 264, 276, 280, 282, 284		
VIT	191, 212, 213, 222, 223, 225, 233, 234, 238, 239, 243, 255,		

Índice de medicamentos

VIT C-ROSE HIPS.....	239	WINREVAIR.....	81
vit d3.....	225, 240, 242	WOMEN'S 50.....	209, 219
VITEYES.....	205	women's daily.....	219
VITRAKVI.....	61	WOMEN'S DAILY.....	219, 220
VITREXYL.....	219	WOMENS DAILY GUMMIES.....	220
VITRON-C.....	117	WOMEN'S MULTIVITAMIN.....	220
VITRUM 50.....	219	WOMEN'S PRENATAL PLUS DHA.....	170
vits a,c,e/lutein/minerals.....	205	WYNZORA.....	191
VIVAGUARD.....	142, 147, 163	X	
VIVJOA.....	45	XACIATO.....	40
VIZIMPRO.....	61	XALKORI.....	61
VOGELXO.....	127	XAQUIL.....	207
VOLUMEN.....	100	XARELTO.....	43
VONJO.....	61	XCELLENT.....	240, 247
VOQUEZNA.....	121, 124	XCELLENT C.....	240
VORANIGO.....	61	XCOPRI.....	94, 95
voriconazole.....	45	XDEMVI.....	64
VORTEX.....	165	XELJANZ.....	27
VOSEVI.....	70	XELODA.....	56
VOTRIENT.....	61	XENICAL.....	64
VOWST.....	123	XENLETA.....	38
VOXZOGO.....	199	XENON XE-133.....	100
VOYDEYA.....	77	XEPI.....	41
v-r alcohol prep pads.....	185	XERMELO.....	120
VRAYLAR.....	178	XHANCE.....	103
VRAYLAR 1.5 MG CAPSULE.....	178	XIFAXAN.....	39
v-r vitamin c.....	240	XIGDUO.....	50, 51
VTAMA.....	184	XIIDRA.....	108
VUEBLU.....	99	XOFLUZA.....	70
VUMERITY.....	91	XOLAIR.....	32
VYKAT.....	201	XOLREMDI.....	95
VYLEESI.....	176	XOPENEX.....	30
VYNDAMAX.....	199	XOSPATA.....	61
VYNDAQEL.....	199	XTANDI.....	55
VYVANSE.....	171	XURIDEN.....	111
VYVGART.....	199	XVITE.....	231
W		XYOSTED.....	127
WAKIX.....	95	XYREM.....	179
water.....	181	XYWAV.....	179
WAVESENSE.....	142	XYZBAC.....	220
WEBCOL.....	181, 185, 285	Y	
WEGOVI.....	63	YALE.....	149
WELIREG.....	61	YAZ.....	96
well.....	240, 245	YESINTEK.....	132
WHEAT GERM.....	247	YEZTUGO.....	66
WINDOW BANDAGES.....	157	YONSA.....	55
		YORVIPATH.....	130

Índice de medicamentos

YUPELRI.....	29	ZTLIDO.....	25
YUTREPIA.....	81	ZUBSOLV.....	203
Z		ZYDELIG.....	61
zafirlukast.....	32	ZYKADIA.....	61
zaleplon.....	180	ZYLOPRIM.....	26
ZANAFLEX.....	166, 286	ZYPITAMAG.....	87
ZARONTIN.....	95	ZYPREXA.....	178
ZCORT.....	129	ZYVANA.....	220
ZELBORAF.....	56	ZYVIT.....	220
ZELDANA.....	231	ZYVOX.....	38
ZELNORM.....	124		
ZEMBRACE SYMTOUCH.....	20		
ZEMPLAR.....	197		
ZENPEP.....	124		
zenzedi.....	72		
ZENZEDI.....	72		
ZEPATIER.....	70		
ZEPOSIA.....	91		
ZESTORETIC.....	82		
ZESTRIL.....	84		
ZIAGEN.....	67		
ZIANA.....	184		
zidovudine.....	66, 67		
zinc oxide.....	186		
ZINC OXIDE PASTE.....	186		
ZINC PLUS.....	240		
ziprasidone.....	177, 178		
ZIRGAN.....	69		
ZITHROMAX.....	37		
ZODRYL AC.....	97, 98		
ZODRYL DAC.....	97		
ZODRYL DEC.....	98		
ZOKINVY.....	194		
ZOLINZA.....	54		
zolmitriptan.....	20		
zolpidem.....	180		
ZOLPIMIST.....	180		
ZOMIG.....	20		
ZONALON.....	183		
zonisamide.....	95		
ZONTIVITY.....	65		
ZOO FRIENDS.....	225		
ZORBTIVE.....	129		
ZORTRESS.....	134		
ZORYVE.....	184, 187		
ZOVIRAX.....	70, 71		
ZTALMY.....	179		

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

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



1. Se aplican los términos de la aplicación/tienda en línea y los cargos de las compañías de telefonía celular/uso de datos. Los clientes menores de 13 años no podrán registrarse en myCigna.com (así como tampoco sus padres o tutores).
2. Los precios que se muestran en myCigna no están garantizados, y la cobertura está sujeta a los términos y las condiciones de su plan. Visite myCigna para obtener más información.
3. Sitio web de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos, "Generic Drug Facts". Contenido actualizado al 1 de noviembre de 2021. [fda.gov/drugs/generic-drugs/generic-drug-facts](https://www.fda.gov/drugs/generic-drugs/generic-drug-facts).
4. Sitio web de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos, "Biosimilar Basics for Patients". Última actualización: 1 de agosto de 2024. [fda.gov/drugs/biosimilars/biosimilars-basics-patients](https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/biosimilars-basics-patients).
5. **No todos los planes ofrecen Express Scripts Pharmacy y Accredo como opciones de farmacia cubiertas.** Inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com, o consulte los materiales de su plan, para obtener más información sobre las farmacias que pertenecen a la red de su plan. Cigna Healthcare, Evernorth Health Services, Express Scripts y Accredo forman parte de The Cigna Group. Esto significa que tenemos una participación en la titularidad de los servicios de entrega a domicilio de Express Scripts Pharmacy y los servicios de farmacia de especialidad de Accredo. Sin embargo, usted tiene derecho a despachar sus recetas en cualquier farmacia de la red de su plan (en la medida que su plan lo permita).
6. Su plan paga el costo del envío estándar.
7. Express Scripts Pharmacy puede renovar automáticamente determinados medicamentos. Inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com, o llame al 800.835.3784, para suscribirse. Puede suscribirse para recibir mensajes de correo electrónico y/o de texto de Express Scripts Pharmacy. Para recibir mensajes de texto, tendrá que suscribirse al servicio de mensajes de texto de Express Scripts. Puede hacerlo en línea o cuando llame al 800.835.3784 para renovar su receta. Una vez que se suscriba, simplemente responda a su mensaje de bienvenida para comenzar. Se aplican cargos de mensajes de texto estándares.
8. Solo es posible renovar algunos medicamentos de especialidad por mensaje de texto. Para recibir mensajes de texto, tendrá que suscribirse al servicio de mensajes de texto de Accredo. Puede hacerlo cuando llame a Accredo para renovar su receta. Una vez que se suscriba, simplemente responda a su mensaje de bienvenida para comenzar. Se aplican cargos de mensajes de texto estándares.
9. **Para los planes asegurados que deben cumplir con las leyes de seguro del estado de Delaware:** los medicamentos antidepresivos, para dejar de fumar, para el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y antipsicóticos de marca que no tengan un equivalente genérico disponible estarán cubiertos como medicamentos del Nivel 2 (de marca preferida). Esto es así aunque el medicamento esté incluido en el Nivel 3 (marca no preferida) en la Lista de medicamentos de su plan. Para averiguar cómo su plan específico cubre estos medicamentos, inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com, o llame al número que aparece en su tarjeta de ID.
10. Los costos y detalles completos de la cobertura de medicamentos con receta del plan se encuentran en los documentos del plan. En caso de discrepancia entre la información proporcionada aquí y los documentos del plan, prevalecerá sin excepciones la información incluida en los documentos del plan.
11. **Para los planes que deben cumplir con leyes de seguro estatales, como Delaware:** Es posible que su plan cubra medicamentos para la infertilidad y para dejar de fumar aunque en esta Lista de medicamentos se indique que su plan tal vez no los cubra. Para averiguar si su plan específico cubre estos medicamentos, inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com, o consulte los materiales de su plan.

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

Los productos y servicios de Cigna Healthcare se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de The Cigna Group.

La discriminación es ilegal.

Cigna Healthcare® cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, ascendencia, religión, estado civil, género, orientación sexual, identidad de género o estereotipos sexuales.

Cigna Healthcare no excluye a las personas ni las trata de un modo diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, ascendencia, religión, estado civil, género, orientación sexual, identidad de género o estereotipos sexuales.

Cigna Healthcare:

- Proporciona a las personas con discapacidades modificaciones razonables y herramientas especiales gratuitas para que puedan comunicarse de manera eficaz con nosotros; por ejemplo:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados;
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios de asistencia lingüística gratuita, en forma oportuna, a personas cuyo idioma primario no es el inglés, como por ejemplo:
 - Intérpretes calificados;
 - Información escrita en otros idiomas.



Todos los productos y servicios de Cigna Healthcare se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de The Cigna Group, que incluyen a Cigna Health and Life Insurance Company, Connecticut General Life Insurance Company, Evernorth Behavioral Health, Inc., Evernorth Care Solutions, Inc. y HMO subsidiarias o compañías de servicios subsidiarias de Cigna Health Corporation, incluidas Cigna HealthCare of Arizona, Inc., Cigna HealthCare of California, Inc., Cigna HealthCare of Colorado, Inc., Cigna HealthCare of Connecticut, Inc., Cigna HealthCare of Florida, Inc., Cigna HealthCare of Georgia, Inc., Cigna HealthCare of Illinois, Inc., Cigna HealthCare of Indiana, Inc., Cigna HealthCare of St. Louis, Inc., Cigna HealthCare of North Carolina, Inc., Cigna HealthCare of New Jersey, Inc., Cigna HealthCare of South Carolina, Inc., Cigna HealthCare of Tennessee, Inc. y Cigna HealthCare of Texas, Inc. ATTENTION: If you speak languages other than English, language assistance services, free of charge are available to you. For current Cigna customers, call the number on the back of your ID card. Otherwise, call 1.800.244.6224 (TTY: Dial 711). ATTENTION: Si usted habla un idioma que no sea inglés, llame a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Si es un cliente actual de Cigna

8883755PH 5/25 B 2025 Cigna Healthcare

Si necesita modificaciones razonables, servicios y herramientas especiales, o servicios de asistencia lingüística, comuníquese con el coordinador de derechos civiles.

Si considera que Cigna Healthcare no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otro modo por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, ascendencia, religión, estado civil, género, orientación sexual, identidad de género o estereotipos sexuales, puede presentar una queja ante el coordinador de derechos civiles. P.O. Box 188016, Chattanooga, TN 37422, 877.822.6561 (TTY: marque el 711)

ACAGrievance@CignaHealthcare.com

La queja puede presentarse en persona, por correo postal, por fax o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar la queja, el coordinador de derechos civiles podrá ayudarle.

También puede presentar una queja en materia de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono a:

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

Los formularios para presentar una queja están disponibles en <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>

Proficiency of Language Assistance Services

English – ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-800-244-8224 (TTY: Dial 711) or speak to your provider.

Spanish – ATENCIÓN: Si habla español, los servicios de asistencia lingüística gratuitos están disponibles para usted. También están disponibles de forma gratuita ayudas y servicios auxiliares adecuados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-800-244-8224 (TTY: Marque 711) o hable con su proveedor.

Chinese – 注意: 如果您讲中文, 我们提供免费的语言援助服务。适当的辅助设备和服务也可以免费提供, 以提供无障碍格式的信息。请拨打 1-800-244-8224 (TTY: 拨打 711) 或与您的服务提供商联系。

Vietnamese – XIN LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí có sẵn cho bạn. Các thiết bị và dịch vụ hỗ trợ phù hợp để cung cấp thông tin ở định dạng có thể tiếp cận cũng có sẵn miễn phí. Gọi số 1-800-244-8224 (TTY: Gọi 711) hoặc nói chuyện với nhà cung cấp của bạn.

Korean – 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 무료 언어 지원 서비스가 제공됩니다. 접근 가능한 형식으로 정보를 제공하기 위한 적절한 보조 기기 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-800-244-8224 (TTY: 711 로 전화) 로 전화하시거나 제공자에게 문의하십시오.

Tagalog – PAUNAWA: Kung itawag ay nagsasalita ng Tagalog, ang mga libreng serbisyo ng tulong sa wika ay magagamit para sa iyo. Ang mga angkop na pantukang na kagamitan at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format ay magagamit din ng libre. Tumawag sa 1-800-244-8224 (TTY: Tumawag sa 711) o makipag-usap sa iyang tagapagbigay.

Russian – ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском, доступны бесплатные услуги языковой помощи. Также бесплатно предоставляются соответствующие вспомогательные средства и услуги для предоставления информации в доступных форматах. Позвоните по телефону 1-800-244-8224 (TTY: Наберите 711) или обратитесь к вашему провайдеру.

Arabic – تهديد: إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر أيضًا مساعدات قارئة للرسائل (إلهاد، وذلك مجانًا). اتصل بالرقم 1-800-244-8224 (TTY: 711 (الطلب) إلى مكتب الخدمة الخاص بك).

French Creole – ATANSYON: Si ou pale Kreyòl Ayisyen, sèvis asistans lang gratis yo disponib pou ou. Ekipman ak sèvis adisyonèl li apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm li aksesib yo disponib tou gratis. Rele 1-800-244-8224 (TTY: Rele 711) oswa pale ak founisè ou a.

French – ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont disponibles pour vous. Des aides et des services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-800-244-8224 (TTY : composez le 711) ou parlez à votre fournisseur.

Portuguese – ATENÇÃO: Se você fala português, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Auxílios e serviços apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-800-244-8224 (TTY: disque 711) ou fale com seu prestador de serviços.

Polish – UWAGA: Jeśli mówisz po polsku, dostępne są bezpłatne usługi pomocy językowej. Odpowiednie pomoce i usługi wspierające w celu dostarczenia informacji w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1-800-244-8224 (TTY: wytłóż 711) lub skontaktuj się ze swoim dostawcą usług.

Japanese – 注意: 日本語を話す場合は、無料の言語支援サービスが利用できます。アクセス可能な形式で情報を提供するための適切な補助機器やサービスも無料で利用できます。1-800-244-8224 (TTY: 711 にダイヤル) に電話するか、提供者に話してください。

Italian – ATTENZIONE: Se parli italiano, sono disponibili per te servizi gratuiti di assistenza linguistica. Sono disponibili gratuitamente anche ausili e servizi appropriati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama il numero 1-800-244-8224 (TTY: compone il 711) o parla con il tuo fornitore.

German – Achtung: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Geeignete Hilfsmittel und Dienste, um Informationen in barrierefreien Formaten bereitzustellen, sind ebenfalls kostenlos verfügbar. Rufen Sie 1-800-244-8224 an (TTY: Wählen Sie 711) oder sprechen Sie mit Ihrem Anbieter.

Persian (Farsi) – هتودن: ريدانك ر خدمات گهني هتاد راي در ستري لتار. خدمات رايگان گهني رايي شيا سحت مي گوند. تودا: نگر به فارسي تفس رايي راي (شماره 711 رايي راي) (TTY: اوله اطلاعات در قايهي اوله ستري به سورت رايي در ستري هتدر رايي راي 1-800-244-8224 اوله هتدر تود سحت گند)