



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

Health Maintenance Organization (HMO), Network, Network Point of Service (POS)

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.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

- **AGE** (requisito de edad), es posible que necesite aprobación según su edad.

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 comuniquen 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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

su medicamento, no podemos limitar ni excluir la cobertura para ese medicamento si su médico se lo sigue recetando para tratar su condición (siempre y cuando el medicamento se recete adecuadamente y sea seguro y eficaz para tratar su condición).

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

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 **signaforhcp.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 nuestros requisitos de cobertura para el medicamento y/o el médico revisor.

P. Recientemente eliminaron mi medicamento de la Lista de medicamentos. Mi médico quiere que lo siga tomando de todos modos. ¿Qué debo hacer para que esté cubierto?

R. No es necesario que haga nada. Si su médico le sigue recetando el medicamento, nosotros seguiremos cubriéndolo. Si su medicamento ya requiere autorización previa, su médico solo tiene que seguir solicitando (y recibiendo) la aprobación para que el medicamento esté cubierto.

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 **signaforhcp.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.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

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.

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.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

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 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. ¿Me pueden despachar mi receta en cualquier farmacia de mi red?

R. Depende. Algunos planes solo permiten despachar los medicamentos en determinadas farmacias de la red o a través del servicio de entrega a domicilio. 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.

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

- 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.

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

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

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.

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.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

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, 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).

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

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.
- **Suministros para diabéticos:** Tienen cobertura según el costo compartido aplicable.
- **Hormonas del crecimiento:** Necesitan la aprobación de Cigna Healthcare para que su plan los cubra (autorización previa). Si recibe la aprobación para la cobertura, usted pagará su costo compartido del nivel aplicable para despachar el medicamento.
- **Vacunas:** Las vacunas ahora están cubiertas por el beneficio de farmacia. No todos los planes cubren las vacunas de la misma manera. Inicie sesión en la aplicación myCigna o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan, para averiguar cómo las cubre su plan específico.
- **Medicamentos compuestos:** Si el medicamento cuesta más de \$200, necesitará la aprobación de Cigna Healthcare para que su plan lo cubra (autorización previa). Si recibe la aprobación para la cobertura, 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. El medicamento de marca estará escrito todo en MAYÚSCULA.
- **Coseguro:** Un porcentaje del costo de un beneficio de cuidado de la salud cubierto que una persona inscrita paga después de haber pagado el deducible, si se aplica un deducible al beneficio de cuidado de la salud, como el beneficio de medicamentos con receta.
- **Copago:** Una cantidad fija en dólares que una persona inscrita 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, como el beneficio de medicamentos con receta.
- **Deducible:** La cantidad que una persona inscrita paga por beneficios de cuidado de la salud cubiertos antes de que el plan de salud de la persona inscrita comience a pagar por la totalidad o parte del costo del beneficio de cuidado de la salud conforme a los términos de la póliza.
- **Nivel de medicamentos:** Un grupo de medicamentos con receta que corresponde a un nivel específico de costo compartido en

Información sobre esta Lista de medicamentos

Palabras que quizás necesite conocer (cont.)

la cobertura de medicamentos con receta del plan de salud. El nivel en el cual se incluye un medicamento con receta determina la parte del costo del medicamento que debe pagar la persona inscrita.

- **Persona inscrita:** Una persona inscrita en un plan de salud que tiene derecho a recibir servicios del plan.
- **Solicitud de excepción:** Una solicitud de cobertura de un medicamento con receta. Si una persona inscrita, o la persona designada por ella, o el proveedor de cuidado de la salud que emite recetas envía una solicitud de excepción para la cobertura de un medicamento con receta, el plan de salud debe cubrir el medicamento con receta cuando se determine que es médicamente necesario para tratar la condición de la persona inscrita.
- **Circunstancias apremiantes:** Cuando una persona inscrita sufre una condición médica que puede poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad para recuperar su funcionamiento pleno, o cuando la persona inscrita se está realizando un tratamiento con un medicamento no incluido en el Formulario.
- **Formulario:** La lista completa de medicamentos preferidos para usar y elegibles para tener cobertura en virtud de un producto de plan de salud, e incluye todos los medicamentos cubiertos conforme al beneficio de medicamentos con receta para pacientes ambulatorios del producto de plan de salud. El Formulario también se conoce como Lista de medicamentos con receta.
- **Medicamento genérico:** Un medicamento igual a su equivalente de marca en términos de dosis, seguridad, concentración, forma de tomarse, calidad, rendimiento y uso previsto. Un medicamento genérico está escrito en minúscula cursiva y negrita.
- **Medicamento no incluido en el Formulario:** Un medicamento con receta que no aparece en el Formulario del plan de salud.
- **Costos de desembolso:** Los copagos, el coseguro y el deducible aplicable, además de todos los costos de los servicios de cuidado de la salud que el plan de salud no cubre.
- **Proveedor que emite recetas:** Un proveedor de cuidado de la salud autorizado para emitir una receta para tratar una condición médica para una persona inscrita en un plan de salud.
- **Receta:** Una orden oral, escrita o electrónica de un proveedor que emite recetas para una persona inscrita específica, que contiene el nombre del medicamento con receta, la cantidad, la fecha de emisión, el nombre y la información de contacto del proveedor que emite recetas, la firma del proveedor que emite recetas si la receta se emite por escrito, y si así lo solicita la persona inscrita, la condición médica o el fin para los cuales se receta el medicamento.
- **Medicamento con receta:** Un medicamento recetado por el proveedor que emite recetas de la persona inscrita y que requiere una receta conforme a la ley aplicable.
- **Autorización previa:** El requisito de un plan de salud de que la persona inscrita o el proveedor que emite recetas de la persona inscrita obtengan la autorización del plan de salud para un medicamento con receta antes de cubrir el medicamento. El plan de salud debe otorgar una autorización previa cuando sea médicamente necesario que la persona inscrita obtenga el medicamento.
- **Tratamiento escalonado:** Un proceso que especifica la secuencia en la cual se recetan diferentes medicamentos con receta para una condición médica determinada y médicamente apropiados para un paciente en particular. Es posible que el plan de salud le exija a la persona inscrita probar uno o más medicamentos para tratar su condición médica antes de cubrir un medicamento en particular para la condición, conforme a una solicitud de tratamiento escalonado. Si el proveedor que emite recetas de la persona inscrita presenta una solicitud de excepción al tratamiento escalonado, el plan de salud deberá hacer excepciones al tratamiento escalonado cuando se cumplan los criterios aplicables.
- **Suscriptor:** La persona responsable del pago a un plan o cuyo empleo u otra condición, salvo la de ser dependiente familiar, sea la base de la elegibilidad para ser miembro del plan.

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

* 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 (hydrocodone/acetaminophen)	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 otc 1,200 mcg</i>	T1	PA QL (90 lozs/30 days)
<i>fentanyl cit otc 1,600 mcg</i> (Actiq)	T1	PA QL
<i>fentanyl citrate otc 200 mcg</i>	T1	PA QL (90 lozs/30 days)
<i>fentanyl citrate otc 400 mcg</i>	T1	PA QL (90 lozs/30 days)
<i>fentanyl citrate otc 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		
lidocaine hcl	T1	QL (60 mls/30 days)
lidocaine hcl	T1	
lidocaine hcl 2% jel urojet ac	T1	QL (60 mls/30 days)
lidocaine hcl 2% jelly uro-jet	T1	QL (60 mls/30 days)
lidocaine hcl 4% solution	T1	
ANESTÉSICOS LOCALES TÓPICOS		
CETACAIN ANESTHETIC	T3	
DYCLOPRO	T3	
L.E.T. (LIDO-EPINEPH-TETRA)	T3	
lidocaine 5% ointment	T1	QL (50 gms/28 days)
lidocaine 5% patch (Lidocan li)	T1	PA
lidocaine 5% patch (Lidoderm)	T1	PA
lidocaine (Lidocan li)	T1	PA
lidocaine hcl	T1	
lidocaine hcl 4% solution	T1	
LIDOCAN II (lidocaine)	T3	PA
lidocaine-prilocaine cream	T1	QL (30 gms/30 days) PPACA
lidocaine/racepinep/tetracaine	T1	
SYNERA	T3	
ZTLIDO	T2	PA
ANESTÉSICOS (Condiciones urinarias)		
AGENTES ANESTÉSICOS/ANALGÉSICOS DE LAS VÍAS URINARIAS (COLORANTES AZODERIVADOS)		
phenazopyridine hcl (Pyridium)	T1	
ANTIALÉRGICOS (Alergia/rociadores nasales)		
ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS		
cromolyn 100 mg/5 ml oral conc (Gastrocrom)	T1	
GASTROCROM (cromolyn sodium)	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>meclofenamate 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	
<i>XOPENEX (levalbuterol hcl)</i>	T3	
<i>XOPENEX CONCENTRATE (levalbuterol hcl)</i>	T3	
AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS, ACCIÓN ULTRA PROLONGADA		
<i>STRIVERDI RESPIMAT</i>	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
<i>BROVANA (arformoterol tartrate)</i>	T3	QL (120 mls/fill) HD
<i>FORMOTEROL FUMARATE-NEBULIZER</i>	T2	QL (120 mls/30 days) HD
<i>formoterol fumarate (Perforomist)</i>	T1	
COMBO DE ADRENÉRGICOS BETA Y ANTICOLINÉRGICOS, INHALADOS		
<i>ANORO ELLIPTA</i>	T2	QL (1 inhaler/fill) HD
<i>COMBIVENT INHALER</i>	T2	
<i>COMBIVENT RESPIMAT</i>	T2	QL (2 inhalers/30 days)
<i>SEEBRI NEOHALER 15.6MCG INHALER</i>	T3	HD
<i>UTIBRON NEOHALER 27.5, 15.6MCG (PS 6)</i>	T3	HD
<i>UTIBRON NEOHALER 27.5, 15.6 MCG (PS 60)</i>	T3	HD
<i>STIOLTO RESPIMAT</i>	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		
dapsone 100 mg tablet	T1	
dapsone 25 mg tablet	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		
ethambutol hcl (Myambutol)	T1	HD
isoniazid	T1	HD
MYCOBUTIN (<i>rifabutin</i>)	T3	HD
PASER	T3	HD
pyrazinamide	T1	HD
rifabutin (Mycobutin)	T1	HD
TRECTOR	T3	HD
ANTIBIÓTICOS ANTITUBERCULOSOS		
cycloserine	T1	
PRETOMANID	T3	PA
PRIFTIN	T2	
rifampin	T1	
SIRTURO	T4	PA SP
BETALACTAMASAS		
CAYSTON	T4	PA QL (84 mls/fill) SP HD
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 1.º GENERACIÓN		
cefadroxil	T1	
cephalexin (Keflex)	T1	
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 2.º GENERACIÓN		
cefaclor	T1	
cefprozil	T1	
cefuroxime axetil	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.ª 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>mondoxyne nl 100 mg capsule</i>	T1	
<i>mondoxyne 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 (Cleocin T)</i>	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 (Cleocin T)</i>	T1	
<i>clindamycin phosp 1% lotion (Cleocin T)</i>	T1	QL (120 mls/30 days)
<i>clindamycin phosphate (Cleocin T)</i>	T1	
<i>clindamycin phosphate (Evoclin)</i>	T1	ST QL (100 gms/30 days)
<i>clindamycin phosphate 1% foam (Evoclin)</i>	T1	ST QL (100 gms/30 days)
<i>clindamycin phosphate 1% gel (Clindagel)</i>	T1	QL (150 mls/30 days)
<i>erythromycin base in ethanol</i>	T1	
<i>erythromycin/benzoyl peroxide (Benzamycin)</i>	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 carpupject, 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 10 mg/ml susp</i>	T1	
<i>fluconazole 40 mg/ml susp</i> (Diflucan)	T1	
<i>fluconazole 50 mg tablet</i> (Diflucan)	T1	
<i>fluconazole 100 mg, 200 mg tablet</i>	T1	
<i>fluconazole 150 mg tablet</i> (Diflucan)	T1	QL (2 tabs/fill)
<i>flucytosine</i> (Ancobon)	T1	
<i>itraconazole 100 mg capsule</i> (Sporanox)	T1	QL (30 caps/fill)
<i>itraconazole 100 mg/10 ml cup</i>	T1	QL (2 bottles/30 days)
<i>itraconazole 10 mg/ml solution</i>	T1	QL (2 bottles/30 days)
<i>ketoconazole 200 mg tablet</i>	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 dr 100 mg tablet</i> (Noxafil)	T1	PA
SPORANOX (<i>itraconazole</i>)	T3	QL (30 caps/30 days)
<i>terbinafine hcl</i>	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 ultramicrosize</i>	T1	
<i>griseofulvin, microsize</i>	T1	
<i>nystatin 100,000 unit/ml susp</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) (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)
nystatin	T1	QL (180 gms/fill)
nystatin 100,000 unit/gm cream	T1	QL (60 gms/28 days)
nystatin 100,000 unit/gm oint	T1	QL (60 gms/28 days)
nystatin/triamcin	T1	QL (60 gms/28 days)
oxiconazole nitrate	T1	QL (60 gms/28 days)
tavaborole	T1	ST
ANTIISTAMÍNICOS Y DESCONGESTIVOS COMBINADOS (Alergia/rociadores nasales)		
COMBINACIÓN DE ANTIISTAMÍNICOS DE 1.º GENERACIÓN Y DESCONGESTIVOS		
phenylephrine hcl/prometh hcl	T1	
ANTIISTAMÍNICOS (Alergia/rociadores nasales)		
COMBINACIÓN DE ANTIISTAMÍNICOS DE 2.º GENERACIÓN Y DESCONGESTIVOS		
CLARINEX-D 12 HOUR	T3	QL (60 tabs/fill)
ANTIISTAMÍNICOS - 1.º GENERACIÓN		
carbinoxamine 4 mg/5 ml liquid	T1	
carbinoxamine maleate	T1	ST
carbinoxamine maleate 4 mg tab	T1	
carbinoxamine maleate 6 mg tab	T1	ST
cyproheptadine 2 mg/5 ml soln	T1	
cyproheptadine 2 mg/5 ml syrup	T1	
cyproheptadine 4 mg tablet	T1	
CYPROHEPTADINE 4 MG/10 ML SYRP	T3	
dexchlorpheniramine maleate (Ryclora)	T1	
hydroxyzine hcl	T1	
hydroxyzine hcl	T1	
hydroxyzine pamoate	T1	
hydroxyzine pamoate (Vistaril)	T1	
promethazine hcl	T1	
RYCLORA (dexchlorpheniramine maleate)	T3	
RYVENT	T3	ST
VISTARIL (hydroxyzine pamoate)	T3	
ANTIISTAMÍNICOS - 2.º 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 (Clarinet)</i>	T1	QL (30 tabs/fill) HD
ANTIISTAMÍNICOS (Condiciones oculares)		
ANTIISTAMÍNICOS PARA LOS OJOS		
<i>azelastine hcl 0.05% drops</i>	T1	
<i>bepotastine besilate (Bepreve)</i>	T1	ST
BEPREVE	T3	
<i>epinastine hcl</i>	T1	
LASTACFT 0.25% EYE DROPS	T3	ST
ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes)		
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE LA ENZIMA DPP-4-TIAZOLIDINEDIONA		
OSENI	T3	ST QL (30 tabs/fill) HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, MIMÉTICOS DE INCRETINA (AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-1)		
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 (Victoza 2-Pak)</i>	T1	PA
<i>liraglutide 2-pak 18 mg/3 ml (Victoza 3-Pak)</i>	T1	PA
<i>liraglutide 3-pak 18 mg/3 ml (Victoza 2-Pak)</i>	T1	PA
<i>liraglutide 3-pak 18 mg/3 ml (Victoza 3-Pak)</i>	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)
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INSULINA, ACCIÓN PROLONGADA-AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-1		
SOLIQUA 100-33	T2	QL (15 mls/30 days)
ANTIHIPERGLUCÉMICOS - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE DOPAMINA		
CYCLOSET	T3	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS - 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
ANTIHIPERGLUCÉMICOS-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 v1/28 days)
<i>pentamidine isethionate</i> (Nebupent)	T1	QL (1 v1/28 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
<i>ciclopirox 8% treatment kit</i>	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-ADB(M)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		
<i>bexarotene</i> (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 (<i>melphalan</i>)	T4	SP CSL
<i>cyclophosphamide 25 mg capsule</i>	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

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSICOS, 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 PELLETS	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
ANTINEOPLÁSICOS-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
ANTINEOPLÁSICOS-INHIBIDOR DEL FACTOR INDUCIBLE POR HIPOXIA (HIF)		
WELIREG	T4	PA SP CSL
ANTINEOPLÁSICOS-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
ANTINEOPLÁSICOS, 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)		
XDEMVY	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	
ULESFIA	T3	
MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS (Enfermedad de Parkinson)		
MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, ANTICOLINÉRGICOS		
<i>benztropine mesylate</i>	T1	HD
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	T1	HD
MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, OTROS		
<i>amantadine hcl</i>	T1	HD
<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</i> (Azilect)	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</i> (Tasmar)	T1	PA HD

INHIBIDORES DE LA DESCARBOXILASA

<i>carbidopa</i> (Lodosyn)	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</i> (Plavix)	T1	HD
<i>dipyridamole</i>	T1	HD
EFFIENT (<i>prasugrel hcl</i>)	T3	HD
<i>prasugrel hcl</i> (Effient)	T1	HD
<i>ticagrelor</i> (Brilinta)	T1	HD
ZONTIVITY	T3	PA HD

AGENTES REDUCTORES DE PLAQUETAS

AGRYLIN (<i>anagrelide hcl</i>)	T3	
<i>anagrelide hcl</i>	T1	
<i>anagrelide hcl</i> (Agylin)	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		
SYM TUZA	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</i> 100-150mg (Truvada)	T1	SP
<i>emtricitabine-tenofovir</i> 133-200mg (Truvada)	T1	SP
<i>emtricitabine-tenofovir</i> 167-250mg (Truvada)	T1	SP
<i>emtricitabine-tenofovir</i> 200-300mg (Truvada)	T1	SP PPACA
TEMIXYS	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</i> (Kaletra)	T1	SP
ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA PROTEASA		
<i>atazanavir sulfate</i> (Reyataz)	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</i> (Norvir)	T1	SP
VIRACEPT	T4	SP
ANTIVÍRICOS, INHIBIDORES DE LA TRANSFERENCIA DE CADENA DE LA INTEGRASA DEL VIH-I		
APRETUDE	T4	SP PPACA
ISENTRESS	T4	SP
ISENTRESS 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</i> (Complera)	T1	SP
<i>efavirenz/lamivu/tenofov disop</i> (Symfi Lo)	T1	SP
<i>efavirenz/lamivu/tenofov disop</i> (Symfi)	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		
<i>trifluridine</i>	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
ENFLONIA	T2	PPACA
ANTIVÍRICOS, GENERALES		
<i>acyclovir 200 mg capsule</i>	T1	
<i>acyclovir 200 mg/5 ml susp cup</i>	T1	
<i>acyclovir 800 mg/20ml susp cup</i>	T1	
<i>acyclovir 200 mg/5 ml susp (Zovirax)</i>	T1	
<i>acyclovir 400 mg tablet</i>	T1	
<i>acyclovir 800 mg tablet</i>	T1	
<i>famciclovir 125 mg tablet</i>	T1	QL (21 tabs/fill)
<i>famciclovir 250 mg tablet</i>	T1	QL (60 tabs/fill)
<i>famciclovir 500 mg tablet</i>	T1	QL (21 tabs/fill)
FLUMADINE (<i>rimantadine hcl</i>)	T3	
LIVTENCITY	T4	PA QL (112 tabs/28 days) SP
<i>oseltamivir 6 mg/ml suspension</i>	T1	QL (180ml/30 days)
<i>oseltamivir phos 30 mg capsule</i>	T1	QL (20 caps/30 days)
<i>oseltamivir phos 45 mg capsule</i>	T1	QL (10 caps/30 days)
<i>oseltamivir phos 75 mg capsule</i>	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)
<i>rimantadine hcl (Flumadine)</i>	T1	
SITAVIG	T3	PA QL (2 tabs/30 days)
TAMIFLU 30 MG CAPSULE (<i>oseltamivir phosphate</i>)	T3	QL (20 caps/fill)
TAMIFLU 45 MG CAPSULE (<i>oseltamivir phosphate</i>)	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 PK	T4	PA QL (28 Packs/fill) SP HD
HARVONI 45-200 MG PELLET PACKET	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</i> (Zovirax)	T1	PA QL (5 gms/fill)
<i>acyclovir 5% ointment</i> (Zovirax)	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-injct</i> (Epipen Jr 2-Pak)	T1	QL (2 auto-injs/fill)
<i>epinephrine 0.15 mg auto-injct</i> (Epipen Jr)	T1	QL (2 auto-injs/fill)
<i>epinephrine 0.3 mg auto-inject</i> (Epipen 2-Pak)	T1	QL (2 auto-injs/fill)
<i>epinephrine 0.3 mg auto-inject</i> (Epipen)	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</i> (Aricept)	T1	HD
<i>donepezil hcl 23 mg tablet</i> (Aricept)	T1	ST HD
<i>donepezil hcl 5 mg tablet</i> (Aricept)	T1	HD
EXELON (<i>rivastigmine</i>)	T3	ST HD
<i>galantamine hbr</i>	T1	HD
<i>galantamine hbr</i> (Razadyne Er)	T1	HD
<i>pyridostigmine 60 mg/5 ml soln</i> (Mestinon)	T1	HD
PYRIDOSTIGMINE BR 30 MG TABLET	T3	HD
<i>pyridostigmine br 60 mg tablet</i> (Mestinon)	T1	HD
<i>pyridostigmine er 180 mg tab</i> (Mestinon)	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> (Zenzedi)	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> (Northera)	T1	PA SP HD
<i>midodrine hcl</i>	T1	
DIBENZYLINE (<i>phenoxybenzamine hcl</i>)	T3	PA HD
<i>phenoxybenzamine hcl</i> (Dibenzylamine)	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		
DENGAXIA	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
PREHEVBRIQ	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
<i>RANEXA (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/hcthiiazid</i> (Exforge Hct)	T1	HD
<i>olmesartan/amlodipin/hcthiiazid</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		
DEMSER (<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>methylodopa</i>	T1	HD
<i>methylodopa/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
HEMANGEOL	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

TEKTURN 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
DIASAT (<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) (Diasat)	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

<i>eltrombopag olamine</i> (Promacta)	T1	PA SP HD
DOPTELET	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
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i> (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</i> 150 mg/ml (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 1.ª 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 1.ª 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 1.ª GENERACIÓN		
<i>promethazine/dextromethorphan</i>	T1	
ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTIHISTAMÍNICOS DE 1.ª 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 1.ª 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 1.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 oph 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	
VARIBARTHIN HONEY	T3	
VARIBARTHIN 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.)		
spironolactone 100 mg tablet (Aldactone)	T1	HD
triamterene (Dyrenium)	T1	HD
DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO EN COMBINACIÓN		
amiloride/hydrochlorothiazide	T1	HD
DYAZIDE (triamterene/hydrochlorothiazid)	T3	HD
spironolact/hydrochlorothiazid	T1	HD
triamterene/hydrochlorothiazid (Dyazide)	T1	HD
TIAZIDA Y DIURÉTICOS AFINES		
chlorthalidone	T1	HD
TIAZIDA Y DIURÉTICOS AFINES		
DIURIL	T3	HD
hydrochlorothiazide	T1	HD
indapamide	T1	HD
metolazone	T1	HD
PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Alergia/rociadores nasales)		
ANTIISTAMÍNICOS NAALES		
azelastine 0.1% (137 mcg) spray	T1	QL (60 mls/fill) HD
azelastine 0.15% nasal spray	T1	HD
olopatadine hcl (Patanase)	T1	QL (31 gms/fill) HD
PATANASE (olopatadine hcl)	T3	QL (31 gms/fill) HD
COMB. DE ANTIISTAMÍNICOS NAALES Y ANTIINFLAM. ESTEROIDEOS		
azelastine/fluticasone (Dymista)	T1	ST QL (23 gms/fill) HD
RYALTRIS	T3	ST QL (1 bottle/fill) HD
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS NAALES		
flunisolide	T1	ST QL (50 mls/fill) HD
fluticasone prop 50 mcg spray	T1	QL (16 gms/fill) HD
mometasone furoate 50 mcg spray (Nasonex)	T1	ST QL (17 gms/fill) HD
XHANCE	T2	ST QL (32 mls/30 days) HD
PREPARACIONES NAALES, VARIAS (CON RECETA)		
COCAINE HCL	T3	
GOPRELTO	T3	
ipratropium 0.03% spray	T1	QL (30 mls/fill) HD
ipratropium 0.06% spray	T1	QL (30 mls/fill) HD
NUMBRINO	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 (fluocinolone acetonide oil)	T3	
fluocinolone acetonide oil (Dermotic)	T1	
PREPARACIONES ÓTICAS, VARIAS, ANTIINFECCIOSOS		
acetic acid	T1	
CORTANE-B (hydrocort/pramoxine/chloroxyl)	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 (ketorolac tromethamine)	T3	ST
ACULAR LS (ketorolac tromethamine)	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	
TETRACAINE 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		
ALOCRIIL	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		
TRYPTIR	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>eq1 iron 65 mg tablet</i>	T1	
<i>eq1 slow release iron 45 mg tab</i>	T1	
<i>eq1 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	
FERRETS IPS 18 MG CAP	T3	
FERRETS 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>ferumoxylol (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</i> (Nu-Iron 150)	T1	
<i>iron ps complex/b12/folic acid</i>	T1	
<i>iron,carb/vit c/vit b12/folic</i> (Icar-C Plus)	T1	
<i>iron,carbonyl</i>	T1	
<i>iron,carbonyl</i> (Feosol)	T1	
<i>iron,carbonyl/ascorbic acid</i> (Icar-C)	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</i> (Icar-C)	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	
effe-r-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 cl 10%(20meq/15ml)cup	T1	
potassium cl 10%(40meq/30ml)cup	T1	
potassium cl 20%(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	
GLYCATÉ	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/nahco3/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/nahco3/kcl/peg</i>)	T3	
OSMOPREP	T3	PPACA
<i>peg3350/sod sul/nac/kcl/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/nahco3/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</i> (Nexium)	T1	ST QL (30 packs/30 days) HD
<i>esomeprazole dr 5 mg packet</i> (Nexium)	T1	ST QL (30 packs/30 days) HD
<i>esomeprazole dr 10 mg packet</i> (Nexium)	T1	ST QL (30 packs/fill) HD
<i>esomeprazole dr 40 mg packet</i> (Nexium)	T1	ST HD
<i>esomeprazole mag dr 40 mg cap</i> (Nexium)	T1	HD
ESOMEPRAZOLE DR 49.3 MG CAP	T3	ST HD
<i>lansoprazole dr 30 mg capsule</i> (Prevacid)	T1	HD
<i>lansoprazole odt 15 mg tablet</i> (Prevacid)	T1	ST QL (30 tabs/fill) HD
<i>lansoprazole odt 30 mg tablet</i> (Prevacid)	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</i> (Zegerid)	T1	PA HD
<i>omeprazole-bicarb 20-1,680 pkt</i> (Zegerid)	T1	ST QL (30 packs/30 days) HD
<i>omeprazole-bicarb 40-1,100 cap</i> (Zegerid)	T1	ST HD
<i>omeprazole-bicarb 40-1,680 pkt</i> (Zegerid)	T1	ST HD
<i>pantoprazole 40 mg suspension</i> (Protonix)	T1	ST HD
<i>pantoprazole sod dr 40 mg tab</i> (Protonix)	T1	HD
<i>rabeprazole sod dr 20 mg tab</i> (Aciphex)	T1	HD

PREPARACIONES RECTALES

<i>hydrocortisone acetate</i> (Anusol-Hc)	T1	
<i>hydrocortisone acetate</i> (Proctocort)	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</i> (Analpram Hc)	T1	ST
<i>hydrocort-pramoxine 2.5%-1% crm</i> (Analpram Hc)	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</i> (Climara)	T1	QL (4 patches/28 days)) HD
<i>estradiol 0.1% (0.25mg) gel pk</i> (Divigel)	T1	QL (30 packs/fill) HD
<i>estradiol 0.1% (0.75mg) gel pk</i> (Divigel)	T1	QL (30 packs/fill) HD
<i>estradiol 0.1% (1 mg) gel pkt</i> (Divigel)	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</i> (Estrace)	T1	HD
<i>estradiol 0.06% 1.25g gel pump</i> (EstroGel)	T1	QL (50 gms/30 days) HD
<i>estradiol 1 mg tablet</i> (Estrace)	T1	HD
<i>estradiol 2 mg tablet</i> (Estrace)	T1	HD
<i>estradiol valerate</i> (Delestrogen)	T1	HD
<i>estradiol/norethindrone acet</i>	T1	HD
<i>estradiol/norethindrone acet</i> (Activella)	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</i> (Uceris)	T1	
<i>CORTEF (hydrocortisone)</i>	T3	
<i>cortisone acetate</i>	T1	
<i>deflazacort</i> (Emflaza)	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>cetrorelix 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>methylergonovine 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		
estradiol (Vagifem)	T1	
estradiol 0.01% cream (Estrace)	T1	HD
estradiol 10 mcg vaginal insrt (Vagifem)	T1	HD
PREMARIN VAGINAL CREAM-APPL	T2	HD
HORMONAS (Infertilidad)		
PREPARACIONES PARA ESTIMULAR LA FERTILIDAD, SIN FSH		
clomiphene citrate	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	
progesterone 100 mg vag insert	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		
<i>calcitonin, salmon, synthetic</i>	T1	HD
<i>calcitonin, salmon, synthetic</i> (Miacalcin)	T1	HD
MIACALCIN (<i>calcitonin, salmon, synthetic</i>)	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	
ACCUTREND 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	
CEQUR SIMPLICITY	T2	
CEQUR 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 SAFE PACK 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	
RITEFLO	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 (Norgesic Forte)	T1	
orphenadrine/aspirin/caffeine (Norgesic)	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>buspirona 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
<i>PAXIL 10 MG/5 ML SUSPENSION (paroxetine hcl)</i>	T3	ST HD
<i>PAXIL 10 MG TABLET (paroxetine hcl)</i>	T3	ST QL (30 tabs/fill) HD
<i>PAXIL 20 MG TABLET (paroxetine hcl)</i>	T3	ST QL (60 tabs/fill) HD
<i>PAXIL 30 MG TABLET (paroxetine hcl)</i>	T3	ST QL (60 tabs/fill) HD
<i>PAXIL 40 MG TABLET (paroxetine hcl)</i>	T3	ST QL (30 tabs/fill) HD
<i>PAXIL CR (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)

<i>DESVENLAFAXINE ER</i>	T3	ST QL (30 tabs/fill) HD
<i>DESVENLAFAXINE ER</i>	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
ANTIPIC., ANTAG. DE LA DOPAMINA, DIFENILBUTILPIPERIDINAS		
<i>pimozide</i>	T1	
ANTIPICÓTICOS, 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 (Varias) (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>imi</i> quimod	T1	
<i>imi</i> quimod (Zyclara)	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>benze</i> pro 6% foaming cloths	T1	
BENZEPRO 7% CREAMY WASH (<i>benzoyl peroxide microspheres</i>)	T3	ST
<i>benzoyl peroxide</i>	T1	
<i>benzoyl peroxide</i> (Pacnex)	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
podofilox 0.5% gel (Condylox)	T1	ST QL (7 gms/30 days)
podofilox 0.5% topical soln	T1	
PR BENZOYL PEROXIDE (<i>benzoyl peroxide microspheres</i>)	T3	ST
PROTECTORES		
PHARMABASE BARRIER (<i>zinc oxide</i>)	T3	
zinc oxide 20% ointment	T1	
ZINC OXIDE PASTE	T2	
AGENTES PARA LA ROSÁCEA, TÓPICOS		
azelaic acid (Finacea)	T1	
EPSOLAY	T3	ST
FINACEA 15% FOAM	T2	ST
FINACEA 15% GEL (<i>azelaic acid</i>)	T3	ST
ivermectin 1% cream (Soolantra)	T1	QL (45 gms/30 days)
METROCREAM (<i>metronidazole</i>)	T3	ST
METROGEL (<i>metronidazole</i>)	T3	ST
metronidazole 0.75% cream (Metrocream)	T1	
metronidazole 0.75% lotion	T1	
metronidazole top 1% gel pump	T1	
metronidazole topical 0.75% gl	T1	
metronidazole topical 1% gel (Metrogel)	T1	
MIRVASO	T2	PA
RHOFADE	T3	PA
rosadan 0.75% cream (Metrocream)	T1	
ROSADAN 0.75% CREAM KIT, GEL KIT	T3	ST
rosadan 0.75% gel	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 (Diprolene)</i>	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-SMOOTH-FS (<i>fluocinolone acetonide</i>)	T3	ST
DERMA-SMOOTH-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-Smoothe-Fs)</i>	T1	
<i>fluocinolone acetonide (Synalar)</i>	T1	
<i>fluocinolone/shower cap (Derma-Smoothe-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
HALOG (halcinonide)	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 (Differin)</i>	T1	
ALTRENO	T3	PA
<i>avita 0.025% cream (Retin-A)</i>	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 (Retin-A)</i>	T1	
<i>tretinoin 0.025% cream (Retin-A)</i>	T1	
<i>tretinoin 0.025% gel (Retin-A)</i>	T1	
<i>tretinoin 0.05% cream (Retin-A)</i>	T1	
<i>tretinoin 0.05% gel (Atralin)</i>	T1	
<i>tretinoin 0.1% cream (Retin-A)</i>	T1	
<i>tretinoin microspheres (Retin-A Micro Pump)</i>	T1	PA
<i>tretinoin microspheres (Retin-A Micro)</i>	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 (Synthroid)</i>	T1	HD
<i>liothyronine sodium (Cytomel)</i>	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

TAVALISSE	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

<i>icatibant acetate</i> (Firazyr)	T1	PA SP HD
<i>icatibant acetate</i> (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>vardeafil 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 AMONÍACO		
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
ALÉRGENOS 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
VYNDAQEL	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</i> 4 gm/20 ml vial	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</i> 70 mg/75 ml	T1	QL (300 mls/28 days) HD
<i>alendronate sodium</i> 10 mg tab	T1	QL (30 tabs/fill) HD
<i>alendronate sodium</i> 35 mg tab	T1	QL (4 tabs/28 days) HD
<i>alendronate sodium</i> 40 mg tab	T1	HD
<i>alendronate sodium</i> 5 mg tablet	T1	QL (30 tabs/fill) HD
<i>alendronate sodium</i> 70 mg tab (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
mirabegron (Myrbetriq)	T1	HD
MYRBETRIQ	T2	HD
MYRBETRIQ (mirabegron)	T2	HD

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

darifenacin hydrobromide	T1	HD
solifenacin succinate (Vesicare)	T1	HD

AGENTE ANTIESPASMÓDICO/ANTIINCONTINENCIA DE LAS VÍAS URINARIAS

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

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Control del peso)

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

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

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias)

COMBINACIONES MULTIVITAMÍNICAS ANTIOXIDANTES

50 PLUS ADULT EYE HEALTH	T3	
a/c/e/zinc ox/cupric ox/lutein	T1	
ADULT 50 PLUS EYE HEALTH	T3	
ANTIOXIDANT FORMULA	T3	
BIOTECT PLUS SOFTGEL	T3	
EQ VISION FORMULA TABLET	T2	
eq eye health plus lutein tab	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>lme folate/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/lycopene</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/lycopene/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</i> (Support-500)	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 SFGL	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 (Vitamin B Complex-Electrolytes)</i>	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</i> (Vita-Bee With C)	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</i> (Niva-Fol)	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 quints b-50 tablet</i> (Vitamin B Complex-Electrolytes)	T1	HD PPACA
<i>super quints 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 (cyanocobalamin (vitamin b-12))	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>eql 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 P5P	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>eq/ 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>eql vitamin d3 2,000 unit sfgl</i>	T1	HD
<i>eql 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
ACCUTREND	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

Índice de medicamentos

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

Índice de medicamentos

ANA-LEX	125	AROMASIN	56
ANALPRAM	123, 125, 191	ARTHROTEC 50	27
ANAPROX DS	27	ARTHROTEC 75	27
anastrozole	56	ARTISS	186
ANCOBON	45	ASACOL	122
ANGELIQ	128	ASCOR	236
ANIMAL SHAPES COMPLETE	221	ascorbate	236
ANIMI-3	209	ascorbic	115, 116, 236
ANNOVERA	95	ASCORBIC ACID	236
ANORO ELLIPTA	30	asenapine	177
ANTICOAGULANT SODIUM CITRATE	43	ASMANEX	31
ANTIOXIDANT FORMULA	204	ASPIRIN	65
APATATE	232	aspirin/dipyridamole	65
APETEX	226	ASSURE	135, 142, 158, 166
APETIGEN	113, 226	ASSURE 4 CONTROL SOLUTION	135
APETIGEN-PLUS	113	ASSURE DOSE	135
apomorphine	64	ASSURE HAEMOLANCE PLUS	158
APO-VARENICLINE	192	ASSURE LANCE	158
apraclonidine	106	ASSURE PRISM	135
aprepitant	120	ASTAGRAF	133
APRETUDE	68	ASTRINGYN	77
APRISO	122	atazanavir	68
APTENSIO	175	ATELVIA	201
APTOM	92	atenolol	85, 86
APTIVUS	66	AT HOME AIC	135
AQNEURSA	118	a thru z	207, 208
AQUADEKS	209	A THRU Z MEN'S ULTIMATE	207, 208
AQUA-E	245	A THRU Z SELECT	208
AQUA LANCE LANCING DEVICE	135	ATIVAN	171
AQUASOL A	226	atomoxetine	176
AQUORAL	196	atorvastatin	86
ARAKODA	52	atovaquone	52, 53
ARAVA	26	atovaquone-proguanil	52
ARAZLO	187	atropine	107, 120, 121
ARCALYST	202	ATROPINE	107, 108
AREXVY	76	ATROVENT HFA	29
arformoterol	30	ATTRUBY	199
ARGLAES FILM	156	AUDENZ	74
ARICEPT	71	AUGMENTIN	38
ARIDOL	99	AUGTYRO	57
ARIKAYCE	35	AURYXIA	112
aripiprazole	178	AUSTEDO	89
ARIXTRA	43	AUSTEDO XR	89
ARKALIOX	226	AUTOJECT	135
armodafinil	179	AUTO-LANCET	135
ARMOUR THYROID	193	AUTOLET	135, 138
ARNUIITY ELLIPTA	31	AUTOPEN	135

Índice de medicamentos

AUTOSHIELD DUO	147	balanced b-100 complex tab sa	227
AUTOSOFT	135	BAL-CARE DHA	166
AUVELITY	172	balsalazide	122
AUVI-Q	71	BALVERSA	57
avanafil	195	BARACLUDE	70
AVAR-E	41	BARIATRIC MULTIVITAMINS	209
AVAR LS	41	BAXDELA	38
AVC	52	BCG	75
AVIDOXY	39	b comp	226, 231
avita	192	b complex	212, 218, 219, 226, 227, 228, 229, 230, 231
AVITA	192	b-complex	209, 211, 219, 227, 228, 230, 231
AVITENE	77, 78	B COMPLEX	226, 227, 228, 229
AVMAPKI	57	B-COMPLEX-VITAMIN C	227
AVONEX	90	B-COMPLEX WITH B-12	226, 227
AYVAKIT	57	BD	142, 147, 148, 149, 150, 158
AZASAN	133	BD ECLIPSE	147, 149, 150
AZASITE	34	BELBUCA	22
azathioprine	133, 134	BELSOMRA	179
azelaic acid	186	BELVIQ	63
azelastine	48, 103	benazepril	82, 83, 84
AZELEX	182	benazepril/hydrochlorothiazide	82
AZILECT	64	BENLYSTA	202
azithromycin	37	BENTIVITE BX	113
AZSTARYS	175	BENZAMYCIN	41
AZULFIDINE	122	benzepro	185
B		BENZEPRO	185
b-6	227, 235, 236	BENZNIDAZOLE	53
b-12	230, 232, 233, 234, 235	benzonatate	97
bi2	114, 115, 116, 227, 228, 229, 231, 232, 233, 234, 235	benzoyl peroxide	41, 182, 183, 185, 186
B-12	115, 212, 226, 232, 233, 234, 235	benzphetamine	62
BI2	226, 232, 233, 234, 235	benztropine	64
BI2 ACTIVE	233	bepotastine	48
b-12 er	233	BEPREVE	48
bi2/levomefolate calcium/b-6	227	BEROCCA	209
B-50 COMPLEX	227	beta-carotene	209, 226
b-100	227, 228, 231	BETADINE	104
B-100	227, 228, 231	betaine	201
BABY DDROPS	240	betamethasone	46, 187, 189, 191
BABY'S SUPER DAILY D3	240	BETAPACE	85
BABY VITAMIN D3	240	BETASERON	90
bacitracin	34	betaxolol	85, 106
baclofen	165	bethanechol	73
BACMIN	209	BETHKIS	35
B ACTIV	226	BETOPTIC S	106
BACTRIM	35	bexarotene	54, 62
BAFIERTAM	90	BEXSERO	74
BALANCED B-100	228	BEYAZ	96

Índice de medicamentos

BEYFORTUS	69	bromfenac	104
bicalutamide	55	bromocriptine	64
BIKTARVY	68	brompheniramine/pseudoephed/dm	97
BILTRICIDE	52	BRONCHITOL	193
bimatoprost	106	BROVANA	30
BIMATOPROST	106, 107	BRUKINSA	57
BINOSTO	201	BRYHALI	187
BIO-35	209	B-STRESS	227
BIO C	236	budesonide	31, 128, 129
BIO-D-MULSION	240	BULK SYRINGE	150
bioflav,lemon/vit bcomp,c	205, 206	BULLSEYE	142, 158
biotect	209	BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS	158
BIOTECT	204	bumetanide	102
biotin	213, 226, 227, 228, 229, 230, 231	BUPHENYL	119
BIOTIN	220, 227, 228, 229, 230	buprenorphine	22, 203
bisac/nacl/naHCO3/kcl/peg 3350	124	bupropion	172, 192
bisoprolol	85, 86	buspirone	171
BLADDER 2.2	209	butalb-acetamin-caff 50-300-40	15
BLEPH-IO	34	butalb-acetamin-caff 50-325-40	15
BLEPHAMIDE S.O.P.	34	butalb/acetaminophen/cafeine	15, 19
BLOOD	76, 77, 78, 98, 99, 135, 142, 148, 158	butalb-aspirin-caffe 50-325-40	15
BLOOD GLUCOSE CONTROL	135	butalbit/acetamin/caff/codeine	24
BLOOD-GLUCOSE CONTROL	135	butalbital/acetaminophen	15, 19
BLOOD LANCETS	158	butalbital-asa-cafeine cap (Fiorinal)	15
BLUNT	148, 153	butalbital/aspirin/cafeine	19
BOCASAL	196	butorphanol	22
BODY, HAIR, SKIN AND NAILS	209	BUTTERFLY	142, 158
BONSITY	201	BUTTERFLY TOUCH LANCET	158
BOOSTNOW	247	BYDUREON BCISE	48
BOOSTRIX TDAP	75	BYDUREON PEN	48
bosentan	81	BYETTA	48
BOSULIF	57	BYLVAY	123
BRAFTOVI	56	C	
BREATHERITE	164	c-1,000	236
BREATHRITE	164	cabergoline	130
BREEZE 2	135	CADEAU DHA	166
BREO ELLIPTA	31	CADUET	86
BREXAFEMME	45	CAFERGOT	15
breynd	31	caffeine	19, 90, 166
BREZTRI AEROSPHERE	31	CALAN	79
BRILINTA	65	calcipotriene	183, 191
brimonidine	106	calcitonin,salmon,synthetic	132
BRIMONIDINE	106	calcitriol	183, 240, 243
BRINSUPRI	194	calcium acetate	112
brinzolamide	106	CALCIUM PANTOTHENATE	221
BRIVIACT	92	CALQUENCE	57
BROMFED DM	97	CAMBIA	19

Índice de medicamentos

CAMZYOS	79	celecoxib	29
candesartan cilexetil	84	CELLCEPT	133
candesartan/hydrochlorothiazid	83	CELONTIN	92
CANNULA	148, 150, 153, 154, 155	CENTANY	41
CANTHARIDIN-ACETONE	185	CENTRAL-VITE	209
CAPCOF	97	CENTRAVITES	209
capecitabine	56	centrum	210
CAPEX	188	CENTRUM	207, 209, 210, 221, 247
CAPHOSOL	197	CENTRUM KIDS	221
CAPLYTA	177	CENTRUM SILVER	207, 210
CAPRELSA	58	cephalexin	36
captopril	82, 83	CEQUA	108
captopril/hydrochlorothiazide	82	CEQUR SIMPLICITY	136
CAPVAXIVE	74	CERDELGA	198
CARBAGLU	197	CEREFOLIN	228
carbamazepine	92, 94	certavite	210
CARBAMAZEPINE	92	CERTAVITE	210
CARBATROL	92	CERVIDIL	130
carbidopa	64, 65	CETACAINE ANESTHETIC	25
carbidopa/levodopa	64, 65	cetrorelix	130
carbinoxamine	47	CETROTIDE	130
CARDIOTEK-RX	228	cevimeline	73
CARDIZEM	79	CHANTIX	192
CARDURA	82	CHEK-STIX	101
CAREONE	135, 142, 158	CHEMET	199
CAREPOINT	148, 150	CHEMO TRANSFER PIN	148
CARESENS	135, 142, 158	CHEMSTRIP	101, 136
CARETOUCH	135, 136, 143, 148, 150, 151, 158, 180, 184	CHENODAL	122
carglumic	197	CHILD CHEWABLE VITAMN	221
carisoprodol	24, 165, 166	CHILD COMPLETE	221
carisoprodol/aspirin/codeine	24	CHILD MULTIVITAMIN PLUS IRON	221
CARNITOR	201	children multivitamin	222
carteolol	106	CHILDREN MULTIVITAMIN	222, 223
carvedilol	82	CHILDREN'S	222
CASODEX	55	CHILDREN'S CHEWABLE	222
CATAPRES	84	CHILDREN'S CHEW MULTIVIT-IRON	222
CAVERJECT	195	childrens chew vitamin	222
CAYSTON	36	CHILDREN'S MULTI-VIT	222
cefaclor	36	CHILDREN'S MULTIVITAMIN GUMMY	222
cefadroxil	36	CHILD'S CHEWABLE	222
cefdinir	37	CHILD'S OMEGA-3	222
cefditoren pivoxil	37	chlordiazepoxide	119, 171, 174
cefpodoxime proxetil	37	chlordiazepoxide/clidinium br	119
cefprozil	36	chlorhexidine	195
ceftriaxone	37	chloroquine	53
cefuroxime axetil	36	chlorpromazine	178
CEFUROXIME SODIUM-0.9% NACL	34	chlorthalidone	86, 103

Índice de medicamentos

chlorzoxazone	165, 166	CLODAN	188
CHOLBAM	122	CLODERM	188
cholecalciferol	240	clomiphene	131
CHOLECAL DF	240	clomipramine	174
cholestyramine	87	clonazepam	91
choline salicyl/mag salicylate	15, 19	clonidine	84, 85, 175
CHORIONIC	131	clopidogrel	65
CHORIONIC GONAD	131	clorazepate	171
CHOSEN	136, 143, 158	clotrimazole	45, 46
CHROMAGEN	113	clozapine	177
CIALIS	195	CLOZARIL	177
CIBINQO	185	COAGUCHEK	143, 158
ciclodan	46	COARTEM	53
CICLODAN	46, 54	COBALEFOL	206
ciclopirox	46, 54	COCAINE	103
cilostazol	65	codeine	21, 22, 24, 97, 98
CILOXAN	34	CODITUSSIN AC	98
CIMDUO	66	CODITUSSIN DAC	98
cimetidine	123	cod liver oil	225, 236, 240, 242
cinacalcet	197	COLAZAL	122
CIPRO	38	colchicine	26, 29
ciprofloxacin	33, 34, 38	COLCHICINE	26
citalopram	172	colesevelam	87
CITRANATAL	113, 166, 167, 170	COLESTID	87
CITRANATAL BLOOM	113	colestipol	87
CITRATE PHOSPHATE DEXTROSE	43	COLOR	143, 158
citric	118	COLOR LANCETS	158
CITRUS BIOFLAVONOIDS	205	COMBIGAN	106
CLARINEX	47	COMBIPATCH	127
CLARINEX-D	47	COMBISTIX REAGENT	101
clarithromycin	37	COMBIVENT	30
CLEOCIN	37, 40, 41	COMBIVENT RESPIMAT	30
CLEVER	136, 143, 158, 164	COMBIVIR	66
CLEVER CHEK LANCETS	158	COMETRIQ	58
CLEVER CHOICE	164	COMFORT	27, 141, 143, 145, 146, 147, 158, 161, 162, 164, 165, 184, 185
CLEVER CHOICE CONTROL SOLUTION	136	COMFORT PAC-IBUPROFEN	27
CLIMARA	127	COMFORT PAC-MELOXICAM	27
clindacin	41	COMFORT PAC-NAPROXEN	27
CLINDACIN	41	COMFORTSEAL	164
clindamycin	37, 40, 41, 182, 183, 184	COMIRNATY	73
CLINDESSE	40	COMPACT SPACE CHAMBER	164
CLINPRO 5000	109, 112	COMPAZINE	120
clobazam	91	COMPLETE 167, 170, 207, 208, 209, 210, 211, 221, 222, 224, 225, 228	
clobetasol	188, 190	COMPLETIA	210
CLOBEX	188	COMPLEX B-50	228
clocortolone	188		
clodan	188		

Índice de medicamentos

complex b-100	228	CVS VITAMIN	233, 237, 245
COMPLEX B-100	228	cvs vitamin a	226
CONCEPT	210	cvs vitamin b-12	233
CONFORMANT 2	156	cvs vitamin c	237
CONSENSI	78	cvs vitamin d3	240, 241
CONTOUR	136	cvs vitamin e	245
CONTRAIVE	64	cvs vit c	236, 237
CONTROL SOLUTION	135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142	cvs vit d3	240
COOL CONTROL SOLUTION	136	cyanocobalamin	227, 228, 230, 233
COPIKTRA	58	cyclobenzaprine	166
CORDRAN	188	CYCLOGYL	108
COREG	82	CYCLOMYDRIL	108
CORNWALL SYRINGE TIP CONNECTOR	151	cyclopentolate	108
CORTANE-B	104	CYCLOPENTOLATE-TROPICAMIDE-PE	108
CORTEF	128	cyclopentolat/tropic/phenyleph	108
CORTENEMA	126	cyclophosphamide	54, 55
cortisone	128	CYCLOPHOSPHAMIDE	55
CORTISPORIN	33	cycloserine	36
CORVITE	113, 210	CYCLOSET	48
CORVITE 150	113	cyclosporine	108, 133, 134
CORVITE FE	113	CYCLOSPORINE	108
COTELLIC	56	CYFOLEX	241
COTEMPLA	175	CYLTEZO	54
CREON	124	cyproheptadine	47
CRESEMBA	45	CYPROHEPTADINE	47
CREXONT	64	CYSTAGON	203
CRINONE	131	CYSTARAN	109
cromolyn	25, 32, 106	CYSTO-CONRAY II	100
crotamiton	64	CYSTOGRAFIN	100
CRRT TRISODIUM CITRATE	43	CYSTOGRAFIN-DILUTE	100
CTEXLI	122	CYTO B-1	231
CULTURELLE	211, 222	CYTO B-2	235
CULTURELLE KIDS	222	CYTO B7	228
CURITY	180, 184	CYTO C	237
CURITY ALCOHOL PREPS	184	CYTOTEC	121
CUROSURF	194	D	
cvs 110, 113, 167, 180, 184, 200, 206, 211, 220, 226, 228, 231, 233, 235, 236, 237, 240, 241, 245		D3	178, 219, 240, 241, 242, 243
CVS	53, 110, 113, 170, 184, 200, 228, 233, 237, 241, 245	daily-vite	211
CVS ALCOHOL 70% PREP PADS	184	dalfampridine	91
cvs glucose	110	danazol	130
CVS GLUCOSE LIQUID	110	DANTRIUM	166
cvs isopropyl alcohol 70% wipe	184	dantrolene	166
cvs prenatal	167	DANZITEN	58
CVS PRENATAL	170	dapsone	36, 182, 183
cvs slow release iron	113	DAPTACEL DTAP	75
CVS SLOW RELEASE IRON	113	DARAPRIM	53
		darifenacin	204

Índice de medicamentos

dasatinib	58	DESONATE	188
DAURISMO	56	desonide	188, 189, 191
DAVIMET	222, 247	desoximetasone	189, 190
DAVIMET-M	247	DESOXYN	72
DAVOL IRRIGATION SYRINGE	151	desvenlafaxine	173
DAYAVITE	211	DESVENLAFAXINE	173
DAYPRO	27	dex4 glucose	110
DAYTRANA	175	DEX4 GLUCOSE	110
DAYVIGO	179	dex4 quick dissolve tab chew	110
DDAVP	127	dexamethasone	33, 104, 128, 129
DDROPS	240, 241	dexchlorpheniramine	47
decara	241	DEXCOM	136
DECARA	241	DEXCOM G6	136
DECUBI	211	DEXEDRINE	72
deferasirox	199	dexlansoprazole	124, 125
deferiprone	199	dexmethylphenidate	175
deflazacort	128	DEXONTO	129
DEKAS	211, 222	DEXTENZA	104
DEKAS PLUS	211, 222	dextroamphetamine	72
DELESTROGEN	127	dextrose	110, 111
demeclocycline	39	DIABETES HEALTH	211
DEMSER	84	DIABETIC VITAMIN	211
DENAVIR	71	DIACOMIT	92
DENGVAXIA	75	dialyvite	228
DENOVO	206	DIALYVITE	211, 228, 241
DEPAKOTE	92	DIASTAT	91
DEPEN	26	DIASTIX REAGENT	99, 101
DEPLIN	206	diatrizoate meglumine	99, 100
DEPLIN-ALGAL OIL	206	DIATROL	211
DEPO-ESTRADIOL	127	DIATRUE	136
DEPO-PROVERA	96	diazepam	91, 171
DEPO-SUBQ PROVERA	96	diazoxide	110, 111
DEPO-TESTOSTERONE	126	DIBENZYLINE	72
DERMACINRX	211, 241, 247	dichlorphenamide	197
DERMA-SMOOTH-FS	188	DICLEGIS	120
DERMASORB	188	diclofenac	20, 27, 62, 104, 182
DERMATOP	188	DICLOFENAC	19
DERMAVIEW	156	dicloxacillin	38
DERMOTIC	104	dicyclomine	119
DESCOVY	66	didanosine	67
desflurane	24	diethylpropion	62
desipramine	174	DIFFERIN	192
desloratadine	48	DIFICID	37
desmopressin	127	DIFLUCAN	45
DESMOPRESSIN	127	diflunisal	15, 19
desog-e	96	difluprednate	104
desogestrel-ethinyl estradiol	96	digoxin	80

Índice de medicamentos

dihydroergotamine	15, 19, 20	duloxetine	173, 174
DILANTIN	92	DUOBRII	183
DILAUDID	22	DUOPA	64
diltiazem	79	DUPIXENT	133
dimethyl	90, 198	dutasteride	203
dimethyl fumarate	90	DYAZIDE	103
diphenoxylate hcl/atropine	120	DYCLOPRO	25
DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS-PED	75	DYRENIUM	102
DIPROLENE	189	E	
dipyridamole	65	EAR HEALTH PLUS	206
DISALCID	26	ear health plus caplet	206
disopyramide	78	EASIVENT	164
disulfiram	197	EASY	136, 143, 148, 151, 152, 158, 159, 180, 184, 237
DIURIL	103	EASY-C	237
divalproex	92	EASY COMFORT	143, 158, 184
dofetilide	78	EASY COMFORT ALCOHOL PAD	184
DOJOLVI	109	EASY COMFORT LANCETS	158
donepezil	71	EASY GLIDE CATHETER	151
DONNATAL	121	EASY GLIDE LUER	151
DOPTLET	95	EASYGLUCO PLUS	136
dorzolamide	106	EASYMAX I5	136
DORZOLAMIDE	106, 107	EASYMAX NORMAL	137
DOSOKAP	241	EASY MINI EJECT	136
DOVATO	66	EASY PLUS II	136
DOVER BULB SYRINGE	151	EASYPOINT	148
DOVONEX	183	EASY STEP	136
doxazosin	82	EASY TALK	136
doxepin	174, 179, 180, 183	EASY TOUCH	136, 143, 148, 151, 152, 159, 184
doxercalciferol	197	EASY TOUCH FLIPLOCK	148, 151
doxycycline	39, 40, 195	EASY TRAK	136
doxylamine succinate/vit b6	120	EASY TWIST CAP LANCETS	159
dronabinol	120	EBGLYSS	202
DROPLET	136, 143, 158	ECLIPSE SYRINGE	152
DROPLET GENTEEL LANCING DEVICE	136	EC-NAPROSYN	27
DROPLET LANCETS	158	ec-naproxen	27
DROPLET LANCING DEVICE	136	econazole	46
DROPSAFE	143, 148, 158, 180, 184	EDECRIIN	102
DROPSAFE PREP PADS	184	EDEX	195
drospir/eth estra/levomefol	96	EDLUAR	180
DROXIA	77	EDURANT	67
droxidopa	72	E.E.S. 200	37
drug mart glucose	110	efavirenz	67, 68
DUAVEE	128	effer-k	118
DUET	167, 170	EFFER-K	118
DUETACT	50	EFFIENT	65
DUET DHA	167	EFUDEX	62
DULERA	31	EGRIFTA	129

Índice de medicamentos

eldertonic	207	ENLYTE	206
ELDERTONIC LIQUID	207	enoxaparin	43
ELEMENT COMPACT	137	ENSACOVE	58
ELEMENT CONTROL	137	ENSPRYNG	133
ELEPSIA	92	ENSTILAR	191
eletriptan hydrobromide	15, 19	entacapone	64, 65
ELFOLATE	228	entecavir	70
ELIMITE	64	ENTEREG	124
ELIQUIS	43	ENTERO VU	99
ELIXOPHYLLIN	32	ENTRESTO	83
ELLA	96	ENZOCLEAR	185
ELMIRON	24	EPCLUSA	70
ELON	211	EPIDIOLEX	92
eltrombopag	95	EPIDUO FORTE	183
EMBRACE	137, 143, 159	EPIFOAM	191
EMBRACE EVO LEVEL I	137	epinastine	48
EMBRACE GLUC CONTROL SOLN	137	epinephrine	71, 104
EMBRACE LANCING DEVICE	137	EPINEPHRINE	71
EMBRACE PRO	137	EPIPEN	71
EMBRACE TALK CONTROL	137	EPISIL	196
EMERGEN	222, 237	EPIVIR	67
EMERGEN-C	222, 237	eplerenone	102
EMERGEN-C KIDZ	222	eprosartan	84
EMGALITY	15, 19, 91	EPSOLAY	186
EMGALITY PEN	19	EPZICOM	66
EMPAVELI	77	EQ	204, 212, 222
EMSAM	172	EQ CHILD	222
emtricitabine	68	eq1	113, 200, 204, 228, 233, 235, 237, 241, 245
emtricitabine	66, 67	eq1 slow release iron	113
emtricitabine-tenofv	66	eq1 vitamin	233, 237, 241, 245
EMTRIVA	67	EQUETRO	172
EMVERM	52	EQ VISION	204
enalapril	82, 83, 84	ERGOCAL	241
enalapril/hydrochlorothiazide	82	ergocalciferol	241
ENBRACE	212	ergoloid	86
ENBREL	54	ERGOMAR	19
ENDARI	77	ergotamine tartrate/caffeine	15, 19
ENDO-AVITENE	77	ERIVEDGE	56
ENDOMETRIN	131	ERLEADA	55
ENDUR-AMIDE	220	erlotinib	58
ENDUR-THINE	220	ERMEZA	193
ENDUR-VM	212	ERVEBO	76
ENFAMIL	112	ERYPED	37
ENFIT	152, 153, 154, 225	ERY-TAB	37
ENFLONSIA	69	ery-tab dr	37
ENERGIX-B	76	erythromycin	34, 37, 41
ENLITE SERTER	137	escitalopram	172

Índice de medicamentos

ESGIC	15, 19	EXTINA	46
ESKATA	184	EYE HEALTH AND LUTEIN	204
eslicarbazepine	92	EYE HEALTH PLUS LUTEIN TABLET	204
esomeprazole	125	EYE MULTIVITAMIN	205
ESOMEPRAZOLE	125	EYEPROTECT	205
ESSENCE C	237	EYSUVIS	104
ESSENTIAL	166, 211, 212, 218	EZ	143, 158, 159
estazolam	179	E-Z DISK	100
ESTER-C	237	ezetimibe	86, 88
ESTRACE	127	ezetimibe/simvastatin	86
estradiol	95, 96, 127, 128, 131	E-Z-HD	100
ESTRATEST	127	EZ-LETS	159
estrogen,ester/me-testosterone	127	E-Z-PAQUE	100
ESTROVEN	212	E-Z-PASTE	100
eszopiclone	180	EZ SMART LANCETS	159
ethacrynic	102	F	
ethambutol	36	FA-8	206
ethinyl	95, 96	FABHALTA	77
ethinyl estradiol/drospirenone	96	FACTIVE	38
ethosuximide	92, 95	famciclovir	69
ethynodiol d-ethinyl estradiol	96	famotidine	123
etodolac	27, 28	fa/mv,ca,iron,min/lycopene/lut	212
etonogestrel/ethinyl estradiol	95	FARESTON	62
etoposide	61	FARXIGA	51
etravirine	67	FARYDAK	54
EUCRISA	187	FASENRA	32
EULEXIN	55	FATIGUE RELIEF COMPLEX	212
EURAX	64	febuxostat	26
EVAMIST	128	felbamate	93
EVEKEO	72	FELBATOL	93
EVENCARE	137	FELDENE	27
everolimus	56, 57, 133, 134	felodipine	79
EVICEL	77	FEMARA	56
EVISTA	201	fenofibrate	88
EVOCLIN	41	fenofibric	88
EVOLUTION	137	FENOGLIDE	88
EVOTAZ	68	fenoprofen	27, 28
EVOXAC	73	FENORTHO	27
EVRYSDI	198	fentanyl	22
EXEL	148, 152	FENTANYL	22
EXELDERM	46	feosol	113
EXEL HUBER	148	FEOSOL	113
EXELON	71	FERAHEME	113
exemestane	56	FERGON	113
exenatide	48	FER-IN-SOL	113
EXPECTA PRENATAL	167	FERIVA 21-7	113
EXTENDED RESERVOIR	152	FERIVA FA	114

Índice de medicamentos

FERRACTIV IRON	114	FLOLIPID	87
FERRALET	114	FLOMAX	203
FERRETTIS IPS	114	FLORAFOL	223
FERRIMIN	114	FLORIVA	109, 223
FERRIPROX	199	FLORRAXYL	212
FERRLECIT	114	FLOVENT	32
FERRO-SEQUELS	114	FLOW-EZE	148
ferrous	113, 114, 115, 117, 226	FLUAD	74
FERROUS	114	FLUAD QUAD	74
ferrous fumarate	114, 115	FLUARIX	74
FERROUS FUMARATE	114	FLUARIX QUAD	74
ferrous fum/vit c/b12-if/folic	114	FLUBLOK	74, 75
ferrous gluconate	113, 114	FLUBLOK QUAD	74
ferrous sulfate	113, 114	FLUCELVAX	75
ferumoxytol	113, 114	FLUCELVAX QUAD	75
fesoterodine	204	fluconazole	45
FETZIMA	174	flucytosine	45
FEXMID	166	fludrocortisone	130
FIBRICOR	88	FLULAVAL	75
fidaxomicin	37	FLULAVAL QUAD	75
fifty50	180, 184	FLUMADINE	69
FIFTY50	144, 159	FLUMIST	75
fifty50 alcohol prep pads	184	FLUMIST QUAD	75
FIFTY50 SAFETY SEAL LANCETS	159	flunisolide	103
FILSPARI	88	fluocinolone	104, 188, 189, 190
FILSUVEZ	202	fluocinonide	189
FILTER	148, 152, 154, 155	fluorescein	99, 105
FILTER ASPIRATOR	148	FLUORESC EIN-BENOXINATE	105
FINACEA	186	fluoride	109, 110, 112, 113, 118, 224
finasteride	203	FLUORIDEX	109, 112
FINAZOL	212	fluorometholone	104, 105
FINE	149	FLUOROPLEX	62
FINGER GRIP	152	fluorouracil	62
FINGERSTIX	144, 159	fluoxetine	172, 178
FIORICET	15, 19, 24	fluphenazine	178
FIORINAL	15	FLURA-DROPS	110, 118
FIRDAPSE	91	flurandrenolide	188
FIRST-MOUTHWASH BLM	196, 198	flurazepam	179
FLAGYL	35	flurbiprofen	27, 105
FLAVOVIT	206	flutamide	55
flavoxate	204	fluticasone	31, 103, 189
flecainide	78	fluticasone propion/salmeterol	31
FLECTOR	182	fluticasone-salmeterol	31
FLEVOXIN	237	fluticasone-salmeterol 100-50	31
FLEXICHAMBER	164	fluvastatin	87
FLINTSTONES	222	fluvoxamine	173
FLOGEN	206	FLUZONE	75

Índice de medicamentos

FLUZONE HIGH-DOSE	75	FOSAMAX PLUS D	201
FLUZONE HIGH-DOSE QUAD	75	fosamprenavir	68
FLUZONE QUAD	75	fosaprepitant	120
FML	105	fosfomycin	35
FNP	247	fosinopril	82, 84
fn vitamin	233	fosinopril/hydrochlorothiazide	82
FOLA	228	FRAGMIN	43
FOLACHEW	212	FRAICHE	109
FOLAGENT	212	FREEDAVITE	212
FOLAMAX	212	FREESTYLE	98, 99, 137, 138, 144, 159
FOLAMED	212	FREESTYLE INSULINX	98
FOLAWISE	212	FREESTYLE LITE	98
FOLETRA	206	FROVA	19
folic		frovatriptan succinate	19, 20
114, 115, 116, 168, 169, 170, 206, 207, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 222, 224, 226, 227, 228, 229, 230, 231		FRUIT C	237
FOLIC	167, 206, 207, 212, 227, 228, 233, 235, 241	fruit c-100	237
folic acid	114, 115, 116, 168, 169, 206, 207, 210, 211, 212, 213, 218, 219, 222, 224, 226, 228, 229, 231	FRUIT C-100	237
folic/mvi ther-min/lycop/lut	212	FRUZAQLA	58
FOLICORE	229	ft	114, 167, 206, 212, 220, 229, 231, 233, 235, 237, 241, 245, 247, 248
FOLIKA	206, 212, 229, 241	FT	114, 200, 212, 226, 229, 233, 237, 241, 242
FOLIKA-BC	229	ful-glo	99
FOLIKA-D	241	FUL-GLO	99
FOLIKA-NC	229	FULPHILA	95
FOLIKA-T	229	FURADANTIN	38
FOLIKA-V	206	furosemide	102
FOLINIC-PLUS	229	FUSION	66, 114
FOLITE	206	FUZEON	66
FOLIXAPURE	241	FYCOMPA	93
FOLLISTIM AQ	131	G	
FOLTRATE	233	gabapentin	91, 93
FOLTX	229	GALAFOLD	199
FOLVITA	229	galantamine	71, 72
FOLVITE-D	241	GALZIN	199
fondaparinux	43	ganirelix	130
FORA	99, 137, 144, 159	GANIRELIX	130
FORACARE	137, 144, 159	GARDASIL 9	76
FORACARE LANCETS	159	GASTROCROM	25
FORA GTEL	99, 137	GASTROGRAFIN	100
FORA LANCETS	159	GASTROMARK	100
formaldehyde	182	gatifloxacin	34
formoterol	30	GATIFLOXACIN-DEXAMETHASONE	33
FORMOTEROL	30	GATTEX	125
FORTAVIT	212	GAVRETO	58
FORTISCARE	137	GE100	138
FOSAMAX	201, 202	GELCLAIR	196
		GELFILM	106, 200

Índice de medicamentos

GEL-FLOW	77	235, 237, 242, 245, 246, 247
GELFOAM	77	GNP180, 200, 213, 226, 229, 233, 237, 242, 246, 248
GELX	196	GNP B-COMPLEX PLUS VIT C TAB213
gemfibrozil	88	gnp glucose110, 111
GEMTESA	204	GNP VITAMIN E246
GENADEK	213, 223	GOJJI99, 138, 144, 159
GENICIN	207, 229, 242	GOLYTELY124
GENICIN VITA-Q	207	GOMEKLI56
GENICIN VITA-S	229	GONAL-F131
GENOTROPIN	129	GONITRO80
gentamicin	34, 35, 41	GOPRELTO103
GENTEEL	136, 138	GRALISE91
GENTLE IRON	114	granisetron120
GENVOYA	68	GRASSTK73
GEODON	177	griseofulvin45
GERBER	213, 223	gs111
GERBER GROW MIGHTY	223	GS53, 155, 167, 180, 184, 200, 213
GERBER LIL BRAINIES	223	GS PRENATAL167, 213
GERITOL	207	GUAIACOL185
GIALAX	124	guaifen-codeine98
GILOTRIF	58	GUAIFEN-CODEINE98
glatiramer	90	guanfacine85, 175
glatopa	90	GUARDIAN138
GLEOLAN	99	GUMMIES CHILDREN MULTIVITAMIN223
GLEOSTINE	55	GUMMY209, 222, 223, 233
glimepiride	49, 50	GVOKE111
glipizide	49, 50	GYNAZOLE44
GLOPERBA	26	H
GLUCAGON	63, 125	HAEGARDA 2,000UNIT VIAL197
GLUCO110		HAIR, SKIN AND NAILS209, 213, 219
GLUCOCARD138		HAIR-SKIN-NAILS229
GLUCOCOM138, 144, 159		halcinonide189
glucose110, 111		HALCION179
GLUCOSE110		halobetasol189
GLUCOSE CONTROL134, 135, 137, 138, 140		HALOG189
GLUCOSE LIQUID110, 111		haloperidol178
GLUCOTROL49		HARD NAILS229
glutamine77		HARVONI70
GLUTOL112		HAVRIX76
GLUTOSE-I5110		HEALON GV109
GLUTOSE-45110		HEALTHPRO GLUCOSE CONTROL SOLN138
glyburide49, 50		HEALTHY138, 144, 159, 205
GLYCATE119		HEALTHY ACCENTS AUTOLET138
glycopyrrolate119		HEALTHY ACCENTS UNILET LANCET159
GLYNASE49		healthy eyes tablet205
GLYXAMBI50		HEALTHY EYES TABLET205
gnp 110, 111, 115, 167, 200, 205, 207, 213, 220, 225, 229, 231, 233,		HEARTBURN ACID REFLUX213

Índice de medicamentos

HEMA-COMBISTIX	101	hydrocort	33, 104, 123, 125, 189, 191
HEMANGEOL	85	hydrocortisone	104, 125, 126, 128, 129, 187, 189, 190, 191
HEMATEX	115	hydrocortisone/acetic acid	104
HEMATOGEN	115	hydrocort-pramoxine	125, 191
HEMATRON-AF	115	hydrogen peroxide	182
HEMAX	115	hydromorphone	22
HEMLIBRA	77	hydroxocobalamin	233
HEMOCYTE	115	hydroxychloroquine	53
heparin	43, 44	HYDROXYCHLOROQUINE	53
HEPARIN	43, 44	HYDROXYPROPYLCELLULOSE	201
HEPLISAV-B	76	hydroxyurea	55
HETLIOZ	179	hydroxyzine	47
HIBERIX	75	HYFTOR	133
high potency multivitamin tab	213	HYLAVITE	229
HIGH POTENCY MULTIVITAMIN TAB	213	HYLAZINC	207
HISTEX-AC	97	HYMPAVZI	77
hm	115, 167, 200, 207, 220, 229, 233, 237, 238, 242, 246	hyoscyamine	121
HM	167, 181, 184, 213, 229, 242	HYPER-SAL	198
HM ALCOHOL 70% PREP PADS	184	HYPODERMIC NEEDLE	148, 155
HM BIOTIN	229	HYPOLANCE	138
HM HAIR, SKIN AND NAILS TABLET	213	HYPROMELLOSE	201
hm iron	115	HYSINGLA	22
HM MEN'S ONE DAILY TABLET	213		
HM ONE DAILY PRENATAL	167	ibandronate	202
hm prenatal	167	IBRANCE	58
hm slow release iron	115	IBTROZI	58
hm vit	233, 237, 238	ibuprofen	21, 27, 28
hm vitamin	233, 238, 242, 246	I-CAPS	205
HM VITAMIN	242	ICAPS	205, 213
homatropine	108	ICAPS AREDS2	205
HOMOCYSTEINE	229	ICAR	115
HORIZANT	89	icatibant	194
HORMONES	126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 193	ICLUSIG	58
HUMALOG	51	icosapent	119
HUMANA	99	IDHIFA	61
HUMATIN	52	IFE-BIMIX	195
HUMULIN	51	IGALMI	180
HURRICAIN Luer-LOCK	148	IHEALTH	138
HYCAMTIN	57	ILET	138
HYCODAN	98	ILEVRO	105
hydralazine	85, 86	I.L.X. B-12	115
HYDREA	55	IMBRUVICA	58, 59
hydrochlorothiazide	82, 83, 85, 86, 103	IMCIVREE	63
hydrocodone	21, 22, 97, 98	imipramine	174, 175
hydrocodone-acetamin	21	imiquimod	185
HYDROCODONE-ACETAMIN	21	IMKELDI	59
hydrocodone/ibuprofen	21	IMMUNERX	213

Índice de medicamentos

IMPAVIDO	53	IODOFLEX	191
IMPEKLO	190	IODOSORB	191
IMURAN	134	IOPIDINE	106
INBRIJA	65	IPOL	74
INCONTROL	138, 144, 159, 181, 184	ipratropium	29, 103
INCONTROL LANCING DEVICE	138	IQIRVO	196
INCRELEX	129	irbesartan	83, 84
INCRUSE	29	irbesartan/hydrochlorothiazide	83
indapamide	103	IRESSA	59
INDICLOR	100	iron .96, 113, 115, 116, 117, 168, 169, 207, 209, 210, 212, 216, 218, 219, 222, 223, 224, 225, 231	
indomethacin	28	IRON 113, 114, 115, 116, 117, 167, 170, 171, 211, 212, 217, 218, 219, 221, 222, 223, 224, 225	
INDOMETHACIN	28	iron bg	115, 168
INFANRIX DTAP	75	IRON BISGLYCINATE	115
INFANT-TODDLER MULTIVITAMIN	223	iron/c	116
infant-toddler multivit-iron	223	iron,carbonyl	113, 115, 116
INFANT-TODDLER MULTIVIT-IRON	223	iron/folic	116, 168, 169, 209, 210, 219
INFANT-TODDLER TRI-VITAMIN	223	iron fum	115, 116, 168, 169, 210, 216, 222
INFASURF	194	iron fumarate	116, 168
INFED	115	iron polysaccharide	115, 116
INFINITY	138	IRONUP	116
INFUVITE	213, 223	IRO-PLEX	116
INGREZZA	89	IROSPAN	116
INJECT	144, 152, 159	IS-D	242
INJECTAFER	115	ISENTRESS	68
INJECT EASE	159	isoflurane	24
INJECT-EASE	152	isoniazid	36
INLYTA	59	ISOPROPANOL	200
INNER EAR PLUS	206	isopropyl	184, 200
INOVA	185, 186	isopropyl alcohol	184, 200
INPEN	138	ISOPROPYL ALCOHOL	185, 200
INS	150	isopropyl rubbing alcohol	200
INSPIRACHAMBER	164	ISOPROPYL RUBBING ALCOHOL	200
INSPIRA	102	ISOPTO CARPINE	106
INSTACLEAN	200	ISORDIL	80
INSTA-GLUCOSE	111	isosorbide	80, 86
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		
iodine/sodium iodide	191		

Índice de medicamentos

IWILFIN 59

J

JAKAFI 56

JALYN 203

JANSSEN COVID-19 VACCINE 73

JANUMET 50

JANUVIA 49

JARDIANCE 51

JATENZO 126

JOENJA 194

JORNAY 175

JOURNAVX 19

JUBLIA 46

JULUCA 66

JUST 4 KIDZ MULTIVIT-PROBIOTIC 223

JUSTRIGHT 5000 109, 112

JUXTAPID 86

JYNARQUE 102

JYNNEOS 76

K

KI-1000 247

K2 241, 242, 247

KADIAN 23

KALETRA 67

KALYDECO 194

KAPVAY 175

KENALOG 190

KENDALL 153, 156

KENDALL DISINFECTANT CAP 153

Keppra 93

KERENDIA 102

KESIMPTA 90

KETAMINE 180

ketoconazole 42, 45, 46

ketodan 46

KETO-DIASTIX REAGENT 101

KETONE CARE TEST STRIP 100

KETONE TEST STRIP 99, 101

ketoprofen 28

ketorolac 20, 21, 104, 105

KETOSTIX REAGENT 101

KIDS 100, 109, 112, 221, 222, 223, 229

KIDS COD LIVER OIL 223

KIDS MULTIVITAMIN 223

KINRIX 75

KISQALI 57, 59

KITABIS PAK 35

KLARITY 34, 104, 105, 108

KLARITY-A(AZITHROMYCIN-CHONDR) 34

KLARON 183

KLOXXADO 44

KOSELUGO 56

KOSHER PRENATAL 167

K-PAX 213

K-PHOS 118

KPN PRENATAL 167

KRINTAFEL 53

KRISTALOSE 124

kroger glucose III

kro glucose III

kro isopropyl alcohol 91% 200

KYLEENA 96

KYNMOBI 65

L

labetalol 82

LABSTIX REAGENT 101

lacosamide 93

LACRISERT 104

lactulose 119, 124

LAMICTAL 93

lamivudine 66, 67, 70

lamivudine/zidovudine 66

lamotrigine 93

lancets 144, 158, 160

LANCETS 142, 143, 144, 145, 146, 147, 158, 159, 160, 161, 162

LANCING DEVICE 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142

LANCING SYSTEM 139

LANOXIN 80

lansoprazole 121, 125

lansoprazole/amoxicilin/clarith 121

lanthanum carbonate 112

LANTUS 51

LANZO 139

lapatinib ditosylate 59

LASIX 102

LASTACRAFT 48

latanoprost 106

LATANOPROST 106, 107

LAZANDA 23

LAZCLUZE 59

leader glucose III

leader quick dissolve gluc III

lecithin/pyridoxine/kelp 213

leflunomide 26

Índice de medicamentos

lenalidomide	57	LITE TOUCH	139, 144, 160
LENVIMA	59	LITETOUCH	164
LEQSEVI	202	LITFULO	202
LESCOL	87	lithium	172
L.E.T.	25	LITHOBID	172
letrozole	56	LITHOSTAT	119
leucovorin	195	little	223
LEUKERAN	55	LITTLE	223
LEUKINE	95	LITTLE ANIMALS	223
levalbuterol	30	LIVDELZI	196
LEVBID	121	LIVITA	223, 247
LEVER LOCK CANNULA	153	LIVMARLI	123
levetiracetam	93	LIVTENCITY	69
LEVETIRACETAM	93	l-mefol/a-cyst/mebl2/algal oil	229
LEVITRA	195	lmefolate/b3/copp/znsel/chrom	213
levobunolol	106	L-MESITRAN	187
levocarnitine	201	L-METHYLFOL	229
levofloxacin	34, 38	l-norgest/e.estradiol-e.estrad	96
LEVOMEFOL	229	LODINE	28
levomefolate	206, 207, 227, 228, 229, 231	LODOSYN	65
LEVOMEFOLATE	229	lofexidine	203
levonorgestrel/ethin.estradiol	96	LOKELMA	112
levothyroxine	193	LOMAIRA	62
LEVSIN	121	LOMOTIL	120
LEVULAN	62	longs glucose	111
LICART	182	LONHALA MAGNAIR	29
lidocaine	25, 126, 191	LONSURF	55
LIDOCAINE-HYDROCORT	126	LOPID	88
LIDOCAN	25	lopinavir/ritonavir	67, 68
LIFESHIELD BLUNT CANNULA	148, 153	LOPRESSOR	85
LILETTA	96	LOPROX	46
lindane	191	lorazepam	171
linezolid	38	LORBRENA	59
LINZESS	123	LORID	229
liothyronine	193	LORMATE	229
LIPO	206	LORTAB	21
LIPO-FLAVONOID PLUS	206	LORZONE	166
LIPOTRIAD	205	losartan/hydrochlorothiazide	83
LIQUID	100, 110, 111, 116, 207, 225, 232, 238, 239, 241, 247	losartan potassium	84
LIQUID C	238	LOTEMAX	105
LIQUID E-Z PAQUE	100	LOTENSIN	82, 84
LIQUID POLIBAR PLUS	100	LOTENSIN HCT	82
liraglutide	48, 63	loteprednol	105
lisdexamfetamine	171, 175	loteprednol etabonate	105
lisinopril	82, 84	lovastatin	87
lisinopril/hydrochlorothiazide	82	loxapine	178
LITEAIRE	164	lubiprostone	124

Índice de medicamentos

LUCENTIS	108	MEDIHONEY	187
LUER LOCK	150, 151, 152, 153	MEDISENSE	139, 144, 160
LUER-LOK	149, 150, 153, 155	medlance	144, 160
LUERSLIP	153	MEDLANCE	144, 160
LUER SLIP TIP	153	medlance plus	160
LUER TIP CAP	153, 155	MEDLANCE PLUS	160
LUMAKRAS	56	MEDROL	129
LUMRYZ	179	medroxyprogesterone	96, 130
LUPKYNIS	134	MEDTRONIC	139
LUTEIN	204, 205, 207, 222	MEDTYCHOLL-B	229
LYBALVI	177	mefenamic	21
LYDIA PINKHAM HERBAL	116	mefloquine	53
LYMEPAK	39	MEGA BIOTIN	230
LYNPARZA	59	megestrol	62, 204
LYSODREN	61	meijer glucose	111
LYSTEDA	77	MEKINIST	56
LYTGOBI	59	MEKTOVI	56
LYUMJEV	51	meloxicam	28
M		melphalan	54
MACROBID	38	memantine	88, 89
MACULAR BENEFITS	205	MEMANTINE	89
MACUVEX	205	MEN 50	208, 210, 213, 218
MACUZIN	205	MENACTRA	74
MAD	153	MENOPUR	131
mafenide	42	MENOSTAR	128
MAGELLAN	153	MENQUADFI	74
MALARONE	53	MEN'S	207, 208, 210, 212, 213, 214, 218, 247
malathion	191	MEN'S 50 PLUS	213
maprotiline	174	MEN'S DAILY	214
maraviroc	66	MEN'S MULTIVITAMIN	214
MAR-COF CG	98	MENVEO	74
MARINOL	120	MEPHYTON	247
MARNATAL-F	167	meprobamate	171
MARPLAN	172	MEPRON	53
MASONATAL	167	mercaptopurine	55
MATULANE	62	MERIBIN	230
MAVENCLAD	90	mesalamine	122
MAXFE	116	mesna	195
MAXIMIN	213	MESNEX	195
MAXIMUM D3	242	METADATE	175
MAXITROL	33	METANX	230
MAXI-TUSS CD	97	METANXPRO	230
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

Índice de medicamentos

methamphetamine	72	MICRO THIN LANCET	160
METHAVER	230	MICRO THIN LANCETS	160
methazolamide	101	midazolam	179
methenam	35	MIDAZOLAM	180
methenamine hippurate	35	midodrine	72
methenamine mandelate	35	MIEBO	104
methenam/sod phos/mbblue/hyoscy	35	MIFEPREX	197
methen/mbblue/sal/sod phos/hyos	35	mifepristone	50, 197
methimazole	193	miglitol	49
METHITEST	126	miglustat	198
meth/meblue/sod phos/psal/hyos	35	MIGRANAL	20
methocarbamol	166	MINCORA	230
methotrexate	55	MINI LANCING DEVICE	139, 140
methoxsalen	182	MINIMED	139, 153
methscopolamine	121	MINIMED RESERVOIR	153
METHYL B-12	234	MINI PRENATAL	167
METHYLCOBALAMIN	234	MINIPRESS	83
methyldopa	85	minocycline	39, 40
methylene	198	MINOLIRA	40
methylergonovine	130	minoxidil	85
METHYLFOLATE	207	mirabegron	204
METHYLIN	175	MIRENA	97
methylphenidate	175, 176	mirtazapine	171
METHYLPHENIDATE	176	MIRVASO	186
methylprednisolone	129	misoprostol	27, 121
METHYL PROTECT	230	MITIGARE	26
methyl salicylate	185	MITOMYCIN-WATER	108
methyltestosterone	126	MITOSOL	108
metoclopramide	123	MI-VITE	207
metolazone	103	MIXED TOCOTRIENOLS	246
METOPIRONE	100	MKO	180
metoprolol	85, 86	M-M-R II VACCINE	76
METOPROLOL SUCCINATE ER-HCTZ	86	MNEXSPIKE	73
METROCREAM	186	MOBILE	144
METROGEL	186	modafinil	179
metronidazole	35, 40, 186	MODDI	139
metyrosine	84	MODERNA	73
mexiletine	78	MODERNA COVID	73
MIACALCIN	132	moexipril	84
miconazole	44	molindone	178
MICRO	141, 144, 149, 160, 192	mometasone	103, 190
MICROCHAMBER	164	mondoxylene	40
MICRODOT	139	MONOCAPS	214
MICROLET	139, 144, 160	MONOFERRIC	116
MICRONEX	214	MONOJECT	148, 153, 154
MICROSPACER	164	MONOLET	144, 160
MICROTAINER	158, 160	MONSEL'S	78

Índice de medicamentos

montelukast	32	mycophenolate	133, 134
morgidox	40	MYDAYIS	72
MORGIDOX	40	MYDCOMBI	108
morphine	23	MYDRIACYL	108
MOTOFEN	120	MYDRIATIC4	106
MOUNJARO	48	MYFEMBREE	130
MOUTHPIECE	164	MYFORTIC	134
MOVANTIK	44	MYGLUCOHEALTH	139, 144, 160
MOXATAG	38	MYHIBBIN	134
moxifloxacin	34, 38	MYLERAN	55
MOXIFLOXACIN	33	MYRBETRIQ	204
MRESVIA	76	MYSOLINE	93
MS CONTIN	23	MYXREDLIN	51
ms glucose	III	N	
ms quick dissolve glucose	III	nabumetone	28, 29
MTERYTI	167	naftifine	46, 47
MTX	234	NAFTIN	46, 47
MUCOSITISRX	197	NALFON	28
MULTAQ	78	NALOCET	21
multi	167, 168, 214, 248	naloxone	24, 44, 203
MULTI ...138, 139, 168, 208, 210, 214, 215, 218, 219, 222, 223, 247, 248		naltrexone	44
MULTIA	214	NAMENDA	89
MULTI-LANCET	139	NAMZARIC	89
multilex	214	NANO	148, 149, 170, 224
MULTILEX	214	NANOVM	224, 247
MULTISTIX	101	NAPRELAN	28
MULTITOL-M	247	NAPROSYN	27, 28
multivit ..167, 207, 208, 209, 210, 212, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 222, 223, 224, 225, 248		naproxen	27, 28, 29
multivitamin ..169, 210, 211, 213, 214, 215, 219, 222, 223, 224, 225		naratriptan	19, 20
MULTIVITAMIN ..169, 204, 205, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 225, 230, 247		NARCAN	44
MULTI-VIT-FLOR	223	NARDIL	172
MULTIVIT-FLUOR	223	NASCOBAL	234
MULTIVIT-FLUORIDE	224	NATACHEW	167
multivit-min/fa/lycopen/lutein	210	NATACYN	44
mupirocin	41	nateglinide	49
MURI-LUBE	200	NATPARA	130
MUSE	195	NAYZILAM	92
mv	115, 116, 209, 212, 215	nebivolol	85
mvn	210, 215, 216	NEBUPENT	53
MVW	216, 224	nebusal	198
MVW COMPLETE	224	NEBUSAL	198
MYALEPT	131	NEEDLE	147, 148, 149, 152, 153, 154, 155
MYCAPSSA	131	needles,safety huber,disposabl	148
MYCOBUTIN	36	NEEVODHA	216
		nefazodone	173
		NEFFY	71
		NEMLUVIO	133

Índice de medicamentos

neomycin	33, 34, 35, 181	NITRO-DUR	80
neomycin/bacit/p-myx/hydrocort	33	nitrofurantoin	38
neomycin/bacitracin/polymyxinb	34	nitroglycerin	80
neomycin/polymyxin b/dexametha	33	NITROLINGUAL	80
neomycin/polymyxin b/hydrocort	33	NITROMIST	80
neomycin/polymyxn b/gramicidin	34	NITROSTAT	80
neomycin sulfate	35	NITYR	198
NEONATAL	116, 167	NIVA-FOL	230
NEONATAL FE	116	NIVA-PLUS	216
NEORAL	134	NIVESTYM	95
NEO-SYNALAR	41	nizatidine	123
NEOVITE	216	NOCTIVA	127
NEPHRON FA	230	NO FLUSH NIACIN	221
NEPHRO-VITE	230	NOKOR	149
NERIA	163	norelgestromin/ethin.estradiol	96
NERLYNX	59	noreth-ethinyl estradiol/iron	96
NESTABS	167, 216	norethind-eth estrad	96, 128
NEUAC	183	norethindrone	96, 127, 128, 130
neuac gel	183	norethin-ee	96
NEULUMEX	100	norethin-eth estrad	128
NEUPRO	65	NORGESIC	166
NEURIN-SL	234	norgestimate-ethinyl estradiol	96
NEUTRASAL	197	norgestrel-ethinyl estradiol	96
nevirapine	67	NORM-JECT	154
NEXAVAR	59	NORMLGEL	191
NEXCARE TEGADERM	156	nortriptyline	174, 175
NEXLETOL	86	NORVIR	68
NEXLIZET	87	NORWEGIAN COD LIVER OIL	226
niacin	88, 220, 221	NOURIANZ	65
NIACIN	220, 221	NOVA	139, 145, 160
niacinamide	221	NOVAFERRUM	116, 224
NIACINAMIDE	220, 221	NOVAMAX PLUS	99, 139
NIACOR	88	NOVAMV	224
nicardipine	79	NOVAREL	131
NICOMIDE	216	NOVOPEN 3	139
NICOTROL	192	NOVOPEN ECHO	139
nifedipine	79	NOXAFIL	45
NIFEREX	116	NOXIFOL-D3	242
NILANDRON	55	NUBEQA	55
nilotinib	59	NUCALA	32
nilutamide	55	NUCORT	190
nimodipine	79	NUEDEXTA	90
NINJACOF-XG	98	NUFERA	116
NINLARO	59	NUFOLA	230
nisoldipine	79	NU-IRON	116
nitisinone	198	NULEV	121

Índice de medicamentos

NULYTELY	124	ONCOVITE	216
NUMBRINO	103	ondansetron	120, 121
NUMOISYN	196, 197	one	169, 211, 212, 213, 216, 217, 218
NUPLAZID	172	ONE .132, 164, 167, 168, 169, 170, 208, 212, 213, 216, 217, 218, 224, 225	
NURTEC ODT	20	ONE A DAY	167, 225
NUTRALYN	216	ONE-A-DAY	168, 224
NUTRIVIT	216	one daily	169, 211, 213, 218
NUVAXOVID	73	ONE DAILY	167, 208, 212, 213
NUVESSA	40	ONETOUCH	140, 145, 160
NUZYRA	40	ONETOUCH DELICA	140, 160
NYMALIZE	79	ONETOUCH ULTRA	140
nystatin	42, 45, 46, 47	ONETOUCH VERIO	140
		ONEVITE	217
OB COMPLETE	167	ONE WAY MOUTHPIECE	164
OBREDON	98	ONEXTON	183
OBSTETRIX	167, 216	ONGENTYS	65
OBSTETRIX EC	167	ON-THE-GO	145, 160
OBTREX DHA	167	OPFOLDA	198
OALIVA	122	opium/belladonna	23
OCUFLOX	34	opium tincture	120
OCULAR VITAMINS	205	OPSITE	156
OCUVEL	205	OPSUMIT	81
OCUVITE	205, 216	OPSYNVI	81
ODACTRA	73	OPTICHAMBER	164
ODEFSEY	68	OPTIFAST	217
ODOMZO	56	OPTIMAL D3 M	242
OFEV	194	OPTISOURCE	217
ofloxacin	33, 34, 38	OPTUMRX	140
OGSIVEO	59	OPURITY	217, 234
OJEMDA	56	OPZELURA	191
olanzapine	177, 178	ORACIT	118
olmesartan/amlodipin/hcthidiazid	83	ORALAIR	73
olmesartan/hydrochlorothiazide	83	ORAMAGICRX	196
olmesartan medoxomil	84	ORAPRED ODT	129
olopatadine	103	ORAVIG	45
OLPRUVA	119	ORENITRAM	81
OLUX	190	ORFADIN	198
om	216	ORGOVYX	57
OMECLAMOX-PAK	121	ORIAHNN	130
omega-3 acid	119	ORILISSA	130
omeprazole	125	ORKAMBI	193
OMNIPAQUE	99	ORLADEYO	194
OMNIPOD	139, 140	ORLISTAT	64
OMNITROPE	129	orphenadrine	166
OMNIVEX	216	ORTHO DF	242
OMVOH	132	oseltamivir	69, 70
ON CALL	140, 145, 160		

Índice de medicamentos

OSENI	48	PARVLEX	116
OSMOPREP	124	PASER	36
OSTACHOL	242	PATANASE	103
OTEZLA	26	PAXIL	173
OTIPRIO	33	PAXLYTE	234
OTOVEL	33	pazopanib	59
OVACE	184	PEDIA POLY-VITE	224
OVAL TAPE	140	pedia poly-vite iron	224
OVIDE	191	PEDIARIX	76
OVIDREL	131	PEDIATRIC MASK	164
oxandrolone	126	PEDIATRIC MONITOR	140
oxaprozin	27, 29	pediatric multivit	224
oxazepam	171	pediatric multivitamin	222, 224, 225
OXBRYTA	77	PEDIATRIC PANDA MASK	164
oxcarbazepine	93, 94	PEDIATRIC POLY-VITAMIN	224, 225
OXERVATE	109	PEDIATRIC POLY-VITE	225
oxiconazole	47	PEDIATRIC TRI-VITAMIN	225
OXTELLAR	94	PEDIATRIC TRI-VITE	225
oxybutynin	204	PEDIA TRI-VITE	224
oxycodone	21, 23, 24	pedi multivit	222, 224
oxycodone hcl/acetaminophen	21	ped mvit	224
OXYCONTIN	24	PEDVAXHIB	76
oxymorphone	24	peg3350/sod sulf,bicarb,cl/kcl	124
OXYTROL	204	peg3350/sod sul/nacl/kcl/asb/c	124
OZEMPIC	48	PEGASYS	70
P		PEMAZYRE	59
P2I	170	PENBRAYA	74
PACNEX	186	penciclovir	71
paliperidone	177	penicillamine	26
PALYNZIQ	73	penicillin	38
PAMELOR	175	PENMENVY	74
PAN-C	238	PENTACEL	76
PANCREAZE	124	pentamidine	53
PANDA	164	PENTASA	122
PANDEL	190	pentazocine	24
PANRETIN	62	pentoxifylline	78
PANTETHINE	221	PEPCID	123
pantoprazole	125	perampanel	93, 94
PANTOTHENIC	221	PERFECT	116, 145, 149, 160
PAPAVERINE-PHENTOLAMINE	195	PERFECT IRON	116
PAPAVERINE-PHENTOLMN-ALPROSTD L	195	PERIDEX	195
PARADIGM	154, 163	PERIDIN-C	238
paregoric	120	perindopril erbumine	84
PAREMYD	108	permethrin	64
paricalcitol	197	perphenazine	174, 178
PARNATE	172	perphenazine/amitriptyline	174
paroxetine	173, 198	PFIZER	73

Índice de medicamentos

PFIZER COVID	73	POLY HUB	149
pharm	181, 184	polymyxin b sulf/trimethoprim	34
PHARM	181, 184	POLYSKIN II	156
PHARMABASE BARRIER	186	POLYTRIM	34
pharm choice alcohol prep pads	184	POLY-TUSSIN AC	97
PHARM CHOICE ALCOHOL PREP PADS	184	POLY-VI-FLOR	225
PHASEAL	149	poly-vi-sol	225
PHEBURANE	119	POLY-VI-SOL	225
phenazopyridine	25	POLY-VITA	225
phendimetrazine	62, 63	POLY VITAMIN-IRON	217
phenelzine	172	POLY-VITE	224, 225
phenobarb/hyoscy/atropine/scop	121	POMALYST	57
phenobarbital	179	POSACONAZOLE	45
PHENOBARBITAL-BELLADONNA ELIXR	122	posaconazole dr	45
phenoxybenzamine	72	potassium	20, 38, 84, 110, 113, 118, 119, 124, 191
phentermine	62, 63	POTASSIUM	102, 103, 118, 124
phenylephrine	47, 106	potassium bicarbonate/cit ac	118
PHENYTEK	94	potassium chloride	118
phenytoin	92, 94	potassium citrate	118, 119
PHOSPHOLINE IODIDE	107	potassium iodide	113, 191
PHOTREXA	104	potassium iodide/iodine	113
PHYSIOLYTE	181	povidone-iodine	104
PHYSIOSOL	181	pramipexole	65
phytonadione	247	PRAMOSONE	191
PHYTONADIONE	247	PRANDIN	49
PIFELTRO	67	prasugrel	65
pilocarpine	73, 106, 107	pravastatin	87
pimecrolimus	133	praziquantel	52
pimozide	177	prazosin	83
pindolol	85	PR BENZOYL PEROXIDE	186
pioglitazone	50	PRECISIONGLIDE	148, 149, 154, 155
PIP	140, 145, 160	PRECISION XTRA	99, 140
PIP GLUCOSE CONTROL SOLUTION	140	PRECOSE	49
PIP LANCET	160	pred	33
PIQRAY	59	PRED	33, 105
piroxicam	27, 29	PRED FORTE	105
PISTON ENFIT	154	PRED-G	33
pitavastatin	87	prednicarbate	188, 190
PLEGRIDY	90	prednisolone	34, 105, 129
PLEXION	42, 184	PREDNISOLONE	33, 105
PNEUMOVAX 23	74	PREDNISOLONE ACET-GATIFLOXACIN	33
pnv	168, 169	PREDNISOLONE ACET-MOXIFLOXACIN	33
POCKET CHAMBER	164	PREDNISOLONE AC-MOXIFLOX-BROMF	33
PODIAPN	230	PREDNISOLONE AC-MOXIFLOX-NEPAF	33
podofilox	186	PREDNISOLONE PHOS-GATIFLO-BROM	33
POLIBAR ACB	100	PREDNISOLONE PHOS-GATIFLOXACIN	33
polyethylene	200	PREDNISOLONE PHOS-MOXIFLO-BROM	33

Índice de medicamentos

PREDNISOLONE PHOS-MOXIFLOXACIN	33	PRODIGY	140, 145, 154, 161
prednisone	129	PRODIGY COUNT-A-DOSE	154
preferred plus glucose	III	PRO FE	117
PREFEST	128	PROFERRIN	117
pregabalin	94, 202	PROFOLA	218
PREGNYL	131	progesterone	130, 131
PREHEVBRIO	76	PROGLYCEM	III
PREMARIN	131	PROGRAF	134
PRENATA	168	PROLENSA	105
prenatal	167, 168, 169, 170	PROMACTA	95
PRENATAL 166, 167, 168, 169, 170, 171, 208, 209, 213, 218, 219		promethazine	47, 97, 121
prenatal71	169	PROMETRIUM	130
PRENATE	169, 170, 217, 218	propafenone	78
PREPIDIL	130	proparacaine	105
PRESERVISION	205	propranolol	85, 86
PRESSURE	106, 107, 145, 161	propylthiouracil	193
PRESSURE ACTIVATED LANCETS	161	PROQUAD	76
PRESTALIA	82	PRORENAL	218, 230
PRETOMANID	36	PROSCAR	203
PREV	218	PROTECT	109, 117, 218, 230
PREVENT	226	PROTECT IRON	117, 218
PREVIDENT	109, 112	PROTHELIAL	196
PREVNAR 13	74	PROTOPIC	133
PREVNAR 20	74	protiptryline	175
PREVYMIS	69	PROVERA	96, 130
PREZISTA	66	PROVIDA OB	169
PRIFTIN	36	PROVOCHOLINE	99
PRIMACARE	169	prucalopride	123
primaquine	53	PSV SET	163
PRIMAQUINE	53	pub glucose	III
PRIMEAIRE	164	PULMOZYME	194
primidone	93, 94	PURE	145, 161, 165, 181, 184
PRIMSOL	35	PURE COMFORT	161, 165, 184
PRIORIX	76	PURECOMFORT	165
PRISMASOL	118	PUREFE	218
PRO ... 117, 137, 142, 145, 147, 157, 158, 161, 162, 164, 165, 181, 184, 185, 222		purevita	207, 242
probenecid	29	PUREVITA 207, 221, 226, 230, 231, 234, 235, 238, 242, 246	
PROCARDIA	79	PURIXAN	55
PROCARE SPACER	165	PUSH	145, 161
PROCERV HP	218	PUSH BUTTON	161
PROCHAMBER	165	pyrazinamide	36
prochlorperazine	120, 121	pyridostigmine	71
PRO COMFORT	145, 161, 164, 165, 184	PYRIDOSTIGMINE	71, 72
PROCORT	123, 126	pyridoxine	213, 236
PROCTOCORT	125	PYRIDOXINE	236
		pyrimethamine	53

Índice de medicamentos

PYRUKYND 77

Q

QELBREE 176
 QSYMIA 63
 Q-SYTE 163
 QUADRACEL DTAP-IPV 76
 QUDEXY 94
 QUERCETIN 206
 QUESTRAN 87
 quetiapine 177
 QUFLORA 225
 QUICK RELEASE SOFT TEFLON 140
 quinapril 82, 83, 84
 quinapril/hydrochlorothiazide 82
 QUIN B STRONG 230
 QUINCE SPINAL 149
 quinidine 78
 quinine 53
 QUINTABS 218
 QULIPTA 20
 QUVIVIQ 180
 QVAR REDIHALER 32

R

ra III, II7, I69, I8I, I85, 200, 207, 218, 22I, 226, 230, 232, 234, 236, 238, 242, 243, 246
 RA II7, I8I, I85, 22I, 234, 238
 ra alcohol swabs 185
 ra balanced 230
 rabeprazole 125
 RADICAVA ORS 89
 RADIOGARDASE 199
 ra glucose III
 RAGWITEK 73
 ra high potency iron II7
 RA HIGH POTENCY IRON II7
 ra isopropyl alcohol 70% 200
 RA ISOPROPYL ALCOHOL 70% WIPES 185
 ra isopropyl alcohol 91% 200
 raloxifene 20I, 202
 ramelteon 179
 ramipril 83, 84
 RANEXA 78
 RA NIACIN 22I
 ranitidine 123
 ranolazine 78
 ra one daily prenatal dha pack 169

RAPAMUNE 134
 RAPID B-I2 ENERGY 234
 ra prenatal tablet 169
 rasagiline 64, 65
 RASUVO 26
 RAVICTI 119
 ra vit 234, 238
 RA VIT 234
 ra vitamin 226, 234, 238, 242, 243, 246
 ra vitamin a 226
 RA VITAMIN C 238
 RAYALDEE 197
 RAYA SURE 149
 RAYOS 129
 RAZADYNE 72
 READI-CAT 2 100
 READYLANCE 145, 161
 REBIF 90, 91
 RECOMBIVAX HB 76
 RECOTHROM 78
 RECTIV 124
 REFUAH 140
 REGLAN 123
 REGULAR BEVEL 149
 RELAFEN 29
 RELAGARD 52
 RELCARE 230
 RELENZA 69
 RELEXII 176
 RELIAMED 140, 145, 161
 RELION 99, III, I8I, I85
 reli-on glucose III
 relion glucose III
 RELION GLUCOSE III
 RELISTOR 44
 REMEDIENT 218
 REMERON 171
 RENACIDIN 119
 RENAL VITAMIN 230
 RENAL-VITE 230
 RENAPLEX 230
 RENVELA 112
 repaglinide 49, 50
 REPATHA 86, 87
 REPLACEMENT 77, II3, II4, II5, II6, II7
 REPLACEMENT PEDIATRIC MONITOR 140
 REPLESTA 243

Índice de medicamentos

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
REYATAZ	68	ROZLYTREK	60
REYVOW	20	rufinamide	94
REZDIFFRA	197	rutin	206
REZUROCK	203	RYALTRIS	103
RHOFADE	186	RYBELSUS	48
RHOPRESSA	107	RYCLORA	47
ribasphere	70	RYDAPT	60
ribavirin	70	RYTARY	65
riboflavin	235	RYVENT	47
RIBOFLAVIN	235	S	
RIBOZEL	230	sacubitril	83
RIDAURA	26	SAFE-CLIP	140
rifabutin	36	SAFESNAP	154
rifampin	36	SAFETY	142, 143, 144, 145, 146, 147, 150, 153, 154, 155, 158, 159, 160, 161, 162
RIGHTEST	140, 145, 161	SAFETYGLIDE	150, 154
RILUTEK	89	SAFETY LANCETS	158, 160, 161
riluzole	89	SAFETY-LET	161
rimantadine	69	SAFETY SEAL LANCETS	159, 161
RIMSO-50	24	SAFETY SYRINGE	153, 154, 155
ringer's solution	181	SALAGEN	73
RINVOQ	26	SALIVAMAX	197
RIOMET	49	salsalate	26
risedronate	201, 202	SAMBUCUS	238
RISPERDAL	177	SANCUSO	121
risperidone	177	SANDIMMUNE	134
RITEFLO	165	SANTYL	191
ritonavir	67, 68	sapropterin	199
rivaroxaban	43	SAPS	181, 185
rivastigmine	71, 72	SAPS ALCOHOL 70% PREP PADS	185
rizatriptan	20	SAVELLA	202
R-NATAL	170	saxagliptin	49, 50
ROBINUL	119	saxagliptn	50
ROCALTROL	243	SAXENDA	63
ROCKLATAN	107	SCALACORT	190
roflumilast	32		

Índice de medicamentos

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	sm iron	117
sevelamer	112	sm isopropyl alcohol 70%	200
sevoflurane	24, 25	sm prenatal vitamins tablet	169
SEYSARA	40	SM SLOW RELEASE IRON 45 MG TAB	117
SFROWASA	122	sm vitamin	234, 238, 243
SHINGRIX	76	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	
SHORT BEVEL	149	SODIUM	34, 43, 100, 179, 181, 183
SIDEROL	117	sodium chloride	124, 181, 198
SIDESTREAM	165	sodium chloride/nahco3/kcl/peg	124
SIGNIFOR	131	SODIUM CITRATE	43
sildenafil	80, 196	sodium ferric gluconat/sucrose	114, 117
SILENOR	180	sodium fluoride	109, 110, 112, 113, 118
SILHOUETTE	139, 163	SODIUM OXYBATE	179
SILICONE MASK	165	sodium phenylbutyrate	119
silodosin	203	sodium polystyrene sulfonate	112
SIL-SERTER	140	sodium polystyrene sulfon/sorb	112
SILVADENE	42	sodium, potassium, mag sulfates	124
silver sulfadiazine	42	sodium sulfacetamide	183
SIMBRINZA	107	SODIUM SULFACETAMIDE 10% WASH	183
SIMILAC PRENATAL	169	sod,pot chlor/mag/sod,pot phos	181
SIMLANDI	54	sod sulfacet-sulf	42
SIMPONI	54	sod sulfacet-sulfur	42
simvastatin	86, 87	sod sulfacetam 10% clnsng gel	183
SIMVASTATIN	87	sod sulfacetamide 9.8% shampoo	183
SINGLE	123, 125, 145, 161, 181, 185	sod sulfacetamide 10% shampoo	183
SINGLE-LET	161	sod sulfacet-sulfr	42
SINGLE USE SWAB	185	sod sulfacet-sulfur	42
sirolimus	134	sod sulfac-sulfur	42
SIRTURO	36	SOF-SERTER	141
SITAVIG	69	SOF-SET	141
SITZMARKS	100	SOFT	140
SKYCLARYS	199	SOHONOS	199
SKYLA	97		
SKYRIZI	132, 182		

Índice de medicamentos

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	sucrafate	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
SOTYKTU	182	sulfasalazine	122
SOTYLIZE	85	sulindac	29
SPACE CHAMBER	164, 165	SUMADAN	42
SPAN C	238	sumatriptan	20
SPECIALTY USE NEEDLES	149	SUMAXIN	42
SPECTRACEF	37	sunitinib malate	60
SPECTRAVITE	207, 218	SUNLENCA	66
SPEVIGO	182	SUNOSI	179
SPIKEVAX	74	super	218, 228, 230
SPIKEVAX COVID	74	SUPER	144, 146, 159, 161, 218, 240, 243
spinosad	64	super b complex-vit c	230
SPIRIVA HANDIHALER	29	SUPER DAILY D3	240, 243
SPIRIVA RESPIMAT	29	SUPER GINSENG	218
spironolact/hydrochlorothiazid	103	SUPERIOR	218, 247
spironolactone	102, 103	super quints	230
SPORANOX	45	SUPER THIN LANCETS	159, 161
SPRITAM	94	SUPOR	154
SPRIX	20	SUPPORT-500	219
SSKI	113	SUPRANE	24
sss	42	SURE	139, 141, 146, 149, 161, 163, 181, 185
STALEVO	65	SURE COMFORT	141, 161, 185
stavudine	67	SUREFLEX	141, 160
STELARA	132	SURE-LANCE	161
STENDRA	196	SURE-PEN	141
STERILANCE	146, 161	SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS	185
STERILANCE TL	161	SURESITE	156
STERILE	146, 155, 161	SURE-T	163
STERILE LANCETS	161	SURE-TEST EASYPLUS	141
STIOLTO RESPIMAT	30	SURE-TOUCH	161
STIVARGA	60	SURGICEL	78
STRENSIQ	199	surgifoam	78
		SURGIFOAM	78

Índice de medicamentos

SURGISEAL	186	TABRECTA	60
SURMONTIL	175	tacrolimus	133, 134
SURVANTA	194	tadalafil	80, 195, 196
SUSTIVA	67	TAFINLAR	56
SUTENT	60	TAGITOL	100
sv	117, 170, 207, 221, 231, 234, 236, 238, 243, 246	TAGRISSE	60
sv b-12	234	TAKHZYRO	73, 194
sv biotin	231	TALICIA	121
SV BIOTIN	230	TALTZ	182
SV COD LIVER OIL	225	TALZENNA	60
sv folic acid	207	TAMIFLU	69, 70
SV HAIR, SKIN AND NAILS	219	tamoxifen	62
sv niacin	221	tamsulosin	203
sv prenatal tablet	170	TANDEM	117, 141, 219
SV PRENATAL VITAMINS TABLET	170	TANDEM DUAL ACTION	117
SV SLOW RELEASE IRON 45 MG TAB	117	TAPERDEX	129
sv vitamin	234, 238, 243, 246	TARCEVA	60
sv vitamin b-12	234	TARGADOX	40
sv vitamin c	238	TARGRETIN	62
SV VIT B	234	TARPEYO	129
sv vit c	238	TASIGNA	61
SWI	181	TASMAR	65
SYMAX DUOTAB	122	tavaborole	47
SYMBICORT	31	TAVALISSE	194
SYMDEKO	193	TAVNEOS	77
SYMFI	68	tazarotene	183
SYMLINPEN	49	TAZVERIK	57
SYMPAZAN	92	TB SYRINGE	153, 154, 155
SYMPROIC	44	TC99M	99
SYMTUZA	66	TDVAX	76
SYNALAR	41, 190	TECHLITE	146, 161
SYNAREL	130	TEGADERM	156, 157
SYNDROS	120	TEGLUTIK	89
SYNERA	25	TEGRETOL	94
SYNJARDY	50	TEKTRUNA HCT	86
SYPRINE	199	TELCARE	141, 146, 161
SYRINGE AVITENE	78	TELCARE CONTROL SOLUTION	141
SYRINGE BULK	154	TELCARE ULTRA THIN	161
SYRINGE CATHETER	154	telmisartan	83, 84
SYRINGE FILTER	154, 155	telmisartan/amlodipine	83
SYRINGE SLIP TIP	155	telmisartan/hydrochlorothiazid	83
SYRINGE TIP CAP	155	temazepam	179
SYRINGE WITH NEEDLE DISP	155	TEMIXYS	66
SYRINGE WITHOUT NEEDLE	155	TEMOVATE	190
T		temozolomide	55
TAB-A-VITE	219	TENIVAC	76
TABLOID	55	tenofovir	67

Índice de medicamentos

TENORETIC	86	ticagrelor	65
TENORMIN	85	TIGLUTIK	89
terazosin	83	timolol	85, 106, 107
terbinafine	45	TIMOLOL	106, 107
terbutaline	30	TIMOLOL-BRIMONIDIN-DORZOLAMIDE	107
terconazole	44	TIMOLOL-BRIMONI-DORZOL-LATANOP	107
teriparatide	201	TIMOLOL-DORZOLAMIDE	107
TERSI FOAM	183	TIMOLOL-LATANOPROST	107
TERUMO	149, 155	TIMOPTIC	107
TERUMO SURGUARD2	149, 155	tinidazole	52
TERUMO SYRINGE	155	tiopronin	203
testosterone	126, 127	TISSEEL VHSD	186
TESTOSTERONE	126, 127	TIVICAY	68
tetrabenazine	89	TIVORBEX	29
tetracaine	105	tizanidine	166
TETRACAINE	105	TL-HEM 150	117
tetracycline	40	TOBAKIENT	219
TETRAVISC	105	TOBI PODHALER	35
TEXACORT	190	TOBRADEX	33
T:FLEX	141	tobramycin	33, 34, 35
THALOMID	36	tobramycin/dexamethasone	33
THEO-24	32	TOBRAMYCIN PAK	35
theophylline anhydrous	32	TOBEX	34
thera-d	243	TOFRANIL	175
THERA-D	243	tolcapone	65
THERAGRAN	219	TOLECTIN	29
thera-m	219	tolmetin	29
THERA-M	219	tolterodine	204
THERAMILL FORTE	219	tolvaptan	101, 102
THERANATAL	170, 171, 219	TOOMEY SYRINGE	155
THEREMS-H	219	Topamax	94
thiamine	232	TOPCARE	146, 161
THIAMINE	232	TOPICORT	190
THIN	100, 143, 144, 146, 149, 157, 159, 160, 161, 162	topiramate	63, 94
THIN LANCETS	159, 160, 161, 162	topiramate er	94
THIN WALL NEEDLES	149	toremifene	62
THIOLA EC	203	torsemide	102
thioridazine	178	TOSYMRA	20
thiothixene	178	TOUJEO	52
THRIVITE	170	TOXICOLOGY SALIVA COLLECTION	99
THROMBI-GEL	78	TRACLEER	81
THROMBIN-JMI	78	tramadol	21, 24
THROMBI-PAD	78	trandolapril	82, 84
thyroid,pork	193	trandolapril/verapamil	82
tiagabine	94	tranexamic	77
TIAZAC	79	TRANSFER	68, 148, 149
TIBSOVO	61	TRANSPARENT	157

Índice de medicamentos

tranylcypromine	172	TROPIC-CYCLOPENT-PE-KTRLC-PROP	108
travoprost	107	tropium	204
trazodone	173	true	117, 207, 221, 232, 234, 236, 238, 243, 246
TRECATOR	36	TRUE	99, 141, 146, 161, 181, 185, 219, 221, 232, 236, 243, 246
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
TRIFERIC	117	TUBERCULIN SYRINGE	152, 153, 154, 155
trifluoperazine	178	TUKYSA	61
trifluridine	69	TULIVITE	117
trihexyphenidyl	64	TURALIO	61
TRIJARDY	51	TUXARIN	97
trimethobenzamide	121	TUZISTRA	97
trimethoprim	34, 35	TWIIST	141
trimipramine	175	TWINPAK DUAL CANNULA	155
TRI-MIX	196	TWINRIX	76
TRIMO-SAN	52	TWIST	143, 145, 146, 158, 159, 161, 162, 186
TRIMPEX	36	TWYNEO	183
TRINAZ	171	TYBOST	193
TRINTELLIX	174	TYENNE	133
TRISODIUM CITRATE CRRT	43	TYMLOS	132
TRISTART	170	TYRVAYA	196
TRIUMEQ	66	TYVASO	81
TRIVIA	219	U	
TRI-VI-FLOR	225	UBRELVY	20
TRI-VI-SOL	225	UCERIS	126, 129
tri-vit-fluor	225	UDAMIN SP	219
TRI-VIT-FLUOR	225	ULESFIA	64
TROKENDI	94	ULTANE	25
TRONVITE	231	ULTICARE LDS SYR	155
TROPICAL LIQUID	225	ULTICARE SAFETY SYRINGE	155
tropicamide	108	ULTICARE SYRINGE	155
TROPICAMIDE-CYCLOPENTOLATE-PE	108	ULTICARE TB SAFETY	155
TROPICAMIDE-CYCLOPENT-PE-KTRLC	108	ULTIGUARD SAFE	155

Índice de medicamentos

ULTIGUARD SAFEPAK	155	valproic	94
ULTI-LANCE	141	valsartan	83, 84
ULTILET	146, 162, 181, 185	valsartan/hydrochlorothiazide	83
ULTRA 30, 140, 142, 144, 146, 149, 155, 158, 159, 161, 162, 170, 208, 209, 210, 218, 219, 228, 231		VALTOCO	92
ultra b-100	231	VANCOCIN	40
ULTRA B-100 COMPLEX	231	vancomycin	40
ULTRA-CARE	162	VANILLA SILQ	100
ULTRA-FINE	149, 155	VANISHPOINT	156
ULTRA-FINE MICRO	149	VANOXIDE-HC	185
ULTRA-FINE MINI	149	VANRAFIA	203
ULTRA-FINE NANO	149	VAQTA	76
ULTRA-FINE ORIGINAL	149	vardenafil	195, 196
ULTRA-FINE SHORT	149	varenicline	192
ULTRAFOAM	78	VARIBAR	100
ULTRA FREEDA	219	VARISOFT	142
ULTRALANCE	146, 162	VARIVAX VACCINE	76
ULTRA THIN	159, 161, 162	VARUBI	121
ULTRA-THIN II	162	VASCEPA	119
ULTRA THIN PLUS	162	VASCULERA	206
ULTRATLC	146, 162	VASERETIC	82
ULTRATRAK CONTROL	141	VASOFLEX	206
ULTRATRAK ULTIMATE	141	VASOTEC	84
ULTRAVATE X	191	VAXELIS	76
UNILET	142, 144, 146, 147, 157, 159, 162	VAXNEUVANCE	74
UNISTIK	141, 144, 147, 159, 162	VB6 P5P	236
UNISTRIP	142	VECAMEYL	84
UNIVERSAL	147, 155, 163	VECTICAL	183
UNIVERSAL I	163	VELPHORO	112
UNIVERSAL SYRINGE	155	VELSIPITY	91
UPTRAVI	81	VELTASSA	112
upup	111	VEMLIDY	70
URECHOLINE	73	VENALIV	206
URELLE	36	VENCLEXTA	61
URIBEL	36	venlafaxine	174
URISTIX	101	VENOFER	117
UROCIT-K	119	VENTAVIS	81
UROQID-ACID	119	VEO INSULIN SYRINGE	156
URSO	122	VEOZAH	198
ursodiol	122	verapamil	79, 82
USTEKINUMAB	132	VERELAN	79
UTIBRON	30	VERIFINE	147
V		VERQUVO	80
valacyclovir	70	VERSACLOZ	178
VALCHLOR	62	VERTIGOHEEL	198
VALCYTE	70	VERZENIO	61
valganciclovir	70	VEVYE	108
		VFEND	45

Índice de medicamentos

V-GO	142	vitamin c	209, 219, 227, 231, 237, 238, 239, 240
VIBERZI	123	VITAMIN C	226, 227, 236, 237, 238, 239, 240
VIBRAMYCIN	40	vitamin d2	241
VIGADRONE	94	vitamin d3	110, 240, 241, 242, 243
VIGAMOX	34	VITAMIN D3	219, 240, 241, 242
VIJOICE	194	VITAMIN D3-ALOE	219
VIOKACE	124	vitamin e	245, 246
VIRACEPT	68	VITAMIN E	245, 246, 247
VIREAD	67	VITAMIN K	247
VIRT-CAPS	231	VITAMIN K2	247
virt-fefa plus	117	VITAMINS A D	226
VIRT-FEFA PLUS	117	VITAMINS A-D-E	219
VISION FORMULA	204, 205	VITAPEARL	170
VISION PLUS	207	VITA-RESPA	231
VISTA ADVANCED AREDS2	205	VITASURE	231
VISTARIL	47	VITATRUE	170
VISTASEAL	78	vit a/vit c/vit e/zinc/copper	205
VISTOGARD	195	vit b	228, 229, 231, 233
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	VIT B-12	212, 233, 234
VIT	191, 212, 213, 222, 223, 225, 233, 234, 238, 239, 243	vit b12/levomefolate/vit b6/b2	228, 231
vit a	205, 225	vit c-rose hip	236, 237, 238
VITA-BEE	231	vit c-rose hips	237, 238, 239
VITABEX	117, 219	VIT C-ROSE HIPS	239
VITACORE	219	vit d3	225, 240, 242
VITAFOL	117, 170, 171	VITEYES	205
VITAFUSION	219	VITRAKVI	61
VITAJOY	219, 231, 239	VITREXYL	219
VITAL-D	231	VITRON-C	117
VITAMEDMD	170	VITRUM 50	219
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	vits a,c,e/lutein/minerals	205
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	VIVAGUARD	142, 147, 163
vitamin a	226	VIVJOA	45
VITAMIN A	191, 192, 225, 226	VIZIMPRO	61
vitamin b-12	230, 233, 234, 235	VOGELXO	127
vitamin b12	234, 235	VOLUMEN	100
VITAMIN B-12	233, 234, 235	VONJO	61
VITAMIN B12	232, 233, 234, 235	VOQUEZNA	121, 124
vitamin b complex	219, 226, 231	VORANIGO	61
vitamin b-complex	231	voriconazole	45
		VORTEX	165
		VOSEVI	70
		VOTRIENT	61
		VOWST	123
		VOXZOGO	199
		VOYDEYA	77
		v-r alcohol prep pads	185
		VRAYLAR	178

Índice de medicamentos

VRAYLAR 1.5 MG CAPSULE	178
v-r vitamin c	240
VTAMA	184
VUEBLU	99
VUMERITY	91
VYKAT	201
VYLEESI	176
VYNDAMAX	199
VYNDAGEL	199
VYVANSE	171
VYVGART	199

W

WAKIX	95
water	181
WAVESENSE	142
WEBCOL	181, 185
WEGOVY	63
WELIREG	61
well	240, 245
WHEAT GERM	247
WINDOW BANDAGES	157
WINREVAIR	81
WOMEN'S 50	209, 219
women's daily	219
WOMEN'S DAILY	219, 220
WOMEN'S DAILY GUMMIES	220
WOMEN'S MULTIVITAMIN	220
WOMEN'S PRENATAL PLUS DHA	170
WYNZORA	191

X

XACIATO	40
XALKORI	61
XAQUIL	207
XARELTO	43
XCELLENT	240, 247
XCELLENT C	240
XCOPRI	94, 95
XDEMY	64
XELJANZ	27
XELODA	56
XENICAL	64
XENLETA	38
XENON XE-133	100
XEPI	41
XERMELO	120
XHANCE	103
XIFAXAN	39

XIGDUO	50, 51
XIIDRA	108
XOFLUZA	70
XOLAIR	32
XOLREMDI	95
XOPENEX	30
XOSPATA	61
XTANDI	55
XURIDEN	111
XVITE	231
XYOSTED	127
XYREM	179
XYWAV	179
XYZBAC	220

Y

YALE	149
YAZ	96
YESINTEK	132
YEZTUGO	66
YONSA	55
YORVIPATH	130
YUPELRI	29
YUTREPIA	81

Z

zafirlukast	32
zaleplon	180
ZANAFLEX	166
ZARONTIN	95
ZCORT	129
ZELBORAF	56
ZELDANA	231
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

Lista de medicamentos con receta

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
ZTLIDO	25
ZUBSOLV	203
ZYDELIG	61
ZYKADIA	61
ZYLOPRIM	26
ZYPITAMAG	87
ZYPREXA	178
ZYVANA	220
ZYVIT	220
ZYVOX	38

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

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.

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 ayudarlo.

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>



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). **ATENCIÓN:** Si usted habla un idioma que no sea inglés, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Si es un cliente actual de Cigna

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, 我们提供免费的语音援助服务。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 ikaw 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 na-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 – تهنیه: إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر لدينا مساعدات قابلة للتحويل، إن شاء الله تعالى. اتصل بالرقم 1-800-244-8224 (TTY: 711 بالطلب).

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 ki 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: wybierz 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 Sprachassistenzen Dienste 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) – توجه: به فارسی صحبت میکنید یا؟ خدمات گفتاری رایگان برای دوستان فارسی زبان. خدمات رایگان کمک زبانی برای شما صحبت میکنیم. توجه: اگر به فارسی صحبت میکنید یا؟ (شماره 711 را بگردید) (TTY: توجه لطفاً در قالبهای قابل دسترسی به صورت رایگان در دسترس هستند. با شماره 1-800-244-8224 یا خدمت خود صحبت کنید)