



Lista de medicamentos con receta National Preferred de 4 niveles 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	11
• 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	248
Índice de medicamentos	249

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

¿Tiene preguntas?

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

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

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

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

P. ¿Cómo deciden qué medicamentos cubrir?

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

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

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

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

P. ¿Cómo sé si un medicamento necesita aprobación?

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

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

P. ¿Qué tipos de medicamentos generalmente necesitan aprobación?

R. Medicamentos que:

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

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

R. Medicamentos que:

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

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

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

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

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

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

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

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

si ya recibió la aprobación para que su plan cubra su medicamento, no podemos limitar ni excluir la cobertura para ese medicamento si su médico se lo sigue recetando para tratar su condición (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).

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:

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

- **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 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 preferidos. 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	Genéricos no preferidos. Estos medicamentos pueden costar más que los medicamentos genéricos preferidos. ³	\$\$
Nivel 3	Marcas preferidas. Estos medicamentos en general tienen una o más alternativas genéricas de menor costo que tratan la misma condición.	\$\$\$
Nivel 4	Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca. Estos medicamentos están cubiertos con el costo compartido más alto de su plan. Las marcas no preferidas en general tienen una o más alternativas genéricas y/o de marca preferida que tratan la misma condición. 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 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>bitalbital/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>bitalb-aspirin-caffe 50-325-40</i>	T1	QL (6 tabs/day)	
<i>bitalbital-asa-caffeine cap</i> (Fiorinal)	T1	QL (6 caps/day)	Nombre del medicamento con receta es el nombre del medicamento.
FIORINAL (<i>bitalbital-aspirin-caffeine</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>bitalb/acetaminophen/caffeine</i>	T3		
<i>bitalb/acetaminophen/caffeine</i> (Esgic)	T3	QL (6 caps/day)	Los medicamentos de marca están escritos en MAYÚSCULA .
<i>bitalb-acetamin-caff 50-300-40</i> (Fioricet)	T1	QL (6 caps/day)	
<i>bitalb-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>bitalbital-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-caffeine</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/caffeine</i>	T1		
<i>ergotamine tartrate/caffeine</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 (infecciones)	52, 53
Analgésicos (condiciones urinarias)	24	Antiinfecciosos/Varios (varios)	53
Anestésicos (varios)	25	Antiinfecciosos/Varios (condiciones cutáneas)	53
Anestésicos (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	25	Agentes inhibidores del factor de necrosis tumoral antiinflamatorios (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	53, 54
Anestésicos (condiciones urinarias)	25	Antineoplásicos (cáncer)	54-62
Antialérgicos (alergia y rociadores nasales)	26	Antineoplásicos (condiciones cutáneas)	62
Antiartríticos (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	26-29	Medicamentos contra la obesidad (control del peso)	62, 63
Antiasmáticos (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	29-33	Antiparasitarios (condiciones oculares)	63
Antibióticos (medicamentos para los oídos)	33	Antiparasitarios (infecciones)	64
Antibióticos (condiciones oculares)	33-35	Medicamentos antiparkinsonianos (enfermedad de Parkinson)	64, 65
Antibióticos (infecciones)	35-41	Medicamentos antiplaquetarios (diluyentes de la sangre/anticoagulantes)	65
Antibióticos (condiciones cutáneas)	41, 42	Antivíricos (SIDA/VIH)	65-68
Anticoagulantes (diluyentes de la sangre/ anticoagulantes)	43, 44	Antivíricos (condiciones oculares)	68
Antídotos (condiciones gastrointestinales/ pirosis)	44	Antivíricos (infecciones)	69, 70
Antídotos (abuso de sustancias)	44	Antivíricos (condiciones cutáneas)	70
Antimicóticos (condiciones oculares)	44	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (alergia/rociadores nasales)	71
Antimicóticos (productos femeninos)	44	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (enfermedad de Alzheimer)	71
Antimicóticos (infecciones)	45, 46	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (trastorno de déficit de atención e hiperactividad)	71, 72
Antimicóticos (condiciones cutáneas)	46, 47	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	72
Antihistamínicos y descongestivos combinados (alergia/rociadores nasales)	47	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (condiciones urinarias)	72
Antihistamínicos (alergia/rociadores nasales)	47	Productos biológicos (alergia/rociadores nasales)	73
Antihistamínicos (condiciones oculares)	48	Productos biológicos (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	73
Antihiper glucémicos (diabetes)	48-51	Productos biológicos (varios)	73
Antiinfecciosos (productos femeninos)	51	Productos biológicos (vacunas)	73-76
Antiinfecciosos/Varios (productos femeninos)	52	Sangre (modificadores de la sangre/ trastornos hemorrágicos)	76-78

Información sobre esta Lista de medicamentos

Cómo encontrar su medicamento (cont.)

Condición	Página	Condición	Página
Sangre (diluyentes de la sangre/anticoagulantes)	78	Elect./calóricos/H2O (nutritivos/alimenticios)	III-III8
Medicamentos para enfermedades cardíacas	78-80	Elect./calóricos/H2O (condiciones urinarias)	III8
(medicamentos para la presión arterial/para el corazón)		Gastrointestinales (medicamentos para el colesterol)	III8
Cardiovasculares (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	80, 81	Gastrointestinales (condiciones gastrointestinales/pirosis)	III8-125
Cardiovasculares (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	81-86	Gastrointestinales	125
Cardiovasculares (medicamentos para el colesterol)	86-88	(alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	
Cardiovasculares (varios)	88	Hormonas (condiciones gastrointestinales/pirosis)	125
Medicamentos para el sistema nervioso central (enfermedad de Alzheimer)	88	Hormonas (agentes hormonales)	125-130
Medicamentos para el sistema nervioso central (varios)	88, 89	Hormonas (infertilidad)	130, 131
Medicamentos para el sistema nervioso central (esclerosis múltiple)	89, 90	Hormonas (varias)	131
Medicamentos para el sistema nervioso central (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	90, 91	Hormonas (productos para la osteoporosis)	131
Medicamentos para el sistema nervioso central (trastornos convulsivos)	91-94	Inmunosupresores	131, 132
Medicamentos para el sistema nervioso central (trastornos del sueño/sedantes)	94	(alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	
Factores estimulantes de colonias (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)	95	Inmunosupresores (condiciones cutáneas)	132
Factores estimulantes de colonias (cáncer)	95	Inmunosupresores	133
Anticonceptivos (productos anticonceptivos)	95, 96	(medicamentos para trasplante)	
Preparaciones para la tos/el resfriado (alergia/rociadores nasales)	96	Dispositivos y suministros médicos varios, no farmacológicos (diabetes)	134-155
Preparaciones para la tos/el resfriado (medicamentos para la tos/el resfriado)	96-98	Dispositivos y suministros médicos varios, no farmacológicos (varios)	156-164
Diagnóstico (diabetes)	98	Relajantes musculares	165, 166
Diagnóstico (varios)	98-101	(alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	
Diuréticos (diuréticos)	101, 102	Vitaminas prenatales (nutritivas/alimenticias)	166-170
Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (alergia/rociadores nasales)	102, 103	Medicamentos psicoterapéuticos	170-174
Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (medicamentos para los oídos)	103	(ansiedad/depresión/trastorno bipolar)	
Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (condiciones oculares)	103-108	Medicamentos psicoterapéuticos	174-176
Elect./calóricos/H2O (medicamentos para el colesterol)	108	(trastorno de déficit de atención e hiperactividad)	
Elect./calóricos/H2O (productos dentales)	108, 109	Medicamentos psicoterapéuticos (varios)	176
Elect./calóricos/H2O (diabetes)	109-III	Medicamentos psicoterapéuticos	176-178
Elect./calóricos/H2O (varios)	III	(esquizofrenia/antipsicóticos)	
		Medicamentos psicoterapéuticos	178
		(trastornos convulsivos)	
		Medicamentos psicoterapéuticos	178
		(trastornos del sueño/sedantes)	
		Sedantes/hipnóticos	178, 179
		(trastornos del sueño/sedantes)	
		Preparaciones cutáneas (varias)	179-181
		Preparaciones cutáneas	181
		(alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	

Información sobre esta Lista de medicamentos

Cómo encontrar su medicamento (cont.)

Condición	Página	Condición	Página
Preparaciones cutáneas (condiciones cutáneas)	182-191	Productos farmacológicos no clasificados (varios)	196-200
Agentes para dejar de fumar (productos para dejar de fumar)	191	Productos farmacológicos no clasificados (nutritivos/alimenticios)	200
Preparaciones para la tiroides (agentes hormonales)	192	Productos farmacológicos no clasificados (productos para la osteoporosis)	200, 201
Productos farmacológicos no clasificados (SIDA/VIH)	192	Productos farmacológicos no clasificados (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	201
Productos farmacológicos no clasificados (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	192, 193	Productos farmacológicos no clasificados (trastornos convulsivos)	201
Productos farmacológicos no clasificados (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)	193	Productos farmacológicos no clasificados (condiciones cutáneas)	202
Productos farmacológicos no clasificados (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	193, 194	Productos farmacológicos no clasificados (abuso de sustancias)	202
Productos farmacológicos no clasificados (cáncer)	194	Productos farmacológicos no clasificados (medicamentos para trasplante)	202
Productos farmacológicos no clasificados (productos dentales)	194	Productos farmacológicos no clasificados (condiciones urinarias)	202, 203
Productos farmacológicos no clasificados (disfunción eréctil)	194, 195	Productos farmacológicos no clasificados (control del peso)	203
Productos farmacológicos no clasificados (condiciones oculares)	195	Vitaminas (nutritivas/alimenticias)	204-247
Productos farmacológicos no clasificados (condiciones gastrointestinales/pirosis)	195, 196	Vitaminas (vitaminas)	247
Productos farmacológicos no clasificados (agentes hormonales)	196		

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, COMB. DE NO SALICILATOS Y BARBITÚRICOS		
<i>butalbital/acetaminophen</i>	T2	
<i>butalbital/acetaminophen</i> (Bupap)	T2	
ANALGÉSICOS, COMB. DE SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
<i>butalbital/aspirin/caffeine</i>	T2	
ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
<i>butalb/acetaminophen/caffeine</i>	T2	
<i>butalb/acetaminophen/caffeine</i> (Esgic)	T2	
<i>butalb/acetaminophen/caffeine</i> (Fioricet)	T2	
ESGIC (<i>butalb/acetaminophen/caffeine</i>)	T4	PA
FIORICET (<i>butalb/acetaminophen/caffeine</i>)	T4	PA
ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS, SALICILATOS		
<i>choline salicyl/mag salicylate</i>	T2	HD
<i>diflunisal</i>	T2	HD
ANALGÉSICOS, NO OPIOIDES		
JOURNAVX	T4	QL (30 tabs/90 days)
PREPARACIONES ANTIMIGRAÑOSAS		
AIMOVIG AUTOINJECTOR	T3	PA QL(1 auto-inj/30 days)
AJOVY 225 MG/1.5 ML AUTOINJECT	T3	PA QL(1 auto-inj/30 days)
AJOVY 225 MG/1.5 ML AUTOINJECT	T3	PA QL(3 auto-injs/90 days)
AJOVY SYRINGE	T3	PA QL(1 syringe/30 days)
<i>almotriptan malate 6.25 mg tab</i>	T2	ST QL (6 tabs/30 days)
<i>almotriptan malate 12.5 mg tab</i>	T2	ST QL (12 tabs/30 days)
AMERGE (<i>naratriptan hcl</i>)	T4	ST QL(9 tabs/fill)
CAMBIA	T4	ST QL(9 packs/fill)
<i>dihydroergotamine 1 mg/ml amp</i>	T2	ST QL (9 pkts/30 days)
<i>dihydroergotamine 4 mg/ml spry</i> (Migranal)	T2	ST QL(8 mls/fill)
<i>eletriptan hydrobromide</i> (Relpax)	T2	QL(6 tabs/fill)
EMGALITY 120 MG/ML SYRINGE	T3	PA QL(1 syringe/30 days)
EMGALITY PEN	T3	PA QL(1pen/30 days)
ERGOMAR	T4	
<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	T2	
FROVA (<i>frovatriptan succinate</i>)	T4	ST QL(9 tabs/fill)
<i>frovatriptan succinate</i> (Frova)	T2	ST QL (9 tabs/30 days)
MIGRANAL (<i>dihydroergotamine mesylate</i>)	T4	ST QL(8 mls/fill)

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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>naratriptan hcl</i> (Amerge)	T2	QL (9 tabs/fill)
NURTEC ODT	T3	PA QL (16 tabs/fill)
QULIPTA	T3	PA QL (30 tabs/30 days)
REYVOW	T4	PA QL (8 tabs/treatment)
<i>rizatriptan benzoate</i> (Maxalt)	T2	QL (18 tabs/fill)
<i>sumatriptan</i>	T2	QL (6 units/30 days)
<i>sumatriptan 4 mg/0.5 ml inject</i> (Imitrex)	T2	QL (2 pens/fill)
<i>sumatriptan 6 mg/0.5 ml cart</i> (Imitrex)	T2	QL (1 ml/fill)
<i>sumatriptan 6 mg/0.5 ml inject</i> (Imitrex)	T2	QL (2 pens/fill)
<i>sumatriptan 6 mg/0.5 ml vial</i>	T2	QL (2 vials/fill)
TOSYMRA	T4	ST QL (6 units/fill)
UBRELVY 50MG TABLET	T3	PA QL (10 tabs/treatment)
UBRELVY 100MG TABLET	T3	PA QL (10 tabs/treatment)
ZEMBRACE SYMTOUCH	T4	ST QL (4 pens/fill)
<i>zolmitriptan</i>	T2	QL (6 tabs/30 days)
ZOLMITRIPTAN 2.5 MG NASAL SPRAY	T4	ST QL (6 units/30 days)
<i>zolmitriptan 5 mg nasal spray</i> (Zomig)	T2	ST QL (6 units/fill)
<i>zolmitriptan 2.5 mg tablet</i> (Zomig)	T2	QL (6 tabs/fill)
<i>zolmitriptan 5 mg tablet</i> (Zomig)	T2	QL (6 tabs/fill)
ZOMIG 2.5 MG NASAL SPRAY	T4	ST QL (6 units/fill)
ZOMIG 5 MG NASAL SPRAY (<i>zolmitriptan</i>)	T4	ST QL (6 units/fill)
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS NASALES, INHIB. NO SELECTIVOS DE COX, ANALGÉSICOS SISTÉMICOS		
SPRIX	T4	ST QL (5 units/fill)
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA		
<i>diclofenac pot 25mg tablet</i>	T2	ST HD
<i>diclofenac pot 50 mg tablet</i>	T2	HD
<i>diclofenac pot powder pack</i> (Cambia)	T2	ST QL (9 pkts/30 days)
<i>diclofenac potassium</i>	T2	ST HD
<i>diclofenac potassium 25 mg cap</i> (Zipsor)	T2	ST HD
FENORTHO 200 MG CAPSULE	T4	ST HD
<i>ketorolac 10 mg tablet</i>	T2	QL (20 tabs/fill)
<i>ketorolac 15 mg/ml carpupject</i>	T2	HD
<i>ketorolac 15 mg/ml syr</i>	T2	HD

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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 syringe</i>	T2	
<i>ketorolac 15 mg/ml vial</i>	T2	
<i>ketorolac 30 mg/ml syr</i>	T2	HD
<i>ketorolac 30 mg/ml syringe</i>	T2	
<i>ketorolac 30 mg/ml vial</i>	T2	
<i>ketorolac 300 mg/10 ml vial</i>	T2	
<i>ketorolac 60 mg/2 ml syringe</i>	T2	
<i>ketorolac 60 mg/2 ml vial</i>	T2	
<i>mefenamic acid</i>	T2	HD
ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANALGÉSICOS NO SALICILATOS		
<i>acetaminophen with codeine</i>	T2	PA QL
<i>hydrocodone-acetamin 10-300 mg</i>	T2	PA QL
<i>hydrocodone-acetamin 10-325 mg</i>	T2	PA QL
<i>hydrocodone-acetamin 10-300/15 (Lortab)</i>	T2	PA QL (12 ds/60 days)
<i>hydrocodone-acetamin 10-325/15</i>	T2	PA QL
HYDROCODONE-ACETAMIN 2.5-108/5	T4	PA QL
<i>hydrocodone-acetamin 2.5-325</i>	T2	PA QL (12 ds/60 days)
HYDROCODONE-ACETAMIN 5-217/10	T4	PA QL
<i>hydrocodone-acetamin 5-300 mg</i>	T2	PA QL
<i>hydrocodone-acetamin 5-325 mg</i>	T2	PA QL
<i>hydrocodone-acetamin 7.5-300</i>	T2	PA QL
<i>hydrocodone-acetamin 7.5-325/15</i>	T2	PA QL
HYDROCODONE-ACETAMIN 7.5-325/15	T4	PA QL
LORTAB (<i>hydrocodone/acetaminophen</i>)	T4	PA QL (12 ds/60 days)
NALOCET	T4	PA QL
<i>oxycodone hcl/acetaminophen</i>	T2	PA QL
<i>oxycodone hcl/acetaminophen (Percocet)</i>	T2	PA QL
<i>tramadol hcl/acetaminophen</i>	T2	PA QL (12 ds/60 days)
COMBINACIÓN DE ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS		
<i>hydrocodone/ibuprofen</i>	T2	PA QL
COMB. DE ANALGÉSICOS OPIOIDES, NO SALICILATOS Y XANTINAS		
<i>acetaminophen/caff/dihydrocod</i>	T2	PA QL
TREZIX	T2	PA QL

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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	T4	PA QL
ACTIQ (<i>fentanyl citrate</i>)	T4	PA QL
BELBUCA	T3	PA QL (60 films/30 days)
<i>buprenorphine</i> (Butrans)	T2	PA
<i>butorphanol tartrate</i>	T2	PA QL (12 ds/180 days)
<i>codeine sulfate</i>	T2	PA QL
DILAUDID (<i>hydromorphone hcl</i>)	T4	PA QL
<i>fentanyl</i>	T2	PA QL (15 patches/30 days)
FENTANYL CIT 400 MCG BUCCAL TB	T4	PA QL (90 tabs/30 days)
FENTANYL CIT 600 MCG BUCCAL TB	T4	PA QL (90 tabs/30 days)
FENTANYL CIT 800 MCG BUCCAL TB	T4	PA QL (90 tabs/30 days)
<i>fentanyl cit otfc 1,200 mcg</i>	T2	PA QL (90 lozs/30 days)
<i>fentanyl cit otfc 1,600 mcg</i> (Actiq)	T2	PA QL
<i>fentanyl citrate otfc 200 mcg</i>	T2	PA QL (90 lozs/30 days)
<i>fentanyl citrate otfc 400 mcg</i>	T2	PA QL (90 lozs/30 days)
<i>fentanyl citrate otfc 800 mcg</i>	T2	PA QL (90 lozs/30 days)
<i>hydrocodone er 10 mg capsule</i>	T2	PA QL (90 caps/30 days)
<i>hydrocodone er 15 mg capsule</i>	T2	PA QL (90 caps/30 days)
<i>hydrocodone er 20 mg capsule</i>	T2	PA QL (90 caps/30 days)
<i>hydrocodone er 30 mg capsule</i>	T2	PA QL (90 caps/30 days)
<i>hydrocodone er 40 mg capsule</i>	T2	PA QL (90 caps/30 days)
<i>hydrocodone er 50 mg capsule</i>	T2	PA QL (90 caps/30 days)
<i>hydrocodone er 20 mg tablet</i> (Hysingla Er)	T2	PA QL (60 tabs/30 days)
<i>hydrocodone er 30 mg tablet</i> (Hysingla Er)	T2	PA QL (60 tabs/30 days)
<i>hydrocodone er 40 mg tablet</i> (Hysingla Er)	T2	PA QL (60 tabs/30 days)
<i>hydrocodone er 60 mg tablet</i> (Hysingla Er)	T2	PA QL (60 tabs/30 days)
<i>hydrocodone er 80 mg tablet</i> (Hysingla Er)	T2	PA QL (60 tabs/30 days)
<i>hydrocodone er 100 mg tablet</i> (Hysingla Er)	T2	PA QL (60 tabs/30 days)
<i>hydrocodone er 120 mg tablet</i>	T2	PA QL (60 tabs/30 days)
<i>hydromorphone hcl</i>	T2	PA QL
<i>hydromorphone hcl</i>	T2	PA QL (60 tabs/30 days)
<i>hydromorphone hcl</i> (Dilaudid)	T2	PA QL
HYSINGLA ER (<i>hydrocodone bitartrate</i>)	T3	PA QL (60 tabs/30 days)

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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	T4	ST QL(90 caps/30 days)
KADIAN (<i>morphine sulfate</i>)	T4	ST QL(90 caps/30 days)
LAZANDA 100 MCG NASAL SPRAY	T4	PA QL (23 units/30 days)
LAZANDA 400 MCG NASAL SPRAY	T4	PA QL (23 units/30 days)
<i>levorphanol tartrate</i>	T2	PA QL
<i>methadone hcl</i>	T2	
<i>methadone hcl</i>	T1	
<i>morphine sulfate er 10 mg cap</i>	T2	PA QL (90 caps/30 days)
<i>morphine sulfate er 20 mg cap</i>	T2	PA QL (90 caps/30 days)
<i>morphine sulfate er 30 mg cap</i>	T2	PA QL (60 caps/30 days)
<i>morphine sulfate er 30 mg cap</i>	T2	PA QL (90 caps/30 days)
<i>morphine sulfate er 45 mg cap</i>	T2	PA QL (60 caps/30 days)
<i>morphine sulfate er 50 mg cap</i>	T2	PA QL (90 caps/30 days)
<i>morphine sulfate er 60 mg cap</i>	T2	PA QL (60 caps/30 days)
<i>morphine sulfate er 60 mg cap</i>	T2	PA QL (90 caps/30 days)
<i>morphine sulfate er 75 mg cap</i>	T2	PA QL (60 caps/30 days)
<i>morphine sulfate er 80 mg cap</i>	T2	PA QL (90 caps/30 days)
<i>morphine sulfate er 90 mg cap</i>	T2	PA QL (60 caps/30 days)
<i>morphine sulfate er 100 mg cap</i>	T2	PA QL (90 caps/30 days)
<i>morphine sulfate er 120 mg cap</i>	T2	PA QL (60 caps/30 days)
<i>morphine sulfate er 10 mg cap (Kadian)</i>	T2	PA QL (60 caps/30 days)
<i>morphine sulfate er 50 mg cap (Kadian)</i>	T2	ST QL(90 caps/30 days)
<i>morphine sulfate er 60 mg cap (Kadian)</i>	T2	ST QL(90 caps/30 days)
<i>morphine sulfate er 80 mg cap (Kadian)</i>	T2	ST QL(90 caps/30 days)
<i>morphine sulfate er 100 mg cap (Kadian)</i>	T2	ST QL(90 caps/30 days)
<i>morphine sulf er 15 mg tablet (Ms Contin)</i>	T2	PA QL (120 tabs/30 days)
<i>morphine sulf er 30 mg tablet (Ms Contin)</i>	T2	PA QL (120 tabs/30 days)
<i>morphine sulf er 60 mg tablet (Ms Contin)</i>	T2	PA QL (120 tabs/30 days)
<i>morphine sulf er 100 mg tablet (Ms Contin)</i>	T2	PA QL (120 tabs/30 days)
<i>morphine sulf er 200 mg tablet (Ms Contin)</i>	T2	PA QL (120 tabs/30 days)
MS CONTIN (<i>morphine sulfate</i>)	T4	PA QL (120 tabs/30 days)
<i>opium/belladonna alkaloids</i>	T2	PA QL
<i>oxycodone hcl (ir) 10 mg tab</i>	T2	PA QL (12 ds/60 days)
<i>oxycodone hcl (ir) 15 mg tab (Roxicodone)</i>	T2	PA QL (12 ds/60 days)

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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>	T2	PA QL (12 ds/60 days)
<i>oxycodone hcl (ir) 30 mg tab (Roxicodone)</i>	T2	PA QL (12 ds/60 days)
<i>oxycodone hcl (ir) 5 mg cap</i>	T2	PA QL (12 ds/60 days)
<i>oxycodone hcl (ir) 5 mg tablet (Roxicodone)</i>	T2	PA QL (12 ds/60 days)
<i>oxycodone hcl 100 mg/5 ml conc</i>	T2	PA QL (12 ds/60 days)
<i>oxycodone hcl 5 mg/5 ml cup</i>	T2	PA QL (12 ds/60 days)
<i>oxycodone hcl 5 mg/5 ml soln</i>	T2	PA QL (12 ds/60 days)
OXYCONTIN	T4	PA QL (90 tabs/30 days)
<i>oxymorphone hcl</i>	T2	PA QL (90 tabs/30 days)
<i>pentazocine hcl/naloxone hcl</i>	T2	PA QL
ROXICODONE (<i>oxycodone hcl</i>)	T4	PA QL
SUBSYS	T4	PA QL(90 units/30 days)
<i>tramadol hcl 100 mg tablet</i>	T2	PA QL (12 ds/60 days)
<i>tramadol er 100 mg tablet</i>	T2	PA QL (30 tabs/30 days)
<i>tramadol er 200 mg tablet</i>	T2	PA QL (30 tabs/30 days)
<i>tramadol er 300 mg tablet</i>	T2	PA QL (30 tabs/30 days)
<i>tramadol hcl er 100 mg tablet</i>	T2	PA QL (30 tabs/30 days)
<i>tramadol hcl er 200 mg tablet</i>	T2	PA QL (30 tabs/30 days)
<i>tramadol hcl er 300 mg tablet</i>	T2	PA QL (30 tabs/30 days)
ANALGÉSICOS OPIOIDES Y SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
<i>codeine/butalbital/asa/cafein</i>	T2	PA QL
ANALGÉSICOS OPIOIDES, NO SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
<i>butalbit/acetamin/caff/codeine</i>	T2	PA QL
<i>butalbit/acetamin/caff/codeine (Fioricet With Codeine)</i>	T2	PA QL
FIORICET WITH CODEINE (<i>butalbit/acetamin/caff/codeine</i>)	T4	PA QL
RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS, ANALGÉSICOS SALICILATOS, OPIOIDES		
<i>carisoprodol/aspirin/codeine</i>	T2	PA QL
ANALGÉSICOS (Condiciones urinarias)		
AGENTES ANALGÉSICOS DE LAS VÍAS URINARIAS		
ELMIRON	T3	
RIMSO-50	T4	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANESTÉSICOS (Varios)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANESTÉSICOS GENERALES, PARA INHALACIÓN		
<i>desflurane</i>	T2	
<i>isoflurane</i>	T2	
<i>sevoflurane</i> (Ultane)	T2	
SUPRANE	T4	
ULTANE (<i>sevoflurane</i>)	T4	
ANESTÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
ANESTÉSICOS LOCALES		
<i>lidocaine hcl</i>	T2	QL (60 mls/30 days)
<i>lidocaine hcl</i>	T2	
<i>lidocaine hcl 2% jel urojet ac</i>	T2	QL (60 mls/30 days)
<i>lidocaine hcl 2% jelly uro-jet</i>	T2	QL (60 mls/30 days)
<i>lidocaine hcl 4% solution</i>	T2	
ANESTÉSICOS LOCALES TÓPICOS		
CETACAINE ANESTHETIC	T4	
DYCLOPRO	T4	
L.E.T. (LIDO-EPINEPH-TETRA)	T4	
<i>lidocaine</i> (Lidocan li)	T2	PA
<i>lidocaine 5% ointment</i>	T2	QL (50 gms/28 days)
<i>lidocaine 5% patch</i> (Lidocan li)	T2	PA
<i>lidocaine 5% patch</i> (Lidoderm)	T2	PA
<i>lidocaine hcl</i>	T2	
<i>lidocaine hcl 4% solution</i>	T2	
<i>lidocaine/racepinep/tetracaine</i>	T2	
<i>lidocaine-prilocaine cream</i>	T2	QL (30 gms/30 days) PPACA
<i>lidocaine-prilocaine cream</i>	T2	
LIDOCAN II (<i>lidocaine</i>)	T4	PA
SYNERA	T4	PA
ZTLIDO	T3	PA
ANESTÉSICOS (Condiciones urinarias)		
AGENTES ANESTÉSICOS/ANALGÉSICOS DE LAS VÍAS URINARIAS (COLORANTES AZODERIVADOS)		
<i>phenazopyridine hcl</i> (Pyridium)	T2	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

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

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

Lista de medicamentos con receta

ANTIALÉRGICOS (Alergia/rociadores nasales)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS		
<i>cromolyn 100 mg/5 ml oral conc</i> (Gastrocrom)	T2	
GASTROCROM (<i>cromolyn sodium</i>)	T4	
ANTIARTRÍTICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS, SALICILATOS		
DISALCID (<i>salsalate</i>)	T4	HD
<i>salsalate</i> (Disalcid)	T2	HD
AGENTES ANTIARTRÍTICOS Y QUELANTES		
DEPEN (<i>penicillamine</i>)	T4	PA SP
<i>penicillamine</i> (Cuprimine)	T2	PA SP
<i>penicillamine</i> (Depen)	T2	PA SP
AGENTES ANTIARTRÍTICOS, ANTAGONISTAS DE LOS FOLATOS		
RASUVO	T4	ST
ANTIINFLAMATORIOS, INHIBIDORES DE LA SÍNTESIS DE PIRIMIDINAS		
ARAVA (<i>leflunomide</i>)	T4	QL (30 tabs/fill) HD
<i>leflunomide</i> (Arava)	T2	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 XR	T4	PA SP HD
COLCHICINA		
<i>colchicine 0.6 mg capsule</i> (Mitigare)	T2	ST
<i>colchicine 0.6 mg tablet</i> (Colcris)	T2	HD
GLOPERBA	T4	HD
MITIGARE (<i>colchicine</i>)	T3	ST
SALES DE ORO		
RIDAURA	T3	
TRAT. DE LA HIPERURICEMIA - INHIBIDORES DE LA XANTINA OXIDASA		
<i>allopurinol</i>	T1	HD
<i>allopurinol</i> (Zyloprim)	T1	HD
<i>febuxostat</i> (Uloric)	T2	ST HD
ZYLOPRIM (<i>allopurinol</i>)	T4	HD

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
HD – Puede requerir entrega a 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)		
RINVOQ ER 15 MG, 30 MG TABLET	T4	PA QL(30 tabs/fill) SP HD
RINVOQ ER 45 MG TABLET	T4	PA ST QL(56 tabs/365 days) SP HD
RINVOQ LQ	T4	PA QL(360 mls/30 days) SP HD
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. CONTRAIRRITANTE DE ANTIINFLAMATORIO NO ESTEROIDEO Y RUBEFACIENTE TÓPICO		
COMFORT PAC-IBUPROFEN	T4	
COMFORT PAC-MELOXICAM	T4	
COMFORT PAC-NAPROXEN	T4	
ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (INHIB. NO ESPECÍFICOS DE LA COX) Y ANÁLOGOS DE LA PROSTAGLANDINA		
ARTHROTEC 50 (<i>diclofenac sodium/misoprostol</i>)	T4	ST HD
ARTHROTEC 75 (<i>diclofenac sodium/misoprostol</i>)	T4	ST HD
<i>diclofenac sodium/misoprostol</i> (Arthrotec 50)	T2	HD
<i>diclofenac sodium/misoprostol</i> (Arthrotec 75)	T2	HD
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA		
ANAPROX DS (<i>naproxen sodium</i>)	T4	ST HD
DAYPRO (<i>oxaprozin</i>)	T4	ST HD
<i>diclofenac sod dr 25 mg tab</i>	T2	HD
<i>diclofenac sod dr 50 mg tab</i>	T2	HD
<i>diclofenac sod dr 75 mg tab</i>	T2	HD
<i>diclofenac sod ec 25 mg tab</i>	T2	HD
<i>diclofenac sod ec 50 mg tab</i>	T2	HD
<i>diclofenac sod ec 75 mg tab</i>	T2	HD
<i>diclofenac sodium</i>	T2	HD
EC-NAPROSYN (<i>naproxen</i>)	T4	ST HD
<i>ec-naproxen dr 375 mg tablet</i> (Ec-Naprosyn)	T2	HD
<i>ec-naproxen dr 500 mg tablet</i> (Ec-Naprosyn)	T2	ST HD
<i>etodolac</i>	T2	HD
<i>etodolac</i> (Lodine)	T2	HD
FELDENE (<i>piroxicam</i>)	T4	ST HD
<i>fenoprofen 400 mg capsule</i> (Nalfon)	T2	ST HD

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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>fenoprofen 600 mg tablet</i> (Nalfon)	T2	ST HD
<i>flurbiprofen</i>	T2	HD
<i>ibuprofen</i>	T1	HD
<i>ibuprofen</i>	T2	HD
<i>indomethacin</i>	T2	HD
INDOMETHACIN 20 MG CAPSULE	T4	ST QL(90 caps/30 days) HD
<i>indomethacin 25 mg capsule</i>	T2	HD
<i>indomethacin 25 mg/5 ml susp</i> (Indocin)	T2	ST HD
<i>indomethacin 50 mg capsule</i>	T2	HD
<i>indomethacin 50 mg suppository</i> (Indocin)	T2	HD
<i>ketoprofen</i>	T2	ST HD
<i>ketoprofen 25 mg capsule</i>	T2	ST HD
<i>ketoprofen 50 mg capsule</i>	T2	HD
<i>ketoprofen 75 mg capsule</i>	T2	HD
<i>ketoprofen er 200 mg capsule</i>	T2	ST HD
LODINE (<i>etodolac</i>)	T4	ST HD
<i>meclofenamate sodium</i>	T2	HD
<i>meloxicam 5 mg capsule</i> (Vivlodex)	T2	ST QL(30 caps/fill) HD
<i>meloxicam 7.5 mg tablet</i>	T1	QL (30 tabs/30 days) HD
<i>meloxicam 10 mg capsule</i> (Vivlodex)	T2	ST QL(30 caps/fill) HD
<i>nabumetone</i> (Relafen)	T2	HD
NALFON 600 MG TABLET (<i>fenoprofen calcium</i>)	T4	ST HD
NAPRELAN	T4	ST HD
NAPRELAN (<i>naproxen sodium</i>)	T4	ST HD
NAPROSYN (<i>naproxen</i>)	T4	ST HD
<i>naproxen 125 mg/5 ml suspen</i> (Naprosyn)	T2	ST HD
<i>naproxen 250 mg tablet</i>	T1	HD
<i>naproxen 375 mg tablet</i>	T1	HD
<i>naproxen 500 mg kit</i> (Naprosyn)	T1	HD
<i>naproxen 500 mg tablet</i> (Naprosyn)	T1	HD
<i>naproxen dr 375 mg tablet</i> (Ec-Naprosyn)	T2	HD
<i>naproxen dr 500 mg tablet</i> (Ec-Naprosyn)	T2	ST HD
<i>naproxen er 750mg tablet</i>	T2	ST

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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>	T2	ST HD
<i>naproxen sodium</i>	T2	HD
<i>naproxen sodium</i> (Anaprox Ds)	T2	HD
<i>naproxen sodium</i> (Naprelan)	T2	ST HD
<i>oxaprozin 600 mg caplet</i> (Daypro)	T2	HD
<i>oxaprozin 600 mg tablet</i> (Daypro)	T2	HD
<i>piroxicam</i>	T2	HD
<i>piroxicam</i> (Feldene)	T2	HD
RELAFEN (<i>nabumetone</i>)	T4	ST HD
<i>sulindac</i>	T1	HD
TIVORBEX	T4	ST QL (90 caps/30 days) HD
TOLECTIN 600 (<i>tolmetin sodium</i>)	T4	ST HD
<i>tolmetin sodium 200 mg tab</i>	T2	HD
<i>tolmetin sodium 400 mg cap</i>	T2	ST HD
<i>tolmetin sodium 600 mg tab</i> (Tolectin 600)	T2	ST HD

ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, INHIBIDOR SELECTIVO DE LA CICLOOXIGENASA-2 (COX-2)

<i>celecoxib</i>	T2	HD
------------------	----	----

AGENTES URICOSÚRICOS

<i>probenecid</i>	T2	HD
<i>probenecid/colchicine</i>	T2	HD

ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias)

ANTICOLINÉRGICOS, DE INHALACIÓN ORAL, ACCIÓN PROLONGADA

INCRUSE ELLIPTA	T3	QL (1 inhaler/30 days) HD
LONHALA MAGNAIR REFILL	T4	QL (60 mls/fill) HD
LONHALA MAGNAIR STARTER	T4	QL (60 mls/fill) HD
SPIRIVA HANDIHALER 18 MCG CAP (<i>tiotropium bromide</i>)	T4	QL (90 caps/30 days) HD
SPIRIVA RESPIMAT	T3	QL (1 inhaler/fill) HD
YUPELRI	T3	QL (30 vls/fill) HD

ANTICOLINÉRGICOS, DE INHALACIÓN ORAL, ACCIÓN RÁPIDA

ATROVENT HFA	T4	QL (2 inhalers/fill) HD
<i>ipratropium br 0.02% soln</i>	T2	HD

AGENTES ADRENÉRGICOS BETA

<i>albuterol 2 mg/5 ml syrup cup</i>	T2	HD
<i>albuterol 8 mg/20 ml syrup cup</i>	T2	HD

T1 – Genéricos preferidos T2 – Genéricos no preferidos T3 – Marcas preferidas T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad SP – Medicamentos de especialidad ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a 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 sulf 2 mg/5 ml syrup</i>	T2	HD
<i>albuterol sulfate 2 mg tab</i>	T2	HD
<i>albuterol sulfate 4 mg tab</i>	T2	HD
<i>albuterol sulfate er 4 mg tab</i>	T2	HD
<i>albuterol sulfate er 8 mg tab</i>	T2	HD
<i>metaproterenol sulfate</i>	T2	HD
<i>terbutaline sulfate</i>	T2	HD
AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS, ACCIÓN RÁPIDA		
<i>albuterol 100 mg/20 ml soln</i>	T2	
<i>albuterol 2.5 mg/0.5 ml sol</i>	T2	
<i>albuterol 5 mg/ml solution</i>	T2	
<i>albuterol 15 mg/3 ml solution</i>	T2	
<i>albuterol 75 mg/15 ml soln</i>	T2	
<i>albuterol hfa 90 mcg inhaler (Proair Hfa)</i>	T2	QL (2 inhalers/fill)
<i>albuterol hfa 90 mcg inhaler</i>	T2	QL (2 inhalers/30 days)
<i>albuterol sul 0.63 mg/3 ml sol</i>	T2	
<i>albuterol sul 1.25 mg/3 ml sol</i>	T2	
<i>albuterol sul 2.5 mg/3 ml soln</i>	T2	
<i>levalbuterol hcl (Xopenex Concentrate)</i>	T2	
<i>levalbuterol hcl (Xopenex)</i>	T2	
XOPENEX (<i>levalbuterol hcl</i>)	T4	
XOPENEX CONCENTRATE (<i>levalbuterol hcl</i>)	T4	
AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS, ACCIÓN ULTRA PROLONGADA		
STRIVERDI RESPIMAT	T3	QL (1 inhaler/30 days) HD
AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS POR VÍA ORAL, ACCIÓN PROLONGADA		
<i>arformoterol tartrate (Brovana)</i>	T2	QL (120 mls/fill) HD
BROVANA (<i>arformoterol tartrate</i>)	T4	QL (120 mls/fill) HD
<i>formoterol fumarate (Perforomist)</i>	T2	
FORMOTEROL FUMARATE-NEBULIZER	T3	QL (120 mls/30 days) HD
COMBO DE ADRENÉRGICOS BETA Y ANTICOLINÉRGICOS, INHALADOS		
ANORO ELLIPTA	T3	QL (1 inhaler/fill) HD
COMBIVENT INHALER	T3	
COMBIVENT RESPIMAT	T3	QL (2 inhalers/30 days)
SEEBRI NEOHALER 15.6MCG INHALER	T4	HD

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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 ANTICOLINÉRGICOS, INHALADOS (cont.)		
STIOLTO RESPIMAT	T3	QL(1 inhaler/fill) HD
UTIBRON NEOHALER 27.5, 15.6 MCG (PS 60)	T4	HD
UTIBRON NEOHALER 27.5, 15.6MCG (PS 6)	T4	HD
COMBO DE ADRENÉRGICOS BETA Y GLUCOCORTICOIDES, INHALADOS		
ADVAIR HFA	T3	PA QL(1 inhaler/fill) HD
AIRSUPRA	T3	HD
BREO ELLIPTA 50-25 MCG INHALER	T3	PA QL(60 blisters/fill) HD
BREO ELLIPTA 100-25 MCG INH	T3	PA QL(60 blisters/fill) HD
BREO ELLIPTA 100-25 MCG INH	T3	PA QL(28 blisters/fill) HD
BREO ELLIPTA 200-25 MCG INH	T3	PA QL(1 inhaler/fill) HD
<i>breyna 80-4.mcg, 160-4.5 mcg inhaler</i>	T2	PA
<i>budesonide-formoterol 160-4.5, 80-4.5</i>	T2	PA HD QL (1 inhaler/30 days)
DULERA 100 MCG-5 MCG INHALER	T3	PA QL(1 inhaler/fill) HD
DULERA 200 MCG-5 MCG INHALER	T3	PA QL(1 inhaler/fill) HD
DULERA 50 MCG-5 MCG INHALER	T3	PA QL(13 gms/fill) HD
<i>fluticasone propion/salmeterol (Advair Diskus)</i>	T2	PA QL(1 inhaler/30 days)
<i>fluticasone-salmeterol 100-50 (Advair Diskus)</i>	T2	PA QL(1 inhaler/fill) HD
<i>fluticasone-salmeterol 250-50 (Advair Diskus)</i>	T2	PA QL(1 inhaler/fill) HD
<i>fluticasone-salmeterol 500-50 (Advair Diskus)</i>	T2	PA QL(1 inhaler/fill) HD
SYMBICORT (<i>budesonide/formoterol fumarate</i>)	T4	PA QL(1 inhaler/30 days) HD
ADRENÉRGICOS BETA-ANTICOLINÉRGICOS-GLUCOCORT., INHALADOS		
BREZTRI AEROSPHERE	T3	QL(1 inhaler/fill)
TRELEGY ELLIPTA 100-62.5-25	T3	QL(60 blisters/fill)
TRELEGY ELLIPTA 100-62.5-25	T3	QL(28 blisters/fill)
TRELEGY ELLIPTA 200-62.5-25	T3	QL(60 blisters/fill)
TRELEGY ELLIPTA 200-62.5-25	T3	QL(28 blisters/fill)
GLUCOCORTICOIDES, PARA INHALACIÓN ORAL		
ALVESCO 160 MCG INHALER	T4	QL(2 inhalers/fill) HD
ALVESCO 80 MCG INHALER	T4	QL(1 inhaler/fill) HD
ARNUIITY ELLIPTA 100 MCG INH	T4	QL (1 inhaler/30 days)
ARNUIITY ELLIPTA 200 MCG INH	T4	QL (1 inhaler/30 days)
ARNUIITY ELLIPTA 50 MCG INH	T4	QL (30 blisters/30 days)
ASMANEX	T3	QL(1 inhaler/fill) HD
ASMANEX HFA 100 MCG, 200 MCG INHALER	T3	QL(1 inhaler/fill) HD

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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.)		
ASMANEX HFA 50 MCG INHALER	T3	QL (13 gms/fill) HD
<i>budesonide 1 mg/2 ml inh susp</i> (Pulmicort)	T2	QL (60 mls/fill) HD
FLOVENT 100 MCG DISKUS	T3	QL (1 inhaler/fill) HD
FLOVENT 250 MCG DISKUS	T3	QL (4 inhalers/fill) HD
FLOVENT 50 MCG DISKUS	T3	QL (1 inhaler/fill) HD
FLOVENT HFA 110 MCG INHALER	T3	QL (12 gms/fill) HD
FLOVENT HFA 220 MCG INHALER	T3	QL (24 gms/fill) HD
FLOVENT HFA 44 MCG INHALER	T3	QL (11 gms/fill) HD
QVAR REDHALER 40 MCG	T3	QL (11 gms/30 days)
QVAR REDHALER 80 MCG	T3	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>)	T4	HD
<i>montelukast sodium</i> (Singulair)	T2	HD
<i>zafirlukast</i> (Accolate)	T2	HD
ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS, INHALADOS ORALMENTE		
<i>cromolyn 20 mg/2 ml neb soln</i>	T2	HD
ANTICUERPOS MONOCLONALES A LA INMUNOGLOBULINA E (IGE)		
XOLAIR 75 MG/0.5 ML AUTOINJECT	T4	
XOLAIR 150 MG/ML AUTOINJECTOR	T4	
XOLAIR 150 MG/1.2 ML POWDER VL	T4	PA QL (6 vls/28 days) SP HD
XOLAIR 300 MG/2 ML AUTOINJECT	T4	
XOLAIR 300 MG/2 ML SYRINGE	T4	
MUCOLÍTICOS		
<i>acetylcysteine</i>	T2	
INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA-4 (PDE4)		
<i>roflumilast 250 mcg tablet</i> (Daliresp)	T2	PA QL (30 tabs/fill) HD
<i>roflumilast 500 mcg tablet</i> (Daliresp)	T2	PA HD

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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
XANTINAS		
ELIXOPHYLLIN	T4	HD
THEO-24	T4	HD
<i>theophylline anhydrous</i>	T2	HD
ANTIBIÓTICOS (Medicamentos para los oídos)		
PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIBIÓTICAS		
<i>ciprofloxacin hcl</i>	T2	
CORTISPORIN-TC	T4	
<i>neomycin/polymyxin b/hydrocort</i>	T2	
<i>ofloxacin</i>	T2	
OTIPRIO	T4	QL(1 ml/fill)
PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIBIÓTICOS ANTIINFLAMATORIOS		
<i>ciprofloxacin hcl/dexameth</i>	T2	
OTOVEL	T4	
ANTIBIÓTICOS (Condiciones oculares)		
COMBINACIONES DE ANTIBIÓTICOS PARA LOS OJOS Y GLUCOCORTICOIDES		
GATIFLOXACIN-DEXAMETHASONE	T4	
MAXITROL (<i>neomycin/polymyxin b/dexametha</i>)	T4	
<i>neomycin/bacit/p-myx/hydrocort</i>	T2	
<i>neomycin/polymyxin b/dexametha</i> (Maxitrol)	T2	
<i>neomycin/polymyxin b/hydrocort</i>	T2	
PRED-G	T4	
PREDNISOLONE ACET-MOXIFLOXACIN	T4	
PREDNISOLONE PHOS-GATIFLOXACIN	T4	
PREDNISOLONE PHOS-MOXIFLOXACIN	T4	
TOBRADEX	T4	
<i>tobramycin/dexamethasone</i>	T2	
COMBINACIONES DE ANTIBIÓTICOS PARA LOS OJOS Y AINE		
MOXIFLOXACIN-BROMFENAC	T4	
COMBINACIONES DE ANTIBIÓTICOS PARA LOS OJOS, GLUCOCORTICOIDES Y ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS		
<i>pred ph-moxi-brom 1-0.5-0.075%</i>	T2	
PRED PH-MOXI-BROM 1-0.5-0.075%	T4	
PREDNISOLONE ACET-GATIFLO-BROM	T4	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Condiciones oculares) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
COMBINACIONES DE ANTIBIÓTICOS PARA LOS OJOS, GLUCOCORTICOIDES Y ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS (cont.)		
PREDNISOLONE AC-MOXIFLOX-BROMF	T4	
PREDNISOLONE AC-MOXIFLOX-NEPAF	T4	
PREDNISOLONE PH-MOXIFLOX-KETOR	T4	
PREDNISOLONE PHOS-GATIFLO-BROM	T4	
SULFONAMIDAS PARA LOS OJOS		
BLEPH-10 (<i>sulfacetamide sodium</i>)	T4	
BLEPHAMIDE S.O.P.	T4	
<i>sulfacetamide sodium</i>	T2	
<i>sulfacetamide sodium</i> (Bleph-10)	T2	
<i>sulfacetamide/prednisolone sp</i>	T2	
ANTIBIÓTICOS OFTÁLMICOS		
AZASITE	T3	
<i>bacitracin</i>	T2	
<i>bacitracin/polymyxin b sulfate</i>	T2	
CEFUROXIME SODIUM-0.9% NACL	T4	PA
CILOXAN 0.3% EYE DROPS (<i>ciprofloxacin hcl</i>)	T4	
<i>ciprofloxacin hcl</i> (Ciloxan)	T2	
<i>erythromycin base</i>	T2	
<i>gatifloxacin</i>	T2	
<i>gentamicin 0.3% eye drop</i>	T2	
<i>gentamicin sulfate</i>	T2	
KLARITY-A(AZITHROMYCIN-CHONDR)	T4	
<i>levofloxacin</i>	T2	
<i>moxifloxacin</i>	T2	
<i>moxifloxacin</i> (Vigamox)	T2	
<i>neomycin/bacitracin/polymyxinb</i>	T2	
<i>neomycin/polymyxn b/gramicidin</i>	T2	
OCUFLOX (<i>ofloxacin</i>)	T4	
<i>ofloxacin</i> (Ocuflax)	T2	
<i>polymyxin b sulf/trimethoprim</i> (Polytrim)	T2	
POLYTRIM (<i>polymyxin b sulf/trimethoprim</i>)	T4	
<i>tobramycin 0.3% eye drop</i> (Tobrex)	T2	
TOBREX	T4	
TOBREX (<i>tobramycin</i>)	T4	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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
ANTIBIÓTICOS OFTÁLMICOS (cont.)		
VIGAMOX (moxifloxacin hcl)	T4	
ANTIBIÓTICOS (Infecciones)		
ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS DE 2.ª GENERACIÓN-ANTIBACTERIANOS		
SOLOSEC	T3	QL(1 pack/fill)
AGENTES ANTIBACTERIANOS TIPO SULFONAMIDAS ABSORBIBLES		
BACTRIM (sulfamethoxazole/trimethoprim)	T4	
BACTRIM DS (sulfamethoxazole/trimethoprim)	T4	
sulfadiazine	T2	
sulfamethoxazole/trimethoprim	T2	
sulfamethoxazole/trimethoprim (Bactrim Ds)	T1	
sulfamethoxazole/trimethoprim (Bactrim)	T1	
ANTIBIÓTICOS AMINOGLUCÓSIDOS		
ARIKAYCE	T4	PA SP
BETHKIS (tobramycin)	T4	PA QL(224 mls/fill) SP HD
gentamicin 800 mg/20 ml vial	T2	PA
gentamicin ped 20 mg/2 ml vial	T2	PA
KITABIS PAK	T4	PA QL(280 mls/fill) SP HD
neomycin sulfate	T2	
TOBI PODHALER	T4	PA QL(224 caps/fill) SP HD
tobramycin 300 mg/4 ml ampule (Bethkis)	T2	PA QL(224 mls/fill) SP HD
tobramycin 300 mg/5 ml ampule (Tobi)	T2	PA QL(280 mls/fill) SP HD
TOBRAMYCIN PAK 300 MG/5 ML	T4	PA QL(280 mls/fill) SP HD
tobramycin sulfate	T2	PA
AGENTES ANTIBACTERIANOS-ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS		
FLAGYL (metronidazole)	T4	
metronidazole 250 mg tablet	T2	
metronidazole 375 mg capsule (Flagyl)	T2	
metronidazole 500 mg tablet	T2	
ANTIBIÓTICOS, ANTIBACTERIANOS, VARIOS		
fosfomycin tromethamine	T2	
meth/meblue/sod phos/psal/hyos	T2	
methen/mbblue/sal/sod phos/hyos	T2	
methenam/m.blue/salicyl/hyoscy (Uribel Tabs)	T2	
methenam/sod phos/mbblue/hyoscy	T2	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
 PA – Autorización previa
 QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
 PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
 CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

AGE – Requisito de edad
 SP – Medicamentos de especialidad
 HD – Puede requerir entrega a domicilio

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.)		
<i>methenamine hippurate</i>	T2	
<i>methenamine mandelate</i>	T2	
PRIMSOL	T4	
<i>trimethoprim</i>	T2	
TRIMPEX	T4	
URELLE	T4	
URIBEL	T4	
URIBEL TABS (<i>methenam/m.blue/salicyl/hyoscy</i>)	T4	
ANTILEPROSOS		
<i>dapsone 25 mg, 100 mg tablet</i>	T2	
THALOMID 100 MG CAPSULE	T4	PA QL(30 caps/fill) SP HD
THALOMID 150 MG CAPSULE	T4	PA QL(60 caps/fill) SP HD
THALOMID 200 MG CAPSULE	T4	PA QL(60 caps/fill) SP HD
AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS		
<i>ethambutol hcl</i>	T2	HD
<i>isoniazid</i>	T2	HD
MYCOBUTIN (<i>rifabutin</i>)	T4	HD
PASER	T4	HD
<i>pyrazinamide</i>	T2	HD
<i>rifabutin</i> (Mycobutin)	T2	HD
TRECTOR	T4	HD
ANTIBIÓTICOS ANTITUBERCULOSOS		
PRETOMANID	T4	PA
PRIFTIN	T3	
<i>rifampin</i>	T2	
SIRTURO	T4	PA SP
BETALACTAMASAS		
CAYSTON	T4	PA QL(84 mls/fill) SP HD
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 1.º GENERACIÓN		
<i>cefadroxil</i>	T2	
<i>cephalexin</i>	T2	
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 2.º GENERACIÓN		
<i>cefaclor</i>	T2	
<i>cefprozil</i>	T2	
<i>cefuroxime axetil</i>	T2	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
 PA – Autorización previa
 QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad
 SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
 PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
 CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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>	T2	
<i>cefditoren pivoxil</i> (Spectracef)	T2	
<i>cefepodoxime proxetil</i>	T2	
<i>ceftriaxone sodium</i>	T2	PA
SPECTRACEF (<i>cefditoren pivoxil</i>)	T4	
ANTIBIÓTICOS LINCOSAMIDAS		
CLEOCIN HCL (<i>clindamycin hcl</i>)	T4	
CLEOCIN PEDIATRIC (<i>clindamycin palmitate hcl</i>)	T4	
<i>clindamycin hcl</i> (Cleocin Hcl)	T2	
<i>clindamycin palmitate hcl</i> (Cleocin Pediatric)	T2	
ANTIBIÓTICOS MACRÓLIDOS		
<i>azithromycin</i>	T2	
<i>azithromycin</i> (Zithromax Tri-Pak)	T2	
<i>azithromycin</i> (Zithromax)	T2	
<i>clarithromycin</i>	T2	
DIFICID 200 MG TABLET (<i>fidaxomicin</i>)	T4	QL (20 tabs/30 days)
DIFICID 40 MG/ML SUSPENSION	T4	QL (1 bottle/fill)
E.E.S. 200 (<i>erythromycin ethylsuccinate</i>)	T4	
ERYPED 200 (<i>erythromycin ethylsuccinate</i>)	T4	
ERYPED 400 (<i>erythromycin ethylsuccinate</i>)	T4	
<i>ery-tab dr 250 mg tablet</i>	T2	
<i>ery-tab dr 333 mg tablet</i>	T2	
ERY-TAB DR 500 MG TABLET (<i>erythromycin base</i>)	T4	
<i>erythromycin base</i>	T2	
<i>erythromycin base</i> (Ery-Tab)	T2	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	T2	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> (E.E.S. 200)	T2	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> (Eryped 200)	T2	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> (Eryped 400)	T2	
<i>erythromycin stearate</i>	T2	
<i>fidaxomicin</i> (Dificid)	T2	QL (20 tabs/30 days)
ZITHROMAX (<i>azithromycin</i>)	T4	
ZITHROMAX TRI-PAK (<i>azithromycin</i>)	T4	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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>)	T4	
MACROBID (<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst</i>)	T4	
<i>nitrofurantoin</i> (Furadantin)	T2	
<i>nitrofurantoin mcr 25 mg cap</i>	T2	
<i>nitrofurantoin mcr 50 mg cap</i>	T2	
<i>nitrofurantoin mcr 100 mg cap</i>	T2	
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst</i> (Macrobid)	T2	
ANTIBIÓTICOS OXAZOLIDINONAS		
linezolid (Zyvox)	T2	PA
ZYVOX (<i>linezolid</i>)	T4	PA
ANTIBIÓTICOS DE PENICILINA		
<i>amoxicillin</i>	T2	
<i>amoxicillin/potassium clav</i>	T2	
<i>amoxicillin/potassium clav</i> (Augmentin Xr)	T2	
<i>amoxicillin/potassium clav</i> (Augmentin)	T2	
<i>ampicillin trihydrate</i>	T2	
AUGMENTIN 125-31.25 MG/5 ML	T3	
AUGMENTIN 250-62.5 MG/5 ML (<i>amoxicillin/potassium clav</i>)	T4	
AUGMENTIN XR (<i>amoxicillin/potassium clav</i>)	T4	
<i>dicloxacillin sodium</i>	T2	
MOXATAG	T4	
<i>penicillin v potassium</i>	T2	
DERIVADOS DE LA PLEUROMUTILINA		
XENLETA	T4	
ANTIBIÓTICOS DE QUINOLONAS		
BAXDELA	T3	QL (28 tabs/fill)
CIPRO (<i>ciprofloxacin hcl</i>)	T4	
CIPRO (<i>ciprofloxacin</i>)	T4	
<i>ciprofloxacin</i> (Cipro)	T2	
<i>ciprofloxacin hcl</i>	T1	
<i>ciprofloxacin hcl</i> (Cipro)	T1	
FACTIVE	T4	
<i>levofloxacin</i>	T2	
<i>moxifloxacin hcl</i>	T2	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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 QUINOLONAS (cont.)		
<i>ofloxacin</i>	T2	
RIFAMICINAS Y ANTIBIÓTICOS DERIVADOS AFINES		
AEMCOLO	T4	QL (12 tabs/fill)
XIFAXAN 200 MG TABLET	T3	QL (9 tabs/fill)
XIFAXAN 550 MG TABLET	T3	QL (60 tabs/fill)
ANTIBIÓTICOS DE TETRACICLINA		
ACTICLATE (<i>doxycycline hyclate</i>)	T4	ST
AVIDOXY DK	T4	ST
<i>demeclocycline hcl</i>	T2	
<i>doxycycline 25 mg/5 ml susp</i> (Vibramycin)	T2	
<i>doxycycline 50 mg tablet</i> (Targadox)	T2	ST
<i>doxycycline hyc dr 100 mg tab</i>	T2	ST
<i>doxycycline hyc dr 150 mg tab</i>	T2	ST
<i>doxycycline hyc dr 200 mg tab</i> (Doryx)	T2	ST
<i>doxycycline hyc dr 50 mg tab</i>	T2	ST
<i>doxycycline hyc dr 75 mg tab</i>	T2	ST
<i>doxycycline hyclate 100 mg cap</i>	T2	
<i>doxycycline hyclate 100 mg tab</i> (Lymepak)	T2	
<i>doxycycline hyclate 150 mg tab</i> (Acticlate)	T2	ST
<i>doxycycline hyclate 50 mg cap</i>	T2	
<i>doxycycline hyclate 75 mg tab</i> (Acticlate)	T2	ST
<i>doxycycline mono 100 mg cap</i>	T2	
<i>doxycycline mono 100 mg tablet</i>	T2	
<i>doxycycline mono 150 mg cap</i>	T2	ST
<i>doxycycline mono 150 mg tablet</i>	T2	
<i>doxycycline mono 50 mg cap</i>	T2	
<i>doxycycline mono 50 mg tablet</i>	T2	
<i>doxycycline mono 75 mg capsule</i>	T2	ST
<i>doxycycline mono 75 mg tablet</i>	T2	
<i>doxycycline monohydrate</i>	T2	
<i>doxycycline monohydrate</i> (Monodox)	T2	
<i>doxycycline monohydrate</i> (Oracea)	T2	ST
LYMEPAK (<i>doxycycline hyclate</i>)	T4	
<i>minocycline 100 mg capsule</i>	T2	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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 50 mg capsule</i>	T2	
<i>minocycline 75 mg capsule</i>	T2	
<i>minocycline hcl 100 mg tablet</i>	T2	ST
<i>minocycline hcl 50 mg tablet</i>	T2	ST
<i>minocycline hcl 75 mg tablet</i>	T2	ST
<i>minocycline hcl (Solodyn)</i>	T2	ST
MINOLIRA ER	T4	ST
<i>mondoxyne nl 100 mg capsule</i>	T2	
<i>mondoxyne nl 75 mg capsule</i>	T2	ST
MORGIDOX 1X100 MG KIT	T4	ST
MORGIDOX 1X50 MG KIT	T4	ST
MORGIDOX 2X100 MG KIT	T4	ST
<i>morgidox 50 mg capsule</i>	T2	
NUZYRA	T4	QL(30 tabs/30 days) SP
SEYSARA	T4	ST
SOLODYN (<i>minocycline hcl</i>)	T4	ST
TARGADOX (<i>doxycycline hyclate</i>)	T4	ST
<i>tetracycline 250 mg, 500 mg capsule</i>	T2	
<i>tetracycline 250 mg, 500 mg tablet</i>	T2	ST
VIBRAMYCIN	T4	ST
VIBRAMYCIN (<i>doxycycline monohydrate</i>)	T4	ST
ANTIBIÓTICOS VAGINALES		
CLEOCIN	T4	
CLEOCIN (clindamycin phosphate)	T4	
<i>clindamycin 2% vaginal cream (Cleocin)</i>	T2	
CLINDESSE	T4	
<i>metronidazole</i>	T2	
<i>metronidazole vaginal 0.75% gl</i>	T2	
NUVESSA	T4	
XACIATO	T4	
ANTIBIÓTICOS DE VANCOMICINA Y DERIVADOS		
VANCOCLIN HCL 125 MG CAPSULE (<i>vancomycin hcl</i>)	T4	PA QL(40 caps/fill)
VANCOCLIN HCL 250 MG CAPSULE (<i>vancomycin hcl</i>)	T4	PA QL(80 caps/fill)

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS DE VANCOMICINA Y DERIVADOS (cont.)		
<i>vancomycin 250 mg/5 ml soln</i>	T2	QL(450 mls/fill)
<i>vancomycin 125 mg capsule</i>	T2	PA QL(40 caps/30 days)
<i>vancomycin 250 mg capsule</i>	T2	PA QL(80 caps/30 days)
ANTIBIÓTICOS (Condiciones cutáneas)		
ANTIBIÓTICOS TÓPICOS Y ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS		
NEO-SYNALAR	T4	
ANTIBIÓTICOS TÓPICOS		
AKTIPAK	T4	ST
AMZEEQ	T4	ST
BENZAMYCIN (<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i>)	T4	ST
CENTANY	T4	ST QL(30 gms/fill)
CENTANY AT	T4	ST QL(1 kit/fill)
CLEOCIN T 1% LOTION (<i>clindamycin phosphate</i>)	T4	ST QL(120 mls/30 days)
CLEOCIN T 1% PLEDGETS (<i>clindamycin phosphate</i>)	T4	ST
<i>clindacin etz 1% pledget (Cleocin T)</i>	T2	
CLINDACIN ETZ KIT	T4	ST
CLINDACIN PAC	T4	ST
<i>clindamycin ph 1% gel</i>	T2	QL(120 gms/30 days)
<i>clindamycin ph 1% solution</i>	T2	QL(120 mls/30 days)
<i>clindamycin phos 1% pledget (Cleocin T)</i>	T2	
<i>clindamycin phosp 1% lotion (Cleocin T)</i>	T2	QL(120 mls/30 days)
<i>clindamycin phosphate (Cleocin T)</i>	T2	
<i>clindamycin phosphate (Evoclin)</i>	T2	ST QL(100 gms/30 days)
<i>clindamycin phosphate 1% foam (Evoclin)</i>	T2	ST QL(100 gms/30 days)
<i>clindamycin phosphate 1% gel (Clindagel)</i>	T2	QL(150 mls/30 days)
<i>erythromycin base in ethanol</i>	T2	
<i>erythromycin/benzoyl peroxide (Benzamycin)</i>	T2	
EVOCLIN (<i>clindamycin phosphate</i>)	T4	ST QL(100 gms/30 days)
<i>gentamicin 0.1% cream, ointment</i>	T2	QL(60 gms/fill)
<i>mupirocin 2% cream</i>	T2	ST QL(30 gms/fill)
<i>mupirocin 2% ointment</i>	T2	QL (1 treatment/30 days)
XEPI	T4	ST QL(30 gms/fill)

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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		
AVAR LS	T4	ST
AVAR-E	T4	ST
AVAR-E GREEN	T4	ST
AVAR-E LS	T4	ST
<i>mafenide acetate</i> (Sulfamylon)	T2	
PLEXION	T4	ST
ROSULA 10%-4.5% WASH	T4	ST
<i>rosula 10%-5% cloths</i>	T2	
SILVADENE (<i>silver sulfadiazine</i>)	T4	
<i>silver sulfadiazine</i> (Silvadene)	T2	
<i>sod sulfac-sulf 9.8-4.8% clsr</i>	T2	ST
<i>sod sulfac-sulfur 9-4.5% wash</i>	T2	ST
<i>sod sulfacet-sulfr 9.8-4.8%pad</i>	T2	ST
<i>sod sulfacet-sulfur 10-2% clsr</i>	T2	ST
<i>sod sulfacet-sulfur 10-4% pad</i> (Sumaxin)	T2	
<i>sod sulfacet-sulfur 10-5% clsr</i>	T2	
<i>sod sulfac-sulfur 9.8-4.8% crm</i>	T2	ST
<i>sod sulfac-sulfur 9.8-4.8% lot</i>	T2	ST
<i>sss 10-5 cream</i>	T2	
<i>sss 10-5 foam</i>	T2	ST
<i>sulfacetamide-sulfur 9-4% clsr</i>	T2	ST
<i>sulfacetamide-sulfur 10-2% crm</i>	T2	ST
<i>sulfacetamide-sulfur 10-5% crm</i>	T2	
<i>sulfacetamide-sulfur 10-5% lot</i>	T2	ST
<i>sulfacetamide-sulfur 10-5% sus</i>	T2	ST
<i>sulfacetamide-sulfur 8-4% susp</i>	T2	ST
SULFAMYLON 8.5% CREAM	T3	
SULFAMYLON POWDER PACKET (<i>mafenide acetate</i>)	T4	
SUMADAN	T4	ST
SUMADAN XLT	T4	ST
SUMAXIN	T4	ST
SUMAXIN (<i>sulfacetamide sodium/sulfur</i>)	T4	ST
SUMAXIN CP	T4	ST
SUMAXIN TS	T4	ST

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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	T3	
ACD-A	T3	
ANTICOAGULANT SODIUM CITRATE	T4	
CITRATE PHOSPHATE DEXTROSE	T3	
CRRT TRISODIUM CITRATE	T4	
sodium citrate 4% lock flush	T2	
SODIUM CITRATE 4% LOCK FLUSH	T4	
SODIUM CITRATE 4% SOLN	T4	
SODIUM CITRATE 4% SYRINGE	T4	
SODIUM CITRATE 4% VIAL	T4	
TRISODIUM CITRATE CRRT	T4	
INHIBIDORES DIRECTOS DEL FACTOR XA		
ELIQUIS 2.5 MG TABLET	T3	
ELIQUIS 5 MG TABLET	T3	
ELIQUIS DVT-PE TREAT START 5MG	T3	
rivaroxaban (Xarelto)	T2	
XARELTO	T3	PA
XARELTO (rivaroxaban)	T3	PA
HEPARINA Y PREPARACIONES RELACIONADAS		
ARIXTRA (fondaparinux sodium)	T4	SP
enoxaparin sodium (Lovenox)	T2	SP
fondaparinux sodium (Arixtra)	T2	SP
FRAGMIN	T4	SP
heparin 10,000 unit/10 ml vial	T2	
heparin 2,000 unit/2 ml vial	T2	
heparin 30,000 unit/30 ml vial	T2	
heparin 40,000 unit/4 ml vial	T2	
heparin 5,000 unit/ml carpugt	T2	
heparin 50,000 unit/10 ml vial	T2	
heparin 50,000 unit/5 ml vial	T2	
heparin sod 1,000 unit/ml vial	T2	
heparin sod 10,000 unit/ml vl	T2	
heparin sod 20,000 unit/ml vl	T2	
heparin sod 5,000 unit/0.5 ml	T2	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
 PA – Autorización previa
 QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
 PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
 CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

AGE – Requisito de edad
 SP – Medicamentos de especialidad
 HD – Puede requerir entrega a domicilio

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.)		
HEPARIN SOD 5,000 UNIT/0.5 ML	T3	
HEPARIN SOD 5,000 UNIT/0.5 ML	T4	
<i>heparin sod 5,000 unit/ml syrg</i>	T2	
HEPARIN SOD 5,000 UNIT/ML SYRG	T4	
<i>heparin sod 5,000 unit/ml vial</i>	T2	
ANTÍDOTOS (Condiciones gastrointestinales/pirosis)		
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES OPIOIDES MU, CON ACCIÓN PERIFÉRICA		
MOVANTIK	T3	QL (30 tabs/fill)
RELISTOR 12 MG/0.6 ML SYRINGE	T3	ST
RELISTOR 8 MG/0.4 ML SYRINGE	T3	ST
RELISTOR 12 MG/0.6 ML VIAL	T3	ST
SYMPROIC	T3	
ANTÍDOTOS (Abuso de sustancias)		
ANTAGONISTAS OPIOIDES		
KLOXXADO	T3	QL (2 units/fill)
<i>naloxone 0.4 mg/ml carpject</i>	T2	
<i>naloxone 0.4 mg/ml syringe</i>	T2	
<i>naloxone 0.4 mg/ml vial</i>	T2	
<i>naloxone 2 mg/2 ml syringe</i>	T2	
<i>naloxone 4 mg/10 ml vial</i>	T2	
<i>naloxone hcl 4 mg nasal spray (Narcan)</i>	T2	QL (2 units/fill)
<i>naltrexone hcl</i>	T1	
NARCAN (<i>naloxone hcl</i>)	T4	QL (2 units/30 days)
REXTOVY	T3	QL (2 units/30 days)
ANTIMICÓTICOS (Condiciones oculares)		
AGENTES ANTIMICÓTICOS OFTÁLMICOS		
NATACYN	T3	
ANTIMICÓTICOS (Productos femeninos)		
ANTIMICÓTICOS VAGINALES		
GYNAZOLE 1	T4	
<i>miconazole nitrate</i>	T2	
<i>terconazole</i>	T2	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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>griseofulvin, microsize</i>	T2	
<i>nystatin 100,000 unit/ml susp</i>	T2	
<i>nystatin 500,000 unit oral tab</i>	T2	
<i>nystatin 500,000 unit/5 ml cup</i>	T2	
ANTIMICÓTICOS (Condiciones cutáneas)		
ANTIMICÓTICO TÓPICO/ANTIINFLAMATORIO, AGENTE ESTEROIDE		
<i>clotrimazole-betamethasone crm</i>	T2	QL (90 gms/28 days)
<i>clotrimazole-betamethasone lot</i>	T2	QL (60 mls/28 days)
ANTIMICÓTICOS TÓPICOS		
<i>ciclodan 0.77% cream (Loprox)</i>	T2	QL (90 gms/28 days)
CICLODAN 0.77% CREAM KIT	T4	
<i>ciclodan 8% solution</i>	T2	
<i>ciclopirox 0.77% cream (Loprox)</i>	T2	QL (90 gms/28 days)
<i>ciclopirox 0.77% gel</i>	T2	QL (100 gms/28 days)
<i>ciclopirox 0.77% topical susp (Loprox)</i>	T2	QL (60 mls/28 days)
<i>ciclopirox 1% shampoo</i>	T2	QL (120 mls/28 days)
<i>ciclopirox 8% solution</i>	T2	
<i>econazole nitrate 1% cream</i>	T2	QL (85 gms/28 days)
EXELDERM 1% CREAM, SOLUTION	T4	QL (60 gms/28 days)
EXTINA (<i>ketoconazole</i>)	T4	ST QL (100 gms/28 days)
JUBLIA	T4	ST
<i>ketoconazole 2% cream</i>	T2	QL (60 gms/28 days)
<i>ketoconazole 2% foam (Extina)</i>	T2	ST QL (100 gms/28 days)
<i>ketodan 2% foam (Extina)</i>	T2	ST QL (100 gms/28 days)
<i>ketodan 2% foam kit</i>	T2	ST
LOPROX 0.77% CREAM (<i>ciclopirox olamine</i>)	T4	QL (90 gms/28 days)
LOPROX 0.77% CREAM KIT	T4	QL (544 gms/30 days)
LOPROX 0.77% SUSPENSION KIT	T4	QL (1 kit/30 days)
LOPROX 0.77% TOPICAL SUSP (<i>ciclopirox olamine</i>)	T4	QL (60 mls/28 days)
<i>naftifine hcl 1% cream</i>	T2	QL (90 gms/28 days)
<i>naftifine hcl 2% cream</i>	T2	QL (60 gms/28 days)
<i>naftifine hcl 2% gel (Naftin)</i>	T2	QL (60 gms/28 days)
NAFTIN 1% GEL (<i>naftifine hcl</i>)	T4	QL (90 gms/28 days)

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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 (<i>naftifine hcl</i>)	T4	QL (60 gms/28 days)
<i>nystatin</i>	T2	QL (180 gms/fill)
<i>nystatin 100,000 unit/gm cream, oint</i>	T2	QL (60 gms/28 days)
<i>nystatin/triamcin</i>	T2	QL (60 gms/28 days)
<i>oxiconazole nitrate</i>	T2	QL (60 gms/28 days)
<i>tavaborole</i>	T2	ST
ANTIISTAMÍNICOS Y DESCONGESTIVOS COMBINADOS (Alergia/rociadores nasales)		
COMBINACIÓN DE ANTIISTAMÍNICOS DE 1.ª GENERACIÓN Y DESCONGESTIVOS		
<i>phenylephrine hcl/prometh hcl</i>	T2	
COMBINACIÓN DE ANTIISTAMÍNICOS DE 2.ª GENERACIÓN Y DESCONGESTIVOS		
CLARINEX-D 12 HOUR	T4	QL (60 tabs/fill)
ANTIISTAMÍNICOS (Alergia/rociadores nasales)		
ANTIISTAMÍNICOS - 1.ª GENERACIÓN		
<i>carbinoxamine 4 mg/5 ml liquid</i>	T2	
<i>carbinoxamine maleate 4 mg tab</i>	T2	
<i>carbinoxamine maleate 6 mg tab</i>	T2	ST
<i>carbinoxamine maleate</i>	T2	ST
<i>cyproheptadine 2 mg/5 ml soln, syrup</i>	T2	
<i>cyproheptadine 4 mg tablet</i>	T2	
CYPROHEPTADINE 4 MG/10 ML SYRP	T4	
<i>dexchlorpheniramine maleate (Ryclora)</i>	T2	
<i>hydroxyzine hcl</i>	T2	
<i>hydroxyzine hcl</i>	T1	
<i>hydroxyzine pamoate</i>	T1	
<i>hydroxyzine pamoate (Vistaril)</i>	T1	
<i>promethazine hcl</i>	T2	
RYCLORA (<i>dexchlorpheniramine maleate</i>)	T4	
RYVENT	T4	ST
VISTARIL (<i>hydroxyzine pamoate</i>)	T4	
ANTIISTAMÍNICOS - 2.ª GENERACIÓN		
CLARINEX D 24 HOUR TABLET	T4	
<i>desloratadine</i>	T2	QL (30 tabs/fill) HD
<i>desloratadine (Clarinet)</i>	T2	QL (30 tabs/fill) HD

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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 (Condiciones oculares)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIISTAMÍNICOS PARA LOS OJOS		
azelastine hcl 0.05% drops	T2	
bepotastine besilate (Bepreve)	T2	
BEPREVE	T2	
epinastine hcl	T2	
LASTACFT 0.25% EYE DROPS	T4	ST
ANTIIPERGLUCÉMICOS (Diabetes)		
ANTIIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE LA ENZIMA DPP-4-TIAZOLIDINEDIONA		
OSENI	T4	ST QL(30 tabs/fill) HD
ANTIIPERGLUCÉMICOS, MIMÉTICOS DE INCRETINA (AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-I)		
ADLYXIN 10-20 MCG STARTER PACK	T4	PA HD QL (1 kit/28 days)
ADLYXIN 20 MCG MAINTENANCE PK	T4	PA HD QL (1 kit/28 days)
BYDUREON BCISE	T3	PA QL (4 auto-injs/28 days)
BYDUREON PEN	T3	PA QL(4 pens/fill) HD
BYETTA	T3	PA QL (1 pen/30 days)
exenatide	T2	PA QL (1 pen/30 days)
OZEMPIC	T3	PA QL(1 pen/28 days)
RYBELSUS	T3	PA
TRULICITY	T3	PA QL (4 pens/28 days)
TRULICITY 0.75 MG/0.5 ML PEN	T3	PA QL(4 pens/fill) HD
ANTIIPERGLUCÉMICOS, INSULINA, ACCIÓN PROLONGADA-AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-I		
SOLQUA 100-33	T3	QL (15 mls/30 days)
ANTIIPERGLUCÉMICOS - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE DOPAMINA		
CYCLOSET	T4	HD
ANTIIPERGLUCÉMICOS - COMBINACIÓN DE MIMÉTICOS DE INCRETINA		
MOUNJARO	T3	PA QL(4 pens/fill)
ANTIIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE LA ALFA-GLUCOSIDASA		
acarbose (Precose)	T2	HD
miglitol	T2	HD
PRECLOSE (acarbose)	T4	HD
ANTIIPERGLUCÉMICOS, TIPO ANÁLOGOS DE AMILINA		
SYMLINPEN 120	T3	PA QL(7 pens/fill) HD
SYMLINPEN 60	T3	PA QL (7 pens/30 days)
ANTIIPERGLUCÉMICOS, TIPO BIGUANIDAS		
metformin er 1,000 mg gastr-tb (Glumetza)	T2	PA QL(60 tabs/fill) HD

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO BIGUANIDAS (cont.)		
<i>metformin er 500 mg gastrc-tb (Glumetza)</i>	T2	PA QL(120 tabs/fill) HD
<i>metformin er 1,000 mg osm-tab</i>	T2	PA QL (60 tabs/30 days) HD
<i>metformin er 500 mg osmotic tb</i>	T2	PA QL (30 tabs/30 days) HD
<i>metformin hcl 500 mg, 750 mg tablet</i>	T1	HD
<i>metformin hcl 1,000 mg tablet</i>	T1	HD
<i>metformin hcl 500 mg/5 ml soln (Riomet)</i>	T2	ST HD
<i>metformin hcl 750 mg tablet</i>	T1	ST HD
<i>metformin hcl 850 mg tablet</i>	T1	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
<i>RIOMET (metformin hcl)</i>	T4	ST HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE DPP-4		
<i>JANUVIA</i>	T3	ST QL(30 tabs/fill) HD
<i>saxagliptin hcl (Onglyza)</i>	T2	ST QL(30 tabs/30 days) HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO ESTIMULANTES DE LIBERACIÓN DE INSULINA		
<i>glimepiride 1 mg, 2 mg, 4 mg tablet</i>	T1	HD
<i>glipizide</i>	T1	HD
<i>glipizide (Glucotrol XL)</i>	T1	HD
<i>GLUCOTROL XL (glipizide)</i>	T4	HD
<i>glyburide</i>	T2	HD
<i>glyburide,micronized</i>	T2	HD
<i>glyburide,micronized (Glynase)</i>	T2	HD
<i>GLYNASE (glyburide,micronized)</i>	T4	HD
<i>nateglinide</i>	T2	HD
<i>PRANDIN (repaglinide)</i>	T4	HD
<i>repaglinide</i>	T2	HD
<i>repaglinide (Prandin)</i>	T2	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, COMB. DE INHIBIDORES DE SGLT-2 Y DPP-4		
<i>GLYXAMBI</i>	T3	ST QL(30 tabs/fill) HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS Y BIGUANIDAS		
<i>ACTOPLUS MET (pioglitazone hcl/metformin hcl)</i>	T4	QL (90 tabs/30 days) HD
<i>ACTOPLUS MET XR 30 1000MG TABLET</i>	T4	ST
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	T2	QL(90 tabs/fill) HD
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl (Actoplus Met)</i>	T2	QL(90 tabs/fill) HD

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS Y SULFONILUREAS		
DUETACT (<i>pioglitazone-glimepiride</i>)	T4	QL (30 tabs/30 days) HD
<i>pioglitazone hcl/glimepiride</i> (Duetact)	T2	QL (30 tabs/fill) HD
ANTIHIPLERGLUCÉMICOS, COMB. DE INHIBIDORES DE DPP-4 Y BIGUANIDAS		
JANUMET	T3	ST QL (60 tabs/fill) HD
JANUMET XR 100-1,000 MG TABLET	T3	ST QL (30 tabs/fill) HD
JANUMET XR 50-1,000 MG TABLET	T3	ST QL (60 tabs/fill) HD
JANUMET XR 50-500 MG TABLET	T3	ST QL (60 tabs/fill) HD
<i>saxagliptin-metformin er 5-500</i> (Kombiglyze Xr)	T2	ST QL (30 tabs/30 days) HD
<i>saxagliptin-metformn er 5-1000</i> (Kombiglyze Xr)	T2	ST QL (30 tabs/30 days) HD
<i>saxagliptn-metform er 2.5-1000</i> (Kombiglyze Xr)	T2	ST QL (60 tabs/30 days) HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS-BLOQUEADORES DE LOS RECEPTORES DE GLUCOCORTICOIDES		
<i>mifepristone 300 mg tablet</i> (Korlym)	T2	PA SP
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, ESTIM. DE LIBERACIÓN DE INSULINA-BIGUANIDAS		
<i>glipizide/metformin hcl</i>	T1	HD
<i>glyburide/metformin hcl</i>	T2	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS (AGONISTAS DE PPARG)		
ACTOS (<i>pioglitazone hcl</i>)	T4	QL (30 tabs/30 days) HD
ANTIHIPLERGLUCÉMICOS-COMB. DE INHIBIDORES DE SGLT-2 Y BIGUANIDAS		
SYNJARDY	T3	ST QL (60 tabs/fill) HD
SYNJARDY XR 10-1,000 MG TABLET	T3	ST QL (30 tabs/fill) HD
SYNJARDY XR 12.5-1,000 MG TAB	T3	ST QL (60 tabs/fill) HD
SYNJARDY XR 25-1,000 MG TABLET	T3	ST QL (30 tabs/fill) HD
SYNJARDY XR 5-1,000 MG TABLET	T3	ST QL (60 tabs/fill) HD
XIGDUO XR 10 MG-1,000 MG TAB	T3	ST QL (30 tabs/fill) HD
XIGDUO XR 10 MG-500 MG TABLET	T3	ST QL (30 tabs/fill) HD
XIGDUO XR 2.5 MG-1,000 MG TAB	T3	ST QL (60 tabs/fill) HD
XIGDUO XR 5 MG-1,000 MG TABLET	T3	ST QL (60 tabs/fill) HD
XIGDUO XR 5 MG-500 MG TABLET	T3	ST QL (30 tabs/fill) HD
ANTIHIPERGLUCÉM.-INHIB. DEL COTRANSPORT. DE SOD./GLUC. TIPO 2 (SGLT-2)		
FARXIGA	T3	ST QL (30 tabs/30 days)
JARDIANCE	T3	ST QL (30 tabs/fill) HD
ANTIHIPERGLUCÉM.-COMB. DE INHIB. DE SGLT-2, INHIB. DE DPP-4 Y BIGUANIDAS		
TRIJARDY XR	T3	ST HD

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INSULINAS		
HUMALOG 100 unit/ML CARTRIDGE	T3	HD
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	T3	HD
HUMALOG KWIKPEN U-100	T3	HD
HUMALOG KWIKPEN U-200	T3	HD
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	T3	HD
HUMALOG MIX 75-25	T3	HD
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	T3	HD
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	T3	HD
HUMULIN 70-30	T3	HD
HUMULIN N	T3	HD
HUMULIN N KWIKPEN	T3	HD
HUMULIN R	T3	HD
HUMULIN R U-500	T3	HD
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	T3	HD
INSULIN GLARGINE-YFGN	T3	HD
INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML VIAL	T3	HD
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN	T3	HD
INSULIN LISPRO KWIKPEN U-100	T3	HD
INSULIN LISPRO PROTAMINE MIX	T3	HD
LANTUS	T3	HD
LANTUS SOLOSTAR	T3	HD
LYUMJEV	T3	HD
LYUMJEV KWIKPEN U-100	T3	HD
LYUMJEV KWIKPEN U-200	T3	HD
MYXREDLIN	T4	
SEMGLEE (YFGN)	T3	HD
SEMGLEE (YFGN) PEN	T3	HD
TOUJEO MAX SOLOSTAR	T3	HD
TOUJEO SOLOSTAR	T3	HD
TRESIBA	T3	HD
TRESIBA FLEXTOUCH U-100, U-200	T3	HD
ANTIINFECCIOSOS (Productos femeninos)		
SULFONAMIDAS VAGINALES		
AVC	T4	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Productos femeninos)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTISÉPTICOS VAGINALES		
<i>acetic acid/oxyquinoline</i> (Relagard)	T2	
RELAGARD (<i>acetic acid/oxyquinoline</i>)	T4	
TRIMO-SAN	T3	
ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Infecciones)		
ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS DE 2.ª GENERACIÓN-ANTIBACTERIANOS		
<i>tinidazole 250 mg tablet</i>	T2	QL (40 tabs/30 days)
<i>tinidazole 500 mg tablet</i>	T2	QL (20 tabs/30 days)
AMEBICIDAS		
HUMATIN	T4	
ANTHELMÍNTICOS		
<i>albendazole</i> (Albenza)	T2	QL (120 tabs/30 days)
ALBENZA (<i>albendazole</i>)	T4	QL (120 tabs/30 days)
BILTRICIDE (<i>praziquantel</i>)	T4	
ANTHELMÍNTICOS		
EMVERM	T3	QL (6 tabs/30 days)
<i>ivermectin 6 mg tablet</i>	T2	PA QL (8 tabs/30 days)
<i>praziquantel</i> (Biltricide)	T2	
STROMECTOL (<i>ivermectin</i>)	T4	PA QL (14 tabs/30 days)
MEDICAMENTOS CONTRA LA MALARIA		
ARAKODA	T4	QL (16 tabs/fill)
<i>atovaquone-proguanil 250-100</i> (Malarone)	T2	QL (60 tabs/180 days)
<i>atovaquone-proguanil 62.5-25</i> (Malarone)	T2	QL (180 tabs/180 days)
<i>chloroquine phosphate</i>	T2	
COARTEM	T3	QL (24 tabs/30 days)
DARAPRIM (<i>pyrimethamine</i>)	T4	PA SP
HYDROXYCHLOROQUINE 100 MG TAB	T4	
<i>hydroxychloroquine 200 mg tab</i> (Plaquenil)	T2	
HYDROXYCHLOROQUINE 300 MG, 400 MG TAB	T4	
KRINTAFEL	T4	QL (2 tabs/30 days)
MALARONE 250-100 MG TABLET (<i>atovaquone/proguanil hcl</i>)	T4	QL (60 tabs/180 days)
MALARONE 62.5-25 MG PED TAB (<i>atovaquone/proguanil hcl</i>)	T4	QL (180 tabs/180 days)
<i>mefloquine hcl</i>	T2	QL (13 tabs/180 days)
PRIMAQUINE 26.3 MG TABLET	T3	QL (120 tabs/180 days)

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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>primaquine 26.3 mg tablet</i>	T2	QL (120 tabs/180 days)
<i>pyrimethamine 25 mg tablet</i> (Daraprim)	T2	PA
<i>pyrimethamine 25 mg tablet</i> (Daraprim)	T2	PA SP
<i>quinine sulfate</i>	T2	QL (42 caps/30 days)
MEDICAMENTOS ANTIPROTOZOARIOS, VARIOS		
<i>atovaquone</i> (Mepron)	T2	
BENZNIDAZOLE	T3	QL (360 tabs/fill)
IMPAVIDO	T3	PA QL (84 caps/30 days)
MEPRON (<i>atovaquone</i>)	T4	
NEBUPENT (<i>pentamidine isethionate</i>)	T4	QL (1 v/28 days)
<i>pentamidine isethionate</i> (Nebupent)	T2	QL (1 v/28 days)
ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Varios)		
AGENTES ANTIBACTERIANOS, VARIOS		
<i>glycine urologic solution</i>	T2	
ANTISÉPTICOS, GENERALES		
ALCOHOL SWABSTICK	T4	
CVS ISOPROPYL ALCOHOL 91% SPRY	T4	
GS ISOPROPYL ALCOHOL 70% SPRAY	T4	
ISOPROPYL ALCOHOL 70% SPRAY	T4	
MEDI-FIRST ISOPROPYL ALCOHOL	T4	
AGENTES SECADORES ANTISÉPTICOS TÓPICOS		
<i>formaldehyde</i>	T2	
ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Condiciones cutáneas)		
ANTIMICÓTICOS TÓPICOS		
CICLODAN 8% KIT	T4	ST
<i>ciclopirox 8% treatment kit</i>	T2	
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

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

AGENTES INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL ANTIINFLAMATORIOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAMATORIOS INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL (cont.)		
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
SIMPONI 100 MG/ML PEN INJECTOR	T4	PA QL(1pen/30 days) SP HD
SIMLANDI(CF)	T4	PA QL (2 srnge kits/28 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)	T2	PA SP HD CSL
ANTINEOPLÁS., INHIBIDORES DE LA HISTONA DEACETILASA (HDAC)		
FARYDAK	T4	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>	T2	SP HD CSL
<i>cyclophosphamide 50 mg capsule</i>	T2	SP HD CSL
CYCLOPHOSPHAMIDE 50 MG TABLET	T4	SP HD CSL
GLEOSTINE	T3	CSL
HYDREA (<i>hydroxyurea</i>)	T4	CSL
<i>hydroxyurea</i> (Hydrea)	T2	CSL
LEUKERAN	T3	CSL
MYLERAN	T3	CSL
<i>temozolomide</i>	T2	PA SP HD CSL

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS - ANTIANDROGÉNICOS		
<i>abiraterone acetate</i> (Zytiga)	T2	PA QL (120 tabs/30 days) CSL
<i>bicalutamide</i> (Casodex)	T2	CSL
CASODEX (<i>bicalutamide</i>)	T4	CSL
ERLEADA 240 MG TABLET	T4	PA SP HD QL (30 tabs/30 days) CSL
EULEXIN (<i>flutamide</i>)	T4	CSL
<i>flutamide</i> (Eulexin)	T2	CSL
NILANDRON (<i>nilutamide</i>)	T4	PA CSL
<i>nilutamide</i> (Nilandron)	T2	PA CSL
NUBEQA	T4	PA QL(120 tabs/fill) SP HD CSL
XTANDI 40 MG CAPSULE	T4	PA QL(120 tabs/caps/fill) SP HD CSL
XTANDI 40 MG 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)	T2	ST SP CSL
<i>mercaptopurine 50 mg tablet</i>	T2	CSL
<i>methotrexate 2.5 mg tablet</i>	T2	CSL
<i>methotrexate 250 mg/10 ml vial</i>	T2	
<i>methotrexate 50 mg/2 ml vial</i>	T2	
<i>methotrexate sodium/pf</i>	T2	
PURIXAN (<i>mercaptopurine</i>)	T4	ST SP CSL
TABLOID	T4	CSL
TREXALL	T4	CSL
XELODA 150 MG TABLET (<i>capecitabine</i>)	T4	PA SP HD QL (56 tabs/30 days) CSL
XELODA 500 MG TABLET (<i>capecitabine</i>)	T4	PA SP HD QL (140 tabs/30 days)CSL
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA AROMATASA		
<i>anastrozole</i> (Arimidex)	T2	HD PPACA CSL
AROMASIN (<i>exemestane</i>)	T4	HD CSL
<i>exemestane</i> (Aromasin)	T2	HD PPACA CSL
FEMARA (<i>letrozole</i>)	T4	HD CSL
<i>letrozole</i> (Femara)	T2	HD CSL
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA BRAF		
BRAFTOVI	T4	PA QL (180 caps/30 days) SP HD CSL

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA BRAF (cont.)		
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
ANTINEOPLÁSICOS - 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
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK)		
JAKAFI	T4	PA QL(60 tabs/fill) SP HD CSL
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDOR DE LA PROTEÍNA KRAS		
LUMAKRAS	T4	PA SP HD CSL
ANTINEOPLÁSICOS - 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
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA MTOR		
everolimus 2 mg tab for susp (Afinitor Disperz)	T2	PA QL(30 tabs/fill) SP CSL
everolimus (Afinitor)	T2	PA QL (30 tabs/30 days) SP CSL
everolimus 3 mg tab for susp (Afinitor Disperz)	T2	PA QL(30 tabs/fill) SP CSL
everolimus 5 mg tab for susp (Afinitor Disperz)	T2	PA QL(30 tabs/fill) SP CSL
everolimus 5 mg tablet (Torpenz)	T2	PA QL (30 tabs/30 days) SP HD CSL
everolimus 7.5 mg tablet (Torpenz)	T2	PA QL (30 tabs/30 days) SP HD CSL
everolimus 10 mg tablet (Torpenz)	T2	PA QL (30 tabs/30 days) SP HD CSL
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA PROTEÍNA METILTRANSFERASA		
TAZVERIK	T4	PA SP CSL
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA TOPOISOMERASA I		
HYCANTIN	T4	PA SP HD CSL

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSICOS 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 ANTINEOPLÁSICOS INMUNOMODULADORES		
<i>lenalidomide</i>	T2	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) ANTINEOPLÁSICOS, SUPR. HIPOFISARIOS		
ORGOVYX	T4	PA QL(30 tabs/fill) SP CSL
ANTINEOPLÁSICOS, INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS		
ALECENSA	T4	PA QL(240 caps/fill) SP HD CSL
ALUNBRIG 30 MG TABLET	T4	PA QL(60 tabs/fill) SP CSL
ALUNBRIG 90 MG, 180 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
AVMAPKI-FAKZYNJA	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
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>	T2	PA QL (90 tabs/30 days) SP CSL
<i>dasatinib 20 mg tablet (Sprycel)</i>	T2	PA QL (90 tabs/30 days) SP HD CSL
<i>dasatinib 50 mg tablet (Sprycel)</i>	T2	PA QL (30 tabs/30 days) SP CSL

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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.)		
<i>dasatinib 50 mg tablet (Sprycel)</i>	T2	PA QL (30 tabs/30 days) SP HD CSL
<i>dasatinib 70 mg tablet (Sprycel)</i>	T2	PA QL (60 tabs/30 days) SP CSL
<i>dasatinib 70 mg tablet (Sprycel)</i>	T2	PA QL (60 tabs/30 days) SP HD CSL
<i>dasatinib 80 mg tablet (Sprycel)</i>	T2	PA QL (30 tabs/30 days) SP CSL
<i>dasatinib 80 mg tablet (Sprycel)</i>	T2	PA QL (30 tabs/30 days) SP HD CSL
<i>dasatinib 100 mg tablet (Sprycel)</i>	T2	PA QL (30 tabs/30 days) SP CSL
<i>dasatinib 100 mg tablet (Sprycel)</i>	T2	PA QL (30 tabs/30 days) SP HD CSL
<i>dasatinib 140 mg tablet (Sprycel)</i>	T2	PA QL (30 tabs/30 days) SP CSL
<i>dasatinib 140 mg tablet (Sprycel)</i>	T2	PA QL (30 tabs/30 days) SP HD CSL
ENSACOVE	T4	PA SP CSL
<i>erlotinib hcl 100 mg tablet</i>	T2	PA QL (30 tabs/30 days) SP HD CSL
<i>erlotinib hcl 150 mg tablet</i>	T2	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
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 (<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 (Tykerb)</i>	T2	PA QL(180 tabs/fill) SP HD CSL
LAZCLUZE	T4	PA SP CSL
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	T4	PA QL(30 caps/fill) SP HD CSL

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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.)		
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
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	T4	PA QL(60 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 (Tasigna)</i>	T2	PA QL (112 caps/30 days) SP HD CSL
<i>nilotinib 200 mg capsule (Tasigna)</i>	T2	PA QL (112 caps/30 days) SP HD CSL
<i>nilotinib 50 mg capsule (Tasigna)</i>	T2	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 (Votrient)</i>	T2	PA QL(120 tabs/30 days) SP HD CSL
PEMAZYRE	T4	PA QL(28 tabs/30 days) SP CSL
PIQRAY	T4	PA SP CSL
RETEVMO 40 MG CAPSULE	T4	PA QL(180 caps/fill) SP HD CSL
RETEVMO 80 MG CAPSULE	T4	PA QL(120 caps/fill) 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

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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.)		
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)	T2	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)	T2	PA QL(90 caps/fill) SP HD CSL
sunitinib malate 25 mg capsule (Sutent)	T2	PA QL(30 caps/fill) SP HD CSL
sunitinib malate 37.5 mg cap (Sutent)	T2	PA QL(30 caps/fill) SP HD CSL
sunitinib malate 50 mg capsule (Sutent)	T2	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
TASIGNA 150 MG CAPSULE (nilotinib hcl)	T4	PA QL (112 caps/30 days) SP HD CSL
TASIGNA 200 MG CAPSULE (nilotinib hcl)	T4	PA QL (112 caps/30 days) SP HD CSL
TASIGNA 50 MG CAPSULE (nilotinib hcl)	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 20 MG/ML SOLUTION	T4	PA QL(300 mls/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
VIZIMPRO	T4	PA QL(30 tabs/fill) SP HD CSL
VONJO	T4	PA QL(120 caps/fill) SP CSL

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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.)		
VOTRIENT (<i>pazopanib hcl</i>)	T4	PA QL(120 tabs/30 days) SP HD CSL
XALKORI 200MG CAPSULE	T4	PA QL(60 caps/30 days) SP HD CSL
XALKORI 250MG CAPSULE	T4	PA QL(60 caps/30 days) SP HD CSL
XALKORI 20MG PELLET	T4	PA QL (120 caps/fill) SP HD CSL
XALKORI 50MG PELLET	T4	PA QL (120 caps/fill) SP HD CSL
XALKORI 150MG PELLET	T4	PA QL (120 caps/fill) SP HD CSL
XOSPATA	T4	PA QL(90 tabs/fill) SP CSL
ZEJULA 100MG, 200MG, 300MG TABLET	T3	SP PA
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 100 MG TABLET	T4	PA QL(180 tabs/fill) SP CSL
VENCLEXTA 50 MG TABLET	T4	PA QL(28 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>	T2	SP HD CSL
LYSODREN	T3	CSL
MATULANE	T4	SP CSL
<i>tretinoin 10 mg capsule</i>	T2	CSL
INMUNOMODULADORES		
ACTIMMUNE	T4	PA SP HD
MODULADORES SELECTIVOS DE RECEPTORES ESTROGÉNICOS (SERM)		
FARESTON (<i>toremifene citrate</i>)	T4	HD CSL
SOLTAMOX	T4	HD PPACA CSL
<i>tamoxifen citrate</i>	T2	HD PPACA CSL
<i>toremifene citrate (Fareston)</i>	T2	HD CSL

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSICOS ESTEROIDES		
megestrol 20 mg, 40 mg tablet	T2	CSL
ANTINEOPLÁSICOS (Condiciones cutáneas)		
ANTINEOPLÁSICOS TÓPICOS FOTOACT., LESIONES PREMALIGNAS		
LEVULAN	T4	SP
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS TÓPICOS PARA LESIONES PREMALIGNAS		
bexarotene 1% gel (Targretin)	T2	PA SP HD
diclofenac sodium 3% gel	T2	PA QL(100 gms/28 days)
EFUDEX (fluorouracil)	T4	
FLUOROPLEX	T4	
fluorouracil 2% topical soln	T2	
fluorouracil 5% cream (Efudex)	T2	
fluorouracil 5% topical soln	T2	
PANRETIN	T4	PA SP HD
TARGRETIN 1% GEL (bexarotene)	T4	PA SP HD
VALCHLOR	T4	PA SP HD
MEDICAMENTOS CONTRA LA OBESIDAD (Control del peso)		
ANOREXÍGENOS CONTRA LA OBESIDAD		
ADIPEX-P (phentermine hcl)	T4	PA QL(30 tabs/30 days)
benzphetamine hcl	T2	PA QL(90 tabs/fill)
diethylpropion hcl	T2	PA QL(90 tabs/fill)
diethylpropion hcl	T2	PA QL(30 tabs/fill)
LOMAIRA	T4	PA QL(90 tabs/fill)
phendimetrazine tartrate	T2	PA QL(30 caps/fill)
phendimetrazine tartrate	T2	PA QL(180 tabs/fill)
phentermine 8 mg tablet	T2	PA QL (90 tabs/30 days)
phentermine 15 mg, 30 mg capsule	T2	PA QL(30 caps/fill)
phentermine 37.5 mg capsule	T2	PA QL(30 caps/30 days)
phentermine 37.5 mg tablet (Adipex-P)	T2	PA QL(30 tabs/fill)
phentermine/topiramate (Qsymia)	T2	PA QL (30 caps/30 days)
QSYMIA (phentermine/topiramate)	T4	PA QL(30 caps/30 days)
COMBINACIÓN DE MIMÉTICOS DE INCRETINA CONTRA LA OBESIDAD		
ZEPBOUND 10 MG/0.5 ML PEN	T3	PA QL (2 mls/28 days)
ZEPBOUND 10 MG/0.5 ML VIAL	T4	PA QL (2 mls/28 days)

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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
COMBINACIÓN DE MIMÉTICOS DE INCRETINA CONTRA LA OBESIDAD (cont.)		
ZEPBOUND 12.5 MG/0.5 ML PEN	T3	PA QL (2 mls/28 days)
ZEPBOUND 12.5 MG/0.5 ML VIAL	T4	PA QL (2 mls/28 days)
ZEPBOUND 15 MG/0.5 ML PEN	T3	PA QL (2 mls/28 days)
ZEPBOUND 15 MG/0.5 ML VIAL	T4	PA QL (2 mls/28 days)
ZEPBOUND 2.5 MG/0.5 ML PEN	T3	PA QL (2 mls/28 days)
ZEPBOUND 2.5 MG/0.5 ML VIAL	T4	PA QL (2 mls/28 days)
ZEPBOUND 5 MG/0.5 ML PEN	T3	PA QL (2 mls/28 days)
ZEPBOUND 5 MG/0.5 ML VIAL	T4	PA QL (2 mls/28 days)
ZEPBOUND 7.5 MG/0.5 ML PEN	T3	PA QL (2 mls/28 days)
ZEPBOUND 7.5 MG/0.5 ML VIAL	T4	PA QL (2 mls/28 days)
AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA MELANOCORTINA 4 CONTRA LA OBESIDAD		
IMCIVREE	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</i> (Saxenda)	T2	PA QL (5 pens/30 days)
<i>liraglutide 5-pak 18 mg/3 ml</i> (Saxenda)	T2	PA QL (5 pens/30 days)
SAXENDA (liraglutide)	T4	PA QL (5 pens/30 days)
WEGOVY 0.25 MG/0.5 ML PEN	T3	PA QL(8 pens/year)
WEGOVY 0.5 MG/0.5 ML PEN	T3	PA QL(8 pens/year)
WEGOVY 1 MG/0.5 ML PEN	T3	PA QL(8 pens/year)
WEGOVY 1.7 MG/0.75 ML PEN	T3	PA QL(8 pens/year)
WEGOVY 2.4 MG/0.75 ML PEN	T3	PA QL(4 pens/28 days)
AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA SEROTONINA 2C CONTRA LA OBESIDAD		
BELVIQ	T4	PA
BELVIQ XR	T4	PA
ANTAG. OPIOIDES-INHIB. DE LA RECAPT. DE NOREPINEFRINA Y DOPAMINA CONTRA LA OBESIDAD		
CONTRAVE	T4	PA QL(120 tabs/fill)
AGENTES QUE REDUCEN LA ABSORCIÓN DE GRASAS		
ORLISTAT	T4	PA QL(90 caps/fill)
XENICAL	T4	PA QL(90 caps/fill)
ANTIPARASITARIOS (Condiciones oculares)		
ANTIPARASITARIOS OFTÁLMICOS (DE LOS OJOS)		
XDEMZY	T4	QL(10 mgs/30 days) SP

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIPARASITARIOS (Infecciones)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIPARASITARIOS		
ALINIA 100 MG/5 ML SUSPENSION	T3	QL(180ml/30 days)
ANTIPARASITARIOS TÓPICOS		
<i>crotamiton</i>	T2	
ELIMITE (<i>permethrin</i>)	T4	
EURAX	T4	
<i>permethrin</i> (Elimite)	T2	
<i>spinosad</i> (Natroba)	T2	
ULESFIA	T4	
MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS (Enfermedad de Parkinson)		
MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, ANTICOLINÉRGICOS		
<i>benztropine mesylate</i>	T1	HD
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	T2	HD
MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, OTROS		
<i>amantadine hcl</i>	T2	HD
<i>apomorphine hcl</i>	T2	PA QL(30 mls/30 days) SP
AZILECT (<i>rasagiline mesylate</i>)	T4	ST HD
<i>bromocriptine mesylate</i>	T2	HD
<i>carbidopa/levodopa</i>	T2	HD
<i>carbidopa/levodopa</i> (Sinemet)	T2	HD
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i>	T2	HD
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i> (Stalevo 100)	T2	HD
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i> (Stalevo 75)	T2	HD
CREXONT	T4	ST HD
DUOPA	T4	PA SP HD
<i>entacapone</i>	T2	HD
INBRIJA	T4	PA QL(300 caps/fill) SP HD
KYNMOBI	T3	PA QL(150 films/30 days) HD
NEUPRO	T4	HD
NOURIANZ	T4	PA QL(30 tabs/fill) SP HD
ONGENTYS	T4	PA QL (30 caps/30 days) HD
<i>pramipexole di-hcl</i>	T2	HD
<i>rasagiline mesylate</i> (Azilect)	T2	HD
<i>ropinirole hcl</i>	T2	HD
RYTARY	T4	ST HD

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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.)		
<i>selegiline hcl</i>	T2	HD
SINEMET (<i>carbidopa/levodopa</i>)	T4	HD
STALEVO 100 (<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i>)	T4	HD
STALEVO 75 (<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i>)	T4	HD
TASMAR (<i>tolcapone</i>)	T4	PA HD
<i>tolcapone</i> (Tasmar)	T2	PA HD
INHIBIDORES DE LA DESCARBOXILASA		
<i>carbidopa</i> (Lodosyn)	T2	PA
LODOSYN (<i>carbidopa</i>)	T4	PA
MEDICAMENTOS ANTIPLAQUETARIOS (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)		
INHIBIDORES DE LA AGRUPACIÓN PLAQUETARIA		
ASPIRIN-OMEPRazole	T4	PA HD
<i>aspirin/dipyridamole</i>	T2	HD
BRILINTA (<i>ticagrelor</i>)	T4	ST HD
<i>cilostazol</i>	T2	HD
<i>clopidogrel bisulfate</i>	T1	HD
<i>clopidogrel bisulfate</i> (Plavix)	T1	HD
<i>dipyridamole</i>	T2	HD
EFFIENT (<i>prasugrel hcl</i>)	T4	HD
<i>prasugrel hcl</i> (Effient)	T2	HD
<i>ticagrelor</i> (Brilinta)	T2	HD
ZONTIVITY	T4	PA HD
AGENTES REDUCTORES DE PLAQUETAS		
AGRYLIN (<i>anagrelide hcl</i>)	T4	
<i>anagrelide hcl</i>	T2	
<i>anagrelide hcl</i> (Agyrin)	T2	
ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH)		
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

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

HD – Puede requerir entrega a domicilio

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIRRETROVIRALES-COMB. DE INHIBIDORES DE LA INTEGRASA Y NNRTI		
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)	T2	SP
PREZISTA 600MG, 800MG 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)	T2	SP
<i>emtricitabine-tenofovir</i> 133-200mg (Truvada)	T2	SP
<i>emtricitabine-tenofovir</i> 167-250mg (Truvada)	T2	SP
<i>emtricitabine-tenofovir</i> 200-300mg (Truvada)	T2	SP PPACA
TEMIKYS	T4	SP
ANTIVÍRICOS, ESPEC. PARA VIH, COMB. ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS, RTI		
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i> (Epzicom)	T2	SP
COMBIVIR (<i>lamivudine/zidovudine</i>)	T4	SP
EPZICOM (<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>)	T4	SP
<i>lamivudine/zidovudine</i> (Combivir)	T2	SP
ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, ANTAG. DEL CO-RECEPTOR CCR5		
<i>maraviroc</i> (Selzentry)	T2	SP
SELZENTRY 20 MG/ML ORAL SOLN	T4	SP
SELZENTRY 150 MG TABLET (<i>maraviroc</i>)	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)
ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, NO NUCLEÓSIDOS, RTI		
EDURANT	T4	SP
EDURANT PED	T4	SP
<i>efavirenz</i> (Sustiva)	T2	SP
<i>etravirine</i> (Intelence)	T2	SP
INTELENCE 100 MG TABLET (<i>etravirine</i>)	T4	SP

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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 (cont.)		
INTELENCE 200 MG TABLET (<i>etravirine</i>)	T4	SP
INTELENCE 25 MG TABLET	T4	SP
<i>nevirapine</i>	T2	SP
PIFELTRO	T4	SP
SUSTIVA (<i>efavirenz</i>)	T4	SP
ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS, RTI		
<i>abacavir sulfate</i>	T2	SP
<i>abacavir sulfate</i> (Ziagen)	T2	SP
<i>didanosine</i>	T2	SP
<i>emtricitabine</i> (Emtriva)	T2	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)	T2	SP
RETROVIR (<i>zidovudine</i>)	T4	SP
<i>stavudine</i>	T2	SP
ZIAGEN (<i>abacavir sulfate</i>)	T4	SP
<i>zidovudine</i>	T2	SP
<i>zidovudine</i> (Retrovir)	T2	SP
ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓTIDOS, RTI		
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> (Viread)	T2	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		
<i>lopinavir/ritonavir</i>	T2	SP
<i>lopinavir/ritonavir</i> (Kaletra)	T2	SP
KALETRA	T4	SP
KALETRA (<i>lopinavir/ritonavir</i>)	T4	SP
ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA PROTEASA		
<i>atazanavir sulfate</i> (Reyataz)	T2	SP
EVOTAZ	T4	SP

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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, INHIBIDORES DE LA PROTEASA (cont.)		
<i>fosamprenavir calcium</i>	T2	SP
<i>lopinavir/ritonavir</i>	T2	SP
KALETRA	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)	T2	SP
VIRACEPT	T4	SP
ANTIVÍRICOS, INHIBIDORES DE LA TRANSFERENCIA DE CADENA DE LA INTEGRASA DEL VIH-1		
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>	T2	SP
<i>efavirenz/lamivu/tenofov disop</i> (Symfi Lo)	T2	SP
<i>efavirenz/lamivu/tenofov disop</i> (Symfi)	T2	SP
<i>emtricit/rilpivirine/tenof df</i> (Complera)	T2	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
ANTIVÍRICOS (Condiciones oculares)		
ANTIVÍRICOS PARA LOS OJOS		
<i>trifluridine</i>	T2	
ZIRGAN	T4	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIVÍRICO - INHIBIDOR DE LA PROTEASA PRINCIPAL (MPRO)		
PAXLOVID 150-100 MG (MODERATE)	T3	QL (20 tabs/180 days)
PAXLOVID 300/150-100MG(SEVERE)	T3	
ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTIVÍRICOS		
BEYFORTUS	T3	PPACA
ENFLONIA	T3	PPACA
ANTIVÍRICOS, GENERALES		
acyclovir 200 mg capsule	T2	
acyclovir 200 mg/5 ml susp cup	T2	
acyclovir 800 mg/20ml susp cup	T2	
acyclovir 200 mg/5 ml susp (Zovirax)	T2	
acyclovir 400 mg tablet	T2	
acyclovir 800 mg tablet	T2	
famciclovir 125 mg tablet	T2	QL (21 tabs/fill)
famciclovir 250 mg tablet	T2	QL (60 tabs/fill)
famciclovir 500 mg tablet	T2	QL (21 tabs/fill)
FLUMADINE (rimantadine hcl)	T4	
LIVTENCITY	T4	PA QL (112 tabs/28 days) SP
oseltamivir 6 mg/ml suspension (Tamiflu)	T2	QL (180 mls/30 days)
oseltamivir phos 30 mg/RINVOQ capsule (Tamiflu)	T2	QL (20 caps/30 days)
oseltamivir phos 45 mg capsule (Tamiflu)	T2	QL (10 caps/30 days)
oseltamivir phos 75 mg capsule (Tamiflu)	T2	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	T4	QL (20 blisters/10 days)
rimantadine hcl (Flumadine)	T2	
SITAVIG	T4	PA QL (2 tabs/30 days)
TAMIFLU 30 MG CAPSULE (oseltamivir phosphate)	T4	QL (20 caps/fill)
TAMIFLU 45 MG CAPSULE (oseltamivir phosphate)	T4	QL (10 caps/fill)
TAMIFLU 6 MG/ML SUSPENSION (oseltamivir phosphate)	T4	QL (180 mls/fill)
TAMIFLU 75 MG CAPSULE (oseltamivir phosphate)	T4	QL (10 caps/fill)
valacyclovir hcl (Valtrex)	T2	QL (30 tabs/fill)
VALCYTE (valganciclovir hcl)	T4	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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.)		
<i>valganciclovir hcl</i> (Valcyte)	T2	
XOFLUZA	T4	QL (1 tab/fill)
ZOVIRAX 200 MG/5 ML SUSP (<i>acyclovir</i>)	T4	
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 QL (28 packs/fill) SP HD
EPCLUSA 200 MG-50 MG TABLET	T4	PA QL (28 tabs/fill) SP HD
EPCLUSA 200-50 MG PELLET PACK	T4	PA SP HD QL (28 pkts/28 days)
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>	T2	SP HD
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION	T4	SP HD
<i>entecavir</i> (Baraclude)	T2	SP HD
<i>lamivudine</i>	T2	SP
PEGASYS 180 MCG/0.5 ML SYRINGE KIT	T4	SP HD
PEGASYS PROCLICK 180MCG/0.5ML	T4	SP HD
<i>ribasphere 200 mg capsule</i>	T2	ST SP HD
<i>ribasphere 600 mg tablet</i>	T2	ST SP
VEMLIDY	T4	SP HD
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C		
<i>ribavirin</i>	T2	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
ANTIVÍRICOS (Condiciones cutáneas)		
ANTIVÍRICOS TÓPICOS		
<i>acyclovir 5% cream</i> (Zovirax)	T2	PA QL (5 gms/fill)
<i>acyclovir 5% ointment</i> (Zovirax)	T2	PA QL (30 gms/fill)
DENAVIR	T4	
<i>penciclovir</i>	T2	
ZOVIRAX 5% CREAM (<i>acyclovir</i>)	T4	PA QL (5 gms/fill)

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANAFILAXIA		
AUVI-Q	T3	QL (2 auto-injs/30 days)
epinephrine 0.15 mg auto-injct (Epipen Jr 2-Pak)	T2	QL (2 auto-injs/fill)
epinephrine 0.15 mg auto-injct (Epipen Jr)	T2	QL (2 auto-injs/fill)
epinephrine 0.3 mg auto-inject (Epipen 2-Pak)	T2	QL (2 auto-injs/fill)
epinephrine 0.3 mg auto-inject (Epipen)	T2	QL (2 auto-injs/fill)
EPINEPHRINE 0.3 MG/0.3 ML SYR	T4	QL (2 syringes/30 days)
EPIPEN (epinephrine)	T3	PA QL (2 auto-injs/fill)
EPIPEN 2-PAK (epinephrine)	T3	PA QL (2 auto-injs/fill)
EPIPEN JR (epinephrine)	T3	PA QL (2 auto-injs/fill)
EPIPEN JR 2-PAK (epinephrine)	T3	PA QL (2 auto-injs/fill)
NEFFY	T3	QL (4 units/fill)

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Enfermedad de Alzheimer)

INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA		
ADLARTY	T4	ST HD
ARICEPT (donepezil hcl)	T4	ST HD
donepezil hcl	T1	HD
donepezil hcl 5mg, 10mg tablet (Aricept)	T1	HD
donepezil hcl 23 mg tablet (Aricept)	T1	ST HD
EXELON (rivastigmine)	T4	ST HD
galantamine hbr	T2	HD
galantamine hbr (Razadyne Er)	T2	HD
pyridostigmine 60 mg/5 ml soln (Mestinon)	T2	HD
PYRIDOSTIGMINE BR 30 MG TABLET	T4	HD
pyridostigmine br 60 mg tablet (Mestinon)	T2	HD
pyridostigmine er 180 mg tab (Mestinon)	T2	HD
PYRIDOSTIGMINE ER 105 MG TAB	T4	
RAZADYNE ER (galantamine hbr)	T4	ST HD
rivastigmine (Exelon)	T2	HD
rivastigmine tartrate	T2	HD

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

ADRENÉRGICOS, AROMÁTICOS, SIN CATECOLAMINAS		
ADZENYS XR-ODT	T4	ST
amphetamine sulfate (Evekeo)	T2	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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 (Trastorno de déficit de atención e hiperactividad)⁹ (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ADRENÉRGICOS, AROMÁTICOS, SIN CATECOLAMINAS (cont.)		
DESOXYN (<i>methamphetamine hcl</i>)	T4	
DEXEDRINE (<i>dextroamphetamine sulfate</i>)	T4	ST
<i>dextroamphetamine sulfate</i>	T2	
<i>dextroamphetamine sulfate</i> (Dexedrine)	T2	
<i>dextroamphetamine sulfate</i> (Zenzedi)	T2	
<i>dextroamphetamine/amphetamine</i> (Adderall Xr)	T2	
<i>dextroamphetamine/amphetamine</i> (Adderall)	T2	
<i>dextroamphetamine/amphetamine</i> (Mydayis)	T2	
EVEKEO ODT	T4	
<i>methamphetamine hcl</i> (Desoxyn)	T2	
MYDAYIS (<i>dextroamphetamine/amphetamine</i>)	T4	ST
zenzedi 10 mg tablet	T2	
ZENZEDI 15 MG TABLET (<i>dextroamphetamine sulfate</i>)	T4	
ZENZEDI 2.5 MG TABLET	T4	
ZENZEDI 20 MG TABLET (<i>dextroamphetamine sulfate</i>)	T4	
ZENZEDI 30 MG TABLET (<i>dextroamphetamine sulfate</i>)	T4	
zenzedi 5 mg tablet	T2	
ZENZEDI 7.5 MG TABLET (<i>dextroamphetamine sulfate</i>)	T4	

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

AGENTES VASOCONSTRICTORES ADRENÉRGICOS

<i>droxidopa</i> (Northera)	T2	PA SP HD
<i>midodrine hcl</i>	T2	
DIBENZYLINE (<i>phenoxybenzamine hcl</i>)	T4	PA HD
<i>phenoxybenzamine hcl</i> (Dibenzylamine)	T2	PA HD

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Condiciones urinarias)

AGENTES PARASIMPATICOMIMÉTICOS

<i>bethanechol chloride</i>	T2	HD
<i>bethanechol chloride</i> (Urecholine)	T2	HD
<i>cevimeline hcl</i> (Evoxac)	T2	HD
EVOXAC (<i>cevimeline hcl</i>)	T4	HD
<i>pilocarpine hcl</i> 5 mg tablet (Salagen)	T2	HD
<i>pilocarpine hcl</i> 7.5 mg tablet (Salagen)	T2	HD
SALAGEN (<i>pilocarpine hcl</i>)	T4	HD
URECHOLINE (<i>bethanechol chloride</i>)	T4	HD

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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 (Alergia/rociadores nasales)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EXTRACTOS ALERGÉNICOS, TERAPÉUTICOS		
GRASTEK	T3	PA
ODACTRA	T3	PA
ORALAIR	T3	PA
RAGWITEK	T3	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
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	T3	PPACA
JANSSEN COVID-19 VACCINE (EUA)	T3	PPACA
MNEXSPIKE 2025-2026 (12Y UP)	T3	PPACA
MODERNA COVID EUA	T3	PPACA
MODERNA COVID-19 BOOSTER (EUA)	T3	PPACA
NOVAVAX COVID (EUA)	T3	PPACA
NOVAVAX COVID-19 VACC,ADJ(EUA)	T3	PPACA
NUVAXOVID 2025-2026	T3	PPACA
PFIZER COVID EUA	T3	PPACA
PFIZER COVID-19 VACCINE (EUA)	T3	PPACA
SPIKEVAX	T3	PPACA
SPIKEVAX COVID (18Y UP) VACC	T3	PPACA
VACUNAS CONTRA VIRUS ENTÉRICOS		
IPOL	T3	PPACA
ROTARIX	T3	HD PPACA
ROTATEQ	T3	PPACA
VACUNAS CONTRA COCOS GRAMNEGATIVOS		
BEXSERO	T3	PPACA
MENACTRA	T3	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
VACUNAS CONTRA COCOS GRAMNEGATIVOS (cont.)		
MENQUADFI	T3	PPACA
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP	T3	PPACA
PENBRAYA	T3	PPACA
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y	T3	PPACA
TRUMENBA	T3	PPACA
VACUNAS CONTRA COCOS GRAMPOSITIVOS		
CAPVAXIVE	T3	PPACA
PNEUMOVAX 23	T3	PPACA
PREVNAR 13	T3	
PREVNAR 20	T3	PPACA
VAXNEUVANCE	T3	PPACA
VACUNAS CONTRA EL VIRUS DE LA INFLUENZA		
AUDENZ (NATIONAL STOCKPILE)	T3	
AFLURIA	T3	PPACA
AFLURIA QUAD	T3	PPACA
AFLURIA TRIV	T3	PPACA
AFLURIA TRIVALENT	T3	PPACA
FLUAD	T3	PPACA
FLUAD QUAD	T3	PPACA
FLUAD TRIVALENT	T3	PPACA
FLUARIX	T3	PPACA
FLUARIX QUAD	T3	PPACA
FLUARIX TRIVALENT	T3	PPACA
FLUBLOK	T3	PPACA
FLUBLOK QUAD	T3	PPACA
FLUBLOK TRIVALENT	T3	PPACA
FLUCELVAX	T3	PPACA
FLUCELVAX QUAD	T3	PPACA
FLUCELVAX TRIVALENT	T3	PPACA
FLULAVAL	T3	PPACA
FLULAVAL QUAD	T3	PPACA
FLULAVAL TRIVALENT	T3	PPACA
FLUMIST	T3	PPACA
FLUMIST QUAD	T3	PPACA

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
HD – Puede requerir entrega a 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.)		
FLUMIST TRIVALENT	T3	PPACA
FLUZONE	T3	PPACA
FLUZONE HIGH-DOSE	T3	PPACA
FLUZONE HIGH-DOSE QUAD	T3	PPACA
FLUZONE QUAD	T3	PPACA
FLUZONE QUAD PEDI	T3	PPACA
FLUZONE HIGH-DOSE TRIV	T3	PPACA
FLUZONE TRIVALENT	T3	PPACA
VACUNAS CONTRA VIRUS NEUROTÓXICOS		
DENGAXIA	T3	PPACA
VACUNAS/TOXOIDES CONTRA BACILOS TOXIGÉNICOS		
BCG VACCINE (TICE STRAIN)	T4	SP
PREPARACIONES, COMBINACIONES DE VACUNAS/TOXOIDES		
ACTHIB	T3	PPACA
ADACEL TDAP	T3	PPACA
BOOSTRIX TDAP	T3	PPACA
DAPTACEL DTAP	T3	PPACA
DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS-PED	T3	
HIBERIX	T3	PPACA
INFANRIX DTAP	T3	PPACA
KINRIX	T3	PPACA
M-M-R II VACCINE	T3	PPACA
PEDVAXHIB	T3	PPACA
PENTACEL	T3	PPACA
PENTACEL ACTHIB COMPONENT	T3	PPACA
PRIORIX	T3	PPACA
PROQUAD	T3	PPACA
QUADRACEL DTAP-IPV	T3	PPACA
TDVAX	T3	PPACA
TENIVAC	T3	PPACA
VAXELIS	T3	PPACA
VACUNAS ANTIVIRALES/DE CÉLULAS TUMORÍGENAS		
ABRYSVO	T3	PPACA
ACAM2000	T3	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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 ANTIVIRALES/DE CÉLULAS TUMORÍGENAS (cont.)		
AREXVY VIAL KIT	T3	PPACA
ENGRIX-B ADULT	T3	PPACA
ENGRIX-B PEDIATRIC-ADOLESCENT	T3	PPACA
ERVEBO (NATIONAL STOCKPILE)	T3	
GARDASIL 9	T3	PPACA
HAVRIX	T3	PPACA
HEPLISAV-B	T3	PPACA
JYNNEOS	T3	
MRESVIA	T3	
PEDIARIX	T3	PPACA
PREHEVBRIO	T3	PPACA
RECOMBIVAX HB	T3	PPACA
SHINGRIX	T3	PPACA
TWINRIX	T3	PPACA
VARIVAX VACCINE	T3	PPACA
VAQTA	T3	PPACA
SANGRE (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)		
AGENTES ANTIFIBRINOLÍTICOS		
AMICAR (<i>aminocaproic acid</i>)	T4	SP HD
<i>aminocaproic acid</i> (Amicar)	T2	SP HD
LYSTEDA (<i>tranexamic acid</i>)	T4	SP
<i>tranexamic acid</i> (Lysteda)	T2	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
HYMPAVZI PEN	T4	PA SP
HEMLIBRA	T4	PA SP HD
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

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

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

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

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
ACTIVADORES DE LA PIRUVATO QUINASA (cont.)		
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		
DROXIA	T3	
ENDARI (<i>glutamine</i>)	T4	PA
<i>glutamine</i> (Endari)	T2	PA
OXBRYTA	T4	SP
HEMOSTÁTICOS TÓPICOS		
ASTRINGYN	T4	
AVITENE	T4	
ENDO-AVITENE	T4	
EVICEL	T4	
GEL-FLOW	T4	
GEL-FLOW NT	T4	
GELFOAM	T4	
GELFOAM (<i>gelatin sponge, absorb/porcine</i>)	T4	
GELFOAM COMPRESSED	T4	
GELFOAM JMI	T4	
MONSEL'S	T3	
RECOTHROM	T4	
SURGICEL	T4	
SURGIFOAM SPONGE SIZE 100	T4	
SURGIFOAM SPONGE SIZE 100C	T4	
<i>surgifoam sponge size 12-7</i> (Gelfoam)	T2	
SYRINGE AVITENE	T4	
THROMBI-GEL (<i>thrombin/cal/cmc/gel/dress,hem</i>)	T4	
THROMBIN-JMI	T4	
THROMBI-PAD	T4	
ULTRAFOAM	T4	
VISTASEAL FIBRIN SEALANT	T4	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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 (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES HEMORREOLÓGICOS		
<i>pentoxifylline</i>	T2	HD
MEDICAMENTOS PARA ENFERMEDADES CARDÍACAS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)		
AGENTES ANTIANGINOSOS Y ANTIISQUÉMICOS, NO HEMODINÁMICOS		
<i>ranolazine</i>	T2	HD
<i>ranolazine</i> (Ranexa)	T2	HD
RANEXA (<i>ranolazine</i>)	T4	ST HD
ANTIARRÍTMICOS		
<i>amiodarone hcl</i>	T2	HD
<i>disopyramide phosphate</i> (Norpace)	T2	HD
<i>dofetilide</i> (Tikosyn)	T2	HD
<i>flecainide acetate</i>	T2	HD
<i>mexiletine hcl</i>	T2	HD
MULTAQ	T3	HD
<i>propafenone hcl</i>	T2	HD
<i>quinidine gluconate</i>	T2	HD
<i>quinidine sulfate</i>	T2	HD
BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO Y ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS, INHIBIDORES DE LA COX-2		
CONSENSI	T4	
AGENTES BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO		
<i>amlodipine besylate</i> (Norvasc)	T1	HD
CALAN SR (<i>verapamil hcl</i>)	T4	ST HD
CARDIZEM (<i>diltiazem hcl</i>)	T4	HD
CARDIZEM CD (<i>diltiazem hcl</i>)	T4	HD
CARDIZEM LA	T4	HD
CARDIZEM LA (<i>diltiazem hcl</i>)	T4	HD
<i>diltiazem hcl</i>	T2	HD
<i>diltiazem hcl</i>	T1	HD
<i>diltiazem hcl</i> (Cardizem Cd)	T1	HD
<i>diltiazem hcl</i> (Cardizem La)	T2	HD
<i>diltiazem hcl</i> (Cardizem)	T1	HD
<i>diltiazem hcl</i> (Tiazac)	T1	HD
<i>felodipine</i>	T2	HD
<i>isradipine</i>	T2	
<i>nicardipine hcl</i>	T2	HD

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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 (cont.)		
<i>nifedipine</i>	T2	HD
<i>nifedipine</i> (Procardia XL)	T2	HD
<i>nifedipine</i> (Procardia)	T2	HD
<i>nimodipine 30 mg capsule</i>	T2	HD
<i>nimodipine 60 mg/20 ml soln</i>	T2	
<i>nisoldipine</i>	T2	HD
<i>nisoldipine</i> (Sular)	T2	HD
NYMALIZE	T4	
PROCARDIA (<i>nifedipine</i>)	T4	ST HD
PROCARDIA XL (<i>nifedipine</i>)	T4	ST HD
SULAR (<i>nisoldipine</i>)	T4	ST HD
TIAZAC (<i>diltiazem hcl</i>)	T4	HD
<i>verapamil hcl</i>	T1	HD
<i>verapamil hcl</i> (Calan Sr)	T1	HD
<i>verapamil hcl</i> (Verelan Pm)	T2	STHD
<i>verapamil hcl</i> (Verelan)	T2	HD
VERELAN (<i>verapamil hcl</i>)	T4	ST HD
VERELAN PM (<i>verapamil hcl</i>)	T4	ST HD
INHIBIDOR DE LA MIOSINA CARDÍACA		
CAMZYOS	T4	PA QL(30 caps/fill) SP HD
GLUCÓSIDOS DIGITÁLICOS		
<i>digoxin</i>	T2	HD
<i>digoxin</i> (Lanoxin)	T2	HD
LANOXIN	T4	HD
LANOXIN (<i>digoxin</i>)	T4	HD
REDUCTORES DE LA FRECUENCIA CARDÍACA, INHIB. SELECTIVOS DE LA CORRIENTE I (F) DEL SA		
<i>ivabradine hcl</i> (Corlanor)	T2	PA HD
ESTIMULADOR DE LA GUANILATO CICLASA SOLUBLE (SGC)		
VERQUVO	T3	QL(30 tabs/fill)
VASODILADORES, CORONARIOS		
GONITRO	T4	HD
ISORDIL (<i>isosorbide dinitrate</i>)	T4	HD
ISORDIL TITRADOSE (<i>isosorbide dinitrate</i>)	T4	HD
<i>isosorbide dinitrate</i>	T2	HD

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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
VASODILADORES, CORONARIOS (cont.)		
<i>isosorbide dinitrate</i> (Isordil Titradose)	T2	HD
<i>isosorbide dinitrate</i> (Isordil)	T2	HD
<i>isosorbide mononitrate</i>	T1	HD
NITRO-DUR	T4	HD
<i>nitroglycerin</i>	T2	HD
<i>nitroglycerin 0.3 mg tablet sl</i> (Nitrostat)	T2	HD
<i>nitroglycerin 0.4 mg tablet sl</i> (Nitrostat)	T2	HD
<i>nitroglycerin 0.6 mg tablet sl</i> (Nitrostat)	T2	HD
<i>nitroglycerin 400 mcg spray</i> (Nitrolingual)	T2	HD
NITROLINGUAL (<i>nitroglycerin</i>)	T4	HD
NITROMIST (<i>nitroglycerin</i>)	T4	HD
NITROSTAT (<i>nitroglycerin</i>)	T4	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)	T2	PA QL(90 tabs/fill) SP HD
<i>tadalafil</i> (Adcirca)	T2	
<i>tadalafil 20 mg tablet</i> (Adcirca)	T2	PA QL(60 tabs/fill) SP HD
WINREVAIR	T4	PA SP HD
ANTIHIP. PULMONAR, ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES DE ENDOTELINA		
<i>ambrisentan</i> (Letairis)	T2	PA QL(30 tabs/fill) SP HD
<i>bosentan 125 mg tablet</i> (Tracleer)	T2	PA QL (60 tabs/30 days) SP HD
<i>bosentan 32 mg tablet for susp</i> (Tracleer)	T2	PA QL (120 tabs/30 days) SP HD
<i>bosentan 62.5 mg tablet</i> (Tracleer)	T2	PA QL (60 tabs/30 days) SP HD
OPSUMIT	T4	PA QL(30 tabs/fill) SP HD
TRACLEER 125 MG TABLET (<i>bosentan</i>)	T4	PA QL(60 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
AGENTE ANTIHIPERTENSIVO PULMONAR, ACTRIIA-FC		
WINREVAIR (2 PACK)	T4	PA SP HD

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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
ANTIHIPERTENSIVOS PULMONARES, TIPO PROSTACICLINAS		
OPSYNVI	T4	PA QL (30 tabs/fill) SP HD
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 200 MCG TABLET	T4	PA QL(60 tabs/fill) SP HD
UPTRAVI 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
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
VENTAVIS	T4	PA SP HD
YUTREPIA	T4	PA SP HD

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

COMBINACIÓN DE INHIBIDORES DE LA ECA-BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO		
amlodipine besylate/benazepril	T1	HD
amlodipine besylate/benazepril (Lotrel)	T1	HD
PRESTALIA	T4	ST HD
trandolapril/verapamil hcl	T2	HD

INHIBIDOR DE LA ECA-TIAZIDA O DIURÉTICO TIAZÍDICO		
ACCURETIC (quinapril/hydrochlorothiazide)	T4	HD
benazepril/hydrochlorothiazide	T2	HD
benazepril/hydrochlorothiazide (Lotensin Hct)	T2	HD
captopril/hydrochlorothiazide	T2	HD
enalapril/hydrochlorothiazide	T1	HD
enalapril/hydrochlorothiazide (Vaseretic)	T1	HD

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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
INHIBIDOR DE LA ECA-TIAZIDA O DIURÉTICO TIAZÍDICO (cont.)		
<i>fosinopril/hydrochlorothiazide</i>	T2	HD
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide (Zestoretic)</i>	T1	HD
LOTENSIN HCT (<i>benazepril/hydrochlorothiazide</i>)	T4	HD
<i>quinapril/hydrochlorothiazide (Accuretic)</i>	T1	HD
VASERETIC (<i>enalapril/hydrochlorothiazide</i>)	T4	HD
ZESTORETIC (<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>)	T4	HD
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA/BETA		
<i>carvedilol (Coreg)</i>	T1	HD
<i>carvedilol phosphate (Coreg Cr)</i>	T2	HD
COREG CR (<i>carvedilol phosphate</i>)	T4	ST HD
<i>labetalol hcl 100 mg tablet</i>	T2	HD
<i>labetalol hcl 200 mg tablet</i>	T2	HD
<i>labetalol hcl 300 mg tablet</i>	T2	HD
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA		
CARDURA 1 MG TABLET (<i>doxazosin mesylate</i>)	T4	ST QL(30 tabs/fill) HD
CARDURA 2 MG TABLET (<i>doxazosin mesylate</i>)	T4	ST QL(30 tabs/fill) HD
CARDURA 4 MG TABLET (<i>doxazosin mesylate</i>)	T4	ST QL(30 tabs/fill) HD
CARDURA 8 MG TABLET (<i>doxazosin mesylate</i>)	T4	ST QL(60 tabs/fill) HD
CARDURA XL	T4	ST QL(30 tabs/fill) HD
<i>doxazosin mesylate 1 mg tab (Cardura)</i>	T1	QL(30 tabs/fill) HD
<i>doxazosin mesylate 2 mg tab (Cardura)</i>	T1	QL(30 tabs/fill) HD
<i>doxazosin mesylate 4 mg tab (Cardura)</i>	T1	QL(30 tabs/fill) HD
<i>doxazosin mesylate 8 mg tab (Cardura)</i>	T1	QL(60 tabs/fill) HD
MINIPRESS (<i>prazosin hcl</i>)	T4	HD
<i>prazosin hcl</i>	T2	HD
<i>prazosin hcl (Minipress)</i>	T2	HD
<i>terazosin 1 mg capsule</i>	T1	QL(30 caps/fill) HD
<i>terazosin 2 mg capsule</i>	T1	QL(30 caps/fill) HD
<i>terazosin 5 mg capsule</i>	T1	QL(30 caps/fill) HD
<i>terazosin 10 mg capsule</i>	T1	QL(60 caps/fill) HD
ANTAG. DE RECEPT. DE ANGIOTENSINA-BLOQ. DE LOS CANALES DE CALCIO-TIAZIDAS		
<i>amlodipine/valsartan/hcthiiazid (Exforge Hct)</i>	T2	HD
<i>olmesartan/amlodipin/hcthiiazid (Tribenzor)</i>	T2	HD

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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
COMB. INHIBIDOR DEL RECEPT. DE ANGIOTENSINA-DE LA NEPRILISINA (ARNI)		
ENTRESTO (<i>sacubitril/valsartan</i>)	T4	QL (60 tabs/30 days)
ENTRESTO SPRINKLE	T3	QL (240 caps/fill) HD
<i>sacubitril/valsartan</i> (Entresto)	T2	QL (60 tabs/30 days) HD
COMB. DE ANTAG. DE RECEPT. DE ANGIOTENSINA-DIURÉTICOS TIAZÍDICOS		
<i>candesartan/hydrochlorothiazid</i> (Atacand Hct)	T2	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)	T2	HD
<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i> (Diovan Hct)	T2	HD
BLOQ. DE RECEPTORES DE ANGIOTENSINA-BLOQ. DE LOS CANALES DE CALCIO		
<i>amlodipine bes/olmesartan med</i> (Azor)	T2	HD
<i>amlodipine besylate/valsartan</i> (Exforge)	T2	HD
<i>telmisartan/amlodipine</i>	T2	HD
ANTIHIPERTENSIVOS, INHIBIDORES DE LA ECA		
ACCUPRIL (<i>quinapril hcl</i>)	T4	HD
ALTACE (<i>ramipril</i>)	T4	HD
<i>benazepril hcl</i>	T1	HD
<i>benazepril hcl</i> (Lotensin)	T1	HD
<i>captopril</i>	T2	HD
<i>enalapril maleate</i> (Epaned)	T2	HD
<i>enalapril maleate</i> (Vasotec)	T1	HD
<i>fosinopril sodium</i>	T1	HD
<i>lisinopril</i> (Zestril)	T1	HD
LOTENSIN (<i>benazepril hcl</i>)	T4	HD
<i>moexipril hcl</i>	T2	HD
<i>perindopril erbumine</i>	T1	HD
<i>quinapril hcl</i> (Accupril)	T1	HD
<i>ramipril</i>	T1	HD
<i>ramipril</i> (Altace)	T1	HD
<i>trandolapril</i>	T1	HD
VASOTEC (<i>enalapril maleate</i>)	T4	HD
ZESTRIL (<i>lisinopril</i>)	T4	HD

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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, ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ANGIOTENSINA		
<i>candesartan cilexetil</i> (Atacand)	T2	HD
<i>eprosartan mesylate</i>	T2	HD
<i>irbesartan</i>	T1	HD
<i>irbesartan</i> (Avapro)	T1	HD
<i>losartan potassium</i> (Cozaar)	T1	HD
<i>olmesartan medoxomil</i> (Benicar)	T1	HD
<i>telmisartan</i>	T2	HD
<i>telmisartan</i> (Micardis)	T2	HD
<i>valsartan 20 mg/5 ml solution</i>	T2	HD
<i>valsartan 40 mg tablet</i> (Diovan)	T1	HD
<i>valsartan 80 mg tablet</i> (Diovan)	T1	HD
<i>valsartan 160 mg tablet</i> (Diovan)	T1	HD
<i>valsartan 320 mg tablet</i> (Diovan)	T1	HD
ANTIHIPERTENSIVOS, BLOQUEADORES GANGLIONARES		
VECAMYL	T4	PA
ANTIHIPERTENSIVOS, VARIOS		
DEMSEY (<i>metyrosine</i>)	T4	PA HD
<i>metyrosine</i> (Demser)	T2	PA HD
ANTIHIPERTENSIVOS, SIMPATOLÍTICOS		
CATAPRES-TTS 1 (<i>clonidine</i>)	T4	QL (4 patches/28 days) HD
CATAPRES-TTS 2 (<i>clonidine</i>)	T4	QL (4 patches/28 days) HD
CATAPRES-TTS 3 (<i>clonidine</i>)	T4	QL (4 patches/28 days) HD
<i>clonidine</i> (Catapres-Tts 1)	T2	QL (4 patches/28 days) HD
<i>clonidine</i> (Catapres-Tts 2)	T2	QL (4 patches/28 days) HD
<i>clonidine</i> (Catapres-Tts 3)	T2	QL (4 patches/28 days) HD
<i>guanfacine hcl</i>	T2	HD
<i>methyl dopa</i>	T2	HD
<i>methyl dopa/hydrochlorothiazide</i>	T2	HD
ANTIHIPERTENSIVOS, VASODILATADORES		
<i>hydralazine hcl</i>	T2	HD
<i>minoxidil</i>	T2	HD
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS BETA		
<i>acebutolol hcl</i>	T2	HD
<i>atenolol</i> (Tenormin)	T1	HD

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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 BETA		
BETAPACE (<i>sotalol hcl</i>)	T4	ST HD
BETAPACE AF (<i>sotalol hcl</i>)	T4	ST HD
<i>betaxolol hcl</i>	T2	HD
<i>bisoprolol fumarate 10 mg tab</i>	T2	HD
<i>bisoprolol fumarate 5 mg tab</i>	T2	HD
LOPRESSOR 100 MG TABLET (<i>metoprolol tartrate</i>)	T4	ST HD
LOPRESSOR 50 MG TABLET (<i>metoprolol tartrate</i>)	T4	ST HD
<i>metoprolol succinate</i> (Toprol XL)	T1	HD
<i>metoprolol tartrate</i>	T1	HD
<i>metoprolol tartrate</i> (Lopressor)	T1	HD
HEMANGEOL	T3	PA
<i>nebivolol hcl</i> (Bystolic)	T2	HD
<i>pindolol</i>	T2	HD
<i>propranolol hcl</i>	T1	HD
<i>propranolol hcl</i> (Inderal La)	T1	HD
<i>sotalol hcl</i> (Betapace Af)	T2	HD
<i>sotalol hcl</i> (Betapace)	T2	HD
SOTYLIZE	T3	HD
TENORMIN (<i>atenolol</i>)	T4	ST HD
<i>timolol maleate 10 mg tablet</i>	T2	HD
<i>timolol maleate 20 mg tablet</i>		
<i>timolol maleate 5 mg tablet</i>	T2	HD
BETABLOQUEANTES Y TIAZIDAS, DIURÉTICOS TIAZÍDICOS		
<i>atenolol/chlorthalidone</i> (Tenoretic 50)	T2	HD
<i>atenolol/chlorthalidone</i> (Tenoretic 100)	T2	HD
<i>bisoprolol/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
METOPROLOL SUCCINATE ER-HCTZ	T4	ST HD
<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>	T2	HD
<i>propranolol/hydrochlorothiazid</i>	T2	HD
TENORETIC 50 (<i>atenolol/chlorthalidone</i>)	T4	ST HD
TENORETIC 100 (<i>atenolol/chlorthalidone</i>)	T4	ST HD
INHIBIDOR DE LA RENINA, DIRECTO		
<i>aliskiren hemifumarate</i> (Tekturna)	T2	HD

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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
COMB. DE INHIBIDORES DIRECTOS DE LA RENINA Y DIURÉTICOS TIAZÍDICOS		
TEKTURNA HCT	T3	HD
COMBINACIÓN DE VASODILADORES		
isosorbide dinit/hydralazine (Bidil)	T2	HD
VASODILADORES, PERIFÉRICOS		
ergoloid mesylates	T2	
isoxsuprine hcl	T2	
CARDIOVASCULARES (Medicamentos para el colesterol)		
ANTIHIPERLIP. - INHIB. DE HMG-COA REDUCT.-INHIB. DE AB. DE COLEST.		
ezetimibe/simvastatin (Vytorin)	T2	QL (30 tabs/fill) HD
ROSZET	T4	ST QL (30 tabs/fill) HD
ANTIHIPERLIP. - INHIB. DE HMG-COA REDUCT.-BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO		
amlodipine/atorvastatin	T2	QL (30 tabs/fill) HD
amlodipine/atorvastatin (Caduet)	T2	QL (30 tabs/fill) HD
CADUET (amlodipine/atorvastatin)	T4	ST QL (30 tabs/fill) HD
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDORES DE LA APOLIPOPROTEÍNA		
TRYNGOLZA	T4	PA SP
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDOR DE ATP-CITRATO LIASA		
NEXLETOL	T3	PA
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDORES DE MTP		
JUXTAPID	T4	PA SP HD
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDORES DE PCSK9		
REPATHA PUSHTRONEX	T3	PA
REPATHA SURECLICK	T3	PA
REPATHA SYRINGE	T3	PA
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDOR DE LA ABSORCIÓN DE ACLY Y COLEST.		
NEXLIZET	T3	PA
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS-INHIB. DE LA HMG-COA REDUCTASA (ESTATINAS)		
ezetimibe-atorvastatin tabs	T2	ST HD QL (30 tabs/30 days)
FLOLIPID	T4	ST QL (150 mls/fill) HD
fluvastatin sodium (Lescol XL)	T2	QL (30 tabs/fill) HD PPACA
fluvastatin sodium 20 mg cap	T2	QL (30 caps/fill) HD PPACA
fluvastatin sodium 40 mg cap	T2	QL (60 caps/fill) HD PPACA
LESCOL XL (fluvastatin sodium)	T4	ST QL (30 tabs/fill) HD
lovastatin 10 mg tablet	T2	QL (30 tabs/fill) HD PPACA

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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-INHIB. DE LA HMG-COA REDUCTASA (ESTATINAS) (cont.)		
<i>lovastatin 20 mg tablet</i>	T2	QL(60 tabs/fill) HD PPACA
<i>lovastatin 40 mg tablet</i>	T2	QL(60 tabs/fill) HD PPACA
<i>pitavastatin (Livalo)</i>	T2	QL(30 tabs/30 days) HD PPACA
<i>pravastatin sodium</i>	T2	QL(30 tabs/fill) HD PPACA
<i>simvastatin 10 mg tablet (Zocor)</i>	T1	QL(30 tabs/fill) HD PPACA
<i>simvastatin 20 mg tablet (Zocor)</i>	T1	QL(30 tabs/fill) HD PPACA
SIMVASTATIN 20 MG/5 ML SUSP	T4	ST QL(150 mls/fill) HD
<i>simvastatin 40 mg tablet (Zocor)</i>	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 (Zocor)</i>	T1	QL(30 tabs/fill) HD
ZYPITAMAG	T4	ST QL(30 tabs/fill) HD
SECUESTRADORES DE SALES BILIARES		
<i>cholestyramine</i>	T2	HD
<i>cholestyramine (Questran Light)</i>	T2	HD
<i>cholestyramine (with sugar) (Questran)</i>	T2	HD
<i>cholestyramine/aspartame</i>	T2	HD
<i>colesevelam hcl (Welchol)</i>	T2	HD
COLESTID	T4	ST HD
COLESTID (<i>colestipol hcl</i>)	T4	ST HD
<i>colestipol hcl</i>	T2	HD
<i>colestipol hcl (Colestid)</i>	T2	HD
QUESTRAN (<i>cholestyramine (with sugar)</i>)	T4	ST HD
QUESTRAN LIGHT (<i>cholestyramine</i>)	T4	ST HD
LIPOTRÓPICOS		
<i>ezetimibe (Zetia)</i>	T2	HD
<i>fenofibrate 120 mg tablet (Fenoglide)</i>	T2	ST HD
<i>fenofibrate 130 mg capsule</i>	T2	ST HD
<i>fenofibrate 134 mg capsule</i>	T2	HD
<i>fenofibrate 145 mg tablet (Tricor)</i>	T2	HD
<i>fenofibrate 160 mg tablet</i>	T2	HD
<i>fenofibrate 200 mg capsule</i>	T2	HD
<i>fenofibrate 40 mg tablet (Fenoglide)</i>	T2	ST HD
<i>fenofibrate 43 mg capsule</i>	T2	HD

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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 (cont.)		
<i>fenofibrate 48 mg tablet (Tricor)</i>	T2	HD
<i>fenofibrate 54 mg tablet</i>	T2	HD
<i>fenofibrate 67 mg capsule</i>	T2	HD
<i>fenofibric acid</i>	T2	HD
<i>fenofibric acid (choline)</i>	T2	HD
<i>fenofibric acid (Fibricor)</i>	T2	HD
FENOGLIDE (<i>fenofibrate</i>)	T4	ST HD
FIBRICOR (<i>fenofibric acid</i>)	T4	ST HD
<i>gemfibrozil (Lopid)</i>	T1	HD
LOPID (<i>gemfibrozil</i>)	T4	HD
<i>niacin</i>	T2	HD
<i>niacin 500 mg tablet</i>	T2	HD
NIACOR	T4	HD
MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (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		
MEMANTINE 5-10 MG TITRATION PK	T4	HD
<i>memantine hcl 10 mg/5 ml cup</i>	T2	HD
<i>memantine hcl</i>	T2	HD
<i>memantine hcl (Namenda Xr)</i>	T2	HD
<i>memantine hcl 2 mg/ml solution</i>	T2	HD
<i>memantine hcl 5 mg tablet</i>	T2	HD
<i>memantine hcl 10 mg tablet</i>	T2	HD
NAMENDA	T4	HD
NAMENDA XR TITRATION PACK	T4	HD
NAMZARIC	T3	ST HD
TRATAMIENTO DEL ALZHEIMER, ANTAG. DE LOS RECEPTORES NMDA-INHIB. DE COLINA		
<i>memantine hcl/donepezil hcl (Namzaric)</i>	T2	ST HD
NAMZARIC (<i>memantine hcl/donepezil hcl</i>)	T3	ST HD

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Varios)

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

AGENTES PARA LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA

RADICAVA ORS	T4	PA SP HD
RILUTEK (<i>riluzole</i>)	T4	PA SP HD
<i>riluzole</i> (Rilutek)	T2	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 , 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 24MG 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	T4	ST
INGREZZA	T4	PA QL (30 caps/30 days) SP
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV)	T4	PA QL (28 caps/30 days) SP
INGREZZA SPRINKLE	T4	PA QL (30 caps/fill) SP
<i>tetrabenazine 12.5 mg tablet</i> (Xenazine)	T2	
<i>tetrabenazine 25 mg tablet</i> (Xenazine)	T2	

AGENTES PARA EL AFECTO PSEUDOBULBAR (PBA), ANTAGONISTAS DE NMDA

NUEDEXTA	T3	PA
----------	----	----

XANTINAS

<i>caffeine citrate</i>	T2	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
<i>glatiramer 20 mg/ml syringe</i> (Copaxone)	T2	PA QL(30 syringes/30 days) SP HD

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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.)		
<i>glatiramer 40 mg/ml syringe (Copaxone)</i>	T2	PA QL(12 syringes/30 days) SP HD
<i>glatopa 20 mg/ml syringe (Copaxone)</i>	T2	PA QL(30 syringes/30 days) SP HD
<i>glatopa 40 mg/ml syringe (Copaxone)</i>	T2	PA QL(12 syringes/30 days) SP HD
KESIMPTA PEN	T4	PA QL(1 pen/28 days) 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
MAVENCLAD 10 MG X 10 TABLET PK	T4	PA QL(10 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, 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 SYRING	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
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.		
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)	T3	PA QL(3 mls/30 days)
EMGALITY 300 MG (100 MG X3SYR)	T3	PA QL(3 mls/30 days)

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA LA NEURALGIA POSTHERPÉTICA		
<i>gabapentin</i>	T2	ST
<i>gabapentin</i> (Gralise)	T2	ST
GRALISE (<i>gabapentin</i>)	T4	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 0.23-0.46-0.92 MG KIT	T4	PA QL(37 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)	T2	PA HD
<i>clonazepam</i>	T2	HD
<i>clonazepam</i> (Klonopin)	T1	HD
DIASTAT (<i>diazepam</i>)	T4	HD
<i>diazepam 10 mg rectal gel syrg</i>	T2	HD
<i>diazepam 10mg rectal gel (2pk)</i>	T2	HD
<i>diazepam 2.5mg rectal gel(2pk)</i> (Diaslat)	T2	HD
<i>diazepam 20 mg rectal gel syrg</i>	T2	HD
<i>diazepam 20mg rectal gel (2pk)</i>	T2	HD
NAYZILAM	T3	PA QL(2 units/fill) HD
SYMPAZAN	T4	PA HD
VALTOCO	T3	PA QL (2 units/30 days) HD
ANTICONVULSIVOS - TIPO CANNABINOIDES		
EPIDIOLEX	T4	PA SP HD
ANTICONVULSIVOS		
APTiom (<i>eslicarbazepine acetate</i>)	T4	HD
BRIVIACT	T4	ST HD
<i>carbamazepine</i> (Carbatrol)	T2	HD
<i>carbamazepine</i> (Tegretol Xr)	T2	HD
<i>carbamazepine</i> (Tegretol)	T4	HD
<i>carbamazepine 100 mg/5 ml cup</i>	T2	HD
<i>carbamazepine 200 mg/10 ml cup</i>	T2	HD

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
 PA – Autorización previa
 QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad
 SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
 PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
 CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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>carbamazepine 100 mg/5 ml susp</i> (Tegretol)	T2	HD
<i>carbamazepine 100 mg tab chew</i>	T2	HD
CARBAMAZEPINE 200 MG TAB CHEW	T4	HD
<i>carbamazepine 200 mg tablet</i> (Tegretol)	T2	HD
CARBATROL (<i>carbamazepine</i>)	T3	HD
CELONTIN (<i>methsuximide</i>)	T4	HD
DEPAKOTE (<i>divalproex sodium</i>)	T4	ST HD
DEPAKOTE ER (<i>divalproex sodium</i>)	T4	ST HD
DEPAKOTE SPRINKLE (<i>divalproex sodium</i>)	T4	ST HD
DIACOMIT	T4	PA SP HD
DILANTIN 100 MG CAPSULE (<i>phenytoin sodium extended</i>)	T4	HD
DILANTIN 30 MG CAPSULE	T3	HD
DILANTIN 50 MG INFATAB (<i>phenytoin</i>)	T4	HD
DILANTIN-125 (<i>phenytoin</i>)	T4	HD
<i>divalproex sodium</i> (Depakote Er)	T2	HD
<i>divalproex sodium</i> (Depakote Sprinkle)	T2	HD
<i>divalproex sodium</i> (Depakote)	T2	HD
ELEPSIA XR	T4	ST HD
<i>eslicarbazepine acetate</i> (Aptiom)	T2	HD
<i>perampanel</i> (Fycompa)	T2	HD
<i>ethosuximide</i> (Zarontin)	T2	HD
<i>felbamate</i> (Felbatol)	T2	HD
FELBATOL (<i>felbamate</i>)	T4	HD
FYCOMPA	T3	HD
FYCOMPA (<i>perampanel</i>)	T3	HD
<i>gabapentin</i>	T2	HD
<i>gabapentin</i> (Neurontin)	T1	HD
<i>gabapentin</i> (Neurontin)	T2	HD
<i>lacosamide</i> (Vimpat)	T2	HD
LAMICTAL XR (BLUE)	T4	ST HD
LAMICTAL XR (GREEN)	T4	ST HD
LAMICTAL XR (ORANGE)	T4	ST HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal (Blue))	T2	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal (Green))	T2	HD

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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>lamotrigine</i> (Lamictal (Orange))	T2	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal Odt (Blue))	T2	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal Odt (Green))	T2	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal Odt (Orange))	T2	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal Odt)	T2	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal Xr)	T2	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal)	T1	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal)	T2	HD
<i>levetiracetam</i> (Keppra Xr)	T2	HD
<i>levetiracetam</i> (Keppra)	T2	HD
<i>levetiracetam</i> 1,000 mg tablet (Keppra)	T2	HD
<i>levetiracetam</i> 1,000mg/10ml cup (Keppra)	T2	HD
<i>levetiracetam</i> 100 mg/ml soln (Keppra)	T2	HD
LEVETIRACETAM 250 MG TAB SUSP	T4	ST HD
<i>levetiracetam</i> 250 mg tablet (Keppra)	T2	HD
<i>levetiracetam</i> 500 mg tablet (Keppra)	T2	HD
<i>levetiracetam</i> 500 mg/5 ml cup, soln	T2	HD
<i>levetiracetam</i> 750 mg tablet (Keppra)	T2	HD
MYSOLINE (primidone)	T4	HD
<i>oxcarbazepine</i> (Oxtellar Xr)	T2	HD
<i>oxcarbazepine</i> (Trileptal)	T2	HD
OXTELLAR XR (<i>oxcarbazepine</i>)	T4	ST HD
PHENYTEK (<i>phenytoin sodium extended</i>)	T4	HD
<i>phenytoin</i>	T2	HD
<i>phenytoin</i> (Dilantin)	T2	HD
<i>phenytoin</i> (Dilantin-125)	T2	HD
<i>phenytoin sodium extended</i> (Dilantin)	T2	HD
<i>phenytoin sodium extended</i> (Phenytek)	T2	HD
<i>pregabalin</i> (Lyrica)	T2	HD
<i>primidone</i> (Mysoline)	T2	HD
QUDEXY XR (<i>topiramate</i>)	T4	ST HD
<i>rufinamide</i> (Banzel)	T2	PA HD
SPRITAM	T4	ST HD
TEGRETOL (<i>carbamazepine</i>)	T4	HD

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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.)		
TEGRETOL XR (<i>carbamazepine</i>)	T4	HD
<i>tiagabine hcl</i>	T2	HD
<i>topiramate</i> (Qudexy Xr)	T2	ST HD
<i>topiramate 25 mg/ml solution</i> (Eprontia)	T2	HD
<i>topiramate 15 mg sprinkle cap</i> (Topamax)	T2	HD
<i>topiramate 25 mg sprinkle cap</i> (Topamax)	T2	HD
<i>topiramate 25 mg tablet</i> (Topamax)	T1	HD
<i>topiramate 50 mg sprinkle cap</i>	T2	HD
<i>topiramate 50 mg tablet</i> (Topamax)	T1	HD
<i>topiramate 100 mg tablet</i> (Topamax)	T1	HD
<i>topiramate 200 mg tablet</i> (Topamax)	T1	HD
<i>topiramate er 25mg, 50mg, 100mg</i>	T2	ST HD
TROKENDI XR	T4	ST HD
<i>valproic acid</i>	T2	HD
<i>valproic acid</i> (as sodium salt)	T2	HD
<i>vigabatrin</i> (Sabril)	T2	PA QL(150 packs/30 days) SP HD
VIGADRONE	T2	PA SP HD QL (150 pkts/30 days)
XCOPRI 250 MG DAILY DOSE PACK	T4	QL(56 tabs/fill) HD
XCOPRI 350 MG DAILY DOSE PACK	T4	QL(56 tabs/fill) HD
XCOPRI 25 MG TABLET	T4	QL (30 tabs/fill) HD
XCOPRI 50 MG TABLET	T4	QL(30 tabs/fill) HD
XCOPRI 100 MG TABLET	T4	QL(30 tabs/fill) HD
XCOPRI 150 MG TABLET	T4	QL(30 tabs/fill) HD
XCOPRI 200 MG TABLET	T4	QL(30 tabs/fill) HD
XCOPRI 12.5-25 MG TITRATION PK	T4	QL(28 tabs/fill) HD
XCOPRI 50-100 MG TITRATION PAK	T4	QL(28 tabs/fill) HD
XCOPRI 150-200 MG TITRATION PK	T4	QL(28 tabs/fill) HD
ZARONTIN (<i>ethosuximide</i>)	T4	HD
<i>zonisamide</i>	T2	HD
<i>zonisamide</i> (Zonegran)	T2	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

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

Lista de medicamentos con receta

FACTORES ESTIMULANTES DE COLONIAS (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
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)	T2	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	T4	ST QL(1 ring/365 days) PPACA
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i> (Nuvaring)	T2	PPACA
ANTICONCEPTIVOS, INYECTABLES		
DEPO-PROVERA (<i>medroxyprogesterone acetate</i>)	T4	QL(1 ml/90 days) PPACA
DEPO-SUBQ PROVERA 104	T4	QL(1 ml/90 days) PPACA
<i>medroxyprogesterone 150 mg/ml</i> (Depo-Provera)	T2	QL(1 ml/90 days) PPACA
ANTICONCEPTIVOS, ORALES		
BEYAZ (<i>drospir/eth estra/levomefol ca</i>)	T4	ST HD PPACA
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i>	T2	HD PPACA
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i>	T2	PPACA
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	T2	HD PPACA
<i>drospir/eth estra/levomefol ca</i> (Beyaz)	T2	HD PPACA
<i>drospir/eth estra/levomefol ca</i> (Safyral)	T2	HD PPACA
ELLA	T3	QL(1 tab/fill) HD PPACA
<i>ethinyl estradiol/drospirenone</i> (Yasmin 28)	T2	PPACA
<i>ethinyl estradiol/drospirenone</i> (Yaz)	T2	HD PPACA
<i>ethynodiol d-ethinyl estradiol</i>	T2	HD PPACA
<i>levonorgestrel/ethin.estradiol</i>	T2	HD PPACA
<i>l-norgest/e.estradiol-e.estrad</i>	T2	HD PPACA
<i>norelgestromin/ethin.estradiol</i>	T2	PPACA
<i>noreth-ethinyl estradiol/iron</i>	T2	HD PPACA

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONCEPTIVOS, ORALES (cont.)		
<i>noreth-ethinyl estradiol/iron</i> (Generess Fe)	T2	HD PPACA
<i>norethind-eth estrad 1-0.02 mg</i> (Loestrin)	T2	HD PPACA
<i>norethindrone</i>	T2	HD PPACA
<i>norethindrone ac/eth estradiol</i> (Loestrin)	T2	HD PPACA
<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i>	T2	HD PPACA
<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i> (Loestrin Fe)	T2	HD PPACA
<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i> (Taytulla)	T2	HD PPACA
<i>norethindrone-ethin. estradiol</i>	T2	HD PPACA
<i>norethin-ee 1.5-0.03 mg(21) tb</i> (Loestrin)	T2	HD PPACA
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	T2	HD PPACA
<i>NORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL</i>	T2	HD PPACA
<i>YAZ (ethinyl estradiol/drospirenone)</i>	T4	ST HD PPACA
ANTICONCEPTIVOS TRANSDÉRMICOS		
<i>norelgestromin/ethin.estradiol</i>	T2	HD PPACA
DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)		
KYLEENA	T4	SP PPACA
LILETTA	T4	SP PPACA
MIRENA	T4	SP PPACA
SKYLA	T4	SP PPACA
PREPARACIONES PARA LA TOS/EL RESFRÍO (Alergia/rociadores nasales)		
COMB. DE ANTIHIST.-DESCONGEST.-ANTICOLINÉRGICOS DE I.º GENERACIÓN		
<i>RESPA A.R. (pseudoephed/chlor-mal/bell alk)</i>	T4	
PREPARACIONES PARA LA TOS/EL RESFRÍO (Medicamentos para la tos/el resfrío)		
ANTITUSIVOS NO OPIOIDES		
<i>benzonatate</i>	T2	
ANTITUS. NO OPIOIDES-ANTIHISTAMÍNICOS DE I.º GENERACIÓN-DESCONGESTIVOS		
<i>BROMFED DM (brompheniramine/pseudoephed/dm)</i>	T4	
<i>brompheniramine/pseudoephed/dm</i> (Bromfed Dm)	T2	
COMB. DE ANTITUSIVOS NO OPIOIDES-ANTIHISTAMÍNICOS DE I.º GENERACIÓN		
<i>promethazine/dextromethorphan</i>	T2	
ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTIHISTAMÍNICOS DE I.º GENERACIÓN-DESCONGESTIVOS		
CAPCOF	T4	
HISTEX-AC	T4	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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.ª GENERACIÓN-DESCONGESTIVOS (cont.)		
MAXI-TUSS CD	T4	
POLY-TUSSIN AC	T4	
<i>promethazine/phenyleph/codeine</i>	T2	
ZODRYL DAC 25	T4	
ZODRYL DAC 30	T4	
ZODRYL DAC 35	T4	
ZODRYL DAC 40	T4	
ZODRYL DAC 50	T4	
ZODRYL DAC 60	T4	
ZODRYL DAC 80	T4	
ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTIISTAMÍNICOS DE 1.ª GENERACIÓN		
<i>hydrocodone/chlorphen p-stirex</i>	T2	
<i>promethazine hcl/codeine</i>	T2	
TUXARIN ER	T4	
TUZISTRA XR	T4	PA
ZODRYL AC 25	T4	
ZODRYL AC 30	T4	
ZODRYL AC 35	T4	
ZODRYL AC 40	T4	
ZODRYL AC 50	T4	
ZODRYL AC 60	T4	
ZODRYL AC 80	T4	
COMBINACIONES DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTICOLINÉRGICOS		
HYCODAN	T4	
HYCODAN (<i>hydrocodone bit/homatrop me-br</i>)	T4	
<i>hydrocodone bit/homatrop me-br</i>	T2	
<i>hydrocodone bit/homatrop me-br</i> (Hycodan)	T2	
COMB. DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-DESCONGESTIVOS-EXPECTORANTES		
CODITUSSIN DAC	T4	
ZODRYL DEC 25	T4	
ZODRYL DEC 30	T4	
ZODRYL DEC 35	T4	
ZODRYL DEC 40	T4	
ZODRYL DEC 50	T4	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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
COMB. DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-DESCONGESTIVOS-EXPECTORANTES (cont.)		
ZODRYL DEC 60	T4	
ZODRYL DEC 80	T4	
COMBINACIÓN DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-EXPECTORANTES		
codeine phosphate/guaifenesin	T2	
CODITUSSIN AC	T4	
GUAIFEN-CODEINE 100-10 MG/5 ML	T4	
guaifen-codeine 100-10 mg/5 ml	T2	
GUAIFEN-CODEINE 200-20 MG/10ML	T4	
MAR-COF CG	T4	
NINJACOF-XG	T4	
OBREDON	T4	PA
DIAGNÓSTICO (Diabetes)		
DIAGNÓSTICO DEL NIVEL DE AZÚCAR EN SANGRE		
FREESTYLE INSULINX	T3	
FREESTYLE INSULINX TEST STRIPS	T3	
FREESTYLE LITE TEST STRIP	T3	
FREESTYLE PRECISION NEO	T3	
FREESTYLE TEST STRIPS	T3	
HUMANA TRUE METRIX TEST STRIP	T3	
RELION TRUE METRIX TEST STRIP	T3	
TRUE METRIX GLUCOSE TEST STRIP	T3	
TRUETRACK GLUCOSE TEST STRIPS	T3	
PRECISION XTRA	T3	
ELEMENTOS PARA EXAMEN DE GLUCOSA EN ORINA		
DIASTIX REAGENT	T3	
DIAGNÓSTICO (Varios)		
PREPARACIONES PARA ANÁLISIS DE SANGRE		
FORA GTEL KETONE TEST STRIP	T4	
GOJJI BLOOD KETONE TEST STRIP	T4	
NOVAMAX PLUS	T3	
PRECISION XTRA	T3	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO CARDIOVASCULAR - RADIOPACOS		
OMNIPAQUE	T4	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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
PREPARACIONES DE DIAGNÓSTICO, VARIAS		
ARIDOL	T4	
METHACHOLINE CHLORIDE	T4	
PROVOCHOLINE	T4	
TC 99M SULFUR COLLOID PREP	T4	
TOXICOLOGY SALIVA COLLECTION	T4	
VUEBLU	T4	
AGENTES PARA EL DIAGNÓSTICO OCULAR		
<i>fluorescein sodium</i>	T2	
<i>ful-glo 1 mg oph strip</i>	T2	
FUL-GLO EYE STRIPS	T4	
AGENTES PARA IMÁGENES POR FLUORESCENCIA - TEJIDO MALIGNO		
GLEOLAN	T4	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOPACOS GASTROINTESTINALES		
<i>diatrizoate meglumine, sodium</i> (Gastrografin)	T2	
ENTERO VU	T4	
E-Z DISK	T4	
E-Z-HD	T4	
E-Z-PAQUE	T4	
E-Z-PASTE	T4	
GASTROGRAFIN (<i>diatrizoate meglumine, sodium</i>)	T4	
GASTROMARK	T4	
LIQUID E-Z PAQUE	T4	
LIQUID POLIBAR PLUS	T4	
NEULUMEX	T4	
POLIBAR ACB	T4	
READI-CAT 2	T4	
SITZMARKS	T4	
SITZMARKS FOR KIDS	T4	
TAGITOL	T4	
VANILLA SILQ	T4	
VARIBAR HONEY	T4	
VARIBAR NECTAR	T4	
VARIBAR PUDDING	T4	
VARIBAR THIN HONEY	T4	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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.)		
VARIBARTHIN LIQUID	T4	
VOLUMEN	T4	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO DE LA FUNCIÓN METABÓLICA		
METOPIRONÉ	T4	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOACTIVOS, GENERALES		
XENON XE-133	T4	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO DE LA FUNCIÓN METABÓLICA RADIOACTIVOS		
SODIUM IODIDE I-123	T4	
ELEMENTOS RADIOFARMACÉUTICOS		
INDICLOR	T4	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOPACOS URINARIOS		
CYSTO-CONRAY II	T4	
CYSTOGRAFIN	T4	
CYSTOGRAFIN-DILUTE	T4	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOPACOS URINARIOS		
KETONE CARE TEST STRIP	T3	
KETONE TEST STRIP	T3	
KETOSTIX REAGENT	T3	
TRUEPLUS KETONE TEST STRIP	T3	
ELEMENTOS PARA EXAMEN DE GLUCOSA/ACETONA EN ORINA, TIRAS REACTIVAS		
KETO-DIASTIX REAGENT	T3	
ELEMENTOS PARA DIVERSOS ANÁLISIS DE ORINA		
CHEK-STIX	T3	
CHEMSTRIP	T3	
CHEMSTRIP 10 WITH SG	T3	
CHEMSTRIP 2 GP	T3	
CHEMSTRIP 50B	T3	
CHEMSTRIP 7	T3	
CHEMSTRIP 9	T3	
COMBISTIX REAGENT	T3	
HEMA-COMBISTIX	T3	
KETO-DIASTIX REAGENT	T3	
LABSTIX REAGENT	T3	
MULTISTIX	T3	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

Lista de medicamentos con receta

DIAGNÓSTICO (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ELEMENTOS PARA DIVERSOS ANÁLISIS DE ORINA (cont.)		
MULTISTIX 10 SG	T3	
MULTISTIX 5	T3	
MULTISTIX 7	T3	
MULTISTIX 8 SG	T3	
MULTISTIX 9	T3	
MULTISTIX 9 SG	T3	
URISTIX 4	T3	
URISTIX REAGENT	T3	
DIURÉTICOS (Diuréticos)		
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ARGININA VASOPRESINA (AVP)		
tolvaptan 15 mg tablet (Samsca)	T2	PA QL(30 tabs/fill) SP
tolvaptan 30 mg tablet (Samsca)	T2	PA QL(60 tabs/fill) SP
INHIBIDORES DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA		
acetazolamide	T2	HD
methazolamide	T2	HD
DIURÉTICOS DE ASA		
bumetanide	T2	HD
EDECRIN (ethacrynic acid)	T4	ST
ethacrynic acid (Edecrin)	T2	
furosemide	T1	HD
furosemide (Lasix)	T1	HD
LASIX (furosemide)	T4	ST HD
torsemide	T2	HD
AGENTE DE LA ENFERMEDAD RENAL POLIQUÍSTICA, ANTAG. DE LOS RECEP. DE LA AVP		
JYNARQUE 15 MG TABLET (tolvaptan)	T4	PA SP HD
JYNARQUE 15 MG-15 MG TABLET (tolvaptan)	T4	PA SP HD
JYNARQUE 30 MG TABLET (tolvaptan)	T4	PA SP HD
JYNARQUE 30 MG-15 MG TABLET (tolvaptan)	T4	PA SP HD
JYNARQUE 45 MG-15 MG TABLET (tolvaptan)	T4	PA SP HD
JYNARQUE 60 MG-30 MG TABLET (tolvaptan)	T4	PA SP HD
JYNARQUE 90 MG-30 MG TABLET (tolvaptan)	T4	PA SP HD
tolvaptan 15 mg tablet (Jynarque)	T2	PA SP HD
tolvaptan 15 mg-15 mg tablet (Jynarque)	T2	PA SP HD
tolvaptan 30 mg tablet (Jynarque)	T2	PA SP HD

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

DIURÉTICOS (Diuréticos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTE DE LA ENFERMEDAD RENAL POLIQUÍSTICA, ANTAG. DE LOS RECEPTORES DE LA AVP (cont.)		
<i>tolvaptan 30 mg-15 mg tablet</i> (Jynarque)	T2	PA SP HD
<i>tolvaptan 45 mg-15 mg tablet</i> (Jynarque)	T2	PA SP HD
<i>tolvaptan 60 mg-30 mg tablet</i> (Jynarque)	T2	PA SP HD
<i>tolvaptan 90 mg-30 mg tablet</i> (Jynarque)	T2	PA SP HD
DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO		
<i>ALDACTONE (spironolactone)</i>	T4	HD
<i>amiloride hcl</i>	T2	HD
<i>DYRENIUM (triamterene)</i>	T4	HD
<i>eplerenone</i> (Inspra)	T2	HD
<i>INSPIRA (eplerenone)</i>	T4	HD
<i>KERENDIA 10 MG TABLET</i>	T3	PA QL (30 tabs/30 days)
<i>KERENDIA 20 MG TABLET</i>	T3	PA QL (30 tabs/30 days)
<i>KERENDIA 40 MG TABLET</i>	T3	PA
<i>spironolactone 100 mg tablet</i> (Aldactone)	T1	HD
<i>spironolactone 25 mg tablet</i> (Aldactone)	T1	HD
<i>spironolactone 25 mg/5 ml susp</i> (Carospir)	T2	
<i>spironolactone 50 mg tablet</i> (Aldactone)	T1	HD
<i>triamterene</i> (Dyrenium)	T2	HD
DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO EN COMBINACIÓN		
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	T2	HD
<i>DYAZIDE (triamterene/hydrochlorothiazid)</i>	T4	HD
<i>spironolact/hydrochlorothiazid</i>	T2	HD
<i>triamterene/hydrochlorothiazid</i> (Dyazide)	T1	HD
TIAZIDA Y DIURÉTICOS AFINES		
<i>chlorthalidone</i>	T2	HD
<i>DIURIL</i>	T4	HD
<i>hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>indapamide</i>	T1	HD
<i>metolazone</i>	T2	HD
PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Alergia/rociadores nasales)		
ANTIHIISTAMÍNICOS NASALES		
<i>azelastine 0.1% (137 mcg) spray</i>	T2	QL(60 mls/fill) HD
<i>azelastine 0.15% nasal spray</i>	T2	HD
<i>olopatadine hcl</i> (Patanase)	T2	QL(31 gms/fill) HD

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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
ANTIISTAMÍNICOS NASALES (cont.)		
PATANASE (<i>olopatadine hcl</i>)	T4	QL (31 gms/fill) HD
COMB. DE ANTIISTAMÍNICOS NASALES Y ANTIINFLAM. ESTEROIDEOS		
azelastine/fluticasone (Dymista)	T2	ST QL (23 gms/fill) HD
RYALTRIS	T4	ST QL (1 bottle/fill) HD
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS NASALES		
flunisolide	T2	ST QL (50 mls/fill) HD
fluticasone prop 50 mcg spray	T2	QL (16 gms/fill) HD
mometasone furoate 50 mcg spry (Nasonex)	T2	ST QL (17 gms/fill) HD
XHANCE	T3	ST QL (32 mls/30 days) HD
PREPARACIONES NASALES, VARIAS (CON RECETA)		
COCAINE HCL	T4	
GOPRELTO	T4	
ipratropium 0.03% spray	T2	QL (30 mls/fill) HD
ipratropium 0.06% spray	T2	QL (30 mls/fill) HD
NUMBRINO	T4	
PREPARACIONES NASALES, VASOCONSTRICTORES (CON RECETA)		
ADRENALIN CHLORIDE	T4	
epinephrine hcl	T2	
PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Medicamentos para los oídos)		
PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIINFLAMATORIAS		
DERMOTIC (<i>fluocinolone acetonide oil</i>)	T4	
fluocinolone acetonide oil (Dermotic)	T2	
PREPARACIONES ÓTICAS, VARIAS, ANTIINFECCIOSOS		
acetic acid	T2	
CORTANE-B (<i>hydrocort/pramoxine/chloroxyl</i>)	T4	
hydrocortisone/acetic acid	T2	
PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Condiciones oculares)		
AGENTES PARA EL ENTRECRUZAMIENTO DE COLÁGENO CORNEAL		
PHOTREXA CROSS-LINKING	T4	
PHOTREXA VISCOUS	T4	
LÁGRIMAS ARTIFICIALES		
KLARITY (CHONDROITIN)	T4	
LACRISERT	T4	PA QL (60 inserts/fill)
MIEBO	T3	PA QL (3 mls/fill)

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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
ANTIINFECCIOSOS PARA LOS OJOS (CON RECETA ÚNICAMENTE)		
BETADINE	T4	
povidone-iodine	T2	
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS PARA LOS OJOS		
ACULAR (ketorolac tromethamine)	T4	ST
ACULAR LS (ketorolac tromethamine)	T4	ST
bromfenac sodium	T2	
bromfenac sodium (Bromsite)	T2	
bromfenac sodium (Prolensa)	T2	
dexamethasone sodium phosphate	T2	
DEXTENZA	T4	
diclofenac 0.1% eye drops	T2	
difluprednate (Durezol)	T2	
EYSUVIS	T3	PA QL (8.3 mls/30 days)
fluorometholone (Fml)	T2	
flurbiprofen sodium	T2	
FML (fluorometholone)	T4	ST
ILEVRO	T4	
INVELTYS	T4	ST
ketorolac 0.4% ophth solution (Acular Ls)	T2	
ketorolac 0.5% ophth solution (Acular)	T2	
KLARITY-L (LOTEPREDNOL-CHONDR)	T4	
LOTEMAX 0.5% EYE DROPS (loteprednol etabonate)	T4	
LOTEMAX 0.5% EYE OINTMENT	T4	ST
LOTEMAX 0.5% OPHTHALMIC GEL (loteprednol etabonate)	T4	ST
LOTEMAX SM	T4	ST
loteprednol etabonate (Alrex)	T2	PA SP HD
loteprednol etabonate (Lotemax)	T2	PA SP HD
PRED FORTE (prednisolone acetate)	T4	
prednisolone ac 1% eye drop (Pred Forte)	T2	
PREDNISOLONE ACET 1% EYE DROP	T4	
prednisolone sod ph/bromfenac	T2	
prednisolone sodium phosphate	T2	
PREDNISOLONE-BROMFENAC	T4	
PREDNISOLONE-NEPAFENAC	T4	
PROLENSA (bromfenac sodium)	T4	ST

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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
ANESTÉSICOS LOCALES PARA LOS OJOS		
AKTEN	T4	
ALCAINE (proparacaine hcl)	T4	
ALTAFLUOR BENOX (benoxinate hcl/fluorescein sod)	T4	
FLUORESCEIN-BENOXINATE	T4	
proparacaine hcl (Alcaine)	T2	
proparacaine/fluorescein sod	T2	
tetracaine 0.5% eye drop	T2	
TETRACaine 0.5% STERi-UNIT SOL	T4	
tetracaine hcl	T2	
TETRAViSC	T4	
TETRAViSC FORTE	T4	
ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS PARA LOS OJOS		
ALOCRIl	T4	ST
cromolyn 4% eye drops	T2	
COMBINACIONES DE MIDRIÁTICOS OCULARES Y AINE		
MYDRIATIC4(TROP-PROP-PE-KTRLC)	T4	
PREPARACIONES OCULARES, VARIAS (SIN RECETA)		
GELFiLM	T4	
VASOCONSTRICTORES PARA LOS OJOS		
phenylephrine hcl	T2	
MIÓTICOS Y OTROS REDUCTORES DE LA PRESIÓN INTRAOCULAR		
ALPHAGAN P	T4	ST HD
ALPHAGAN P (brimonidine tartrate)	T4	ST HD
apraclonidine hcl	T2	HD
betaxolol hcl	T2	HD
BETOPTIC S	T4	HD
bimatoprost	T2	PA HD
BIMATOPROST-BRIMONIDINE-DORZOL	T4	HD
BIMATOPROST-DORZOLAMID-TIMOLOL	T4	HD
brimonidine tartrate	T2	HD
brimonidine tartrate (Alphagan P)	T2	HD
brimonidine tartrate/timolol (Combigan)	T2	HD
BRIMONIDINE 0.1%-DORZOLAM 2%	T4	
BRIMONIDINE 0.15%-DORZOLAM 2%	T4	HD

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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.)		
<i>brinzolamide (Azopt)</i>	T2	HD
<i>carteolol hcl</i>	T2	HD
COMBIGAN (<i>brimonidine tartrate/timolol</i>)	T4	ST HD
DORZOLAMIDE	T4	HD
<i>dorzolamide hcl</i>	T2	HD
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate (Cosopt)</i>	T2	HD
<i>dorzolamide/timolol/pf (Cosopt Pf)</i>	T2	HD
IOPIDINE	T4	ST HD
ISOPTO CARPINE (<i>pilocarpine hcl</i>)	T4	HD
LATANOPROST 0.005% EYE DROP	T4	HD
<i>latanoprost 0.005% eye drops (Xalatan)</i>	T2	PA HD
<i>levobunolol hcl</i>	T2	HD
PHOSPHOLINE IODIDE	T4	SP HD
<i>pilocarpine hcl (Isopto Carpine)</i>	T2	HD
<i>pilocarpine 1% eye drops</i>	T2	HD
<i>pilocarpine 2% eye drops</i>	T2	HD
<i>pilocarpine 4% eye drops</i>	T2	HD
RHOPRESSA	T4	
ROCKLATAN	T4	PA
SIMBRINZA	T4	HD
<i>timolol (Betimol)</i>	T2	ST HD
<i>timolol 0.25% gel-solution (Timoptic-Xe)</i>	T2	ST HD
<i>timolol 0.5% eye drop (Istalol)</i>	T2	ST HD
<i>timolol 0.5% gel-solution (Timoptic-Xe)</i>	T2	ST HD
<i>timolol 0.5% gfs gel-solution (Timoptic-Xe)</i>	T2	ST HD
TIMOLOL-BIMATOPROST	T4	HD
TIMOLOL-BRIMONIDIN-DORZOLAMIDE	T4	HD
TIMOLOL-BRIMONI-DORZOL-BIMATOP	T4	HD
TIMOLOL-BRIMONI-DORZOL-LATANOP	T4	HD
TIMOLOL-DORZOLAMIDE	T4	HD
TIMOLOL-DORZOLAMIDE-BIMATOPRST	T4	HD
TIMOLOL-DORZOLAMIDE-LATANOPRST	T4	HD
TIMOLOL-LATANOPROST	T4	HD
<i>timolol maleate 0.25% eye drop</i>	T2	ST HD

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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.)		
<i>timolol maleate 0.25% eye drop</i> (Timoptic)	T1	HD
<i>timolol maleate 0.5% eye drop</i> (Timoptic Ocudose)	T2	ST HD
<i>timolol maleate 0.5% eye drops</i> (Timoptic)	T1	HD
TIMOPTIC (<i>timolol maleate</i>)	T4	ST HD
TIMOPTIC-XE (<i>timolol maleate</i>)	T4	ST HD
<i>travoprost</i> (Travatan Z)	T2	PA HD
MIDRIÁTICOS		
<i>atropine 0.025% eye drop</i>	T2	HD
<i>atropine 1% eye drop</i>	T2	PA SP HD
<i>atropine 1% eye ointment</i>	T2	HD
<i>atropine sulfate 0.01% eye drp</i>	T2	PA SP HD
ATROPINE SULF 0.25% EYE DROP	T4	HD
ATROPINE SULFATE 0.01% EYE DRP	T4	HD
ATROPINE SULFATE 0.05% EYE DRP	T4	HD
ATROPINE SULFATE-0.9% NAACL	T4	HD
CYCLOGYL	T4	HD
CYCLOGYL (<i>cyclopentolate hcl</i>)	T4	HD
CYCLOMYDRIL	T4	HD
<i>cyclopentolate hcl</i>	T2	HD
<i>cyclopentolate hcl (Cyclogyl)</i>	T2	HD
<i>cyclopentolat/tropic/phenyleph</i>	T2	HD
CYCLOPENTOLATE-TROPICAMIDE-PE	T4	HD
<i>homatropine hbr</i>	T2	HD
MYDCOMBI	T4	HD
MYDRIACYL (<i>tropicamide</i>)	T4	HD
PAREMYD	T4	HD
<i>tropicamide</i>	T2	HD
<i>tropicamide (Mydriacyl)</i>	T2	HD
TROPICAMIDE-CYCLOPENTOLATE-PE	T4	HD
TROPICAMIDE-CYCLOPENT-PE-KTRLC	T4	
TROPIC-CYCLOPENT-PE-KTRLC-PROP	T4	HD
<i>tropicamide 1%-phenylephr 2.5%</i>	T2	
TROPICAMIDE 1%-PHENYLEPHR 2.5%	T4	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
 PA – Autorización previa
 QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad
 SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
 PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
 CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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
ANTICUERPOS MONOCLONALES RECOMBINANTES ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DEL VEGF-A OFTÁLMICOS		
LUCENTIS	T4	PA SP
AGENTES ANTIFIBRÓTICOS OFTÁLMICOS		
MITOMYCIN -WATER	T4	
MITOSOL	T4	
ANTIINFLAMATORIOS OFTÁLMICOS, TIPO INMUNOMODULADOR		
CEQUA	T4	PA QL (60 vls/30 days)
cyclosporine 0.05% eye emuls (Restasis)	T2	PA QL(60 vials/fill) HD
CYCLOSPORINE IN KLARITY	T4	HD
RESTASIS (cyclosporine)	T4	PA QL(60 vials/fill) HD
RESTASIS MULTIDOSE	T3	PA QL(6 mls/fill) HD
XIIDRA	T3	PA QL(60 vls/fill) HD
VEVYE	T4	PA QL(2 mls/fill) HD
AGENTES OFTÁLMICOS REDUCTORES DE LA CISTINA		
CYSTARAN	T4	PA SP
FACTOR DE CRECIMIENTO DEL NERVI OFTÁLMICO HUMANO (HNGF)		
OXERVATE	T4	PA SP HD
PREPARACIONES OFTÁLMICAS, VARIAS		
HEALON GV	T4	
AGONISTAS OFTÁLMICOS DE TRPM8		
HEALON GV	T4	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	T4	
FLORIVA	T4	
fluoride (sodium) (Prevident 5000 Plus)	T2	
fluoride (sodium) (Prevident)	T2	
FRAICHE 5000 PREVI	T4	
PREVIDENT KIDS	T4	
FLUORIDEX	T4	
FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF	T4	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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.)		
JUSTRIGHT 5000	T4	
PREVIDENT	T4	
PREVIDENT (fluoride (sodium))	T4	
PREVIDENT 5000 DRY MOUTH	T4	
PREVIDENT 5000 ENAMEL PROTECT	T4	
PREVIDENT 5000 ORTHO DEFENSE	T4	
PREVIDENT 5000 PLUS (fluoride (sodium))	T4	
PREVIDENT 5000 SENSITIVE	T4	
sodium fluoride 0.2% rinse (Prevident)	T2	
sodium fluoride 1.1% cream (Prevident 5000 Plus)	T2	
sodium fluoride 1.1% gel (Prevident)	T2	
sodium fluoride 5000 ppm cream (Prevident 5000 Plus)	T2	
sodium fluoride 5000 ppm paste	T2	
sodium fluoride/potassium nit	T2	
PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS		
fluoride (sodium)	T2	PPACA
FLURA-DROPS	T4	
sodium fluoride 0.25 (0.55) mg	T2	PPACA
sodium fluoride 0.5 mg(1.1 mg)	T2	PPACA
sodium fluoride 0.5 mg/ml drop	T2	PPACA
sodium fluoride 1 mg (2.2 mg)	T2	PPACA
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Diabetes)		
AGENTES PARA TRATAR LA HIPOGLUCEMIA (HIPERGLUCÉMICOS)		
cvs glucose 4 gram tablet chew (Trueplus Glucose)	T2	
CVS GLUCOSE LIQUID SHOT	T4	
DEX4 GLUCOSE 15 GM GEL PACKET	T4	
dex4 glucose 4 gm tablet chew (Trueplus Glucose)	T2	
DEX4 GLUCOSE LIQUID	T4	
DEX4 GLUCOSE LIQUID BLAST	T4	
dex4 glucose tab pouch pack (Trueplus Glucose)	T2	
dex4 quick dissolve tab chew (Trueplus Glucose)	T2	
dextrose	T2	
dextrose (Glucose-15)	T2	
dextrose (Glucose-45)	T2	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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>dextrose/vitamin d3</i>	T2	
<i>diazoxide</i> (Proglycem)	T2	
<i>drug mart glucose 4 gm tab chw</i> (Trueplus Glucose)	T2	
GLUCO SHOT	T4	
<i>glucose 3.75 gram tablet chew</i> (Trueplus Glucose)	T2	
GLUCOSE 2 GRAM GUMMY	T4	
<i>glucose 4 gram tablet chew</i> (Trueplus Glucose)	T2	
GLUCOSE LIQUID	T4	
GLUTOSE-15 (<i>dextrose</i>)	T3	
GLUTOSE-45 (<i>dextrose</i>)	T3	
<i>gnp glucose 3.75 gram tab chew</i> (Trueplus Glucose)	T2	
<i>gnp glucose 4 gram tablet chew</i> (Trueplus Glucose)	T2	
<i>gnp quick dissolve glucose tab</i> (Trueplus Glucose)	T2	
<i>gs glucose 4 gram tablet chew</i> (Trueplus Glucose)	T2	
GVOKE	T3	QL (2 vials/fill)
GVOKE HYPOPEN 1-PACK	T3	QL (2 auto-injs/fill)
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	T3	QL (2 auto-injs/fill)
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE	T3	QL (2 syringes/fill)
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE	T3	QL (2 syringes/fill)
INSTA-GLUCOSE	T4	
<i>kro glucose 4 gram tablet chew</i> (Trueplus Glucose)	T2	
<i>croger glucose 4 gram tab chew</i> (Trueplus Glucose)	T2	
<i>leader glucose 4 gm tab chew</i> (Trueplus Glucose)	T2	
<i>leader quick dissolve gluc tab</i> (Trueplus Glucose)	T2	
<i>longs glucose 4 gram tab chew</i> (Trueplus Glucose)	T2	
<i>meijer glucose 4 gram tab chew</i> (Trueplus Glucose)	T2	
<i>ms glucose 4 gram tablet chew</i> (Trueplus Glucose)	T2	
<i>ms quick dissolve glucose tab</i> (Trueplus Glucose)	T2	
<i>preferred plus glucose tab chw</i> (Trueplus Glucose)	T2	
PROGLYCEM (<i>diazoxide</i>)	T4	
<i>pub glucose 4 gram tablet chew</i> (Trueplus Glucose)	T2	
<i>ra glucose 4 gram tablet chew</i> (Trueplus Glucose)	T2	
<i>relion glucose 4 gram tab chew</i> (Trueplus Glucose)	T2	
<i>reli-on glucose 4 gram tab chw</i> (Trueplus Glucose)	T2	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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.)		
RELION GLUCOSE LIQUID	T4	
smart sense glucose 4 gram tab (Trueplus Glucose)	T2	
TRUEPLUS GLUCOSE	T4	
TRUEPLUS GLUCOSE (dextrose)	T4	
upup glucose 4 gram tab chew (Trueplus Glucose)	T2	
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Varios)		
SUPLEMENTOS DE ÁCIDO NUCLEICO/NUCLEÓTIDOS		
XURIDEN	T4	PA SP
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Nutritivos/alimenticios)		
CARBOHIDRATOS		
ENFAMIL	T3	
GLUTOL	T3	
REDUCTORES DE ELECTROLITOS		
AURYXIA	T4	
calcium acetate 667 mg capsule	T2	QL (360 caps/fill)
calcium acetate 667 mg gelcap	T2	QL (360 caps/fill)
calcium acetate 667 mg tablet	T2	QL (360 tabs/fill)
lanthanum carbonate (Fosrenol)	T2	QL (90 tabs/fill)
LOKELMA	T3	QL (30 packs/fill)
REVELA 0.8 GM POWDER PACKET (sevelamer carbonate)	T4	QL (180 packs/fill)
REVELA 2.4 GM POWDER PACKET (sevelamer carbonate)	T4	QL (90 packs/fill)
REVELA 800 MG TABLET (sevelamer carbonate)	T4	QL (270 tabs/fill)
VELTASSA 1 GM POWDER PACKET	T3	
VELTASSA 16.8 GM POWDER PACKET	T3	QL (30 packs/30 days)
VELTASSA 25.2 GM POWDER PACKET	T3	QL (30 packs/30 days)
VELTASSA 8.4 GM POWDER PACKET	T3	QL (30 packs/30 days)
sodium polystyrene sulfon/sorb	T2	
sodium polystyrene sulfonate	T2	
VELPHORO	T4	QL (120 tabs/30 days)
PREPARACIONES CON FLÚOR		
CLINPRO 5000	T4	
fluoride (sodium) (Prevident 5000 Plus)	T2	
fluoride (sodium) (Prevident)	T2	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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.)		
FLUORIDEX	T4	
JUSTRIGHT 5000	T4	
PREVIDENT	T4	
PREVIDENT (fluoride (sodium))	T4	
PREVIDENT KIDS	T4	
PREVIDENT 5000 DRY MOUTH	T4	
PREVIDENT 5000 ORTHO DEFENSE	T4	
PREVIDENT 5000 PLUS (fluoride (sodium))	T4	
sodium fluoride 0.2% rinse (Prevident)	T2	
sodium fluoride 1.1% cream (Prevident 5000 Plus)	T2	
sodium fluoride 1.1% gel (Prevident)	T2	
sodium fluoride 5000 ppm cream (Prevident 5000 Plus)	T2	
sodium fluoride 5000 ppm paste	T2	
AGENTES QUE CONTIENEN YODO		
potassium iodide	T2	
potassium iodide/iodine	T2	
SSKI	T4	
REPOSICIÓN DE HIERRO		
ABATRON	T4	
ABATRON AF	T4	
ACCRUFER	T4	
ACTIVE FE	T4	
APETIGEN-PLUS	T3	
BENTIVITE BX	T4	
CHROMAGEN	T4	
CITRANATAL BLOOM	T4	
CORVITE 150	T4	
CORVITE FE	T4	
cvs iron 27 mg tablet (Fergon)	T2	
cvs iron 65 mg tablet	T2	
CVS SLOW RELEASE IRON 45 MG TB	T4	
cvs slow release iron 45 mg tb	T2	
cvs slow release iron tablet	T2	
eql iron 65 mg tablet	T2	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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>eqi slow release iron 45 mg tab</i>	T2	
<i>eqi slow release iron 50 mg tb</i>	T2	
FEOSOL 45 MG CAPLET (<i>iron,carbonyl</i>)	T3	
<i>feosol 65 mg tablet</i>	T2	
FEOSOL BIFERA 28 MG CAPLET	T3	
FERAHEME (<i>ferumoxytol</i>)	T4	PA
FERGON 27 MG TABLET	T4	
FERGON 27 MG TABLET (<i>ferrous gluconate</i>)	T3	
FERGON TABLET	T4	
FER-IN-SOL (<i>ferrous sulfate</i>)	T3	
FERIVA 21-7	T4	
FERIVA FA	T4	
FERRACTIV IRON	T4	
FERRALET 90	T4	
FERRETTIS IPS 18 MG CAP	T4	
FERRETTIS IPS 40 MG/15 ML LIQ	T3	
FERRIMIN 150	T3	
FERRLECIT (<i>sodium ferric gluconat/sucrose</i>)	T4	PA
FERRO-SEQUELS	T4	
<i>ferrous fum/vit c/b12-if/folic</i>	T2	PPACA
<i>ferrous fumarate</i>	T2	
FERROUS FUMARATE 29 MG TAB	T4	
<i>ferrous fumarate 324 mg tab</i>	T2	
<i>ferrous fumarate/folic acid (Hemocyte-F)</i>	T2	
<i>ferrous gluconate</i>	T2	
<i>ferrous gluconate (Fergon)</i>	T2	
<i>ferrous sulf 15 mg iron/ml drp (Fer-In-Sol)</i>	T2	
FERROUS SULF 300 MG/5 ML CUP	T4	
<i>ferrous sulf 220 mg/5 ml elix</i>	T2	
<i>ferrous sulf 220 mg/5 ml liq</i>	T2	
<i>ferrous sulf 300 mg/5 ml cup</i>	T2	
<i>ferrous sulf 300 mg/6.8ml soln</i>	T2	
<i>ferrous sulf 44 mg iron/5ml lq</i>	T2	
<i>ferrous sulf ec 324 mg tablet</i>	T2	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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>ferrous sulf ec 325 mg tablet</i>	T2	
<i>ferrous sulfate</i>	T2	
<i>ferrous sulfate (Fer-In-Sol)</i>	T2	
<i>ferrous sulfate 325 mg tablet</i>	T2	
<i>ferrous sulfate/vit c/folic ac</i>	T2	PPACA
<i>ferumoxylol (Feraheme)</i>	T2	PA
FT IRON 45 MG TABLET	T2	
<i>ft iron 65 mg tablet</i>	T2	
FUSION	T4	
FUSION PLUS	T4	
GENTLE IRON	T4	
<i>gnp iron 45 mg tablet</i>	T2	
<i>gnp iron 65 mg tablet</i>	T2	
HEMATEX	T4	
HEMATEX (<i>iron polysaccharide complex</i>)	T4	
HEMATOGEN	T4	
HEMATRON-AF	T4	
HEMAX	T4	
HEMOCYTE (<i>ferrous fumarate</i>)	T3	
HEMOCYTE PLUS (<i>iron fum/folic acid/mv,min 15</i>)	T4	
HEMOCYTE-F (<i>ferrous fumarate/folic acid</i>)	T4	
<i>hm iron 65 mg tablet</i>	T2	
<i>hm slow release iron tablet</i>	T2	
I.L.X. B-12	T3	
ICAR	T3	
ICAR-C (<i>iron,carbonyl/ascorbic acid</i>)	T3	
ICAR-C PLUS (<i>iron,carb/vit c/vit b12/folic</i>)	T4	
INFED	T3	PA
INJECTAFER	T4	PA
INTEGRA	T3	
INTEGRA F (<i>iron fum,ps/folic acid/vitc/b3</i>)	T4	
INTEGRA PLUS (<i>iron fum,ps/folic/bcomp,c no.9</i>)	T4	
<i>iron aspgly,ps/c/b12/fa/ca/suc</i>	T2	
<i>iron aspgly,ps/c/succinic acid</i>	T2	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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 aspgly/c/b12/fa/ca-th/suc</i>	T2	
<i>iron bg,ps/vitc/b12/fa/calcium</i>	T2	
IRON BISGLYCINATE	T4	
<i>iron fum,ag/c/b12/folic/ca/suc</i>	T2	
<i>iron fum,ps/folic acid/vitc/b3</i> (Integra F)	T2	
<i>iron fum,ps/folic/bcomp,c na.9</i> (Integra Plus)	T2	
<i>iron fum/folic acid/mv,min 15</i> (Hemocyt Plus)	T2	
<i>iron fumarate/vit c/vit b12/fa</i>	T2	
<i>iron polysaccharide complex</i>	T2	
<i>iron polysaccharide complex</i> (Nu-Iron 150)	T2	
<i>iron ps complex/b12/folic acid</i>	T2	
<i>iron,carb/vit c/vit b12/folic</i> (Icar-C Plus)	T2	
<i>iron,carbonyl</i>	T2	
<i>iron,carbonyl</i> (Feosol)	T2	
<i>iron,carbonyl/ascorbic acid</i> (Icar-C)	T2	
<i>iron/c/b12/calciu/stomach conc</i>	T2	
<i>iron/c/folic acd/mv cmb11/calc</i>	T2	
<i>iron/folic ac/vit bcomp,c/min</i>	T2	
<i>iron/folic acid/b12/c/docusate</i>	T2	
<i>iron/folic acid/c/b6/b12/zinc</i>	T2	
<i>iron sucrose complex</i>	T2	PA
<i>iron/vit c/fructooligosacchard</i>	T2	
<i>iron 27 mg tablet</i>	T2	
<i>iron 27 mg tablet</i> (Fergon)	T2	
<i>iron 28 mg , 45 mg, 65 mg tablet</i>	T2	
IRONUP	T4	
<i>iron-vitamin c 100-250 mg tab</i> (Icar-C)	T2	PA SP HD
IRON-VITAMIN C 65-125 MG TAB	T3	PA SP HD
IRO-PLEX	T4	
IROSPAN	T4	
LIQUID IRON	T4	
LYDIA PINKHAM HERBAL	T4	
MAXFE	T4	
MONOFERRIC	T4	PA

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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.)		
NEONATAL FE	T4	
NIFEREX	T4	
NOVAFERRUM ALL GOOD	T4	PA SP HD
NOVAFERRUM WOW	T4	PA SP HD
NOVAFERRUM YAY IRON	T4	
NOVAFERRUM YUMMY PEDIATRIC	T3	PA SP HD
NUFERA	T4	
NU-IRON 150 (<i>iron polysaccharide complex</i>)	T3	
PARVLEX	T4	
PERFECT IRON	T4	
PRO FE	T3	
PROFERRIN	T3	
PROFERRIN-FORTE	T4	
PROTECT IRON	T4	
<i>ra high potency iron 27 mg tab</i>	T2	
RA HIGH POTENCY IRON 27 MG TAB	T4	
<i>ra iron 65 mg tablet</i>	T2	
RA SLOW RELEASE IRON 45 MG TAB	T3	
SIDEROL	T4	
SLOW FE	T3	
<i>slow release iron 160 mg tab</i>	T2	
SLOW RELEASE IRON 45 MG TAB	T3	
SLOW RELEASE IRON 45 MG TABLET	T3	
<i>slow release iron 45 mg tablet</i>	T2	
SLOW RELEASE IRON 45 MG TABLET	T4	
SLOW RELEASE IRON TABLET	T3	
<i>sm iron 160 mg tablet sa</i>	T2	
<i>sm iron 65 mg tablet</i>	T2	
<i>sm iron 325 mg tablet</i>	T2	
SM SLOW RELEASE IRON 45 MG TAB	T3	
<i>sodium ferric gluconat/sucrose (Ferrolecit)</i>	T2	PA
<i>sv iron 65 mg tablet</i>	T2	
SV SLOW RELEASE IRON 45 MG TAB	T3	
TANDEM DUAL ACTION	T3	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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.)		
TL-HEM 150	T4	
TRIFERIC	T4	
true ferrous sulf ec 324 mg tb	T2	
true ferrous sulf ec 324 mg tb	T2	
TULIVITE	T4	
VENOFER	T3	PA
VIRT-FEFA PLUS CAPSULE	T4	
virt-fefa plus capsule (Integra Plus)	T2	
VITABEX IRON	T4	
VITAFOL	T4	
VITRON-C	T3	
PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS		
fluoride (sodium)	T2	PPACA
FLURA-DROPS	T4	
sodium fluoride 0.25 (0.55) mg	T2	PPACA
sodium fluoride 0.5 mg(1.1 mg)	T2	PPACA
sodium fluoride 0.5 mg/ml drop	T2	PPACA
sodium fluoride 1 mg (2.2 mg)	T2	PPACA
REPOSICIÓN DE POTASIO		
EFFER-K 10 MEQ TABLET EFF	T4	
EFFER-K 20 MEQ TABLET EFF	T4	
effer-k 25 meq tablet eff	T2	
potassium bicarbonate/cit ac	T2	
potassium chloride	T1	
potassium chloride	T2	
potassium cl 10% (20 meq/15ml)	T2	
potassium cl 20 meq packet	T2	
potassium cl 20% (40 meq/15ml)	T2	
potassium cl er 10 meq capsule	T1	
potassium cl er 10 meq tablet	T1	
potassium cl er 15 meq tablet	T1	
potassium cl er 20 meq tablet	T1	
potassium cl er 8 meq capsule	T1	
potassium cl er 8 meq tablet	T1	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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 POTASIO (cont.)		
potassium cl10%(20meq/15ml)cup	T2	
potassium cl10%(40meq/30ml)cup	T2	
potassium cl20%(40meq/15ml)cup	T2	
POTASSIUM CL ER 15 MEQ TABLET	T4	
REPOSICIÓN DE PROTEÍNAS		
AQNEURSA	T4	PA SP
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Condiciones urinarias)		
SOLUCIONES PARA DIÁLISIS		
PRISMASOL	T4	
MODIFICADORES DEL PH URINARIO		
citric acid/sodium citrate	T2	HD
K-PHOS NO.2	T4	HD
K-PHOS ORIGINAL	T3	HD
ORACIT	T4	HD
potassium citrate	T2	HD
potassium citrate (Urocit-K)	T2	HD
RENACIDIN	T3	HD
UROCI-K (potassium citrate)	T4	HD
UROQID-ACID NO.2	T4	HD
GASTROINTESTINALES (Medicamentos para el colesterol)		
LIPOTRÓPICOS		
icosapent ethyl (Vascepa)	T2	PA HD
omega-3 acid ethyl esters (Lovaza)	T2	PA HD
VASCEPA (icosapent ethyl)	T3	PA HD
GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis)		
INHIBIDORES DE AMONÍACO		
BUPHENYL (sodium phenylbutyrate)	T4	PA SP HD
lactulose	T2	HD
lactulose 10 gm/15 ml solution	T2	HD
LITHOSTAT	T4	HD
OLPRUVA DOSE KIT, DOSE ENVELOPE	T4	SP PA HD
RAVICTI	T4	PA SP HD
sodium phenylbutyrate (Buphenyl)	T2	PA SP HD

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

SP – Medicamentos de especialidad

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICOLINÉRGICOS, AMONIO CUATERNARIO		
<i>chlordiazepoxide/clidinium br</i> (Librax)	T2	
GLYCATE	T4	
<i>glycopyrrolate</i>	T2	
<i>glycopyrrolate</i> (Cuvposa)	T2	
<i>glycopyrrolate</i> (Robinul Forte)	T2	
<i>glycopyrrolate</i> (Robinul)	T2	
ROBINUL (<i>glycopyrrolate</i>)	T4	
ROBINUL FORTE (<i>glycopyrrolate</i>)	T4	
ANTICOLINÉRGICOS/ANTIESPASMÓDICOS		
<i>dicyclomine 10 mg capsule</i>	T2	
<i>dicyclomine 10 mg/5 ml soln</i>	T2	
<i>dicyclomine 20 mg tablet</i>	T2	
ANTIDIARREICOS - INHIBIDORES DE LA TRIPTÓFANO HIDROXILASA		
XERMELO	T4	PA QL(84 tabs/28 days) SP
ANTIDIARREICOS		
<i>diphenoxylate hcl/atropine</i>	T2	
<i>diphenoxylate hcl/atropine</i> (Lomotil)	T2	
LOMOTIL (<i>diphenoxylate hcl/atropine</i>)	T4	
MOTOFEN	T4	
<i>opium tincture</i>	T2	
<i>paregoric</i>	T2	
ANTIEMÉTICOS, TIPO CANNABINOIDES		
<i>dronabinol</i> (Marinol)	T2	PA
MARINOL (<i>dronabinol</i>)	T4	PA
SYNDROS	T4	PA
AGENTES ANTIEMÉTICOS/ANTIVÉRTIGO		
<i>aprepitant 125 mg capsule</i>	T2	QL(1 cap/fill)
<i>aprepitant 125-80-80 mg pack</i> (Emend)	T2	QL(3 caps/fill)
<i>aprepitant 40 mg capsule</i> (Emend)	T2	QL(1 cap/fill)
<i>aprepitant 80 mg capsule</i> (Emend)	T2	QL(2 caps/fill)
COMPAZINE (<i>prochlorperazine maleate</i>)	T4	
COMPAZINE (<i>prochlorperazine</i>)	T4	
DICLEGIS (<i>doxylamine succinate/vit b6</i>)	T4	QL(120 tabs/fill)
<i>fosaprepitant dimeglumine</i> (Emend)	T2	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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>granisetron hcl 0.1 mg/ml vial</i>	T2	
<i>granisetron hcl 1 mg tablet</i>	T2	QL(6 tabs/fill)
<i>granisetron hcl 1 mg/ml vial</i>	T2	
<i>granisetron hcl 4 mg/4 ml vial</i>	T2	
<i>meclizine 50 mg tablet</i>	T2	
<i>ondansetron 4 mg/2 ml</i>	T2	
<i>ondansetron 40 mg/20 ml vial</i>	T2	
<i>ondansetron hcl 4 mg tablet</i>	T2	QL(9 tabs/fill)
<i>ondansetron hcl 4 mg/2 ml syr</i>	T2	
<i>ondansetron hcl 4 mg/2 ml vial</i>	T2	
<i>ondansetron hcl 8 mg tablet</i>	T2	QL(9 tabs/fill)
<i>ondansetron odt 4 mg tablet</i>	T2	QL (9 tabs/30 days)
<i>ondansetron odt 8 mg tablet</i>	T2	QL(9 tabs/30 days)
<i>prochlorperazine (Compazine)</i>	T2	
<i>prochlorperazine maleate (Compazine)</i>	T2	
<i>promethazine hcl</i>	T2	
SANCUSO	T4	QL(1 patch/fill)
<i>scopolamine (Transderm-Scop)</i>	T2	
<i>trimethobenzamide hcl</i>	T2	
VARUBI	T3	QL(2 tabs/fill)
PREPARACIONES ANTIULCEROSAS		
CYTOTEC (<i>misoprostol</i>)	T4	HD
<i>misoprostol (Cytotec)</i>	T2	HD
<i>sucralfate (Carafate)</i>	T2	HD
ANTIULCEROSOS-AGENTES CONTRA LA H. PYLORI		
<i>lansoprazole/amoxicilin/clarith</i>	T2	QL(112 units/fill)
OMECLAMOX-PAK	T4	QL(80 units/fill)
TALICIA	T3	QL(168 caps/fill)
VOQUEZNA DUAL PAK	T4	
VOQUEZNA TRIPLE PAK	T4	
ALCALOIDES DE BELLADONA		
DONNATAL	T4	HD
DONNATAL (<i>phenobarb/hyoscy/atropine/scop</i>)	T4	HD
<i>hyoscyamine sulfate</i>	T2	HD

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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.)		
<i>hyoscyamine sulfate (Levbid)</i>	T2	HD
<i>hyoscyamine sulfate (Levsin)</i>	T2	HD
<i>hyoscyamine sulfate (Levsin-SI)</i>	T2	HD
<i>hyoscyamine sulfate (Nulev)</i>	T2	HD
LEVBIID (<i>hyoscyamine sulfate</i>)	T4	HD
LEVSIN (<i>hyoscyamine sulfate</i>)	T4	HD
LEVSIN-SL (<i>hyoscyamine sulfate</i>)	T4	HD
<i>methscopolamine bromide</i>	T2	HD
NULEV (<i>hyoscyamine sulfate</i>)	T4	HD
<i>phenobarb/hyoscy/atropine/scop</i>	T2	HD
<i>phenobarb/hyoscy/atropine/scop</i> (Donnatal)	T2	HD
<i>phenobarb/hyoscy/atropine/scop</i> (Phenobarbital-Belladonna)	T2	HD
PHENOBARBITAL-BELLADONNA (<i>phenobarb/hyoscy/atropine/scop</i>)	T4	HD
SYMAX DUOTAB	T4	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>)	T4	HD
<i>ursodiol</i>	T2	HD
<i>ursodiol</i> (Urso Forte)	T2	HD
INFLAM. CRÓNICA DIAG. DE COLON, 5-A-SALICILATO, TRAT. RECTAL		
<i>mesalamine 1,000 mg supp</i> (Canasa)	T2	
<i>mesalamine 4 gm/60 ml enema</i> (Sfrowasa)	T2	
<i>mesalamine 4 gm/60 ml kit</i> (Rowasa)	T2	
ROWASA (<i>mesalamine w/cleansing wipes</i>)	T4	
SFROWASA (<i>mesalamine</i>)	T4	
TRAT. FARMAC.-INFLAM. CRÓNICA DIAG. DE COLON, 5-AMINOSALICILATO		
APRISO (<i>mesalamine</i>)	T4	HD
ASACOL HD (<i>mesalamine</i>)	T4	HD
AZULFIDINE (<i>sulfasalazine</i>)	T4	HD
<i>balsalazide disodium</i> (Colazal)	T2	HD
COLAZAL (<i>balsalazide disodium</i>)	T4	HD

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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
TRAT. FARMAC.-INFLAM. CRÓNICA DIAG. DE COLON, 5-AMINOSALICILATO (cont.)		
<i>mesalamine</i>	T2	HD
<i>mesalamine</i> (Apriso)	T2	HD
<i>mesalamine</i> (Pentasa)	T2	HD
<i>mesalamine</i> 800 mg dr tablet (Asacol Hd)	T2	HD
<i>mesalamine</i> dr 1.2 gm tablet (Lialda)	T2	HD
PENTASA 250 MG CAPSULE	T3	HD
PENTASA 500 MG CAPSULE (<i>mesalamine</i>)	T4	HD
<i>sulfasalazine</i> (Azulfidine)	T2	HD
AGONISTAS DEL RECEPTOR X FARNESOIDE (FXR), ANÁLOGOS DEL ÁCIDO BILIAR		
OICALIVA	T4	PA QL(30 tabs/fill) SP HD
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	T4	
ANALPRAM HC 2.5%-1% CREAM (<i>hydrocortisone/pramoxine</i>)	T4	ST
ANALPRAM HC 2.5%-1% CRM SINGLE (<i>hydrocortisone/pramoxine</i>)	T4	ST
<i>hydrocort-pramoxine</i> 1%-1% crm	T2	
<i>hydrocort-pramoxine</i> 2.5-1% crm (Analpram Hc)	T2	ST
PROCORT	T4	
INHIBIDORES DE LOS RECEPTORES DE HISTAMINA H2		
<i>cimetidine</i>	T2	HD
<i>cimetidine</i> hcl	T2	HD
<i>famotidine</i>	T2	HD
<i>famotidine</i> (Pepcid)	T1	HD
<i>nizatidine</i>	T2	HD
PEPCID (<i>famotidine</i>)	T4	HD
<i>ranitidine</i> hcl	T2	HD
AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE, COMB. DE AGONISTAS/ANTAGONISTAS DE RECEPT. OPIOIDES		
VIBERZI	T3	HD
AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE-C/CIC, AGONISTAS DE LA GUANILATO CICLASA C		
LINZESS	T3	QL(30 caps/fill)
TRULANCE	T3	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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
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</i> (Reglan)	T1	
<i>prucalopride succinate</i> (Motegrity)	T2	QL (30 tabs/30 days)
REGLAN (<i>metoclopramide hcl</i>)	T4	
AGENTES PARA EL SÍND. DE COLON IRRITABLE, AGONISTA PARCIAL DE 5-HT4		
ZELNORM	T4	
AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE, ANTAGONISTAS DEL 5-HT3		
<i>alosetron hcl</i> (Lotronex)	T2	SP HD
LAXANTES Y CATÁRTICOS		
<i>bisac/nac/na/co3/kcl/peg 3350</i>	T2	PPACA
<i>bisac/nac/na/co3/kcl/peg 3350</i>	T2	PPACA
GIALAX	T4	PPACA
GOLYTELY (<i>peg3350/sod sulf,bicarb,cl/kcl</i>)	T4	
KRISTALOSE	T4	
<i>lactulose</i>	T2	
<i>lactulose 10 gm packet</i>	T2	
<i>lactulose 10 gm/15 ml solution</i>	T2	
<i>lactulose 20 gm/30 ml solution</i>	T2	
<i>lubiprostone</i>	T2	QL (60 caps/30 days)
NULYTELY WITH FLAVOR PACKS (<i>sodium chloride/nahco3/kcl/peg</i>)	T4	
OSMOPREP	T4	PPACA
<i>peg3350/sod sul/nac/kcl/asb/c</i> (Moviprep)	T2	PPACA
<i>peg3350/sod sulf,bicarb,cl/kcl</i>	T2	PPACA
<i>peg3350/sod sulf,bicarb,cl/kcl</i> (Golytely)	T2	PPACA
<i>sodium chloride/nahco3/kcl/peg</i> (Nulytely With Flavor Packs)	T2	PPACA
<i>sodium, potassium,mag sulfates</i> (Suprep)	T2	PPACA

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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
PREPARACIONES ANORRECTALES LOCALES CON NITRATO		
<i>nitroglycerin 0.4% ointment</i> (Rectiv)	T2	
RECTIV (<i>nitroglycerin</i>)	T3	
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES OPIOIDES MU, CON ACCIÓN PERIFÉRICA		
<i>alvimopan</i>	T2	
ENTEREG	T4	
ENZIMAS PANCREÁTICAS		
CREON	T3	HD
PANCREAZE	T3	HD
VIOKACE	T3	HD
ZENPEP	T3	HD
BLOQUEADORES DE ÁCIDO COMPETITIVOS DE POTASIO (PCABS)		
VOQUEZNA	T4	ST
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES		
<i>dexlansoprazole dr 60 mg cap</i>	T2	ST HD
<i>esomeprazole dr 10 mg packet</i> (Nexium)	T2	ST QL (30 packs/fill) HD
<i>esomeprazole dr 2.5 mg packet</i> (Nexium)	T2	ST QL (30 packs/30 days) HD
<i>esomeprazole dr 5 mg packet</i> (Nexium)	T2	ST QL (30 packs/30 days) HD
<i>esomeprazole dr 40 mg packet</i> (Nexium)	T2	ST HD
ESOMEPRAZOLE DR 49.3 MG CAP	T4	ST HD
<i>esomeprazole mag dr 40 mg cap</i> (Nexium)	T2	HD
<i>lansoprazole dr 30 mg capsule</i> (Prevacid)	T1	HD
<i>lansoprazole odt 15 mg tablet</i> (Prevacid)	T2	ST QL (30 tabs/fill) HD
<i>lansoprazole odt 30 mg tablet</i> (Prevacid)	T2	ST HD
<i>omeprazole dr 10 mg, 20 mg capsule</i>	T1	QL (30 caps/fill) HD
<i>omeprazole dr 40 mg capsule</i>	T1	HD
<i>omeprazole/sodium bicarbonate</i> (Zegerid)	T2	PA HD
<i>omeprazole-bicarb 20-1,680 pkt</i> (Zegerid)	T2	ST QL (30 packs/30 days) HD
<i>omeprazole-bicarb 40-1,100 cap</i> (Zegerid)	T2	ST HD
<i>omeprazole-bicarb 40-1,680 pkt</i> (Zegerid)	T2	ST HD
<i>pantoprazole 40 mg suspension</i> (Protonix)	T2	ST HD
<i>pantoprazole sod dr 40 mg tab</i> (Protonix)	T1	HD
<i>rabeprazole sod dr 20 mg tab</i> (Aciphex)	T2	HD

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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
PREPARACIONES RECTALES		
<i>hydrocortisone acetate</i> (Anusol-Hc)	T2	
<i>hydrocortisone acetate</i> (Proctocort)	T2	
PROCTOCORT (<i>hydrocortisone acetate</i>)	T4	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	T4	
ANALPRAM HC 1% CREAM	T4	
ANALPRAM HC 2.5%-1% CREAM (<i>hydrocortisone/pramoxine</i>)	T4	ST
ANALPRAM HC 2.5%-1% CRM SINGLE (<i>hydrocortisone/pramoxine</i>)	T4	ST
<i>hydrocort-pramoxine</i> 1%-1% <i>crm</i>	T2	
<i>hydrocort-pramoxine</i> 2.5%-1% <i>cm</i> (Analpram Hc)	T2	ST
<i>hydrocort-pramoxine</i> 2.5-1% <i>crm</i> (Analpram Hc)	T2	ST
<i>lidocaine-hc</i> 2.8-0.55% <i>gel</i>	T2	
<i>lidocaine-hc</i> 2-2% <i>cream kit</i>	T2	
<i>lidocaine-hc</i> 3-0.5% <i>cream</i>	T2	
<i>lidocaine-hc</i> 3-0.5% <i>cream kit</i>	T2	
<i>lidocaine-hc</i> 3-2.5% <i>gel kit</i>	T2	
<i>lidocaine-hc</i> 3-1% <i>cream kit</i>	T2	
PROCORT	T4	
HORMONAS (Condiciones gastrointestinales/pirosis)		
PREP. RECTALES/DE COLON, GLUCOCORT. (NO HEMORR.)		
CORTENEMA (<i>hydrocortisone</i>)	T4	
<i>hydrocortisone</i> (Cortenema)	T2	
UCERIS (<i>budesonide</i>)	T4	
HORMONAS (Agentes hormonales)		
HORMONAS ADRENOCORTICOTRÓPICAS		
ACTHAR SELFJECT	T4	PA SP HD
AGENTES ANDROGÉNICOS		
DEPO-TESTOSTERONE	T4	PA
DEPO-TESTOSTERONE (<i>testosterone cypionate</i>)	T4	PA

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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.)		
JATENZO 158 MG, 198 MG CAPSULE	T4	PA QL(120 caps/30 days)
METHITEST	T3	
<i>methyltestosterone</i>	T2	
<i>oxandrolone</i>	T2	
<i>testosterone 1% (25mg/2.5g) pk (AndroGel)</i>	T2	PA QL(75 gms/fill)
<i>testosterone 1% (50 mg/5 g) pk (AndroGel)</i>	T2	PA QL(300 gms/fill)
<i>testosterone 1.62% (2.5 g) pkt</i>	T2	QL (60 packs/30 days)
<i>testosterone 1.62% gel pump (AndroGel)</i>	T2	PA QL(150 gms/fill)
<i>testosterone 1.62%(1.25 g) pkt</i>	T2	QL (30 packs/30 days)
<i>testosterone 10 mg gel pump</i>	T2	QL (120 gms/30 days)
TESTOSTERONE 12.5 MG/1.25 GRAM	T4	PA QL(300 gms/fill)
<i>testosterone 12.5 mg/1.25 gram</i>	T2	PA QL(300 gms/fill)
<i>testosterone 30 mg/1.5 ml pump</i>	T2	PA QL(180 mls/fill)
<i>testosterone 50 mg/5 gram gel (Testim)</i>	T2	PA QL(60 tubes/fill)
<i>testosterone 50 mg/5 gram gel (Vogelxo)</i>	T2	PA QL(60 tubes/fill)
TESTOSTERONE 50 MG/5 GRAM PKT	T4	PA QL(300 gms/fill)
<i>testosterone cypionate</i>	T2	PA
<i>testosterone cypionate (Depo-Testosterone)</i>	T2	PA
<i>testosterone enanthate</i>	T2	PA
VOGELXO 12.5 MG/1.25 GRAM PUMP	T4	PA QL(300 gms/fill)
VOGELXO 50 MG/5 GRAM GEL (<i>testosterone</i>)	T4	PA QL(60 tubes/fill)
VOGELXO 50 MG/5 GRAM GEL PACKET	T4	PA QL(60 packs/fill)
XYOSTED	T3	QL(2 mls/28 days)
HORMONAS ANTIDIURÉTICAS Y VASOCONSTRICTORAS		
DDAVP (<i>desmopressin (nonrefrigerated)</i>)	T4	
DDAVP 0.1 MG TABLET (<i>desmopressin acetate</i>)	T4	HD
DDAVP 0.2 MG TABLET (<i>desmopressin acetate</i>)	T4	HD
<i>desmopressin 0.01% solution</i>	T2	HD
DESMOPRESSIN 1.5 MG/ML SPRAY	T3	HD
<i>desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr</i>	T2	HD
<i>desmopressin acetate 0.1 mg tb (Ddavp)</i>	T2	HD
<i>desmopressin acetate 0.2 mg tb (Ddavp)</i>	T2	HD
NOCTIVA	T4	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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
COMBINACIONES DE ESTRÓGENOS/ANDRÓGENOS		
<i>estrogen, ester/me-testosterone</i> (Estratest F.S.)	T2	HD
<i>estrogen, ester/me-testosterone</i> (Estratest H.S.)	T2	HD
ESTRATEST F.S. (<i>estrogen, ester/me-testosterone</i>)	T4	HD
ESTRATEST H.S. (<i>estrogen, ester/me-testosterone</i>)	T4	HD
AGENTES ESTROGÉNICOS		
ACTIVELLA (<i>estradiol/norethindrone acet</i>)	T4	HD
CLIMARA (<i>estradiol</i>)	T4	QL (4 patches/28 days) HD
COMBIPATCH	T3	
DELESTROGEN	T4	HD
DELESTROGEN (<i>estradiol valerate</i>)	T4	HD
DEPO-ESTRADIOL	T3	HD
ESTRACE 0.5 MG TABLET (<i>estradiol</i>)	T4	HD
ESTRACE 1 MG TABLET (<i>estradiol</i>)	T4	HD
ESTRACE 2 MG TABLET (<i>estradiol</i>)	T4	HD
<i>estradiol</i> (Climara)	T2	QL (4 patches/28 days) HD
<i>estradiol</i> 0.1% (0.25mg) gel pk (Divigel)	T2	QL (30 packs/fill) HD
<i>estradiol</i> 0.1% (0.75mg) gel pk (Divigel)	T2	QL (30 packs/fill) HD
<i>estradiol</i> 0.1% (1 mg) gel pkt (Divigel)	T2	QL (30 packs/fill) HD
<i>estradiol</i> 0.1% (1.25mg) gel pk	T2	QL (30 packs/fill) HD
<i>estradiol</i> 0.06% 1.25g gel pump (EstroGel)	T2	QL (50 gms/30 days) HD
<i>estradiol</i> 0.5 mg tablet (Estrace)	T2	HD
<i>estradiol</i> 1 mg tablet (Estrace)	T2	HD
<i>estradiol</i> 2 mg tablet (Estrace)	T2	HD
<i>estradiol valerate</i> (Delestrogen)	T2	HD
<i>estradiol/norethindrone acet</i>	T2	HD
<i>estradiol/norethindrone acet</i> (Activella)	T2	HD
EVAMIST	T4	QL (17 mls/30 days) HD
MENOSTAR	T4	QL (4 patches/28 days) HD
<i>norethind-eth estrad</i> 0.5-2.5	T2	HD
<i>norethindrone ac/eth estradiol</i>	T2	HD
<i>norethin-eth estrad</i> 1 mg-5 mcg	T2	HD
COMB. DE ESTRÓGENOS-PROGESTINAS CON ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES PARA MINERALOCORTICOIDES		
ANGELIQ	T4	HD

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
COMB. DE ESTRÓGENOS Y MOD. SELECTIVOS DE RECEPTORES ESTROGÉN. (SERM)		
DUAVEE	T3	
GLUCOCORTICOIDES		
budesonide	T2	
budesonide (Uceris)	T2	
CORTEF (hydrocortisone)	T4	
cortisone acetate	T2	
deflazacort (Emflaza)	T2	PA SP
deflazacort (Emflaza)	T2	PA SP HD
dexamethasone	T2	PA
dexamethasone	T2	
dexamethasone 0.5 mg tablet	T1	
dexamethasone 0.5 mg/5 ml elx	T1	
dexamethasone 0.5 mg/5 ml liq	T2	
dexamethasone 0.75 mg tablet	T1	
dexamethasone 1 mg tablet	T1	
dexamethasone 1.5 mg tablet	T1	
dexamethasone 10 day 1.5 mg tb	T2	PA
dexamethasone 13 day 1.5 mg tb	T2	PA
dexamethasone 2 mg tablet	T1	
dexamethasone 4 mg tablet	T1	
dexamethasone 6 day 1.5 mg tab	T2	PA
dexamethasone 6 mg tablet	T1	
DEXONTO	T4	
hydrocortisone (Cortef)	T2	
MEDROL	T4	
MEDROL (methylprednisolone)	T4	
methylprednisolone	T2	
methylprednisolone (Medrol)	T2	
ORAPRED ODT (prednisolone sodium phosphate)	T4	
prednisolone	T2	
prednisolone sodium phosphate	T2	
prednisolone sodium phosphate (Orapred Odt)	T2	
prednisone	T2	
prednisone	T1	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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.)		
RAYOS	T4	PA
TAPERDEX	T4	PA
TARPEYO	T4	PA QL(28 caps/30 days) SP
UCERIS (<i>budesonide</i>)	T4	
ZCORT	T4	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
ANÁLOGOS AGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), SUPRESORES HIPOFISARIOS		
SYNAREL	T4	PA SP HD
COMB. DE PROGESTINA Y ESTRÓGENOS ANTAGONISTAS DE LA LHRH (GNRH)		
MYFEMBREE	T3	PA
ORIAHNN	T3	PA
ANTAGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), AGENTES SUPRESORES HIPOFISARIOS		
<i>cetorelix acetate</i>	T2	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)	T2	ST SP
<i>ganirelix acetate</i> (Ganirelix Acetate)	T2	SP
ORILISSA 150 MG TABLET	T3	PA QL(30 tabs/fill)
ORILISSA 200 MG TABLET	T3	PA QL(60 tabs/fill)
MINERALOCORTICOIDES		
<i>fludrocortisone acetate</i>	T1	HD
OXITÓCICOS		
CERVIDIL	T4	
<i>methylergonovine maleate</i>	T2	QL (240 tabs/30 days)
PREPIDIL	T4	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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
HORMONAS PARATIROIDEAS		
NATPARA	T4	PA SP HD
YORVIPATH	T4	PA SP
AGENTES SUPRESORES HIPOFISARIOS		
cabergoline	T2	QL (8 tabs/28 days) HD
CRENESSITY	T4	PA SP
danazol	T2	HD
AGENTES PROGESTACIONALES		
CRINONE 8% GEL	T3	
medroxyprogesterone 2.5 mg tab (Provera)	T2	HD
medroxyprogesterone 5 mg tab (Provera)	T2	HD
medroxyprogesterone 10 mg tab (Provera)	T2	HD
norethindrone acetate	T2	HD
progesterone 100 mg capsule (Prometrium)	T2	HD
progesterone 200 mg capsule (Prometrium)	T2	HD
PROMETRIUM (progesterone, micronized)	T4	HD
PROVERA (medroxyprogesterone acetate)	T4	HD
AGENTES SOMATOSTÁTICOS		
MYCAPSSA	T4	PA SP
MYCAPSSA DR 20MG CAPSULE	T4	PA SP QL (56 caps/28 days)
SIGNIFOR	T4	PA SP
PREPARACIONES DE ESTRÓGENOS VAGINALES		
estradiol (Vagifem)	T2	
estradiol 0.01% cream (Estrace)	T2	HD
estradiol 10 mcg vaginal insrt (Vagifem)	T2	HD
PREMARIN VAGINAL CREAM-APPL	T3	HD
HORMONAS (Infertilidad)		
PREPARACIONES PARA ESTIMULAR LA FERTILIDAD, SIN FSH		
clomiphene citrate	T2	
HORMONAS FOLICULOESTIMULANTES Y LUTEINIZANTES		
MENOPUR	T4	SP
HORMONA FOLICULOESTIMULANTE (FSH)		
FOLLISTIM AQ	T4	ST SP
GONAL-F	T4	ST SP
GONAL-F RFF REDI-JECT	T4	ST SP

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

HD – Puede requerir entrega a domicilio
SP – Medicamentos de especialidad

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Infertilidad) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
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	SP
PREGNYL	T4	QL (3 vials/30 days) SP
AGENTES PARA FACILITAR/MANTENER EL EMBARAZO, HORMONALES		
CRINONE	T4	
ENDOMETRIN	T3	
progesterone 100 mg vag insert	T2	
HORMONAS (Varias)		
ANÁLOGOS DE LA HORMONA LEPTINA		
MYALEPT	T4	PA SP HD
HORMONAS (Productos para la osteoporosis)		
AGENTES QUE ESTIMULAN LA FORMACIÓN DE HUESO - PÉPTIDOS LIB. DE PTH		
TYMLOS	T4	PA QL(1 pen/fil) SP HD
INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA		
calcitonin,salmon,synthetic	T2	HD
calcitonin,salmon,synthetic (Miacalcin)	T2	HD
MIACALCIN (calcitonin,salmon,synthetic)	T4	HD
INMUNOSUPRESORES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
INHIBIDORES DE LA INTERLEUCINA HUMANA I2/23 (IL-I2/I3), 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

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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 DE RECEPTORES DE LA IL-23, ANTICUERPOS MONOCLONALES

OMVOH	T4	PA QL (2 mls/28 days) SP HD
OMVOH 100 MG/ML PEN	T4	PA QL (2 mls/28 days) SP HD
OMVOH 300 MG DOSE - 2 PENS	T4	PA 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 100 MG/ML SYRINGE	T4	PA QL (2 mls/28 days) SP HD
OMVOH 300 MG DOSE - 2 SYRINGES	T4	PA 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 PEN INDUCTION (2 PEN)	T4	PA QL (1200 mgs/365 days) 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
SKYRIZI ON-BODY	T4	PA QL(1 cartridge/56 days) SP HD

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

AGENTES INMUNOSUPRESORES TÓPICOS

HYFTOR	T4	PA SP
<i>pimecrolimus</i> (Elidel)	T2	ST QL(120 gms/30 days)
<i>tacrolimus</i> 0.03% ointment	T2	ST QL (120 gms/30 days)
<i>tacrolimus</i> 0.1% ointment	T2	ST QL (120 gms/30 days)

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INMUNOSUPRESORES		
ASTAGRAF XL	T4	PA SP HD
AZASAN (azathioprine)	T4	SP HD
azathioprine (Azasan)	T2	SP HD
azathioprine (Imuran)	T2	SP HD
CELLCEPT (mycophenolate mofetil)	T4	SP HD
cyclosporine 25 mg capsule (Sandimmune)	T2	SP HD
cyclosporine 100 mg capsule (Sandimmune)	T2	SP HD
cyclosporine, modified	T2	SP HD
cyclosporine, modified (Neoral)	T2	SP HD
everolimus 0.25 mg tablet (Zortress)	T2	SP HD
everolimus 0.5 mg tablet (Zortress)	T2	SP HD
everolimus 0.75 mg tablet (Zortress)	T2	SP HD
everolimus 1 mg tablet (Zortress)	T2	SP HD
IMURAN (azathioprine)	T4	SP HD
LUPKYNIS	T4	PA SP QL (180 caps/30 days)
mycophenolate mofetil (Cellcept)	T2	SP HD
mycophenolate sodium (Myfortic)	T2	SP HD
MYFORTIC (mycophenolate sodium)	T4	SP HD
MYHIBBIN	T4	SP
NEORAL (cyclosporine, modified)	T4	SP HD
PROGRAF 0.2 MG GRANULE PACKET	T4	SP HD
PROGRAF 0.5 MG CAPSULE (tacrolimus)	T4	SP HD
PROGRAF 1 MG CAPSULE (tacrolimus)	T4	SP HD
PROGRAF 1 MG GRANULE PACKET	T4	SP HD
PROGRAF 5 MG CAPSULE (tacrolimus)	T4	SP HD
RAPAMUNE (sirolimus)	T4	SP HD
SANDIMMUNE 25 MG CAPSULE (cyclosporine)	T4	SP HD
SANDIMMUNE 100 MG CAPSULE (cyclosporine)	T4	SP HD
SANDIMMUNE 100 MG/ML SOLN	T4	SP HD
sirolimus	T2	SP HD
sirolimus (Rapamune)	T2	SP HD
tacrolimus 0.5 mg capsule (ir) (Prograf)	T2	SP HD
tacrolimus 1 mg capsule (ir) (Prograf)	T2	SP HD
tacrolimus 5 mg capsule (ir) (Prograf)	T2	SP HD
ZORTRESS (everolimus)	T4	SP HD

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS		
2TEK	T4	
ACCU-CHEK	T4	
ACCU-CHEK COMPACT PLUS CONTROL	T4	
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCING DEV	T3	
ACCU-CHEK GUIDE CONTROL SOLN	T4	
ACCU-CHEK SMARTVIEW CONTRL SOL	T4	
ACCU-CHEK SOFTCLIX	T3	
ACCUTREND GLUCOSE CONTROL	T4	
ADJUSTABLE LANCING DEVICE	T3	
ADVANCED LANCING DEVICE	T3	
ADVOCATE CONTROL SOLUTION	T4	
ADVOCATE LANCING DEVICE	T3	
ADVOCATE RAPID-SAFE LANCING DV	T3	
ADVOCATE REDI-CODE+ CTRL SOLN	T4	
AGAMATRIX CONTROL	T4	
AGAMATRIX CONTROL SOLUTION	T4	
ALKALINE BATTERIES	T4	
ALTERNATE SITE LANCING DEVICE	T3	
AQUA LANCE LANCING DEVICE	T3	
ASSURE 4 CONTROL SOLUTION	T4	
ASSURE DOSE	T4	
ASSURE PRISM	T4	
AT HOME A1C	T4	
AUTOLET LITE	T3	
AUTOJECT 2	T3	
AUTO-LANCET MINI	T3	
AUTOLET IMPRESSION	T3	
AUTOLET LANCING DEVICE	T3	
AUTOLET LITE	T3	
AUTOLET PLUS	T3	
AUTOPEN	T3	
AUTOSOFT 30	T3	
AUTOSOFT 90	T3	
AUTOSOFT 30 INFUSION SET PACK	T4	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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.)		
AUTOSOFT XC INFUSION SET PACK	T4	
AUTOSOFT XC	T3	
BLOOD GLUCOSE CONTROL	T4	
BLOOD-GLUCOSE CONTROL	T4	
BREEZE 2	T4	
CAREONE	T3	
CARESENS	T4	
CARESENS S CONTROL SOLUTION	T4	
CARETOUCH CONTROL SOLUTION	T4	
CARETOUCH LANCING DEVICE	T3	
CEQUR SIMPLICITY	T3	
CEQUR SIMPLICITY INSERTER	T3	
CHEMSTRIP BG DIARY	T4	
CHOSEN LANCING DEVICE	T3	
CLEVER CHOICE CONTROL SOLUTION	T4	
CONTOUR	T4	
CONTOUR NEXT CONTROL SOLUTION	T4	
CONTROL SOLUTION	T4	
COOL CONTROL SOLUTION	T4	
DEXCOM G6 RECEIVER	T3	PA QL (1 unit/365 days)
DEXCOM G6 SENSOR	T3	PA QL (3 kits/30 days)
DEXCOM G6 TRANSMITTER	T3	PA QL (1 kit/90 days)
DEXCOM G7 RECEIVER	T3	PA QL (1 unit/365 days)
DEXCOM G7 SENSOR	T3	PA QL (3 units/30 days)
DIATRUE	T4	
DROPLET GENTEEL LANCING DEVICE	T3	
DROPLET LANCING DEVICE	T3	
EASY MINI EJECT LANCING DEVICE	T3	
EASY PLUS II CONTROL SOLN HIGH	T4	
EASY PLUS II CONTROL SOLN LOW	T4	
EASY STEP CONTROL SOLUTION	T4	
EASY TALK CONTROL SOLN LOW	T4	
EASY TALK HIGH CONTROL SOLN	T4	
EASY TALK PLUS II HIGH CONTROL	T4	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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.)		
EASY TALK PLUS II LOW CTRL SLN	T4	
EASY TOUCH BLULINK CTRL SOLN	T4	
EASY TOUCH CONTROL SOLUTION	T4	
EASY TOUCH LANCING DEVICE	T3	
EASY TRAK CONTROL SOLN HIGH	T4	
EASY TRAK CONTROL SOLN LOW	T4	
EASY TRAK II CONTROL SOLUTION	T4	
EASYGLUCO PLUS CONTROL NORMAL	T4	
EASYMAX 15 LEVEL 2 SOLUTION	T4	
EASYMAX NORMAL CONTROL SOLN	T4	
ELEMENT COMPACT CONTROL SOLN	T4	
ELEMENT CONTROL SOLUTION	T4	
EMBRACE EVO LEVEL 1 CTRL SOLN	T4	
EMBRACE GLUC CONTROL SOLN HIGH	T4	
EMBRACE GLUCOSE CONTROL SOLN	T4	
EMBRACE LANCING DEVICE	T3	
EMBRACE PRO	T4	
EMBRACE TALK CONTROL SOLUTION	T4	
ENLITE SERTER	T4	
EVENCARE G2 CONTROL SOLUTION	T4	
EVENCARE G3 CONTROL SOLUTION	T4	
EVOLUTION CONTROL SOLUTION	T4	
FORA CONTROL SOLUTION	T4	
FORA GTEL MULTIFUNCTN MONITOR	T4	
FORA KETONE CONTROL SOLUTION	T4	
FORA LANCING DEVICE	T3	
FORA TN'GO ADV MOBILE MULT MTR	T4	
FORA TN'G ADVANCE PRO MONITOR	T4	
FORA TN'GO ADVANCE MULTIFN MTR	T4	
FORACARE GDH	T4	
FORTISCARE	T4	
FREESTYLE CONTROL SOLUTION	T3	
FREESTYLE LIBRE 2 READER	T3	PA QL (1 unit/365 days)
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR	T3	ST QL (2 sensors/28 days)

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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 LIBRE 2 PLUS SENSOR	T3	PA QL (2 units/30 days)
FREESTYLE LIBRE 3 PLUS SENSOR	T3	PA QL (2 units/30 days)
FREESTYLE LIBRE 3 READER	T3	PA QL (1 unit/365 days)
FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR	T3	PA QL (2 units/28 days)
FREESTYLE LIBRE 10 DAY READER	T3	PA
FREESTYLE LIBRE 10 DAY SENSOR	T3	PA QL (2 kits/30 days)
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER	T3	PA
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR	T3	PA QL (2 sensors/28 days)
FREESTYLE NAVIGATOR SENSOR KIT	T3	
GE100 CONTROL SOLUTION NORMAL	T4	
GENTEEL VACUUM LANCING DEVICE	T4	
GLUCOCARD 01 CONTROL	T4	
GLUCOCARD EXPRESSION CNTRL SLN	T4	
GLUCOCARD SHINE CONTROL SOLN	T4	
GLUCOCOM AUTOLINK	T4	
GLUCOCOM CONTROL SOLUTION	T4	
GLUCOSE CONTROL	T4	
GLUCOSE CONTROL SOLUTION	T4	
GOJJI GLUCOSE CONTROL SOLUTION	T4	
GOJJI KETONE CONTROL SOLUTION	T4	
GOJJI LANCING DEVICE	T3	
GOJJI MULTI-FUNCTIONAL METER	T4	
GUARDIAN 4 TRANSMITTER	T4	PA QL (1 transmitter/273 days)
GUARDIAN 4 GLUCOSE SENSOR	T4	PA QL (5 sensors/30 days)
GUARDIAN LINK 3 TRANSMITTER	T4	PA QL (1 transmitter/273 days)
GUARDIAN RT CHARGER	T4	
GUARDIAN RT STARTER KIT	T4	
GUARDIAN TEST PLUG	T4	
GUARDIAN TRANSMITTER TAPE	T4	
HEALTHPRO GLUCOSE CONTROL SOLN	T4	
HEALTHY ACCENTS AUTOLET	T3	
HYPOLANCE	T3	
IHEALTH CONTROL SOLN LEVEL 2	T4	
ILET INFUSION-CONTACT DETACH	T3	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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.)		
ILET INFUSION KIT-INSET	T3	
ILET STARTER KIT-INSET	T3	
INCONTROL LANCING DEVICE	T3	
INFINITY CONTROL SOLUTION	T4	
INFINITY VOICE CONTROL SOLN	T4	
INPEN (FOR HUMALOG)	T4	
INPEN (FOR NOVOLOG OR FIASP)	T4	
INSUL-CAP	T4	
INSUL-EZE	T3	
LANCING DEVICE	T3	
LANCING SYSTEM	T3	
LANZO	T3	
LITE TOUCH LANCING PEN	T3	
MEDISENSE	T3	
MEDISENSE GLUCOSE KETONE	T3	
MEDISENSE GLUCOSE KETONE CONTR	T3	
MEDTRONIC EXT INFUSION SET	T3	
MEDTRONIC REMOTE CONTROL	T4	
MICRODOT HIGH-LOW CONTROL SOL	T4	
MICRODOT NORMAL CONTROL SOLUT	T3	
MICROLET 2	T3	
MICROLET NEXT LANCING DEVICE	T3	
MINI LANCING DEVICE	T2	
MINIMED MIO ADVANCE	T3	
MINIMED QUICK SET	T3	
MINIMED QUICK-SERTER	T4	
MINIMED QUICK-SERTER	T3	
MINIMED SILHOUETTE	T3	
MINIMED SURE T	T3	
MODD1 PATIENT WELCOME KIT	T4	
MODD1 SUPPLY KIT	T4	
MULTI-LANCET	T3	
MYGLUCOHEALTH CONTROL SOLUTION	T4	
NOVA MAX PLUS GLUC-KETON METER	T4	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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.)		
NOVAMAX PLUS GLU-KET	T4	
NOVOPEN 3	T3	
NOVOPEN ECHO	T4	
OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS)	T3	QL (15 crtgs/30 days)
OMNIPOD 5 DEXG7G6 INTRO(GEN 5)	T3	QL (1 kit/720 days)
OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS (GEN 5)	T3	QL (15 crtgs/30 days)
OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS (GEN 5)	T3	QL (15 pods/28 days)
OMNIPOD 5 INTRO(G6/LIBRE2PLUS)	T3	QL (1 kit/720 days)
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5)	T3	QL (1 kit/720 days)
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5)	T3	QL (15 crtgs/30 days)
OMNIPOD CLASSIC PDM KIT(GEN 3)	T3	
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	T3	
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	T3	QL(1 kit/720 days)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	T3	QL(15 pods/28 days)
OMNIPOD GO PODS	T3	QL(10 crtgs/30 days)
ON CALL EXPRESS CONTROL SOLN	T4	
ON CALL LANCING DEVICE	T3	
ON CALL PLUS CONTROL	T4	
ON CALL PLUS LANCING DEVICE	T3	
ON CALL VIVID CONTROL	T4	
ONETOUCH DELICA	T3	
ONETOUCH DELICA PLUS LANC DEV	T3	
ONETOUCH ULTRA CONTROL SOLN	T4	
ONETOUCH VERIO HIGH CNTRL SOLN	T4	
ONETOUCH VERIO MID CNTRL SOLN	T4	
OPTUMRX GLUCOSE CONTROL SOLN	T4	
OVAL TAPE	T4	
PIP GLUCOSE CONTROL SOLUTION	T4	
PRECISION XTRA KETONE-GLUCOSE	T3	
PRODIGY CONTROL SOLUTION	T4	
PRODIGY LANCING DEVICE	T3	
QUICK RELEASE SOFT TEFLON	T3	
REFUAH PLUS GLUCOSE CONTROL	T4	
RELIAMED MINI LANCING DEVICE	T3	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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.)		
REPLACEMENT PEDIATRIC MONITOR	T4	
RIGHTEST CONTROL SOLUTION	T4	
RIGHTEST GD500	T3	
SAFE-CLIP	T3	
SEN-SERTER	T4	
SILHOUETTE	T3	
SIL-SERTER	T3	
SMARTDIABETES VANTAGE	T3	
SMARTEST	T4	
SOF-SERTER	T3	
SOF-SET	T3	
SOF-SET MICRO	T3	
SOLUS V2 CONTROL SOLUTION	T4	
SOLUS V2 LANCING DEVICE	T3	
SURE COMFORT LANCING PEN	T3	
SUREFLEX	T3	
SURE-PEN	T3	
SURE-TEST EASYPLUS MINI SOLN	T4	
T:FLEX	T3	
T:SLIM X2	T3	
TANDEM MOBI AUTOSOFT 30	T3	PA SP HD
TANDEM MOBI AUTOSOFT XC	T3	PA SP HD
TANDEM MOBI AUTOSOFT 30 SUPPLY	T3	
TANDEM MOBI AUTOSOFT XC SUPPLY	T3	
TANDEM MOBI AUTOSOFT 30 SUPPLY	T3	
TANDEM MOBI AUTOSOFT XC SUPPLY	T3	
TANDEM MOBI CARTRIDGE	T3	
TANDEM MOBI TRUSTEEL SUPPLY	T3	
TANDEM T:SLIM ASFT 30	T3	
TANDEM T:SLIM ASFT XC	T3	
TANDEM T:SLIM TRUSTL	T3	
TELCARE CONTROL SOLUTION	T4	
TRUE METRIX	T3	
TRUECONTROL	T3	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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.)		
TRUEDRAW	T3	
TRUSTEEL INFUSION SET	T3	
TRUSTEEL INFUSION SET PACK	T4	
TWIST REFILL KT(CSST-NDL-SYR)	T3	
TWIST RFL(INFUS-CSST-NDL-SYR)	T3	
TWIST STARTER KIT	T3	
ULTI-LANCE	T3	
ULTRATRAK CONTROL SOL NORMAL	T4	
ULTRATRAK CONTROL SOLUTION	T4	
ULTRATRAK ULTIMATE CNTRL SOLN	T4	
UNISTIK 2	T3	
UNISTRIP	T4	
VARISOFT INFUSION SET	T3	
V-GO 20	T3	
V-GO 30	T3	
V-GO 40	T3	
VIVAGUARD INO CONTROL SOLUTION	T4	
VIVAGUARD LANCING DEVICE	T3	
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I)		
1ST TIER UNILET COMFORTOUCH	T3	
2-IN-1 LANCET DEVICE	T3	
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET DRUM	T3	
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO	T3	
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO PLUS	T3	
ACCU-CHEK SOFTCLIX	T3	
<i>acti-lance lite 28g lancets</i>	T2	
<i>acti-lance special 17g lancets</i>	T2	
<i>acti-lance univers 23g lancets</i>	T2	
ACTI-LANCE UNIVERS 23G LANCETS	T3	
ADVANCED TRAVEL LANCETS	T3	
ADVOCATE LANCET	T3	
ADVOCATE LANCETS	T3	
ADVOCATE SAFETY LANCET	T3	
AGAMATRIX ULTRA-THIN LANCET	T3	PA SP HD

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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.)		
ALTERNATE SITE LANCETS	T3	
ASSURE HAEMOLANCE PLUS	T3	
ASSURE LANCE	T3	
ASSURE LANCE PLUS	T3	
BD MICROTAINER LANCETS	T3	
BLOOD LANCETS	T3	
BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS	T3	
BUTTERFLY TOUCH LANCET	T3	
CAREONE	T3	
CARESENS LANCET	T3	
CARETOUCH SAFETY LANCETS	T3	
CARETOUCH TWIST LANCET	T3	
CLEVER CHEK LANCETS	T3	
CHOSEN LANCET	T3	
CHOSEN SAFETY LANCET	T3	
COAGUCHEK	T3	
COLOR LANCETS	T3	
COMFORT EZ	T3	
COMFORT LANCETS	T3	
COMFORT TOUCH PLUS SAFETY LANC	T3	
COMFORT TOUCH ULT THIN LANCET	T3	
DROPSAFE ACTI-LANCE	T3	
DROPLET LANCETS	T3	
EASY COMFORT LANCETS	T3	
EASY TOUCH PULL-TOP 26G LANCET	T3	
EASY TOUCH PULL-TOP 28G LANCET	T3	
EASY TOUCH PULL-TOP 30G LANCET	T3	
EASY TOUCH PULL-TOP 32G LANCET	T3	
EASY TOUCH SAFETY 21G LANCETS	T3	
EASY TOUCH SAFETY 23G LANCETS	T3	
EASY TOUCH SAFETY 26G LANCETS	T3	
EASY TOUCH SAFETY 28G LANCETS	T3	
EASY TOUCH SAFETY 30G LANCETS	T3	
EASY TOUCH SAFETY 32G LANCETS	T3	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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.)		
EASY TOUCH TWIST 26G LANCETS	T3	
EASY TOUCH TWIST 28G LANCETS	T3	
EASY TOUCH TWIST 30G LANCETS	T3	
EASY TOUCH TWIST 32G LANCETS	T3	
EASY TOUCH TWIST 33G LANCETS	T3	
EASY TWIST & CAP LANCETS	T3	
EMBRACE 30G LANCETS	T3	
EMBRACE SAFETY LANCET	T3	
EZ SMART LANCETS	T3	
EZ-LETS	T3	
FIFTY50 SAFETY SEAL LANCETS	T3	
FINGERSTIX	T3	
FORA LANCETS	T3	
FORACARE LANCETS	T3	
FREESTYLE LANCETS	T3	
FREESTYLE UNISTIK 2	T3	
GLUCOCOM	T3	
GLUCOCOM LANCETS	T3	
GOJJI LANCETS	T3	
HEALTHY ACCENTS UNILET LANCET	T3	
INCONTROL SUPER THIN LANCETS	T3	
INCONTROL ULTRA THIN LANCETS	T3	
INJECT EASE LANCETS	T3	
INVACARE LANCETS	T3	
<i>lancets</i>	T2	
LANCETS	T3	
LITE TOUCH 28G LANCETS	T3	
LITE TOUCH 30G LANCETS	T3	
LITE TOUCH 33G LANCETS	T3	
MEDISENSE THIN LANCETS	T3	
<i>medlance plus 21g lancets</i>	T2	
MEDLANCE PLUS 21G LANCETS	T3	
<i>medlance plus 30g lancets</i>	T2	
MEDLANCE PLUS 30G LANCETS	T3	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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.)		
MEDLANCE PLUS EXTRA 21G LANCET	T3	
<i>medlance plus lite 25g lancets</i>	T2	
MEDLANCE PLUS LITE 25G LANCETS	T3	
MICRO THIN LANCET	T3	
MICRO THIN LANCETS	T3	
MICROLET	T3	
MOBILE LANCETS	T3	
MONOLET LANCETS	T3	
MONOLET THIN LANCETS	T3	
MYGLUCOHEALTH LANCETS	T3	
NOVA SAFETY LANCETS	T3	
NOVA SUREFLEX	T3	
ON CALL LANCET	T3	
ON CALL PLUS LANCET	T3	
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET	T3	
ONETOUCH DELICA SAFETY LANCET	T3	
ONETOUCH LANCETS	T3	
ONETOUCH SURESOFT	T3	
ONETOUCH ULTRASOFT 2 LANCET	T3	
ON-THE-GO	T3	
PERFECT POINT SAFETY LANCETS	T3	
PIP LANCET	T3	
PRESSURE ACTIVATED LANCETS	T3	
PRO COMFORT LANCET	T3	
PRO COMFORT LANCETS	T3	
PRO COMFORT SAFETY LANCET	T3	
PRODIGY LANCETS	T3	
PRODIGY TWIST TOP LANCET	T3	
PURE COMFORT LANCETS	T3	
PURE COMFORT SAFETY LANCETS	T3	
PUSH BUTTON SAFETY LANCETS	T3	
READYLANC SAFETY LANCETS	T3	
RELIAMED	T3	
RELIAMED SAFETY SEAL LANCETS	T3	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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.)		
RIGHTEST GL300 LANCETS	T3	
SAFETY LANCETS	T3	
SAFETY SEAL LANCETS	T3	
SAFETY-LET	T3	
SINGLE-LET	T3	
SMART SENSE	T3	
SMART SENSE LANCETS	T3	
SMARTTEST LANCET	T3	
SOLUS V2	T3	
SOLUS V2 LANCETS	T3	
STERILANCE TL	T3	
STERILE LANCETS	T3	
SUPER THIN LANCETS	T3	
SURE COMFORT LANCETS	T3	
SURE-LANCE	T3	
SURE-TOUCH	T3	
TECHLITE LANCETS	T3	
TELCARE ULTRA THIN 30G LANCETS	T3	
THIN LANCETS	T3	
TOPCARE UNIVERSAL1 LANCET	T3	
TOPCARE UNIVERSAL1 THIN LANCET	T3	
TRUE COMFORT LANCET	T3	
TRUE COMFORT SAFETY LANCET	T3	
TRUEPLUS LANCET	T3	
TRUEPLUS LANCETS	T3	
TWIST LANCETS	T3	
TWIST TOP LANCET	T3	
ULTILET BASIC	T3	
ULTILET CLASSIC	T3	
ULTILET LANCETS	T3	
ULTILET SAFETY	T3	
ULTRA THIN LANCET	T3	
ULTRA THIN LANCETS	T3	
ULTRA THIN PLUS LANCETS	T3	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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.)		
ULTRA-CARE LANCETS	T3	
ULTRALANCE	T3	
ULTRA-THIN II 28G LANCETS	T3	
ULTRA-THIN II 30G LANCETS	T3	
ULTRATLC LANCETS	T3	
UNILET COMFORTOUCH	T3	
UNILET EXCELITE	T3	
UNILET EXCELITE II	T3	
UNILET GP LANCET	T3	
UNILET LANCET	T3	
UNILET LANCETS	T3	
UNISTIK 2 COMFORT	T3	
UNISTIK 2 EXTRA	T3	
UNISTIK 2 NORMAL	T3	
UNISTIK 3	T3	
UNISTIK 3 COMFORT	T3	
UNISTIK 3 DUAL	T3	
UNISTIK 3 EXTRA	T3	
UNISTIK 3 NORMAL	T3	
UNISTIK COMFORT	T3	
UNISTIK CZT	T3	
UNISTIK EXTRA	T3	
UNISTIK NORMAL	T3	
UNISTIK PRO	T3	
UNISTIK SAFETY	T3	
UNISTIK TOUCH	T3	
UNIVERSAL 1	T3	
VERIFINE SAFETY LANCET MINI	T3	
VERIFINE UNIVERSAL LANCET	T3	
VIVAGUARD LANCET	T3	
VIVAGUARD SAFETY LANCET	T3	
AGUJAS/DISPOSITIVOS SIN AGUJA		
AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE	T3	
BD ECLIPSE NEEDLE 18G 40MM	T4	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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 ECLIPSE NEEDLE 21GX1"	T3	
BD ECLIPSE NEEDLE 22GX1"	T3	
BD ECLIPSE NEEDLE 23GX1"	T4	
BD ECLIPSE NEEDLE 25G 16MM	T4	
BD ECLIPSE NEEDLE 25G 25MM	T4	
BD ECLIPSE NEEDLE 25GX1"	T3	
BD ECLIPSE NEEDLE 25GX1.5"	T3	
BD ECLIPSE NEEDLES 21GX1.5"	T3	
BD SAFETYGLIDE NEEDLE	T3	
BD SAFETYGLIDE NEEDLE 18GX1.5"	T3	
BD SAFETYGLIDE NEEDLE 21GX1"	T3	
BD SAFETYGLIDE NEEDLE 21GX1.5"	T3	
BD SAFETYGLIDE NEEDLE 22GX1.5"	T3	
BD SAFETYGLIDE NEEDLE 23G 40MM	T4	
BD SAFETYGLIDE NEEDLE 25GX1"	T3	
BD SAFETYGLIDE NEEDLE 27GX5/8"	T3	
BLUNT NEEDLE	T3	
CAREPOINT PRECISION NEEDLE	T4	
CARETOUCH HYPODERMIC NEEDLE	T4	
CHEMO TRANSFER PIN	T3	
DROPSAFE SICURA SAFETY NEEDLE	T4	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE	T4	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLES	T4	
EASY TOUCH HYPODERMIC NEEDLE	T4	
EASYPPOINT NEEDLE	T4	
EXEL HUBER NEEDLE	T3	
EXEL HYPODERMIC NEEDLE	T3	
EXEL MTI DRAWING NEEDLE	T3	
FILTER ASPIRATOR NEEDLE	T3	
FILTER NEEDLE	T3	
FLOW-EZE	T3	
HURRICANE LUER-LOCK	T3	
HYPODERMIC NEEDLE	T3	
INTEGRA NEEDLE	T3	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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.)		
INTEGRA PRECISIONGLIDE NEEDLE	T4	
LIFESHIELD BLUNT CANNULA	T3	
MINI TRANSFER PIN	T3	
MONOJECT BLOOD COLLECTION	T3	
MONOJECT FILTER NEEDLE	T4	
NANO 2ND GEN PEN NEEDLE	T3	
NANO PEN NEEDLE	T3	
NEEDLES	T3	
needles,safety huber,disposabl	T2	
NOKOR ADMIX NEEDLE	T3	
NOKOR NEEDLE	T3	
PEN NEEDLE 30G X 8MM	T4	
PERFECT POINT SAFETY NEEDLE	T4	
PHASEAL PROTECTOR	T4	
POLY HUB NEEDLE	T3	
PRECISIONGLIDE	T3	
PRECISIONGLIDE NEEDLE	T3	
QUINCE SPINAL NEEDLE	T3	
RAYA SURE PEN NEEDLE 29G 12MM	T4	
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 5MM	T4	
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 6MM	T4	
REGULAR BEVEL NEEDLES	T3	
SAFETYGLIDE NEEDLE	T3	
SHORT BEVEL NEEDLES	T3	
SPECIALTY USE NEEDLES	T3	
TERUMO SURGUARD2	T3	
THIN WALL NEEDLES	T3	
TRANSFER NEEDLE	T3	
TRANSFER PIN	T3	
ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE	T3	
ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE	T3	
ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE	T3	
ULTRA-FINE ORIGINAL PEN NEEDLE	T3	
ULTRA-FINE ORIGINAL PEN NEEDLE	T3	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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.)		
ULTRA-FINE PEN NEEDLE	T3	
ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE	T3	
YALE NEEDLES	T3	
JERINGAS Y ACCESORIOS		
ALLERGIST TRAY	T4	
ALLERGIST TRAY SYR-DETACH NDL	T3	
ALLERGIST TRAY SYR-PERM NEEDLE	T3	
ALLERGY SYRINGE 1 ML 27GX1/2"	T4	
ALLERGY SYRINGE 1 ML 27GX3/8"	T4	
BD ALLERGY SYRINGE-NEEDLE 1 ML	T3	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYR 1 ML	T3	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYR 3 ML	T3	
BD ECLIPSE SYR 3 ML 22GX1-1/2"	T4	
BD INS SYR 0.3 ML 8MMX31G(1/2)	T3	
BD INS SYR UF 0.3ML 12.7MMX30G	T3	
BD INS SYR UF 0.5ML 12.7MMX30G	T3	
BD INS SYRN UF 1 ML 12.7MMX30G	T3	
BD INS SYRNG 0.3 ML 29GX12.7MM	T3	
BD INS SYRNG 0.5 ML 29GX12.7MM	T3	
BD INS SYRNG UF 0.3 ML 8MMX31G	T3	
BD INS SYRNG UF 0.5 ML 8MMX31G	T3	
BD INSULIN SYR 0.5 ML 28GX1/2"	T3	
BD INSULIN SYR 1 ML 27GX12.7MM	T3	
BD INSULIN SYR 1 ML 27GX5/8"	T3	
BD INSULIN SYR 1 ML 28GX1/2"	T3	
BD INSULIN SYR 1 ML 29GX1/2"	T3	
BD INSULIN SYR 1 ML 29GX12.7MM	T3	
BD INSULIN SYR UF 1 ML 8MMX31G	T3	
BD SAFETYGLIDE 3 ML SYRINGE	T3	
BD SAFETYGLIDE SYR 22GX1.5"	T3	
BD SAFETYGLIDE SYR 3 ML 25GX1"	T4	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 27GX5/8	T3	
BD SAFETYGLIDE TB 1 ML SYR	T3	
BD SAFETYGLIDE TB 1ML 27G 10MM	T4	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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 SAFETYGLIDE TUBERCULIN SYR	T3	
BD SYRINGE-SAFETY GLIDE	T3	
BD UF INS SYR 1 ML 30GX1/2"	T3	
BULK SYRINGE	T3	
CANNULA	T3	
CAREPOINT LUER LOCK SYRINGE	T4	
CAREPOINT LUER LOCK SYRING-NDL	T3	
CAREPOINT PRECISION LUER LOCK	T4	
CAREPOINT PRECISION SAFETY	T3	
CAREPOINT SAFETY LUER LOCK SYR	T3	
CAREPOINT LUER SLIP SYRINGE	T4	
CAREPOINT LUER SLIP SYRING-NDL	T4	
CARETOUCH LUER LOCK	T3	
CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE	T4	
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE	T4	
CORNWALL SYRINGE TIP CONNECTOR	T3	
DAVOL IRRIGATION SYRINGE	T3	
DOVER BULB SYRINGE	T4	
EASY GLIDE CATHETER TIP SYRING	T4	
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE	T4	
EASY GLIDE LUER SLIP TB SYRING	T4	
EASY TOUCH FLIPLK 10ML 20GX1.5	T4	
EASY TOUCH FLIPLK 10ML 21GX1.5	T4	
EASY TOUCH FLIPLK 10ML 22GX1.5	T4	
EASY TOUCH FLIPLK 5 ML 20GX1.5	T4	
EASY TOUCH FLIPLK 5 ML 21GX1.5	T4	
EASY TOUCH FLIPLK 5 ML 22GX1.5	T4	
EASY TOUCH FLIPLOCK	T4	
EASY TOUCH FLIPLOCK 1 ML 25GX1	T3	
EASY TOUCH FLIPLOCK 10ML 21GX1	T4	
EASY TOUCH FLIPLOCK 3 ML 18GX1	T4	
EASY TOUCH FLIPLOCK 3 ML 20GX1	T4	
EASY TOUCH FLIPLOCK 3 ML 21GX1	T4	
EASY TOUCH FLIPLOCK 5 ML 18GX1	T4	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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 FLIPLOCK 5 ML 21GX1	T4	
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE	T4	
EASY TOUCH FLIPLOK 10 ML 20GX1	T4	
EASY TOUCH FLIPLOK 10 ML 25GX1	T4	
EASY TOUCH FLIPLOK 1ML 26GX3/8	T3	
EASY TOUCH FLIPLOK 1ML 27GX0.5	T3	
EASY TOUCH FLIPLOK 3ML 18GX1.5	T4	
EASY TOUCH FLIPLOK 3ML 20GX1.5	T4	
EASY TOUCH FLIPLOK 3ML 21GX1.5	T4	
EASY TOUCH FLURINGE	T3	
EASY TOUCH FLURINGE FLIPLOCK	T3	
EASY TOUCH FLURINGE FLU TRAY	T4	
EASY TOUCH FLURINGE SHEATHLOCK	T3	
EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN	T4	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE	T4	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRG-NDL	T4	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE	T4	
EASY TOUCH SYR 1 ML 25GX5/8"	T3	
EASY TOUCH SYR 3 ML 22GX1-1/2"	T3	
EASY TOUCH SYR 3 ML 25GX5/8"	T3	
EASY TOUCH SYR ALLERGY TRAY	T4	
EASY TOUCH SYRINGE 1 ML 25GX1"	T3	
EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 20GX1"	T3	
EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 21GX1"	T3	
EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 22GX1"	T3	
EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 23GX1"	T3	
EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 25GX1"	T3	
EASY TOUCH TUBERCULIN FLIPLOCK	T3	
EASY TOUCH TUBERCULIN SHEATHLK	T3	
EASY TOUCH UNI-SLIP	T4	
ECLIPSE SYRINGE	T3	
ECLIPSE SYRINGE-NEEDLE	T3	
ENFIT CAP	T4	
ENFIT MULTIFIL SYRINGE	T4	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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.)		
ENFIT POP ON CAP	T4	
ENFIT SCREW-ON CAP	T4	
ENFIT SYRINGE	T4	
ENFIT SYRINGE STERILE	T4	
ENFIT THUMB CONTROL RING SYRIN	T4	
EXEL SYRINGE	T3	
EXEL TB WITH NEEDLE	T3	
EXEL TUBERCULIN SYRINGE	T3	
EXTENDED RESERVOIR	T4	
FILTER, MILLEX-OR SYRINGE	T4	
FINGER GRIP EXTENDER	T4	
INJECT-EASE	T3	
INSULIN SYR 0.5 ML 28G 12.7MM	T3	
INSULIN SYRINGE U-500	T3	
INSULIN SYRINGE 1 ML 27G 16MM	T3	
INSULIN SYRINGE 1ML 28G 12.7MM	T3	
INTEGRA SYRINGE	T3	
INTERLINK SYRINGE	T3	
INTERLINK SYRINGE W-CANNULA	T4	
KENDALL DISINFECTANT CAP	T4	
LEVER LOCK CANNULA	T4	
LIFESHIELD BLUNT CANNULA	T3	
LUER LOCK SYRINGE	T3	
LUER SLIP TIP SYRINGE TRAY	T4	
LUER TIP CAP TRAY	T4	
LUER LOCK SYRINGE-NEEDLE	T4	PA SP HD
LUER-LOK SYRINGE	T3	
LUER-LOK SYRINGE-NEEDLE	T3	
LUER-LOK TIP SYRINGE	T3	
LUERSLIP SYRINGE	T3	
LUER TIP CAP TRAY	T4	
MAD NASAL ATOMIZER-SYRG-ADAPTR	T4	
MAGELLAN SAFETY SYRINGE	T3	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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.)		
MAGELLAN TB SAFETY SYRINGE	T3	
MAGELLAN TUBERCULIN SYRINGE	T3	
MINIMED RESERVOIR 1.8 ML	T4	
MINIMED RESERVOIR 3 ML	T3	
MONOJECT 3 ML SYRINGE 25GX1"	T3	
MONOJECT 6CC SAFETY SYRINGE	T3	
MONOJECT ALLERGY TRAY-NEEDLE	T3	
MONOJECT CONTROL SYRINGE	T3	
MONOJECT ENFIT SYRINGE	T4	
MONOJECT ENFIT SYRINGE CAP	T4	
MONOJECT LUER LOCK TB SYRINGE	T3	
MONOJECT MAGELLAN	T3	
MONOJECT PHARMACY TRAY	T3	
MONOJECT SAFETY SYR TIP CAP	T4	
MONOJECT SAFETY SYRINGE	T3	
MONOJECT SMARTIP CANNULA	T4	
MONOJECT SYRINGE	T3	
MONOJECT SYRINGE 140 ML	T4	
MONOJECT SYRINGE 35 ML	T3	
MONOJECT SYRINGE PHARMACY TRAY	T3	
MONOJECT TB	T3	
MONOJECT TB SAFETY SYRINGE	T3	
MONOJECT TB SYRINGE	T3	
MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE	T3	
NORM-JECT SYRINGE	T4	
NORM-JECT TUBERKULIN SYRINGE	T4	
PARADIGM	T3	
PISTON ENFIT SYRINGE	T4	
PRECISIONGLIDE	T3	
PRODIGY COUNT-A-DOSE	T3	
SAFESNAP ALLERGY SYRINGE	T4	
SAFESNAP SYRINGE 10 ML	T3	
SAFESNAP SYRINGE 10 ML	T4	
SAFESNAP SYRINGE 3 ML	T3	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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.)		
SAFESNAP SYRINGE 5 ML	T3	
SAFESNAP SYRINGE 5 ML	T4	
SAFESNAP TUBERCULIN SYRINGE	T4	
SAFETY SYRINGE WITH SHIELD	T3	
SAFETY SYRINGE-NEEDLE	T4	
SAFETYGLIDE ALLERGY	T3	
SAFETYGLIDE ALLERGY SYRINGE	T4	
SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE	T3	
SLIP-TIP SYRINGE	T4	
SUPOR	T4	
SYRINGE	T3	
SYRINGE BULK	T3	
SYRINGE CATHETER TIP	T3	
SYRINGE CATHETER TIP NON-STER	T3	
SYRINGE FILTER, MILLEX-GP	T4	
SYRINGE FILTER, MILLEX-GS	T4	
SYRINGE LUER LOCK	T3	PA SP HD
SYRINGE LUER-LOK	T3	
SYRINGE LUER-LOK NON-STERILE	T3	
SYRINGE LUER-LOK STERILE	T3	
SYRINGE SLIP TIP	T3	
SYRINGE SLIP TIP NON-STERILE	T3	
SYRINGE TIP CAP	T3	
SYRINGE WITH NEEDLE	T3	
SYRINGE WITH NEEDLE DISP	T3	
SYRINGE WITHOUT NEEDLE	T3	
SYRINGE-LUER TIP CAP	T3	
SYRINGE-PRECISIONGLIDE NEEDLE	T3	
TB SYRINGE	T3	
TERUMO ALLERGY SYRINGE	T3	
TERUMO HYPODERMIC NEEDLE-SYRIN	T3	
TERUMO SURGUARD2	T3	
TERUMO SYRINGE	T3	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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.)		
TOOMEY SYRINGE	T3	
TUBERCULIN SLIP-TIP SYRINGE	T4	
TUBERCULIN SYRINGE	T3	
TUBERCULIN SYRINGE-NEEDLE	T3	
TWINPAK DUAL CANNULA	T3	
ULTICARE LDS SYR 1 ML 22G 1.5"	T4	
ULTICARE LDS SYR 3 ML 22GX1.5"	T3	
ULTICARE SAFETY SYRINGE	T4	
ULTICARE SYRINGE	T4	
ULTICARE TB SAFETY 1 ML 25GX1"	T3	
ULTICARE TB SAFETY 1ML 25GX5/8	T3	
ULTICARE TB SAFETY SYRINGE	T3	
ULTIGUARD SAFE 1ML 30G 12.7MM	T4	
ULTIGUARD SAFEPACK 1ML 31G 8MM	T4	
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE	T3	
UNIVERSAL SYRINGE TIP ADAPTOR	T4	
VANISHPOINT 1 ML TB SYR 25X5/8	T3	
VANISHPOINT 1 ML TB SYR 27X1/2	T3	
VANISHPOINT 20GX1" 3 ML SYRING	T3	
VANISHPOINT 21GX1" 5 ML SYRING	T3	
VANISHPOINT 21GX1.5" 3 ML SYR	T3	
VANISHPOINT 22GX1" 3 ML SYR	T3	
VANISHPOINT 22GX1-1/2" 5 ML SY	T3	
VANISHPOINT 23GX1" 3 ML SYRING	T3	
VANISHPOINT 23GX1-1/2 3 ML SYR	T3	
VANISHPOINT 25GX1" 3 ML SYRING	T3	
VANISHPOINT 25GX5/8" 3 ML SYR	T3	
VANISHPOINT 3 ML 21GX1" SYRING	T3	
VANISHPOINT 3 ML 22GX1.5" SYRG	T3	
VANISHPOINT SYRINGE	T4	
VANISHPOINT SYRINGE 1 ML 25X1"	T3	
VEO INSULIN SYRINGE	T3	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Varios)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
VENDAJES Y SUMINISTROS RELACIONADOS		
ARGLAES FILM	T4	
CONFORMANT 2	T4	
DERMAVIEW	T3	
DERMAVIEW II	T3	
IV 3000	T3	
IV3000 FRAME DELIVERY	T4	
KENDALL	T3	
NEXCARE TEGADERM 2.375"X2.75"	T4	
NEXCARE TEGADERM DRESSING	T3	
OPSITE	T4	
OPSITE IV 3000	T3	
POLYSKIN II	T3	
SURESITE MATRIX	T3	
SURESITE WINDOW	T3	
TEGADERM 1.75X1.75" DRSSNG	T4	
TEGADERM 2"X2.75" DRESSING	T3	
TEGADERM 2.375"X2.75" DRESSING	T3	
TEGADERM 2.375"X4" DRESSING	T3	
TEGADERM 2.375X2.75" DRSSNG	T3	
TEGADERM 3.5" X 4" DRESSING	T3	
TEGADERM 3.5"X 10" DRESSING	T4	
TEGADERM 3.5"X 6" DRESSING	T4	
TEGADERM 3.5"X13.75" DRESS	T4	
TEGADERM 3.5"X4.125" DRESS	T3	
TEGADERM 3.5"X8" DRESSING	T4	
TEGADERM 4" X 10" DRESSING	T3	
TEGADERM 4" X 4-3/4" DRESSING	T3	
TEGADERM 4"X4.75" DRESSING	T3	
TEGADERM 6" X 8" DRESSING	T3	
TEGADERM 8" X 12" DRESSING	T3	
TEGADERM ABSORBENT	T4	
TEGADERM HP 4" X 4.5 " DRSSN	T3	
TEGADERM HP 4.5"X4.75" DRSS	T3	
TEGADERM HP DRESSING	T3	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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 HP DRESSING	T4	
TEGADERM I.V.	T4	
TEGADERM I.V. 2.5"X2.75" DRSSN	T4	
TEGADERM I.V. 4"X4.75" DRSSN	T3	
TRANSPARENT DRESSING	T4	
TRANSPARENT FILM DRESSING	T4	
TRANSPARENT I.V. SITE DRESSING	T3	
TRANSPARENT MEPITEL FILM DRESS	T4	
TRANSPARENT THIN FILM DRESSING	T3	
WINDOW BANDAGES	T4	
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I)		
1ST TIER UNILET COMFORTOUCH	T3	
2-IN-1 LANCET DEVICE	T3	
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET DRUM	T3	
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO	T3	
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO PLUS	T3	
ACCU-CHEK SOFTCLIX	T3	
<i>acti-lance lite 28g lancets</i>	T2	
<i>acti-lance special 17g lancets</i>	T2	
ACTI-LANCE UNIVERS 23G LANCETS	T3	
<i>acti-lance univers 23g lancets</i>	T2	
ADVANCED TRAVEL LANCETS	T3	
ADVOCATE LANCET	T3	
ADVOCATE LANCETS	T3	
ADVOCATE SAFETY LANCET	T3	
AGAMATRIX ULTRA-THIN LANCET	T3	PA SP HD
ALTERNATE SITE LANCETS	T3	
ASSURE HAEMOLANCE PLUS	T3	
ASSURE LANCE	T3	
ASSURE LANCE PLUS	T3	
BD MICROTAINER LANCETS	T3	
BLOOD LANCETS	T3	
BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS	T3	
BUTTERFLY TOUCH LANCET	T3	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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.)		
CAREONE	T3	
CARESENS LANCET	T3	
CARETOUCH SAFETY LANCETS	T3	
CARETOUCH TWIST LANCET	T3	
CHOSEN LANCET	T3	
CHOSEN SAFETY LANCET	T3	
CLEVER CHEK LANCETS	T3	
COAGUCHEK	T3	
COLOR LANCETS	T3	
COMFORT EZ	T3	
COMFORT LANCETS	T3	
DROPLET LANCETS	T3	
DROPSAFE ACTI-LANCE	T3	
EASY COMFORT LANCETS	T3	
EASY TOUCH BUTTON 30G LANCETS	T3	
EASY TOUCH PULL-TOP 26G LANCET	T3	
EASY TOUCH PULL-TOP 28G LANCET	T3	
EASY TOUCH PULL-TOP 30G LANCET	T3	
EASY TOUCH PULL-TOP 32G LANCET	T3	
EASY TOUCH SAFETY 21G LANCETS	T3	
EASY TOUCH SAFETY 23G LANCETS	T3	
EASY TOUCH SAFETY 26G LANCETS	T3	
EASY TOUCH SAFETY 28G LANCETS	T3	
EASY TOUCH SAFETY 30G LANCETS	T3	
EASY TOUCH SAFETY 32G LANCETS	T3	
EASY TOUCH TWIST 26G LANCETS	T3	
EASY TOUCH TWIST 28G LANCETS	T3	
EASY TOUCH TWIST 30G LANCETS	T3	
EASY TOUCH TWIST 32G LANCETS	T3	
EASY TOUCH TWIST 33G LANCETS	T3	
EASY TWIST CAP LANCETS	T3	
EMBRACE 30G LANCETS	T3	
EMBRACE SAFETY LANCET	T3	
EZ SMART LANCETS	T3	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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.)		
EZ-LETS	T3	
FIFTY50 SAFETY SEAL LANCETS	T3	
FINGERSTIX	T3	
FORA LANCETS	T3	
FORACARE LANCETS	T3	
FREESTYLE LANCETS	T3	
FREESTYLE UNISTIK 2	T3	
GLUCOCOM	T3	
GLUCOCOM LANCETS	T3	
GOJJI LANCETS	T3	
HEALTHY ACCENTS UNILET LANCET	T3	
INCONTROL SUPER THIN LANCETS	T3	
INCONTROL ULTRA THIN LANCETS	T3	
INJECT EASE LANCETS	T3	
INVACARE LANCETS	T3	
<i>lancets</i>	T2	
LANCETS	T3	
LITE TOUCH 28G LANCETS	T3	
LITE TOUCH 30G LANCETS	T3	
LITE TOUCH 33G LANCETS	T3	
MEDISENSE THIN LANCETS	T3	
MEDLANCE PLUS 21G LANCETS	T3	
<i>medlance plus 21g lancets</i>	T2	
MEDLANCE PLUS 30G LANCETS	T3	
<i>medlance plus 30g lancets</i>	T2	
MEDLANCE PLUS EXTRA 21G LANCET	T3	
MEDLANCE PLUS LITE 25G LANCETS	T3	
<i>medlance plus lite 25g lancets</i>	T2	
MEDLANCE PLUS SPECIAL BLADE	T3	
MICRO THIN LANCET	T3	
MICRO THIN LANCETS	T3	
MICROLET	T3	
MICROTAINER LANCETS	T3	
MONOLET LANCETS	T3	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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.)		
MONOLET THIN LANCETS	T3	
MYGLUCOHEALTH LANCETS	T3	
NOVA SAFETY LANCETS	T3	
NOVA SUREFLEX	T3	
ON CALL LANCET	T3	
ON CALL PLUS LANCET	T3	
ONETOUCH DELICA	T3	
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET	T3	
ONETOUCH DELICA SAFETY LANCET	T3	
ONETOUCH LANCETS	T3	
ONETOUCH SURESOFT	T3	
ON-THE-GO	T3	
PERFECT POINT SAFETY LANCETS	T3	
PIP LANCET	T3	
PRESSURE ACTIVATED LANCETS	T3	
PRO COMFORT LANCET	T3	
PRO COMFORT LANCETS	T3	
PRODIGY LANCETS	T3	
PRODIGY TWIST TOP LANCET	T3	
PURE COMFORT LANCETS	T3	
PURE COMFORT SAFETY LANCETS	T3	
PUSH BUTTON SAFETY LANCETS	T3	
READYLANC SAFETY LANCETS	T3	
RELIAMED	T3	
RELIAMED SAFETY SEAL LANCETS	T3	
RIGHTTEST GL300 LANCETS	T3	
SAFETY LANCETS	T3	
SAFETY SEAL LANCETS	T3	
SAFETY-LET	T3	
SINGLE-LET	T3	
SMART SENSE	T3	
SMART SENSE LANCETS	T3	
SMARTTEST LANCET	T3	
SOLUS V2	T3	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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.)		
SOLUS V2 LANCETS	T3	
STERILANCE TL	T3	
STERILE LANCETS	T3	
SUPER THIN LANCETS	T3	
SURE COMFORT LANCETS	T3	
SURE-LANCE	T3	
SURE-TOUCH	T3	
TECHLITE LANCETS	T3	
TELCARE ULTRA THIN 30G LANCETS	T3	
THIN LANCETS	T3	
TOPCARE UNIVERSAL1 LANCET	T3	
TOPCARE UNIVERSAL1 THIN LANCET	T3	
TRUE COMFORT LANCET	T3	
TRUEPLUS LANCET	T3	
TRUEPLUS LANCETS	T3	
TWIST LANCETS	T3	
TWIST TOP LANCET	T3	
ULTILET BASIC	T3	
ULTILET CLASSIC	T3	
ULTILET LANCETS	T3	
ULTILET SAFETY	T3	
ULTRA THIN LANCET	T3	
ULTRA THIN LANCETS	T3	
ULTRA THIN PLUS LANCETS	T3	
ULTRA-CARE LANCETS	T3	
ULTRALANCE	T3	
ULTRA-THIN II 28G LANCETS	T3	
ULTRA-THIN II 30G LANCETS	T3	
ULTRATLC LANCETS	T3	
UNILET COMFORTOUCH	T3	
UNILET EXCELITE	T3	
UNILET EXCELITE II	T3	
UNILET GP LANCET	T3	
UNILET LANCET	T3	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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.)		
UNILET LANCETS	T3	
UNISTIK 2 COMFORT	T3	
UNISTIK 2 EXTRA	T3	
UNISTIK 2 NORMAL	T3	
UNISTIK 3	T3	
UNISTIK 3 COMFORT	T3	
UNISTIK 3 DUAL	T3	
UNISTIK 3 EXTRA	T3	
UNISTIK COMFORT	T3	
UNISTIK CZT	T3	
UNISTIK EXTRA	T3	
UNISTIK NORMAL	T3	
UNISTIK PRO	T3	
UNISTIK SAFETY	T3	
UNISTIK TOUCH	T3	
UNIVERSAL 1	T3	
VIVAGUARD LANCET	T3	
VIVAGUARD SAFETY LANCET	T3	
SUMINISTROS MÉDICOS, VARIOS		
ALCOH-GLOVE	T4	
ALCOH-WIPE	T4	
EQUIPOS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL		
1.5 VOLT BATTERIES #357	T3	
ACCU-CHEK	T4	
ACCU-CHEK RAPID D 10-100	T4	
ACCU-CHEK RAPID D 10-50	T4	
ACCU-CHEK RAPID D 10-70	T3	
ACCU-CHEK RAPID D 6-100	T4	
ACCU-CHEK RAPID D 6-50	T3	
ACCU-CHEK RAPID D 6-70	T4	
ACCU-CHEK RAPID D 8-100	T4	
ACCU-CHEK RAPID D 8-50	T3	
ACCU-CHEK RAPID D 8-70	T3	
ACCU-CHEK SPIRIT	T3	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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 DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL (cont.)		
ACCU-CHEK TENDER	T3	
ACCU-CHEK ULTRAFLEX	T3	
IVENIX PRIMARY ADMINISTRAT SET	T4	
IV ADMINISTRATION SET	T3	
NERIA	T4	
PARADIGM INFUSION	T3	
POLYFIN QR	T3	
PSV SET	T4	
Q-SYTE	T3	
SILHOUETTE	T3	
SURE-T	T3	
AYUDAS, DISPOSITIVOS, EQUIPOS RESPIRATORIOS		
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER	T3	
AEROCHAMBER2GO	T3	PA SP HD
AEROCHAMBER MECHANICAL VENT	T3	
AEROCHAMBER MINI	T3	
AEROCHAMBER MV	T3	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU	T3	
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS	T3	
AEROTRACH PLUS	T3	
AEROVENT PLUS	T3	
BREATHERITE	T3	
BREATHERITE SPACER-ADULT MASK	T3	
BREATHERITE SPACER-INFANT MASK	T3	
BREATHERITE SPACER-LG CHLD MSK	T3	
BREATHERITE SPACER-NEONATE MSK	T3	
BREATHERITE SPACER-SM CHLD MSK	T3	
BREATHRITE	T3	
CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER	T3	
COMFORTSEAL	T3	
COMPACT SPACE CHAMBER	T3	
EASIVENT	T3	
FLEXICHAMBER	T3	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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.)		
FLEXICHAMBER MASK	T3	
INSPIRACHAMBER	T3	
LITEAIRE	T3	
LITETOUCH	T3	
MICROCHAMBER	T3	
MICROSPACER	T3	
MOUTHPIECE	T3	
ONE WAY MOUTHPIECE	T3	
OPTICHAMBER	T3	
OPTICHAMBER DIAMOND	T3	
PANDA MASK	T3	
PEDIATRIC MASK	T3	
PEDIATRIC PANDA MASK	T3	
POCKET CHAMBER	T3	
PRIMEAIRE	T3	
PRO COMFORT SPACER-ADULT MASK	T3	
PRO COMFORT SPACER-CHILD MASK	T4	
PRO COMFORT SPACER-INFANT MASK	T4	
PROCARE SPACER WITH ADULT MASK	T3	
PROCARE SPACER WITH CHILD MASK	T3	
PROCHAMBER	T3	
PURE COMFORT PEAK FLOW MOUTHPIECE	T3	
PURE COMFORT SPACER WITH MASK	T4	
RITEFLO	T3	
SIDESTREAM PEDIATRIC	T3	
SILICONE MASK	T3	
SPACE CHAMBER	T3	
SPACE CHAMBER-SMALL, MEDIUM, LARGE MASK	T3	
VORTEX	T3	
VORTEX VHC FROG MASK	T3	
VORTEX VHC LADYBUG MASK	T3	
VORTEX VHC PEDIATRIC MASK	T3	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS-CONTRAIRITANTE RUBEFACIENTE TÓPICO		
COMFORT PAC-CYCLOBENZAPRINE	T4	
COMFORT PAC-TIZANIDINE	T4	
RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS		
<i>baclofen 10 mg/5 ml solution</i>	T2	PA HD
<i>baclofen 5 mg/5 ml suspension</i>	T2	PA HD
<i>baclofen 25 mg/5 ml suspension</i>	T2	ST
<i>baclofen 25 mg/5 ml suspension (Fleqsuvy)</i>	T2	HD
<i>baclofen 5 mg tablet</i>	T2	HD
<i>baclofen 10 mg tablet</i>	T2	HD
<i>baclofen 15 mg tablet</i>	T2	HD
<i>baclofen 20 mg tablet</i>	T2	HD
<i>carisoprodol (Soma)</i>	T2	
<i>carisoprodol/aspirin</i>	T2	
<i>chlorzoxazone</i>	T2	
<i>chlorzoxazone (Lorzone)</i>	T2	
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	T2	
<i>cyclobenzaprine hcl (Amrix)</i>	T2	PA
<i>cyclobenzaprine hcl (Fexmid)</i>	T2	
<i>DANTRIUM (dantrolene sodium)</i>	T4	
<i>dantrolene sodium</i>	T2	
<i>dantrolene sodium (Dantrium)</i>	T2	
<i>FEXMID (cyclobenzaprine hcl)</i>	T4	PA
<i>LORZONE (chlorzoxazone)</i>	T4	PA
<i>metaxalone 400 mg, 800 mg tablet</i>	T2	
<i>methocarbamol</i>	T2	
<i>methocarbamol 500 mg tablet</i>	T2	
<i>methocarbamol 750 mg tablet</i>	T2	
<i>methocarbamol 1,000 mg tablet</i>	T2	
<i>NORGESIC (orphenadrine/aspirin/cafeine)</i>	T4	
<i>NORGESIC FORTE (orphenadrine/aspirin/cafeine)</i>	T4	
<i>orphenadrine citrate</i>	T2	
<i>orphenadrine/aspirin/cafeine (Norgesic Forte)</i>	T2	
<i>orphenadrine/aspirin/cafeine (Norgesic)</i>	T2	
<i>SOMA (carisoprodol)</i>	T4	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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.)		
<i>tizanidine hcl</i>	T2	
<i>tizanidine hcl (Zanaflex)</i>	T2	
ZANAFLEX 2 MG CAPSULE (<i>tizanidine hcl</i>)	T4	
ZANAFLEX 4 MG CAPSULE (<i>tizanidine hcl</i>)	T4	
ZANAFLEX 6 MG CAPSULE (<i>tizanidine hcl</i>)	T4	
ZANAFLEX 4 MG TABLET (<i>tizanidine hcl</i>)	T4	
VITAMINAS PRENATALES (Nutritivas/alimenticias)		
PREPARACIONES DE VITAMINAS PRENATALES		
BAL-CARE DHA ESSENTIAL	T4	
CADEAU DHA	T4	
CITRANATAL 90 DHA	T4	
CITRANATAL ASSURE	T4	
CITRANATAL DHA	T4	
CITRANATAL HARMONY	T4	
CITRANATAL RX	T4	
<i>cvs prenatal multi-dha softgel</i>	T2	PPACA
<i>cvs prenatal vitamins tablet</i>	T2	PPACA
DUET DHA BALANCED	T4	
EXPECTA PRENATAL	T3	
<i>ft prenatal tablet</i>	T2	PPACA
<i>gnp prenatal tablet</i>	T2	PPACA
GS PRENATAL VITAMINS TABLET	T4	
HM ONE DAILY PRENATAL COMBO PK	T3	
<i>hm prenatal tablet</i>	T2	PPACA
KOSHER PRENATAL PLUS IRON	T4	
KPN	T3	
MASONATAL PRENATAL	T4	
MARNATAL-F	T4	
MINI PRENATAL	T4	
MTERYTI	T4	
MTERYTI FOLIC 5	T4	
NATACHEW	T4	
NEONATAL COMPLETE	T4	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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.)		
NEONATAL PLUS	T4	
NEONATAL-DHA	T4	
NESTABS	T4	
NESTABS ABC	T4	
NESTABS DHA	T4	
OB COMPLETE ONE	T4	
OB COMPLETE PETITE	T4	
OB COMPLETE PREMIER	T4	
OB COMPLETE WITH DHA	T4	
OBSTETRIX EC	T4	
OBTEX DHA	T4	
ONE A DAY WOMEN'S PRENATAL DHA	T4	
ONE-A-DAY PRENATAL-1	T4	
<i>pnv 11/iron fum/folic acid/om3</i>	T2	
<i>pnv 119/iron fum/folic acid</i>	T2	
<i>pnv no.52/iron/fa/omega-3/dha</i>	T2	PA SP HD
<i>pnv no. 154/iron fum/folic acid</i>	T2	
<i>pnv 66/iron/folic/docusate/dha</i>	T2	
<i>pnv 69/iron/folic/docusate/dha</i>	T2	
<i>pnv 80/iron fum/folic/dss/dha</i>	T2	
<i>pnv 81/iron ps,edta/folic/omeg3</i>	T2	PA SP HD
<i>pnv no.118/iron fumarate/fa</i>	T2	
<i>pnv,calcium 72/iron,carb/folic</i>	T2	
<i>pnv,calcium 72/iron/folic acid</i>	T2	
<i>pnv/iron,carb/docusat/folic ac</i>	T2	
<i>pnv19/iron bg,s.p/folic ac/om3</i>	T2	
PRENATA	T4	
<i>prenatal 105/iron/folic ac/dha</i>	T2	
<i>prenatal 12/iron/folic/dss/om3</i>	T2	
PRENATAL 19 CHEWABLE TABLET	T4	
<i>prenatal 19 chewable tablet</i>	T2	
PRENATAL 19 TABLET	T4	
<i>prenatal 19 tablet</i>	T2	
<i>prenatal 21/iron fu/folic acid</i>	T2	PPACA

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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 53/iron/folic ac/omg3</i>	T2	
<i>prenatal 54/iron/folic ac/omg3</i>	T2	
<i>prenatal 12/iron/folic/dss/om3</i>	T2	
<i>prenatal 93/iron/folate 9/dha</i>	T2	
<i>prenatal caplet</i>	T2	PPACA
PRENATAL FORMULA	T3	
PRENATAL FORMULA-DHA (<i>prenatal vit 116/iron/fa/dha</i>)	T4	PA SP HD
PRENATAL GUMMIES	T4	
PRENATAL MULTI	T4	
<i>prenatal multi-dha softgel</i>	T2	PPACA
PRENATAL MULTI-DHA SOFTGEL	T3	
PRENATAL MULTI-DHA SOFTGEL	T4	
<i>prenatal multivitamin tablet</i>	T2	PPACA
PRENATAL MULTIVITAMIN TABLET	T4	
PRENATAL MULTIVITAMIN-DHA SFG	T3	
PRENATAL PLUS VITAMIN-MINERAL	T4	
PRENATAL PLUS-DHA	T4	
<i>prenatal tablet</i>	T2	PPACA
PRENATAL TABLET	T4	
<i>prenatal vit 14/iron fum/folic</i>	T2	
<i>prenatal vit 55/iron/folic/om3</i>	T2	
<i>prenatal vit 91/iron/folic/dha</i>	T2	
<i>prenatal no.42/folic acid</i> (Vitamedmd Redichew Rx)	T2	PA SP HD
<i>prenatal vit 27,calc/iron/fa</i>	T2	PA SP HD
<i>prenatal vit,cal 76/iron/folic</i>	T2	PA SP HD
<i>prenatal vit,cal 78/iron/folic</i>	T2	PA SP HD
<i>prenatal vits 86/iron/folic ac</i>	T2	PA SP HD
<i>prenatal,calc 40/iron/folate 1</i>	T2	PA SP HD
<i>prenatal vit no.126/iron/folic</i>	T2	PPACA
<i>prenatal vit no.129/iron/folic</i>	T2	PPACA
<i>prenatal vit,cal 73/iron/folic</i>	T2	
<i>prenatal vit/iron fum/folic ac</i>	T2	
PRENATAL VITAMIN + DHA	T3	
<i>prenatal vitamin tablet</i>	T2	PPACA

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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.)		
PRENATAL VITAMIN TABLET (<i>prenatal vit no. 124/iron/folic</i>)	T4	
<i>prenatal vitamins tablet</i>	T2	PPACA
<i>prenatal vits calc.36/iron/fa</i>	T2	PPACA
<i>prenatal71/iron/folic ac/dha</i>	T2	
PRENATE ENHANCE	T4	
PRENATE RESTORE	T4	
PRIMACARE	T4	
PROVIDA OB	T4	
<i>ra one daily prenatal dha pack</i>	T2	PPACA
<i>ra prenatal tablet</i>	T2	PPACA
SELECT-OB	T4	
SELECT-OB (<i>prenatal vit 128/iron/folic ac</i>)	T4	
SELECT-OB + DHA	T4	
SIMILAC PRENATAL	T4	
<i>sm prenatal vitamins tablet</i>	T2	PPACA
STUART ONE (<i>pnv no.63/iron,carb/folic/dha</i>)	T4	
<i>sv prenatal tablet</i>	T2	PPACA
SV PRENATAL VITAMINS TABLET	T4	
THERANATAL	T4	
THERANATAL COMPLETE	T4	
THERANATAL ONE	T4	
THERANATAL PLUS	T4	
THRIVITE RX	T4	
TRICARE	T4	
TRICARE PRENATAL DHA ONE	T4	
TRISTART DHA	T4	
ULTRA PRENATAL PLUS DHA	T4	
VITAFOL FE PLUS	T4	
VITAFOL NANO	T4	
VITAFOL ULTRA	T4	
VITAFOL-OB	T4	
VITAFOL-OB+DHA	T4	
VITAFOL-ONE	T4	
VITAMEDMD ONE RX	T4	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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.)		
VITAMEDMD REDICHEW RX (prenatal no.42/folic acid)	T4	PA SP HD
VITAPEARL	T4	
VITATRUE	T4	
WOMEN'S PRENATAL PLUS DHA	T3	
VITAMINAS PRENATALES CON BAJO CONTENIDO DE HIERRO O SIN HIERRO		
CITRANATAL B-CALM	T4	PA SP HD
DUET DHA 400	T4	PA SP HD
P2I PRENATAL WITH CHOLINE	T4	
PRENATAL GUMMIES	T4	
PRENATE DHA	T4	PA SP HD
PRENATE ELITE	T4	PA SP HD
PRENATE MINI	T4	PA SP HD
PRENATE PIXIE	T4	PA SP HD
PRENATE STAR	T4	PA SP HD
R-NATAL OB	T4	PA SP HD
THERANATAL OVAVITE	T4	PA SP HD
TRINAZ	T4	
VITAFOL GUMMIES	T4	PA SP HD
MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar) ⁹		
ANTIDEPRESIVOS ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES ALFA 2		
mirtazapine	T1	HD
mirtazapine (Remeron)	T2	HD
REMERON (mirtazapine)	T4	HD
MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS - BENZODIAZEPINAS		
alprazolam	T2	
alprazolam (Xanax Xr)	T1	
alprazolam (Xanax)	T1	
ATIVAN (lorazepam)	T4	
chlordiazepoxide hcl	T2	
clorazepate dipotassium	T2	
diazepam 10 mg tablet (Valium)	T2	
diazepam 2 mg tablet (Valium)	T2	
diazepam 25 mg/5 ml oral conc	T2	
diazepam 5 mg tablet (Valium)	T2	
T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio		
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos		
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad 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
MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS - BENZODIAZEPINAS (cont.)		
<i>diazepam 5 mg/5 ml oral soln</i>	T2	
<i>diazepam 5 mg/5 ml solution</i>	T2	
<i>diazepam 5 mg/ml oral conc</i>	T2	
<i>lorazepam</i>	T2	
<i>lorazepam (Ativan)</i>	T1	
<i>oxazepam</i>	T2	
MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS		
<i>buspirone hcl</i>	T1	HD
<i>meprobamate</i>	T2	
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	T4	HD
<i>lithium carbonate</i>	T1	HD
<i>lithium carbonate (Lithobid)</i>	T1	HD
LITHOBID (<i>lithium carbonate</i>)	T4	HD
MAOI - ANTIDEPRESIVOS NO SELECTIVOS E IRREVERSIBLES		
MARPLAN	T4	
NARDIL (<i>phenelzine sulfate</i>)	T4	
PARNATE (<i>tranylcypromine sulfate</i>)	T4	
<i>phenelzine sulfate</i> (Nardil)	T2	
<i>tranylcypromine sulfate</i> (Parnate)	T2	
ANTIDEPRESIVOS INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA (MAO)		
EMSAM	T4	
COMB. DE ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES NMDA Y NDRI		
AUVELITY	T4	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

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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)		
<i>citalopram hbr 20 mg/10 ml cup</i>	T2	HD
<i>citalopram hbr 10 mg/5 ml soln</i>	T2	HD
<i>escitalopram 10 mg/10 ml cup</i>	T1	ST HD
<i>escitalopram oxalate 5 mg/5 ml</i>	T1	ST HD
<i>fluoxetine 20 mg/5 ml solution cup</i>	T2	HD
<i>fluoxetine hcl</i>	T2	ST QL(4 caps/fill) HD
<i>fluoxetine hcl 10 mg tablet</i>	T2	ST QL(30 tabs/fill) HD
<i>fluoxetine hcl 20 mg capsule (Prozac)</i>	T1	HD
<i>fluoxetine hcl 20 mg, 60 mg tablet</i>	T2	ST HD
<i>fluvoxamine maleate</i>	T2	ST QL(60 caps/fill) HD
<i>fluvoxamine maleate 25 mg tab</i>	T2	QL(30 tabs/fill) HD
<i>fluvoxamine maleate 50 mg tab</i>	T2	QL(60 tabs/fill) HD
<i>fluvoxamine maleate 100 mg tab</i>	T2	QL(90 tabs/fill) HD
<i>paroxetine hcl (Paxil Cr)</i>	T2	ST QL(60 tabs/fill) HD
<i>paroxetine hcl 10 mg tablet (Paxil)</i>	T1	QL(30 tabs/fill) HD
<i>paroxetine hcl 10 mg/5 ml susp (Paxil)</i>	T2	ST 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 TABLET (paroxetine hcl)</i>	T4	ST QL(30 tabs/fill) HD
<i>PAXIL 10 MG/5 ML SUSPENSION (paroxetine hcl)</i>	T4	ST HD
<i>PAXIL 20 MG TABLET (paroxetine hcl)</i>	T4	ST QL(60 tabs/fill) HD
<i>PAXIL 30 MG TABLET (paroxetine hcl)</i>	T4	ST QL(60 tabs/fill) HD
<i>PAXIL 40 MG TABLET (paroxetine hcl)</i>	T4	ST QL(30 tabs/fill) HD
<i>PAXIL CR (paroxetine hcl)</i>	T4	ST QL(60 tabs/fill) HD
<i>sertraline 150 mg capsule</i>	T2	QL (30 caps/30 days) HD
<i>sertraline 150 mg capsule</i>	T2	ST QL (30 caps/30 days) HD
<i>sertraline 200 mg capsule</i>	T2	QL (30 caps/30 days) HD
<i>sertraline 200 mg capsule</i>	T2	ST QL (30 caps/30 days) HD
<i>sertraline 20 mg/ml oral conc (Zoloft)</i>	T2	HD
<i>sertraline hcl 25 mg tablet (Zoloft)</i>	T1	QL(45 tabs/fill) HD
INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN/ANTAGONISTAS DE LA SEROTONINA-2 (SARI)		
<i>nefazodone hcl</i>	T2	HD
<i>trazodone hcl</i>	T1	HD

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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)		
DESVENLAFAXINE ER	T4	ST QL(30 tabs/fill) HD
<i>duloxetine hcl dr 20 mg cap</i> (Cymbalta)	T1	QL(60 caps/fill) HD
<i>duloxetine hcl dr 30 mg cap</i> (Cymbalta)	T1	QL(30 caps/fill) HD
<i>duloxetine hcl dr 40 mg cap</i>	T1	ST QL(30 caps/fill) HD
<i>duloxetine hcl dr 60 mg cap</i> (Cymbalta)	T1	QL(60 caps/fill) HD
FETZIMA ER 20 MG CAPSULE	T3	ST QL (30 caps/30 days)
FETZIMA ER 40 MG CAPSULE	T3	ST QL (30 caps/30 days)
FETZIMA ER 80 MG CAPSULE	T3	ST QL (30 caps/30 days)
FETZIMA ER 120 MG CAPSULE	T3	ST QL (30 caps/30 days)
FETZIMA 20-40 MG TITRATION PAK	T3	ST QL (28 caps/30 days)
<i>venlafaxine hcl</i>	T1	QL(90 tabs/fill) HD
<i>venlafaxine hcl er 150 mg tab</i>	T2	ST QL(30 tabs/fill) HD
<i>venlafaxine hcl er 225 mg tab</i>	T2	ST QL(30 tabs/fill) HD
<i>venlafaxine hcl er 37.5 mg tab</i>	T2	ST QL(30 tabs/fill) HD
<i>venlafaxine hcl er 75 mg tab</i>	T2	ST QL(30 tabs/fill) HD
SSRI, ANTIDEPRESIVOS MODULADORES DE RECEPTORES DE SEROTONINA		
TRINTELLIX	T4	ST QL (30 tabs/30 days)
TRINTELLIX 10 MG TABLET	T4	ST QL(30 tabs/fill) HD
COMBINACIONES DE ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS-BENZODIAZEPINAS		
<i>amitriptyline/chlordiazepoxide</i>	T2	HD
<i>perphenazine/amitriptyline hcl</i>	T2	HD
ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS, INHIB. NO SELECT. DE LA RECAPTACIÓN REL.		
<i>amitriptyline hcl</i>	T1	HD
<i>amoxapine</i>	T2	HD
ANAFRANIL (<i>clomipramine hcl</i>)	T4	HD
<i>clomipramine hcl</i> (Anafranil)	T2	HD
<i>desipramine hcl</i>	T2	HD
<i>doxepin 10 mg capsule</i>	T2	HD
<i>doxepin 10 mg/ml oral conc</i>	T2	HD
<i>doxepin 25 mg, 50 mg capsule</i>	T2	HD
<i>doxepin 75 mg capsule</i>	T2	HD
<i>doxepin 100 mg capsule</i>	T2	HD
<i>doxepin 150 mg capsule</i>	T2	HD
<i>imipramine hcl</i> (Tofranil)	T1	HD

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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.)		
<i>imipramine pamoate</i>	T2	HD
<i>maprotiline hcl</i>	T2	HD
<i>nortriptyline hcl</i>	T2	HD
<i>nortriptyline hcl</i> (Pamelor)	T1	HD
PAMELOR (<i>nortriptyline hcl</i>)	T4	HD
<i>protriptyline hcl</i>	T2	HD
SURMONTIL (<i>trimipramine maleate</i>)	T4	HD
TOFRANIL (<i>imipramine hcl</i>)	T4	HD
<i>trimipramine maleate</i> (Surmontil)	T2	HD

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

ADRENÉRGICOS, AROMÁTICOS, SIN CATECOLAMINAS		
<i>lisdexamfetamine 10 mg capsule</i> (Vyvanse)	T2	
<i>lisdexamfetamine 10 mg tb chew</i> (Vyvanse)	T2	ST
<i>lisdexamfetamine 20 mg capsule</i> (Vyvanse)	T2	
<i>lisdexamfetamine 20 mg tb chew</i> (Vyvanse)	T2	ST
<i>lisdexamfetamine 30 mg capsule</i> (Vyvanse)	T2	
<i>lisdexamfetamine 30 mg tb chew</i> (Vyvanse)	T2	ST
<i>lisdexamfetamine 40 mg capsule</i> (Vyvanse)	T2	
<i>lisdexamfetamine 40 mg tb chew</i> (Vyvanse)	T2	ST
<i>lisdexamfetamine 50 mg capsule</i> (Vyvanse)	T2	
<i>lisdexamfetamine 50 mg tb chew</i> (Vyvanse)	T2	ST
<i>lisdexamfetamine 60 mg capsule</i> (Vyvanse)	T2	
<i>lisdexamfetamine 60 mg tb chew</i> (Vyvanse)	T2	ST
<i>lisdexamfetamine 70 mg capsule</i> (Vyvanse)	T2	
VYVANSE (<i>lisdexamfetamine dimesylate</i>)	T4	ST

TRAT. PARA EL ADHD - AGONISTAS SELECTIVOS DE LOS RECEPTORES ALFA 2		
<i>clonidine hcl er 0.1 mg tablet</i> (Kapvay)	T2	
<i>guanfacine hcl</i> (Intuniv)	T2	HD
KAPVAY (<i>clonidine hcl</i>)	T4	ST

TRAT. PARA EL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (ADHD)/NARCOLEPSIA		
APTENSIO XR (<i>methylphenidate hcl</i>)	T4	ST
<i>atomoxetine hcl</i> (Strattera)	T2	HD
AZSTARYS	T3	ST

T1 – Genéricos preferidos
 T2 – Genéricos no preferidos
 T3 – Marcas preferidas
 T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
 PA – Autorización previa
 QL – Límite a la cantidad
 AGE – Requisito de edad
 SP – Medicamentos de especialidad
 ST – Tratamiento escalonado
 HD – Puede requerir entrega a 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.)		
COTEMPLA XR-ODT	T4	ST
DAYTRANA (methylphenidate)	T4	ST
dexmethylphenidate hcl (Focalin Xr)	T2	
dexmethylphenidate hcl (Focalin)	T1	
JORNAY PM	T4	ST
METADATE CD (methylphenidate hcl)	T4	ST
METHYLIN (methylphenidate hcl)	T4	
methylphenidate	T2	ST
methylphenidate hcl	T2	
methylphenidate hcl (Metadate Cd)	T2	
methylphenidate hcl (Methylin)	T2	
methylphenidate hcl (Ritalin La)	T2	
methylphenidate hcl (Ritalin)	T2	
methylphenidate er 10 mg cap (Aptensio Xr)	T2	ST
methylphenidate er 15 mg cap (Aptensio Xr)	T2	ST
methylphenidate er 20 mg cap (Aptensio Xr)	T2	ST
methylphenidate er 30 mg cap (Aptensio Xr)	T2	ST
methylphenidate er 40 mg cap (Aptensio Xr)	T2	ST
methylphenidate er 50 mg cap (Aptensio Xr)	T2	ST
methylphenidate er 60 mg cap (Aptensio Xr)	T2	ST
methylphenidate er 10 mg tab	T2	
methylphenidate er 18 mg tab (Concerta)	T2	
methylphenidate er 18 mg tab (Relexxii)	T2	
methylphenidate er 20 mg tab	T2	
methylphenidate er 27 mg tab (Relexxii)	T2	
methylphenidate er 27 mg tab (Concerta)	T2	
methylphenidate er 36 mg tab (Relexxii)	T2	
methylphenidate er 36 mg tab (Concerta)	T2	
methylphenidate er 54 mg tab (Relexxii)	T2	
methylphenidate er 54 mg tab (Concerta)	T2	
methylphenidate er 72 mg tab	T2	
METHYLPHENIDATE ER 72 MG TAB	T4	ST
QELBREE ER	T4	ST
RELEXXII ER 72 MG TABLET	T4	ST

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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), TIPO NRI		
QELBREE	T4	ST
MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Varios)		
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE DESEO SEXUAL HIPOACTIVO (HSDD)		
ADDYI	T4	PA
VYLEESI	T4	PA QL(8 auto-injs/fill) SP
MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Esquizofrenia/antipsicóticos)⁹		
ANTIPSIC., ANTAG. DE LA DOPAMINA, DIFENILBUTILPIPERIDINAS		
<i>pimozide</i>	T2	
ANTIPSICÓTICOS, ATÍPICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA		
<i>asenapine maleate</i> (Saphris)	T2	QL(60 tabs/fill)
CAPLYTA	T4	QL(30 caps/fill)
<i>clozapine</i>	T2	
<i>clozapine</i> (Clozaril)	T2	
CLOZARIL (<i>clozapine</i>)	T4	
GEODON (<i>ziprasidone hcl</i>)	T4	QL(60 caps/fill)
INVEGA ER 3 MG TABLET (<i>paliperidone</i>)	T4	QL(30 tabs/fill)
INVEGA ER 6 MG TABLET (<i>paliperidone</i>)	T4	QL(60 tabs/fill)
INVEGA ER 9 MG TABLET (<i>paliperidone</i>)	T4	QL(30 tabs/fill)
LYBALVI	T4	QL (30 tabs/30 days)
<i>olanzapine</i>	T2	PA SP HD
<i>olanzapine</i> (Zyprexa Zydis)	T2	QL(30 tabs/fill)
<i>quetiapine er 200 mg tablet</i> (Seroquel Xr)	T2	QL(30 tabs/fill)
<i>quetiapine er 300 mg tablet</i> (Seroquel Xr)	T2	QL(60 tabs/fill)
<i>quetiapine er 400 mg tablet</i> (Seroquel Xr)	T2	QL(60 tabs/fill)
<i>quetiapine er 50 mg tablet</i> (Seroquel Xr)	T2	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>)	T4	QL(60 tabs/fill)
RISPERDAL 1 MG TABLET (<i>risperidone</i>)	T4	QL(60 tabs/fill)
RISPERDAL 1 MG/ML SOLUTION (<i>risperidone</i>)	T4	
RISPERDAL 2 MG TABLET (<i>risperidone</i>)	T4	QL(60 tabs/fill)
RISPERDAL 3 MG TABLET (<i>risperidone</i>)	T4	QL(60 tabs/fill)
RISPERDAL 4 MG TABLET (<i>risperidone</i>)	T4	QL(60 tabs/fill)

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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.)		
<i>risperidone</i>	T2	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)	T2	
<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	T4	QL (30 patches/fill)
VERSACLOZ	T4	
<i>ziprasidone hcl</i> (Geodon)	T2	QL (60 caps/fill)
ZYPREXA (<i>olanzapine</i>)	T4	QL (30 tabs/fill)
ZYPREXA ZYDIS (<i>olanzapine</i>)	T4	QL (30 tabs/fill)
ANTIPSICÓTICOS-ATÍPICOS, AG. PARCIAL DE D3/D2-5HT MIXTOS		
VRAYLAR	T4	QL (30 caps/30 days)
ANTIPSICÓTICOS-ATÍPICOS, AG. PARCIAL DE D2/5HT MIXTOS		
ABILIFY ASIMTUFI 720MG/2.4ML, 960MG/3.2ML	T4	
ABILIFY MYCITE	T4	QL (30 tabs/fill)
<i>aripiprazole</i>	T2	QL (60 tabs/fill)
<i>aripiprazole 1 mg/ml solution</i>	T2	
<i>aripiprazole 2 mg tablet</i> (Abilify)	T1	QL (30 tabs/fill)
<i>aripiprazole 10 mg tablet</i> (Abilify)	T1	QL (30 tabs/fill)
<i>aripiprazole 20 mg tablet</i> (Abilify)	T1	QL (30 tabs/fill)
<i>aripiprazole 30 mg tablet</i> (Abilify)	T1	QL (30 tabs/fill)
REXULTI	T4	QL (30 tabs/fill)
ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA		
<i>loxapine succinate</i>	T2	
ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, TIOXANTENOS		
<i>thiothixene</i>	T2	
ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, BUTIROFENONAS		
<i>haloperidol</i>	T1	
<i>haloperidol lactate</i>	T2	
ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, DIHIDROINDOLONAS		
<i>molindone hcl</i>	T2	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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
ANTIPSIÓTICOS, FENOTIAZINAS		
<i>chlorpromazine hcl</i>	T2	
<i>fluphenazine hcl</i>	T2	
<i>perphenazine</i>	T2	
<i>thioridazine hcl</i>	T2	
<i>trifluoperazine hcl</i>	T2	
SSRI-ANTIPSIÓTICO, ATÍPICOS, ANTAG. DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA		
<i>olanzapine/fluoxetine hcl</i>	T2	
MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Trastornos convulsivos)		
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)	T2	PA QL(30 tabs/fill)
<i>modafinil 100 mg tablet</i> (Provigil)	T2	PA QL(30 tabs/fill)
SUNOSI	T3	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>	T2	
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)	T2	QL(30 tabs/fill)
HIPNÓTICOS SEDANTES - BENZODIAZEPINAS		
<i>estazolam</i>	T2	QL (15 tabs/fill)
<i>flurazepam hcl</i>	T2	QL (15 caps/fill)
HALCION (<i>triazolam</i>)	T4	QL (15 tabs/fill)
<i>midazolam hcl</i>	T2	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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 - BENZODIAZEPINAS

RESTORIL (<i>temazepam</i>)	T4	QL (15 caps/fill)
<i>temazepam</i> (Restoril)	T2	QL (15 caps/fill)
<i>triazolam</i>	T2	
<i>triazolam</i> (Halcion)	T2	QL (15 tabs/fill)

HIPNÓTICOS SEDANTES, NO BARBITÚRICOS

BELSOMRA	T4	ST QL(30 tabs/fill)
DAYVIGO	T4	ST QL (30 tabs/fill)
<i>doxepin hcl 3 mg tablet</i> (Silenor)	T2	ST QL(30 tabs/fill)
<i>doxepin hcl 6 mg tablet</i> (Silenor)	T2	ST QL(30 tabs/fill)
EDLUAR	T4	ST QL(30 tabs/fill)
<i>eszopiclone</i> (Lunesta)	T2	QL(30 tabs/fill)
IGALMI	T4	
MKO (MIDAZOLAM-KETAMINE-ONDAN)	T4	
QUVIVIQ	T4	ST QL (30 tabs/fill)
SILENOR (<i>doxepin hcl</i>)	T4	ST QL(30 tabs/fill)
<i>zaleplon 10 mg capsule</i>	T2	QL(60 caps/fill)
<i>zaleplon 5 mg capsule</i>	T2	QL(30 caps/fill)
<i>zolpidem tartrate</i>	T2	QL(30 tabs/fill)
<i>zolpidem tartrate</i> (Ambien Cr)	T2	QL(30 tabs/fill)
<i>zolpidem tartrate</i> (Ambien)	T2	QL(30 tabs/fill)
ZOLPIMIST	T4	ST QL (1 canister/30 days)

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Varias)

ANTISÉPTICOS, GENERALES

ADVOCATE ALCOHOL 70% PREP PADS	T3	
ALCOHOL 70% PREP PADS	T3	
<i>alcohol 70% swabs</i>	T2	
ALCOHOL 70% SWABS	T3	
ALCOHOL 70% WIPES	T3	
<i>alcohol antiseptic pads</i>	T2	
<i>alcohol prep pads</i>	T2	
<i>alcohol swab</i>	T2	
<i>alcohol swabs</i>	T2	
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD	T3	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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.)		
CURITY ALCOHOL PREPS	T3	
CVS ALCOHOL 70% PREP PADS	T3	
<i>cvs isopropyl alcohol 70% wipe</i>	T2	
DROPSAFE PREP PADS	T3	
EASY COMFORT ALCOHOL PAD	T3	
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS	T3	
<i>fifty50 alcohol prep pads</i>	T2	
GNP ALCOHOL SWAB	T3	
GS ALCOHOL 70% SWABS	T3	
HM ALCOHOL 70% PREP PADS	T3	
INCONTROL ALCOHOL PADS	T3	
<i>pharm choice alcohol prep pads</i>	T2	
PHARM CHOICE ALCOHOL PREP PADS	T3	
PRO COMFORT ALCOHOL PADS	T3	
PURE COMFORT ALCOHOL PAD	T3	
<i>ra alcohol swabs</i>	T2	
RA ISOPROPYL ALCOHOL 70% WIPES	T3	
RELION ALCOHOL 70% SWABS	T3	
SAPS ALCOHOL 70% PREP PADS	T3	
SINGLE USE SWAB	T3	
SURE COMFORT ALCOHOL	T3	
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS	T3	
SWI ALCOHOL 70% PREP PADS	T3	
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS	T3	
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS	T3	
ULTILET ALCOHOL SWAB	T3	
WEBCOL	T3	
IRRIGANTES		
<i>acetic acid</i>	T2	
<i>neomycin sulf/polymyxin b sulf</i>	T2	
PHYSIOLYTE (<i>physiological irrig soln no.1</i>)	T4	
PHYSIOSOL (<i>physiological irrig soln no.1</i>)	T4	
<i>ringer's solution</i>	T2	
<i>ringer's solution, lactated</i>	T2	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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
IRRIGANTES (cont.)		
<i>sod,pot chlor/mag/sod,pot phos</i>	T2	
<i>sodium chloride 0.9% irrig</i>	T2	
<i>sodium chloride 0.9% prcss sol</i>	T2	
SODIUM CHLORIDE 0.9% IRRIG.	T4	
<i>sodium chloride irrig solution</i>	T2	
SORBITOL	T4	
SORBITOL-MANNITOL	T4	
<i>water for irrigation,sterile</i>	T2	
AGENTES OXIDANTES		
<i>hydrogen peroxide</i>	T2	
CONSERVANTES		
<i>formaldehyde</i>	T2	
PREPARACIONES CUTÁNEAS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
AGENTES ANTIPSORIÁSICOS, SISTÉMICOS		
<i>acitretin</i>	T2	
<i>methoxsalen</i>	T2	
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>	T2	QL (500 gms/28 days) HD
FLECTOR	T3	ST QL(60 patches/fill) HD
LICART	T3	ST QL(30 patches/fill) HD

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIACNÉ, SISTÉMICOS		
ABSORICA (isotretinoin)	T4	ST
isotretinoin (Absorica)	T2	
AGENTES ANTIACNÉ, TÓPICOS		
ACZONE (<i>dapsone</i>)	T4	ST
<i>adapalene/benzoyl peroxide</i>	T2	
<i>adapalene/benzoyl peroxide</i> (Epiduo Forte)	T2	
AZELEX	T4	ST
<i>clindamycin phos/benzoyl perox</i>	T2	
<i>clindamycin phos/benzoyl perox</i> (Acanya)	T2	
<i>clindamycin/tretinoin</i> (Veltin)	T2	
<i>clindamycin/tretinoin</i> (Ziana)	T2	PA
<i>dapsone 5% gel</i> (Aczone)		
<i>dapsone 7.5% gel pump</i> (Aczone)		
EPIDUO FORTE	T4	ST
EPIDUO FORTE (<i>adapalene/benzoyl peroxide</i>)	T4	ST
KLARON (<i>sulfacetamide sodium</i>)	T4	ST
NEUAC 1.2–5% KIT	T4	ST
<i>neuac gel</i>	T2	
ONEXTON	T3	ST
ONEXTON (<i>clindamycin phos/benzoyl perox</i>)	T4	ST
<i>sulfacetamide sodium</i> (Klaron)	T2	
ANTIPRURIGINOSOS, TÓPICOS		
ZONALON	T4	ST QL(90 gms/30 days)
ZONALON (<i>doxepin hcl</i>)	T4	ST QL(90 gms/30 days)
AGENTES ANTIPSORIÁSICOS		
<i>calcipotriene 0.005% cream</i> (Dovonex)	T2	QL(120 gms/30 days)
<i>calcipotriene 0.005% ointment</i>	T2	QL(120 gms/30 days)
<i>calcipotriene 0.005% solution</i>	T2	QL(120 mls/30 days)
<i>calcitriol 3 mcg/g ointment</i> (Vectical)	T2	
DOVONEX (<i>calcipotriene</i>)	T4	ST QL(120 gms/30 days)
DUOBRII	T4	ST QL(200 gms/30 days)
<i>tazarotene 0.05% cream</i> (Tazorac)	T2	PA
<i>tazarotene 0.1% cream</i> (Tazorac)	T2	PA
<i>tazarotene 0.05% gel</i> (Tazorac)	T2	PA

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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.)		
<i>tazarotene 0.1% gel (Tazorac)</i>	T2	PA
TWYNEO	T4	PA ST
VECTICAL (<i>calcitriol</i>)	T4	
VTAMA	T3	PA QL (60 gms/28 days)
ZIANA (<i>clindamycin/tretinoin</i>)	T4	PA ST
ZORYVE 0.3% CREAM	T4	PA QL (60 gms/30 days)
AGENTES ANTISEBORREICOS		
ESKATA	T4	
OVACE (<i>sulfacetamide sodium</i>)	T4	
OVACE PLUS	T4	
OVACE PLUS WASH	T4	
PLEXION NS	T4	
<i>selenium sulfide</i>	T2	
<i>sod sulfacetam 10% clnsng gel</i>	T2	
<i>sod sulfacetamide 10% shampoo</i>	T2	
<i>sod sulfacetamide 9.8% shampoo</i>	T2	
SODIUM SULFACETAMIDE 10% WASH	T4	
<i>sodium sulfacetamide 10% wash (Ovace)</i>	T2	
ANTISÉPTICOS, GENERALES		
ADVOCATE ALCOHOL 70% PREP PADS	T3	
ALCOHOL 70% PREP PADS	T3	
ALCOHOL 70% SWABS	T3	
<i>alcohol 70% swabs</i>	T2	
ALCOHOL 70% WIPES	T3	
<i>alcohol antiseptic pads</i>	T2	
<i>alcohol prep pads</i>	T2	
<i>alcohol swabs</i>	T2	
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD	T3	
CURITY ALCOHOL PREPS	T3	
CVS ALCOHOL 70% PREP PADS	T3	
<i>cvs isopropyl alcohol 70% wipe</i>	T2	
DROPSAFE PREP PADS	T3	
EASY COMFORT ALCOHOL PAD	T3	
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS	T3	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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>fifty50 alcohol prep pads</i>	T2	
GS ALCOHOL 70% SWABS	T3	
HM ALCOHOL 70% PREP PADS	T3	
INCONTROL ALCOHOL PADS	T3	
PHARM CHOICE ALCOHOL PREP PADS	T3	
<i>pharm choice alcohol prep pads</i>	T2	
PRO COMFORT ALCOHOL PADS	T3	
PURE COMFORT ALCOHOL PAD	T3	
<i>ra alcohol swabs</i>	T2	
RA ISOPROPYL ALCOHOL 70% WIPES	T3	
RELION ALCOHOL 70% SWABS	T3	
SAPS ALCOHOL 70% PREP PADS	T3	
SINGLE USE SWAB	T3	
<i>sm alcohol prep pads</i>	T2	
SURE COMFORT ALCOHOL	T3	
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS	T3	
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS	T3	
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS	T3	
ULTILET ALCOHOL SWAB	T3	
<i>v-r alcohol prep pads</i>	T2	
WEBCOL	T3	
ANTISÉPTICOS, VARIOS		
GUAIACOL	T3	
INMUNOMODULADORES		
<i>imiquimod</i>	T2	
<i>imiquimod (Zyclara)</i>	T2	
RUBEFACIENTES/CONTRAIRRITANTES		
CANTHARIDIN-ACETONE	T4	
<i>methyl salicylate</i>	T2	
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	T4	ST

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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		
<i>benzepto 6% foaming cloths</i>	T2	
BENZEPRO 7% CREAMY WASH (<i>benzoyl peroxide microspheres</i>)	T4	ST
<i>benzoyl peroxide</i>	T2	
<i>benzoyl peroxide (Pacnex)</i>	T2	
ENZOCLEAR	T4	ST
INOVA	T4	ST
INOVA 4-1	T4	ST
INOVA 8-2	T4	ST
PACNEX (<i>benzoyl peroxide</i>)	T4	ST
<i>podofilox 0.5% gel (Condylox)</i>	T2	ST QL (7 gms/30 days)
<i>podofilox 0.5% topical soln</i>	T2	
PR BENZOYL PEROXIDE (<i>benzoyl peroxide microspheres</i>)	T4	ST
PROTECTORES		
PHARMABASE BARRIER (<i>zinc oxide</i>)	T4	
<i>zinc oxide 20% ointment</i>	T2	
ZINC OXIDE PASTE	T3	
AGENTES PARA LA ROSÁCEA, TÓPICOS		
<i>azelaic acid (Finacea)</i>	T2	
EPSOLAY	T4	ST
FINACEA 15% FOAM	T3	ST
FINACEA 15% GEL (<i>azelaic acid</i>)	T4	ST
<i>ivermectin 1% cream (Soolantra)</i>	T2	QL (45 gms/30 days)
METROCREAM (<i>metronidazole</i>)	T4	ST
METROGEL (<i>metronidazole</i>)	T4	ST
<i>metronidazole 0.75% cream (Metrocream)</i>	T2	
<i>metronidazole 0.75% lotion</i>	T2	
<i>metronidazole top 1% gel pump</i>	T2	
<i>metronidazole topical 0.75% gl</i>	T2	
<i>metronidazole topical 1% gel (Metrogel)</i>	T2	
MIRVASO	T3	PA
RHOFADE	T4	PA
<i>rosadan 0.75% cream (Metrocream)</i>	T2	
ROSADAN 0.75% CREAM KIT	T4	ST
<i>rosadan 0.75% gel</i>	T2	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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 PARA LA ROSÁCEA, TÓPICOS (cont.)		
ROSADAN 0.75% GEL KIT	T4	ST
SOOLANTRA (<i>ivermectin</i>)	T4	ST QL(60 gms/30 days)
ADHESIVOS PARA TEJIDOS/HERIDAS		
ARTISS	T4	
SURGISEAL STYLUS	T4	
SURGISEAL TEARDROP	T4	
SURGISEAL TWIST	T4	
TISSEEL VHSD	T4	
ANTIINFLAM. TÓPICO, INHIB. DE LA FOSFODIESTERASA-4 (PDE4)		
EUCRISA	T3	ST QL(120 gms/30 days)
ZORYVE 0.15% CREAM	T3	ST QL (60 gms/30 days)
ZORYVE 0.3% FOAM	T4	ST QL (60 gms/30 days)
AGENTE ANTIACNÉ TÓPICO, AGONISTA DEL RECEPTOR DE ÁCIDO RETINOICO		
AKLIEF	T4	PA ST
ARAZLO	T4	PA
AGENTES TÓPICOS, VARIOS		
L-MESITRAN SOFT	T4	
MEDIHONEY	T4	
<i>trichloroacetic acid</i>	T2	
TRICHLOROACETIC ACID 100% (<i>trichloroacetic acid</i>)	T4	
TRICHLOROACETIC ACID 20% (<i>trichloroacetic acid</i>)	T3	
TRICHLOROACETIC ACID 25%	T4	
TRICHLOROACETIC ACID 30%	T3	
TRICHLOROACETIC ACID 35%	T3	
TRICHLOROACETIC ACID 40%	T3	
TRICHLOROACETIC ACID 50%	T3	
TRICHLOROACETIC ACID 75%	T4	
TRICHLOROACETIC ACID 80%	T3	
TRICHLOROACETIC ACID 85%	T3	
TRICHLOROACETIC ACID 90%	T3	
DERIVADOS DE LA PLEUROMUTILINA, ANTIBIÓTICOS TÓPICOS		
ALTABAX	T4	ST QL(30 gms/fill)
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS		
ALA-SCALP (<i>hydrocortisone</i>)	T4	ST

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
 PA – Autorización previa
 QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad
 SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
 PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
 CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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>alclometasone dipropionate</i>	T2	
<i>amcinonide</i>	T2	ST
<i>betamethasone dipropionate</i>	T2	
<i>betamethasone va 0.1% cream</i>	T2	
<i>betamethasone va 0.1% lotion</i>	T2	
<i>betamethasone valer 0.1% ointm</i>	T2	
<i>betamethasone valer 0.12% foam</i>	T2	ST
<i>betamethasone/propylene glyc</i>	T2	
betamethasone/propylene glyc (Diprolene)	T2	
BRYHALI	T4	ST
CAPEX SHAMPOO	T4	ST
<i>clobetasol 0.05% cream</i>	T2	QL (120 gms/30 days)
<i>clobetasol 0.05% gel</i>	T2	QL (120 gms/30 days)
<i>clobetasol 0.05% ointment (Temovate)</i>	T2	QL (120 gms/30 days)
<i>clobetasol 0.05% shampoo (Clobex)</i>	T2	ST QL (236 mls/30 days)
<i>clobetasol 0.05% solution</i>	T2	QL (100 mls/30 days)
<i>clobetasol 0.05% topical lotn</i>	T2	ST QL (118 mls/30 days)
<i>clobetasol emollient 0.05% crm</i>	T2	QL (120 gms/30 days)
<i>clobetasol emollnt 0.05% foam</i>	T2	ST QL (100 gms/30 days)
<i>clobetasol prop 0.05% foam (Olux)</i>	T2	ST QL (100 gms/30 days)
<i>clobetasol prop 0.05% spray (Clobex)</i>	T2	ST QL (125 mls/30 days)
<i>clobetasol propionate/emoll</i>	T2	ST QL (100 gms/30 days)
CLOBEX 0.05% SHAMPOO (<i>clobetasol propionate</i>)	T4	ST QL (236 mls/30 days)
CLOBEX 0.05% SPRAY (<i>clobetasol propionate</i>)	T4	ST QL (125 mls/30 days)
<i>clocortolone pivalate 0.1% crm (Cloderm)</i>	T2	
CLODAN 0.05% KIT	T4	ST QL (2 kits/28 days)
<i>clodan 0.05% shampoo (Clobex)</i>	T2	ST QL (236 mls/30 days)
CLODERM	T4	ST
CLODERM (<i>clocortolone pivalate</i>)	T4	ST
CORDRAN 0.025% CREAM	T4	ST QL (120 gms/30 days)
CORDRAN 0.05% CREAM (<i>flurandrenolide</i>)	T4	ST QL (120 gms/30 days)
CORDRAN 0.05% LOTION (<i>flurandrenolide</i>)	T4	ST QL (120 mls/30 days)
CORDRAN 0.05% OINTMENT (<i>flurandrenolide</i>)	T4	ST QL (120 gms/30 days)
CORDRAN 4 MCG/SQ CM TAPE LARGE	T4	ST

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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.)		
DERMA-SMOOTH-FS (<i>fluocinolone acetonide</i>)	T4	ST
DERMA-SMOOTH-FS (<i>fluocinolone/shower cap</i>)	T4	ST
DERMASORB HC	T4	ST
DERMASORB TA	T4	ST
DERMATOP (<i>prednicarbate</i>)	T4	ST
DESONATE (<i>desonide</i>)	T4	ST
<i>desonide</i> (Desonate)	T2	ST
<i>desonide 0.05% cream</i> (Tridesilon)	T2	
<i>desonide 0.05% gel</i> (Desonate)	T2	ST
<i>desonide 0.05% lotion</i>	T2	ST
<i>desonide 0.05% ointment</i>	T2	
<i>desoximetasone</i> (Topicort)	T2	ST
DIPROLENE (<i>betamethasone/propylene glyc</i>)	T4	ST
<i>fluocinolone acetonide</i>	T2	
<i>fluocinolone acetonide</i> (Derma-Smooth-Fs)	T2	
<i>fluocinolone acetonide</i> (Synalar)	T2	
<i>fluocinolone/shower cap</i> (Derma-Smooth-Fs)	T2	
<i>fluocinonide 0.05% cream</i>	T2	QL (120 gms/30 days)
<i>fluocinonide 0.05% gel</i>	T2	QL (120 gms/30 days)
<i>fluocinonide 0.05% ointment</i>	T2	QL (120 gms/30 days)
<i>fluocinonide 0.05% solution</i>	T2	QL (120 gms/30 days)
<i>fluocinonide 0.1% cream</i> (Vanos)	T2	ST QL (120 gms/30 days)
<i>fluocinonide/emollient base</i>	T2	QL (120 gms/30 days)
<i>fluticasone prop 0.005% oint</i>	T2	
<i>fluticasone prop 0.05% cream</i>	T2	
<i>fluticasone prop 0.05% lotion</i>	T2	ST
<i>fluticasone propionate</i>	T2	ST
<i>halobetasol propionate</i>	T2	ST
<i>halobetasol prop 0.05% cream</i>	T2	
<i>halobetasol prop 0.05% foam</i>	T2	ST
<i>halobetasol prop 0.05% ointmnt</i>	T2	
<i>halobetasol prop 0.05% cream</i> (Ultravate)	T2	
<i>halobetasol prop 0.05% ointmnt</i> (Ultravate)	T2	
HALOG	T4	ST

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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.)		
HALOG (<i>halcinonide</i>)	T4	ST
<i>hydrocort buty 0.1% lipo cream</i> (Locoid Lipocream)	T2	QL(120 gms/30 days)
<i>hydrocort/min oil/petrolat, wht</i>	T2	
<i>hydrocortisone</i>	T2	
<i>hydrocortisone acetate</i>	T2	
<i>hydrocortisone</i> (Ala-Scalp)	T2	
<i>hydrocortisone</i> (Anusol-Hc)	T2	ST QL (10gm/28 days)
<i>hydrocortisone buty 0.1% cream</i>	T2	QL(120 gms/30 days)
<i>hydrocortisone butyr 0.1% lotn</i>	T2	PA SP HD
<i>hydrocortisone butyr 0.1% oint</i>	T2	ST
<i>hydrocortisone butyr 0.1% soln</i>	T2	ST QL(120 mls/30 days)
IMPEKLO	T4	ST QL(136 gms/28 days)
KENALOG 0.147 MG/GRAM SPRAY (<i>triamcinolone acetonide</i>)	T4	ST QL(100 gms/30 days)
KENALOG 0.147 MG/GRAM SPRAY (<i>triamcinolone acetonide</i>)	T4	ST QL(100 gms/30 days)
KENALOG 0.147 MG/GRAM SPRAY (<i>triamcinolone acetonide</i>)	T4	ST QL(126 gms/30 days)
<i>mometasone furoate 0.1% cream</i>	T2	
<i>mometasone furoate 0.1% oint</i>	T2	
<i>mometasone furoate 0.1% soln</i>	T2	
NUCORT	T4	ST
OLUX (<i>clobetasol propionate</i>)	T4	ST QL(100 gms/30 days)
PANDEL	T4	ST
<i>prednicarbate</i>	T2	
<i>prednicarbate</i> (Dermatop)	T2	
SCALACORT DK	T4	ST
SYNALAR	T4	ST
SYNALAR (<i>fluocinolone acetonide</i>)	T4	ST
SYNALAR TS	T4	ST
TEMOVATE (<i>clobetasol propionate</i>)	T4	ST QL(120 gms/30 days)
TEXACORT	T4	ST
TOPICORT 0.05% CREAM (<i>desoximetasone</i>)	T4	ST
TOPICORT 0.05% GEL (<i>desoximetasone</i>)	T4	ST
TOPICORT 0.05% OINTMENT (<i>desoximetasone</i>)	T4	ST
TOPICORT 0.25% CREAM (<i>desoximetasone</i>)	T4	ST

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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.)		
TOPICORT 0.25% OINTMENT (<i>desoximetasone</i>)	T4	ST
<i>triamcinolone 0.025% cream, lotion</i>	T2	
<i>triamcinolone 0.025% oint</i>	T2	
<i>triamcinolone 0.05% ointment</i>	T2	ST
<i>triamcinolone 0.1% cream, lotion</i>	T2	
<i>triamcinolone 0.1% ointment</i>	T2	
<i>triamcinolone 0.147 mg/g spray (Kenalog)</i>	T2	ST QL(126 gms/30 days)
<i>triamcinolone 0.147 mg/g spray (Kenalog)</i>	T2	ST QL(100 gms/30 days)
<i>triamcinolone 0.5% cream</i>	T2	
<i>triamcinolone 0.5% ointment</i>	T2	
<i>triamcinolone acetonide</i>	T2	ST
<i>triderm 0.1% cream</i>	T2	
<i>triderm 0.5% cream</i>	T2	ST
TRIDESILON (<i>desonide</i>)	T4	ST
ULTRAVATE X	T4	ST
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS-ANESTÉSICOS LOCALES		
ANALPRAM HC 2.5%-1% LOTION	T4	ST
EPIFOAM	T4	ST
<i>hydrocort-pramoxine 2.5-1% crm</i>	T2	ST
<i>lidocaine/hydrocortisone ac</i>	T2	
<i>lidocaine-hc 3-0.5% cream</i>	T2	
PRAMOSONE	T4	ST
ANTIPARASITARIOS TÓPICOS		
<i>lindane</i>	T2	
<i>malathion (Ovide)</i>	T2	
OVIDE (<i>malathion</i>)	T4	
INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK) TÓPICOS		
OPZELURA	T4	PA QL(240 gms/28 days)
PREPARACIONES ANTIBACTERIANAS TÓPICAS		
<i>iodine/potassium iodide</i>	T2	
<i>iodine/sodium iodide</i>	T2	
IODOFLEX	T4	
IODOSORB	T4	
NORMLGEL AG	T4	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANÁLOGOS DE VIT. D/ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS		
<i>calcipotriene/betamethasone</i> (Taclonex)	T2	ST QL(60 gms/30 days)
<i>calcipotriene/betamethasone</i> (Taclonex)	T2	QL(60 gms/30 days)
ENSTILAR	T3	ST QL(60 gms/30 days)
WYNZORA	T4	ST QL(60 gms/30 days)
ENZIMAS TÓPICAS/DE LAS MEMBR. MUCOSAS/SUBCUT.		
SANTYL	T3	QL(180 gms/fill)
DERIVADOS DE LA VITAMINA A		
<i>adapalene 0.1% cream</i> (Differin)	T2	
ADAPALENE 0.1% LOTION	T4	ST
<i>adapalene 0.1% solution</i>	T2	
<i>adapalene 0.1% swab</i>	T2	ST
<i>adapalene 0.3% gel</i>	T2	
<i>adapalene 0.3% gel pump</i> (Differin)	T2	
ALTRENO	T4	PA
<i>avita 0.025% cream</i> (Retin-A)	T2	PA
AVITA 0.025% GEL	T4	PA
DIFFERIN	T4	ST
DIFFERIN (<i>adapalene</i>)	T4	ST
RETIN-A (<i>tretinoin</i>)	T4	PA
RETIN-A MICRO PUMP 0.06% GEL	T4	PA
RETIN-A MICRO PUMP 0.08% GEL	T4	PA
<i>tretinoin</i>	T2	
<i>tretinoin 0.01% gel</i> (Retin-A)	T2	PA
<i>tretinoin 0.025% cream</i> (Retin-A)	T2	PA
<i>tretinoin 0.025% gel</i> (Retin-A)	T2	PA
<i>tretinoin 0.05% cream</i> (Retin-A)	T2	PA
<i>tretinoin 0.05% gel</i> (Atralin)	T2	PA
<i>tretinoin 0.1% cream</i> (Retin-A)	T2	PA
<i>tretinoin microspheres</i> (Retin-A Micro Pump)	T2	PA
<i>tretinoin microspheres</i> (Retin-A Micro)	T2	PA
AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR (Productos para dejar de fumar)⁸		
AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR (ESTIM. GANGLIONARES, OTROS)		
NICOTROL	T4	QL(180 ds/365 days) PPACA
NICOTROL NS	T4	QL(180 ds/365 days) PPACA

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LA TIROIDES (Agentes hormonales)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR-AGONISTA PARCIAL DE LOS RECEPT. DE NICOTINA		
APO-VARENICLINE 0.5 MG TABLET	T3	QL(180 ds/365 days) PPACA
APO-VARENICLINE 1 MG TABLET	T3	QL(180 ds/365 days) PPACA
CHANTIX	T4	QL(180 ds/365 days) PPACA
<i>varenicline starting month box</i>	T2	
AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR, OTROS		
<i>bupropion hcl sr 150 mg tablet</i>	T2	QL(180 ds/365 days) PPACA
PREPARACIONES ANTITIROIDEAS		
<i>methimazole</i>	T1	HD
<i>propylthiouracil</i>	T2	HD
HORMONAS TIROIDEAS		
<i>adthyza 15 mg, 30 mg tablet</i>	T2	HD
<i>adthyza 60 mg, 90 mg tablet</i>	T2	HD
<i>adthyza 120 mg tablet</i>	T2	HD
ARMOUR THYROID	T3	HD
ERMEZA SOLUTION	T4	ST HD
<i>levothyroxine sodium (Synthroid)</i>	T1	HD
<i>liothyronine sodium (Cytomel)</i>	T2	HD
<i>thyroid,pork</i>	T2	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
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

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

HD – Puede requerir entrega a domicilio

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

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
FIBROSIS QUÍSTICA-COMB. DE POTENCIADOR DE CFTR Y CORRECTOR (cont.)		
TRIKAFTA 80-40-60MG/59.5MG PKT	T4	SP PA HD QL (56 packets/28 days)
TRIKAFTA 100-50-75 MG/75MG PKT	T4	SP PA HD QL (56 packets/28 days)
FIB. QUÍSTICA-POTENCIADOR DE LA REG. DE LA CONduc. TRANSMEMB. (CFTR)		
KALYDECO 150 MG TABLET	T4	PA QL(56 tabs/fill) SP HD
KALYDECO 13.4MG GRANULES PKT	T4	PA SP QL (56 packets/28 days)
KALYDECO 5.8 MG GRANULES PKT	T4	PA QL(56 packs/fill) SP HD
KALYDECO 25 MG, 50 MG, 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	T4	
INFASURF	T4	
SURVANTA	T4	
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 50 MG, 125 MG TABLET	T4	PA QL(28 tabs/28 days) SP
ZOKINVY	T4	PA QL(120 caps/fill) SP
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)
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		
icatibant acetate (Firazyr)	T2	PA SP HD
icatibant acetate (Firazyr)	T2	PA SP

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE CALICREÍNA PLASMÁTICA		
ORLADEYO	T4	PA SP
ORLADEYO 110MG, 150 MG CAPSULE	T4	PA SP QL (28 caps/28 days)
TAKHZYRO 300MG/2ML	T4	PA SP HD QL (2 units/28 days)
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Cáncer)		
AGENTES DE RESCATE/ANTÍDOTOS PARA QUIMIOTERAPIA		
leucovorin calcium	T2	CSL
mesna (Mesnex)	T2	SP CSL
MESNEX (mesna)	T4	SP CSL
VISTOGARD	T4	PA QL(20 packs/30 days) SP CSL
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Productos dentales)		
PREPARACIONES Y AYUDAS DENTALES		
chlorhexidine gluconate (Peridex)	T1	
PERIDEX (chlorhexidine gluconate)	T4	
triamcinolone 0.1% paste	T2	
triamcinolone acetonide	T2	
INHIBIDORES DE LA COLAGENASA PERIODONTAL		
doxycycline hyclate 20 mg tab	T2	
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Disfunción eréctil)		
MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL (ED)		
avanafil (Stendra)	T2	PA QL (8 tabs/30 days)
CAVERJECT 20 MCG, 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 (tadalafil)	T4	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	
T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad		
ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a 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.)		
LEVITRA (<i>vardenafil hcl</i>)	T3	PA QL(8 tabs/fill)
MUSE	T2	PA QL(12 supps/fill)
PAPAVERINE-PHENTOLAMINE	T3	
PAPAVERINE-PHENTOLMN-ALPROSTD	T3	
<i>sildenafil 25 mg tablet</i> (Viagra)	T2	PA QL (8 tabs/30 days) HD
<i>sildenafil 100 mg tablet</i> (Viagra)	T2	PA QL (8 tabs/30 days) HD
<i>sildenafil 50 mg tablet</i> (Viagra)	T2	PA QL (8 tabs/30 days) HD
<i>tadalafil 10 mg tablet</i> (Cialis)	T2	PA QL (8 tabs/30 days) HD
<i>tadalafil 20 mg tablet</i> (Cialis)	T2	PA QL (8 tabs/30 days) HD
<i>tadalafil 5 mg tablet</i> (Cialis)	T2	PA QL (8 tabs/30 days) HD
STENDRA (<i>avanafil</i>)	T4	PA QL (8 tabs/30 days)
<i>tadalafil 2.5 mg tablet</i>	T2	PA QL (30 tabs/30 days) HD
TRI-MIX (PAPVRN-PHNTLMN-PGE1)	T3	
<i>vardenafil hcl</i>	T2	PA QL(8 tabs/fill)
<i>vardenafil hcl</i> (Levitra)	T2	PA QL(8 tabs/fill)
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones oculares)		
AGONISTA PARCIAL DE RECEPTORES NICOTÍNICOS, ALFA4-BETA2		
TYRVAYA	T4	PA
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones gastrointestinales/pirosis)		
AGENTES PARA USO ESTOMATOLÓGICO		
PROTHELIAL	T4	
KIT PARA PREPARAR COMPUESTOS		
FIRST-MOUTHWASH BLM	T4	
AGENTES ORALES PARA LA MUCOSITIS/ESTOMATITIS		
GELCLAIR	T4	
GELX	T4	
ORAMAGICRX	T4	
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS ORALES PARA LA MUCOSITIS/ESTOMATITIS		
EPISIL	T4	
AGONISTAS DE LOS PPAR		
IQIRVO	T4	PA SP HD
LIVDELZI	T4	PA SP

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

SP – Medicamentos de especialidad

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 ESTIMULANTES DE LA SALIVA		
NUMOISYN	T4	
AGENTES SUSTITUTOS DE LA SALIVA		
AQUORAL	T4	
BOCASAL	T4	
CAPHOSOL	T4	
MUCOSITISRX	T4	
NEUTRASAL	T4	
NUMOISYN	T4	
SALIVAMAX	T4	
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>	T2	ST
<i>paricalcitol</i>	T2	ST SP HD
<i>paricalcitol (Zemplar)</i>	T2	ST SP HD
RAYALDEE	T4	ST
ZEMPLAR (<i>paricalcitol</i>)	T4	ST SP HD
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios)		
ABORTIVOS-ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA PROGESTERONA		
MIFEPREX	T4	
<i>mifepristone 200 mg tablet</i>	T2	
AGENTES PARA TRATAR LA PARÁLISIS PERIÓDICA - INHIB. DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA		
<i>dichlorphenamide (Keveyis)</i>	T2	PA SP
INHIBIDORES DE AMONÍACO		
CARBAGLU (<i>carglumic acid</i>)	T4	PA SP HD
<i>carglumic acid</i> (Carbaglu)	T2	PA SP HD
PHEBURANE	T4	PA SP
PREPARACIONES ANTIALCOHÓLICAS		
<i>acamprosate calcium</i>	T2	
<i>disulfiram</i>	T2	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

HD – Puede requerir entrega a domicilio
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
TRATAMIENTO ANTIFIBRÓTICO - ANÁLOGOS DE LA PIRIDONA		
<i>pirfenidone 267mg capsules</i>	T2	PA SP HD QL (270 caps/30 days)
INHIBIDORES DE LA ESTERASA CI		
HAEGARDA	T4	PA SP HD
HAEGARDA 2,000UNIT VIAL	T4	PA SP HD QL (24 vials/28 days)
HAEGARDA 3,000UNIT VIAL	T4	PA SP HD QL (16 vials/28 days)
CALCIMIMÉTICO, POTENCIADOR DEL CALCIO PARATIROIDEO		
<i>cinacalcet hcl (Sensipar)</i>	T2	PA SP
COLORANTES Y TINTES		
<i>methylene blue</i>	T2	
KIT PARA PREPARAR COMPUESTOS		
FIRST-MOUTHWASH BLM	T4	
AGENTES CRIOPRESERVANTES		
<i>dimethyl sulfoxide</i>	T2	
MEDICAMENTOS PARA TRATAR DIAG. DE GAUCHER TIPO I, REDUCTORES DE SUSTRATOS		
CERDELGA	T4	PA SP HD QL (56 caps/28 days)
ALÉRGENOS E IRRITANTES AMBIENTALES, OTROS		
T.R.U.E. TEST	T4	
AGENTES PARA INHALACIÓN GENERALES		
HYPER-SAL	T4	
<i>nebusal 3% vial</i>	T2	
NEBUSAL 6% VIAL	T4	
<i>sodium chloride 0.9% inhal vl</i>	T2	
<i>sodium chloride 10% vial</i>	T2	
<i>sodium chloride 3% vial</i>	T2	
<i>sodium chloride 7% vial</i>	T2	
<i>sodium chloride for inhalation</i>	T2	
TRATAMIENTO DE TRASTORNO GENÉTICO - TRATAMIENTO POR DEFICIENCIA DE PROTEÍNA SMN		
EVRYSDI	T4	PA SP HD
INHIBIDOR DE LA GLUCOSILCERAMIDA SINTASA (GCS)		
<i>miglustat (Zavesca)</i>	T2	PA QL(90 caps/30 days) sp
OPFOLDA	T4	PA QL(8 caps/fill) SP HD
MEDICAMENTOS HOMEOPÁTICOS		
VERTIGOHEEL	T4	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

SP – Medicamentos de especialidad

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDOR DE LA HIDROXIFENILPIRUVATO DIOXIGENASA (HPPD)		
<i>nitisinone</i> (Orfadin)	T2	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	T4	
SUPRESORES DE LOS SÍNTOMAS MENOPÁUSICOS - SSRI		
<i>paroxetine mesylate</i> (Brisdelle)	T2	ST QL(30 caps/fill) HD
REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, HIPOFOSFATASIA		
STRENSIQ	T4	PA SP
AGENTES PARA TRATAR LA INTOXIC. POR METALES		
CHEMET	T3	PA
<i>deferasirox</i> (Exjade)	T2	PA SP HD
<i>deferasirox</i> (Jadenu Sprinkle)	T2	PA SP HD
<i>deferasirox</i> (Jadenu)	T2	PA SP HD
<i>deferiprone</i> (Ferriprox (3 Times A Day))	T2	PA SP HD
FERRIPROX	T4	PA SP
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	T4	
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)	T2	PA SP
<i>sapropterin dihydrochloride</i> (Kuvan)	T2	PA SP HD

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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
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 CAPSULE	T4	PA QL(112 caps/fill) SP
SOHONOS 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
SOLVENTES		
CVS ISOPROPYL ALCOHOL 91%	T4	
<i>cvs isopropyl alcohol 91%</i>	T2	
CVS ISOPROPYL RUB ALCOHOL 70%	T4	
<i>cvs isopropyl rub alcohol 70%</i>	T2	
<i>eql isopropyl alcohol 91%</i>	T2	
<i>eql isopropyl rub alcohol 70%</i>	T2	
FT ISOPROPYL ALCOHOL 91%	T4	
FT ISOPROPYL RUB ALCOHOL 70%	T4	
GNP ISOPROPYL ALCOHOL 70%	T4	
<i>gnp isopropyl alcohol 99%</i>	T2	
GS ISOPROPYL ALCOHOL 91%	T4	
<i>hm isopropyl alcohol 70%</i>	T2	
<i>hm isopropyl alcohol 91%</i>	T2	
INSTACLEAN	T3	
ISOPROPANOL	T3	
<i>isopropyl 70% alcohol</i>	T2	
<i>isopropyl alcohol</i>	T2	
<i>isopropyl alcohol 70%</i>	T2	
ISOPROPYL ALCOHOL 70%	T4	
<i>isopropyl alcohol 91%</i>	T2	
<i>isopropyl alcohol 99%</i>	T2	
<i>isopropyl rubbing alcohol 70%</i>	T2	
ISOPROPYL RUBBING ALCOHOL 70%, 91%	T4	
<i>kro isopropyl alcohol 91%</i>	T2	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
 PA – Autorización previa
 QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad
 SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
 PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
 CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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 (cont.)		
MURI-LUBE MINERAL OIL	T3	
polyethylene glycol	T2	
qc isopropyl alcohol 91%	T2	
qc isopropyl rubbing alcohol	T2	
ra isopropyl alcohol 70%	T2	
ra isopropyl alcohol 91%	T2	
sm isopropyl alcohol 70%	T2	
swan isopropyl alcohol 70%	T2	
EXCIPIENTES		
GELFILM	T4	
HYDROXYPROPYLCELLULOSE	T3	
HYPROMELLOSE	T3	
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		
betaine (Cystadane)	T2	PA SP
CARNITOR (levocarnitine (with sugar))	T4	
CARNITOR (levocarnitine)	T4	
CARNITOR SF (levocarnitine)	T4	
levocarnitine 4 gm/20 ml vial	T2	
levocarnitine (Carnitor Sf)	T2	
levocarnitine (Carnitor)	T2	
levocarnitine (with sugar) (Carnitor)	T2	
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Productos para la osteoporosis)		
AGENTES QUE ESTIM. LA FORMACIÓN DE HUESO - HORMONA PARATIROIDEA		
BONSITY (teriparatide)	T4	PA QL (1 pens/28 days) SP
teriparatide (Bonsity)	T2	PA QL (1 pens/28 days) SP HD
teriparatide (Forteo)	T2	PA QL (1 pens/28 days) SP HD
COMBINACIONES DE INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA Y VITAMINA D		
FOSAMAX PLUS D	T4	ST QL(4 tabs/28 days) HD

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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		
ACTONEL 150 MG TABLET (<i>risedronate sodium</i>)	T4	ST QL(1 tab/30 days) HD
ACTONEL 35 MG TABLET (<i>risedronate sodium</i>)	T4	ST QL(4 tabs/28 days) HD
<i>alendronate sod 70 mg/75 ml</i>	T2	QL(300 mls/28 days) HD
<i>alendronate sodium 5 mg, 10 mg tablet</i>	T1	QL(30 tabs/fill) HD
<i>alendronate sodium 35 mg tab</i>	T1	QL(4 tabs/28 days) HD
<i>alendronate sodium 40 mg tab</i>	T2	HD
<i>alendronate sodium 70 mg tab (Fosamax)</i>	T1	QL(4 tabs/28 days) HD
ATELVIA (<i>risedronate sodium</i>)	T4	ST QL(4 tabs/28 days) HD
BINOSTO	T4	ST QL(4 tabs/28 days) HD
EVISTA (<i>raloxifene hcl</i>)	T4	HD
FOSAMAX (<i>alendronate sodium</i>)	T4	ST QL(4 tabs/28 days) HD
<i>ibandronate sodium</i>	T2	QL(1 tab/30 days) HD
<i>raloxifene hcl (Evista)</i>	T2	HD PPACA
<i>risedronate sodium (Atelvia)</i>	T2	QL(4 tabs/28 days) HD
<i>risedronate sodium 150 mg tab (Actonel)</i>	T2	QL(1 tab/30 days) HD
<i>risedronate sodium 5 mg, 30 mg tab</i>	T2	QL(30 tabs/fill) HD
<i>risedronate sodium 35 mg tab (Actonel)</i>	T2	QL(4 tabs/28 days) 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	T3	ST QL (60 tabs/30 days)
SAVELLA 12.5 MG TABLET	T3	ST QL (60 tabs/30 days)
SAVELLA 25 MG TABLET	T3	ST QL (60 tabs/30 days)
SAVELLA 50 MG TABLET	T3	ST QL (60 tabs/30 days)
SAVELLA TITRATION PACK	T3	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 (Lyrica Cr)</i>	T2	PA HD

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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 cutáneas)

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

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
----------	----	-------

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Abuso de sustancias)

TRATAMIENTO PARA LA ABSTINENCIA DE OPIOIDES, AGONISTAS ADRENÉRGICOS ALFA 2

<i>lofexidine hcl</i> (Lucemyra)	T2	PA QL (224 tabs/30 days)
----------------------------------	----	--------------------------

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

<i>buprenorphine hcl</i>	T2	
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i>	T2	
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i> (Suboxone)	T2	
ZUBSOLV	T3	

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)	T2	HD
<i>dutasteride</i> (Avodart)	T2	ST HD
<i>finasteride</i> (Proscar)	T2	HD
FLOMAX (<i>tamsulosin hcl</i>)	T4	ST HD
PROSCAR (<i>finasteride</i>)	T4	ST HD
<i>silodosin</i> (Rapaflo)	T2	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>	T2	ST HD
<i>dutasteride/tamsulosin hcl</i> (Jalyn)	T2	ST HD
JALYN (<i>dutasteride/tamsulosin hcl</i>)	T4	ST HD

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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 QUE REDUCEN LA CISTINA, CISTINOSIS NEFROPÁTICA		
CYSTAGON	T4	SP
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ENDOTELINA		
VANRAFIA	T4	PA SP
AGENTES PARA CÁLCULOS RENALES		
<i>tiopronin 100 mg tablet</i> (Thiola)	T2	PA SP
<i>tiopronin dr 100 mg tablet</i> (Thiola Ec)	T2	PA SP HD
<i>tiopronin dr 300 mg tablet</i> (Thiola Ec)	T2	PA SP
<i>tiopronin dr 300 mg tablet</i> (Thiola Ec)	T2	PA SP HD
<i>tiopronin</i> (Thiola Ec)	T2	PA SP
THIOLA EC (<i>tiopronin</i>)	T4	PA SP
AGENTES PARA LA VEJIGA HIPERACTIVA, RECEPTORES ADRENÉRGICOS BETA 3		
GEMTESA	T4	HD
<i>mirabegron</i> (Myrbetriq)	T2	HD
MYRBETRIQ	T3	HD
MYRBETRIQ (<i>mirabegron</i>)	T3	HD
ANTIESPASMÓDICOS DE LAS VÍAS URINARIAS, ANTAGONISTAS SELECTIVOS DE M(3)		
<i>darifenacin hydrobromide</i>	T2	HD
<i>solifenacin succinate</i> (Vesicare)	T2	HD
AGENTE ANTIESPASMÓDICO/ANTIINCONTINENCIA DE LAS VÍAS URINARIAS		
<i>fesoterodine fumarate</i> (Toviaz)	T2	HD
<i>flavoxate hcl</i>	T2	HD
<i>oxybutynin 5 mg/5 ml soln cup</i>	T2	HD
<i>oxybutynin chloride</i>	T2	HD
OXYTROL	T4	ST QL (8 patches/28 days) HD
<i>tolterodine tartrate</i> (Detrol La)	T2	HD
<i>tolterodine tartrate</i> (Detrol)	T2	HD
<i>trospium chloride</i>	T2	HD
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Control del peso)		
ESTIMULANTES DEL APETITO PARA LA ANOREXIA, CAQUEXIA, SÍNDROME DE DESGASTE		
<i>megestrol 625 mg/5 ml susp</i>	T2	
<i>megestrol acet 40 mg/ml susp</i>	T2	
<i>megestrol acet 400 mg/10 ml</i>	T2	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
COMBINACIONES MULTIVITAMÍNICAS ANTIOXIDANTES		
50 PLUS ADULT EYE HEALTH	T4	
<i>a/c/e/zinc ox/cupric ox/lutein</i>	T2	
ADULT 50 PLUS EYE HEALTH	T4	
ANTIOXIDANT FORMULA	T4	
BIOTECT PLUS SOFTGEL	T4	
EQ VISION FORMULA TABLET	T3	
<i>eq eye health plus lutein tab</i>	T2	
EYE HEALTH AND LUTEIN	T4	
EYE HEALTH WITH LUTEIN	T4	
EYE HEALTH PLUS LUTEIN TABLET	T4	
EYE MULTIVITAMIN	T3	
EYE MULTIVITAMIN WITH LUTEIN	T4	
EYEPROTECT	T4	
<i>gnp healthy eyes tablet</i>	T2	
HEALTHY EYES TABLET	T3	
<i>healthy eyes tablet</i>	T2	
I-CAPS	T3	
ICAPS AREDS FORMULA DR TABLET	T4	
ICAPS AREDS2	T4	
LIPOTRIAD	T4	
LIPOTRIAD VISIONARY	T4	
LUTEIN PLUS WITH ZEAXANTHIN	T4	
MACULAR BENEFITS	T4	
MACULAR HEALTH FORMULA	T4	
MACUVEX	T4	
MACUZIN	T4	
OCULAR VITAMINS	T4	
OCUVEL	T4	
OCUVITE ADULT 50 PLUS	T3	
OCUVITE WITH LUTEIN	T3	
PRESERVISION AREDS	T3	
PRESERVISION AREDS 2 CO Q-10	T4	
PRESERVISION LUTEIN	T3	
VISION FORMULA TABLET	T4	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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.)		
VISION FORMULA WITH LUTEIN	T4	
VISION OPTIMIZER	T4	
VISTA ADVANCED AREDS2	T4	
<i>vit a/vit c/vit e/zinc/copper</i>	T2	
<i>vits a,c,e/lutein/minerals</i>	T2	
VITEYES AREDS 2 PLUS MULTIVIT	T4	
BIOFLAVONOIDES		
<i>bioflav,lemon/vit bcomp,c</i>	T2	
<i>bioflav,lemon/vit bcomp,c (Lipo-Flavonoid Plus)</i>	T2	
COBALEFOL	T4	
CITRUS BIOFLAVONOIDES	T4	
EAR HEALTH PLUS CAPLET	T4	
<i>ear health plus caplet (Lipo-Flavonoid Plus)</i>	T2	
FLAVOVIT	T4	
FLOGEN	T4	
FOLETRA	T4	
INNER EAR PLUS	T4	
LIPO FLAVONOID	T4	
LIPO-FLAVONOID PLUS (<i>bioflav,lemon/vit bcomp,c</i>)	T3	
QUERCETIN	T4	
<i>rutin</i>	T2	
VASCULERA	T4	
VASOFLEX D1	T4	
VENALIV	T4	
PREPARACIONES CON ÁCIDO FÓLICO		
<i>cvs folic acid 800 mcg tablet</i>	T2	PPACA
DENOVO	T4	
DEPLIN-ALGAL OIL (<i>levomefolate/algae oil</i>)	T4	
DEPLIN FC	T4	
ENLYTE	T4	
FA-8	T4	
<i>folic acid 0.4 mg tablet</i>	T2	PPACA
<i>folic acid 0.8 mg tablet</i>	T2	PPACA
<i>folic acid 1 mg tablet</i>	T2	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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.)		
<i>folic acid 1,000 mcg tablet</i>	T2	
FOLIC ACID 20 MG CAPSULE	T4	
<i>folic acid 400 mcg tablet</i>	T2	PPACA
FOLIC ACID 5 MG CAPSULE	T4	
<i>folic acid 5 mg/ml vial</i>	T2	
<i>folic acid 50 mg/10 ml vial</i>	T2	
FOLIC ACID 800 MCG CAPSULE	T4	
<i>folic acid 800 mcg tablet</i>	T2	PPACA
<i>folic acid/b6/ca phos/ginger</i>	T2	
<i>ft folic acid 400 mcg tablet</i>	T2	PPACA
<i>ft folic acid 800 mcg tablet</i>	T2	PPACA
FOLIKA-V	T4	
FOLITE	T4	
GENICIN VITA-Q	T4	
<i>gnp folic acid 400 mcg tablet</i>	T2	PPACA
<i>hm folic acid 400 mcg tablet</i>	T2	PPACA
HYLAZINC	T4	
<i>levomefolate calcium</i>	T2	
<i>levomefolate/algae oil (Deplin-Algae Oil)</i>	T2	
METHYLFOLATE	T4	
MI-VITE RX	T4	
<i>purevita folic acid 400 mcg tb</i>	T2	PPACA
PUREVITA FOLIC ACID 400MCG/2ML	T4	
<i>ra folic acid 0.4 mg tablet</i>	T2	PPACA
<i>ra folic acid 800 mcg tablet</i>	T2	PPACA
<i>sm folic acid 0.4 mg tablet</i>	T2	PPACA
<i>sm folic acid 400 mcg tablet</i>	T2	PPACA
<i>sv folic acid 800 mcg tablet</i>	T2	PPACA
<i>true folic acid 1600mcg dfe tb</i>	T2	
<i>true folic acid 667 mcg dfe tb</i>	T2	PPACA
XAQUIL XR	T4	
PREPARACIONES DE VITAMINAS GERIÁTRICAS		
<i>a thru z advanced formula tab (Vision Plus Lutein)</i>	T2	
<i>a thru z select tablet (Vision Plus Lutein)</i>	T2	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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 GERIÁTRICAS (cont.)		
CENTRUM SILVER CHEWABLE TABLET	T3	
<i>eldertonic elixir</i>	T2	
ELDERTONIC LIQUID	T4	
GERITOL COMPLETE	T3	
GERITOL TONIC	T3	
<i>multivit with iron,minerals</i>	T2	
<i>multivit with minerals/lutein (Vision Plus Lutein)</i>	T2	
REQ49+	T4	
SPECTRAVITE ADULT 50+	T4	
VISION PLUS LUTEIN (<i>multivit with minerals/lutein</i>)	T3	
PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS		
<i>a thru z advanced formula tab</i>	T2	
A THRU Z MEN'S ULTIMATE TABLET	T3	
A THRU Z SELECT MEN 50+ TABLET	T4	
<i>a thru z select multivit tab</i>	T2	
<i>a thru z select multivit tab (Centrum Silver)</i>	T2	
<i>a thru z select multivit tab (Certavite Senior)</i>	T2	
<i>a thru z select tablet (Centrum Silver)</i>	T2	
<i>a thru z select tablet (Certavite Senior)</i>	T2	
<i>a thru z select women's tablet</i>	T2	
<i>a/c/e/zinc/sod selenate/copper</i>	T2	
ABC COMPLETE ADULT	T3	
ABC COMPLETE MEN'S	T3	
ABC COMPLETE SENIOR WOMEN'S	T4	
ACTIVNUTRIENTS	T4	
ACTIVNUTRIENTS PERFORMANCE	T4	
ADEK GUMMIES PLUS ZINC	T4	
ADULT MULTI	T4	
ADULT MULTI GUMMIES	T4	
ADULT MULTIVITAMIN GUMMIES	T4	
ADULT ONE DAILY GUMMIES	T4	
ADULTS' DAILY FORMULA	T4	
ADULTS MULTIVITAMIN	T4	
ADVANCED MULTI EA	T4	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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.)		
AFLORA	T4	
ALIVE ADULT ULTRA POTENCY	T4	
ALIVE COMPLETE PREMIUM PRENATL	T4	
ALIVE MAX6 POTENCY	T4	
ALIVE WOMEN'S 50 PLUS COMPLETE	T4	
ALIVE DAILY ENERGY	T4	
ALIVE HAIR, SKIN AND NAILS	T4	
ALIVE DAILY SUPPORT PRENATAL	T4	
ALIVE MAX POTENCY	T4	
ALIVE MEN'S 50 PLUS GUMMY	T4	
ALIVE MEN'S 50 PLUS ULTRA	T4	
ALIVE MEN'S ULTRA POTENCY	T4	
ALIVE PREMIUM ADULT	T4	
ALIVE MEN'S ENERGY	T4	
ALIVE MEN'S GUMMY	T4	
ALIVE PREMIUM PRENATAL	T4	
ALIVE WOMEN'S 50 PLUS	T4	
ALIVE WOMEN'S 50 PLUS ULTRA	T4	
ALIVE WOMEN'S ENERGY	T4	
ALIVE ADULT ULTRA POTENCY	T4	
ALIVE WOMEN'S MULTIVITAMIN	T4	
ALIVE WOMEN'S ULTRA POTENCY	T4	
ALPHA BETIC MULTIVITAMIN	T4	
ALTRIXA	T4	
<i>amino acids/mv,tx,iron,mineral</i>	T2	
AMLADEX	T4	
ANIMI-3	T4	
AQUADEKS	T3	
BACMIN	T4	
BARIATRIC MULTIVITAMINS	T4	
<i>b-complex with vitamin c</i>	T2	
<i>b-complex with vitamin c (Support-500)</i>	T2	
<i>b-complex w-vitamin c caplet</i>	T2	
BEROCCA	T4	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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>beta-carotene(a)-vits c,e/mins</i>	T2	
BIO-35	T4	
<i>biotect plus liquid</i>	T2	
BLADDER 2.2	T3	
BODY, HAIR, SKIN AND NAILS	T4	
CENTRAL-VITE	T4	
CENTRAL-VITE WOMEN'S MATURE (<i>multivit-min/iron/folic/lutein</i>)	T4	
CENTRAVITES ADULTS	T4	
CENTRUM	T3	
CENTRUM ADULT 50 FRESH-FRUITY	T4	
CENTRUM ADULT 50 PLUS	T4	
CENTRUM CHEWABLES ADULTS TAB	T3	
CENTRUM CHEWABLES ADULTS TAB	T4	
CENTRUM COMPLETE	T3	
CENTRUM FLAVOR BURST ADULT	T4	
CENTRUM MEN 50 PLUS	T4	
CENTRUM MEN MULTIGUMMY	T4	
CENTRUM MENOPAUSE MULTIVITAMIN	T4	
CENTRUM MULTI MENTAL FOCUS	T4	
CENTRUM POSTNATAL	T4	
CENTRUM PRENATAL	T4	
CENTRUM MEN'S TABLET	T3	
CENTRUM MULTIGUMMIES	T4	
CENTRUM MULTI PLUS BEAUTY	T4	
CENTRUM MULTI PLUS OMEGA-3	T4	
CENTRUM SILVER MEN	T4	
CENTRUM SILVER TABLET (<i>multivit-min/fa/lycopen/lutein</i>)	T4	
CENTRUM SILVER ULTRA MEN'S (<i>multivit-min/fa/lycopen/lutein</i>)	T3	
CENTRUM SILVER WOMEN (<i>multivit-min/iron/folic/lutein</i>)	T4	
CENTRUM SPECIALIST ENERGY	T4	
CENTRUM SPECIALIST HEART	T3	
CENTRUM ULTRA MEN'S	T3	
CENTRUM WOMEN 50 PLUS	T4	
CENTRUM WOMEN MULTIGUMMY	T4	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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>centrum women tablet</i> (Certavite-Antioxidant)	T2	
<i>centrum women tablet</i> (Tab-A-Vite Multivit With Iron)	T2	
<i>cvs adult multivitamin gummy</i>	T2	
<i>certavite-antioxidant tablet</i> (Certavite-Antioxidant)	T2	
CERTAVITE-ANTIOXIDANT TABLET (<i>multivitamin/iron/folic acid</i>)	T4	
<i>certavite-antioxidant tablet</i> (Tab-A-Vite Multivit With Iron)	T2	
COMPLETE MEN	T3	
COMPLETE MEN 50 PLUS	T4	
COMPLETE MULTIVITAMIN-MINERAL	T4	
COMPLETIA DIABETIC MULTIVIT	T4	
CONCEPT DHA (<i>mvn-min75/iron/iron ps/om3/dha</i>)	T4	
CONCEPT OB (<i>mvn-min 74/iron fum/iron/fa</i>)	T4	
CORVITE	T4	
CULTURELLE PROBIOTIC-MULTIVIT	T4	
<i>cvs b-complex-vit c caplet</i>	T2	
<i>cvs hair, skin and nails cplt</i>	T2	
<i>cvs one daily essential tablet</i> (Daily-Vite)	T2	
DAILY GUMMIES	T4	
DAILY MULTIPLE	T3	
DAILY MULTIVITAMIN	T4	
<i>daily-vite tablet</i> (Daily-Vite)	T2	
DAILY-VITE TABLET (<i>multivitamin with folic acid</i>)	T4	
DAVIMET WITH IRON	T4	
DAYAVITE	T4	
DECUBI VITE	T4	
DEKAS BARIATRIC	T4	
DEKAS ESSENTIAL	T4	
DEKAS PLUS	T4	
DERMACINRX FOLIFLEX	T4	
DERMACINRX FOLITIN-Z	T4	
DERMACINRX MULTITAM	T4	
DERMACINRX RIBOTIN-E	T4	
DERMACINRX VENEXA	T4	
DERMACINRX VENEXA FE	T4	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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.)		
DERMACINRX VENTRIXYL	T4	
DERMACINRX VENTRIXYL FE	T4	
DERMACINRX VITRAMYN	T4	
DERMACINRX VITRANOL	T4	
DERMACINRX VITRANOL FE	T4	
DERMACINRX VITREXATE	T4	
DERMACINRX VITREXATE FE	T4	
DERMACINRX ZINTREXYL-C	T4	
DIABETES HEALTH FORMULA	T4	
DIABETES HEALTH PACK	T4	
DIABETIC VITAMIN	T4	
DIALYVITE 800 WITH IRON	T4	
DIATROL	T4	
ELON MATRIX 5000 COMPLETE	T4	
ENBRACE HR	T4	
ENDUR-VM IRON-FREE	T4	
ENDUR-VM WITH IRON	T4	
EQ ONE DAILY MEN'S TABLET	T3	
EQ ONE DAILY WOMEN'S HEALTH TB	T4	
EQ ONE DAILY WOMEN'S TABLET	T3	
ESSENTIAL MAN	T4	
ESSENTIAL MAN 50+	T4	
ESSENTIAL WOMAN 50+	T4	
ESTROVEN MENOPAUSE	T4	
<i>fa/mv,ca,iron,min/lycopene/lut</i>	T2	
FATIGUE RELIEF COMPLEX (<i>bcomp,c/st,jhn wrt/s.ginsg/pgn</i>)	T4	
FINAZOL	T4	
FLORRAXYL	T4	
FOLACHEW	T4	
FOLAGENT DHA	T4	
FOLAMAX	T4	
FOLAMED DHA	T4	
FOLAPRIME	T4	
FOLAWISE	T4	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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>folic acid/multivit,iron,miner</i>	T2	
<i>folic acid/mv,iron,min/lutein</i>	T2	
FOLIC ACID-VIT B-6-VIT B-12	T4	
<i>folic/mvi ther-min/lycop/lut</i>	T2	
FOLIKA-CI	T4	
FOLIKA-MG	T4	
FORTAVIT	T4	
FREEDAVITE	T4	
<i>ft b complex plus vit c tablet</i>	T2	
<i>ft century men tablet</i>	T2	
<i>ft century women tablet</i> (Certavite-Antioxidant)	T2	
<i>ft century women tablet</i> (Tab-A-Vite Multivit With Iron)	T2	
FT HAIR, SKIN AND NAILS TABLET	T4	
<i>ft one daily men's tablet</i>	T2	
<i>ft one daily women's tablet</i>	T2	
GENADEK STEP 1	T4	
GENADEK STEP 2	T4	
GERBER GS PRENATAL NOURISH PLS	T4	
GNP B-COMPLEX PLUS VIT C TAB	T4	
GNP CENTURY ADULT FORMULA TAB	T4	
<i>gnp century adult formula tab</i> (Certavite-Antioxidant)	T2	
<i>gnp century adult formula tab</i> (Tab-A-Vite Multivit With Iron)	T2	
GNP CENTURY MEN TABLET	T4	
GNP CENTURY WOMEN TABLET	T4	
GNP ONE DAILY MAXIMUM TABLET	T4	
<i>gnp one daily tablet</i>	T2	
HAIR, SKIN AND NAILS CAPLET	T4	
HAIR, SKIN AND NAILS SOFTGEL	T4	
HAIR, SKIN AND NAILS TABLET (<i>multivitamin/folic acid/biotin</i>)	T4	
HEARTBURN ACID REFLUX	T4	
<i>high potency multivitamin tab</i>	T2	
HIGH POTENCY MULTIVITAMIN TAB	T4	
<i>high potency multivitamin tab</i> (Certavite-Antioxidant)	T2	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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>high potency multivitamin tab</i> (Tab-A-Vite Multivit With Iron)	T2	
HM HAIR, SKIN AND NAILS TABLET	T4	
HM MEN'S ONE DAILY TABLET	T3	
ICAPS MV	T3	
ICAPS TABLET	T3	
IMMUNERX	T4	
INFUVITE ADULT	T4	
K-PAX IMMUNE SUPPORT	T3	
<i>lecithin/pyridoxine/kelp</i>	T2	
<i>lmeolate/b3/copp/znsel/chrom</i>	T2	
MAXIMIN	T4	
MEBOLIC	T4	
MEN 50 PLUS ADVANCED ONE DAILY	T4	
MEN 50 PLUS MULTIVITAMIN	T4	
MEN'S 50 PLUS DAILY FORMULA	T4	
MEN'S 50 PLUS MULTIVITAMIN	T4	
MEN'S DAILY FORMULA	T4	
MEN'S DAILY GUMMIES	T4	
MEN'S DAILY MULTIVITAMIN	T3	
MEN'S DAILY PACK	T4	
MEN'S MULTIVITAMIN	T4	
MEN'S ONE DAILY	T3	
MICRONEX	T4	
MONOCAPS	T4	
MULTI FOR HER 50 PLUS	T4	
MULTI FOR HER SOFTGEL	T4	
<i>multi for her tablet</i>	T2	
MULTI PRO	T4	
MULTIA DAILY MULTIVITAMIN	T4	
MULTI-DAY PLUS MINERALS	T4	
MULTILEX TABLET	T4	
<i>multilex tablet</i>	T2	
MULTILEX T-M	T4	
<i>multivit 47/iron/folate 1/dha</i>	T2	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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>multivit no.51/iron/folic acid</i>	T2	
<i>multivit with calcium,iron,min</i>	T2	
<i>multivit,calc,mins/iron/folic</i>	T2	
<i>multivit,iron,minerals/lutein</i>	T2	
<i>multivit,stress formula/zinc</i> (Stress Formula With Zinc)	T2	
<i>multivit/iron/folic acid/hb179</i>	T2	
<i>multivit no.18/iron no.1/folic</i> (Tandem Plus)	T2	
<i>multivitamin</i>	T2	
MULTI-VITAMIN	T4	
<i>multivitamin combination no.56</i>	T2	
MULTIVITAMIN GUMMIES	T4	
MULTIVITAMIN LIQUID	T4	
MULTIVITAMIN-MULTIMINERAL	T4	
<i>multivitamin tablet</i>	T2	
<i>multivitamin with folic acid</i> (Daily-Vite)	T2	
<i>multivitamin with iron</i>	T2	
MULTIVITAMIN WITH MINERALS	T4	
<i>multivitamin with minerals</i>	T2	
<i>multivitamin,stress formula</i>	T2	
<i>multivitamin,ther and minerals</i>	T2	
<i>multivitamin,therapeutic</i>	T2	
<i>multivitamin,therapeutic</i> (Oncovite)	T2	
<i>multivitamin/ferrous gluconate</i>	T2	
<i>multivitamin/iron/folic acid</i> (Certavite-Antioxidant)	T2	
<i>multivitamin/iron/folic acid</i> (Tab-A-Vite Multivit With Iron)	T2	
MULTI-VITE	T4	
<i>multivit-min/fa/lycopen/lutein</i>	T2	
<i>multivit-min/fa/lycopen/lutein</i> (Centrum Silver)	T2	
<i>multivit-min/ferrous gluconate</i>	T2	
<i>multivit-min/folic acid/biotin</i>	T2	
<i>multivit-min/iron fum/folic ac</i>	T2	
<i>multivit-min/iron/folic/lutein</i> (Central-Vite Women'S Mature)	T2	
<i>multivit-min/iron/folic/lutein</i> (Centrum Silver Women)	T2	
<i>multivit-min69/iron/folic acid</i>	T2	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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>multivit-minerals/fa/lycopene</i>	T2	
<i>multivit-minerals/folic acid</i>	T2	
<i>multivit-minerals/folic acid (One-A-Day)</i>	T2	
<i>multivit-minerals/folic/ginkgo</i>	T2	
<i>multivit-mins no.7/folic acid</i>	T2	
<i>multivit-mins/iron/folic/lycop</i>	T2	
<i>mv,cal,min/iron/folic acid/lut</i>	T2	
<i>mv,iron,min/ginkgo/pan.ginseng</i>	T2	
<i>mv-min/iron/folic ac/vit k/lut</i>	T2	
<i>mv-mins 71/iron/folic no.1/dha</i>	T2	
<i>mv-mins/folic/lycopene/ginkgo</i>	T2	
<i>mv-mn/folic ac/calcium/vit k1</i>	T2	
<i>mv-mn/folic acid/lutein/hrb178</i>	T2	
<i>mv-min 59/iron/folic/docusate</i>	T2	
<i>mvn no.53/iron/folic/dss/dha</i>	T2	
<i>mvn-min 74/iron fum/iron/fa (Concept Ob)</i>	T2	
<i>mvn-min75/iron/iron ps/om3/dha (Concept Dha)</i>	T2	
MVW MODULATR FORM MINI MULTIVIT	T4	
NEEVODHA	T4	
NEOVITE	T4	
NESTABS ONE	T4	
NICOMIDE	T4	
NIVA-PLUS (multivit-min 60/iron fum/folic)	T4	
NUTRALYN	T4	
NUTRIVIT	T3	
OB COMPLETE	T4	
OBSTETRIX ONE	T4	
OCUVITE EYE PLUS MULTI	T4	
<i>om-3/dha/epa/b12/fa/b6/phytost</i>	T2	
OMNIVEX	T4	
ONCOVITE (<i>multivitamin,therapeutic</i>)	T3	
ONE-A-DAY TRIPLE IMMUNE SUPPRT	T4	
ONE-A-DAY WOMEN'S 50 PLUS TAB	T4	
<i>one-a-day women's 50 plus tab (One-A-Day)</i>	T2	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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 ESSENTIALS	T4	
ONE DAILY ESSENTIAL TABLET	T4	
<i>one daily essential tablet</i>	T2	
<i>one daily essential tablet (Daily-Vite)</i>	T2	
ONE DAILY HEALTHY WEIGHT	T4	
<i>one daily maximum tablet</i>	T2	
ONE DAILY MEN'S 50 PLUS	T4	
ONE DAILY MEN'S 50 PLUS D3	T4	
ONE DAILY MEN'S HEALTH	T4	
ONE DAILY MEN'S MULTIVITAMIN	T4	
<i>one daily multivit-mineral tab</i>	T2	
ONE DAILY MULTIVITAMIN TABLET	T4	
<i>one daily multivitamin tab</i>	T2	
ONE DAILY MULTIVIT-MINERAL TAB	T4	
<i>one daily multivitamin tablet (Daily-Vite)</i>	T2	
<i>one daily tablet</i>	T2	
ONE DAILY WOMEN 50 PLUS TAB	T4	
ONE DAILY WOMEN'S 50 PLUS ADV	T4	
ONE DAILY WOMEN'S 50+	T3	
ONE DAILY WOMEN'S FORMULA	T4	
<i>one daily women's health tab</i>	T2	
ONE DAILY WOMEN'S MULTIVITAMIN	T4	
ONE-A-DAY (<i>multivit-minerals/folic acid</i>)	T4	
ONE-A-DAY ENERGY	T4	
ONE-A-DAY MEN VITACRAVES	T4	
ONE-A-DAY MENOPAUSE FORMULA	T4	
ONE-A-DAY MEN'S	T3	
ONE-A-DAY MEN'S 50 PLUS	T3	
ONE-A-DAY MEN'S 50 PLUS (<i>mv-mins/folic/lycopene/ginkgo</i>)	T3	
ONE-A-DAY MEN'S COMPLETE	T4	
ONE-A-DAY PROACTIVE 65 PLUS	T4	
ONE-A-DAY VITACRAVES	T4	
ONE-A-DAY VITACRAVES IMMUNITY	T4	
ONE-A-DAY VITACRAVES OMEGA-3	T4	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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-A-DAY VITACRAVES SOUR	T4	
ONE-A-DAY WEIGHTSMART	T3	
ONE-A-DAY WOMEN VITACRAVES	T4	
ONE-A-DAY WOMEN'S COMPLETE	T3	
ONE-A-DAY WOMEN'S HEALTHY SKIN	T4	
ONE-A-DAY WOMEN'S PETITES	T4	
ONE-A-DAY WOMEN'S TABLET	T3	
ONE-A-DAY WOMEN'S TABLET	T4	
ONE-DAILY MULTI	T4	
ONE-DAILY MULTI-VITAMIN-IRON	T4	
ONE-DAILY MULTIVITAMIN-MINERAL	T4	
ONEVITE	T4	
OPTIFAST	T4	
OPTISOURCE	T4	
OPURITY MULTIVITAMIN	T4	
POLY VITAMIN-IRON	T4	
PRENATAL GUMMIES	T4	
PRENATE AM	T4	
PRENATE CHEWABLE	T4	
PRENATE ESSENTIAL	T4	
PREV-RX	T4	
PROCERV HP	T4	
PROFOLA	T4	
PRORENAL QD	T3	
PROTECT CARDIO AF	T4	
PROTECT IRON	T4	
PROTECT PLUS SO	T4	
PUREFE OB PLUS	T4	
PUREFE PLUS	T4	
QUINTABS	T4	
QUINTABS-M	T4	
<i>ra one daily essential tablet (One-A-Day)</i>	T2	
<i>ra one daily women's tablet</i>	T2	
REMEDIENT	T4	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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>sm b complex with vit c tablet</i>	T2	
<i>sm super b complex-c caplet</i>	T2	
SOLO	T4	
SPECTRAVITE MEN 50 PLUS	T4	
SPECTRAVITE ULTRA MEN 50+	T4	
SPECTRAVITE ULTRA MEN'S	T4	
STRESS B-COMPLEX	T4	
<i>stress formula tablet</i>	T2	
STRESS FORMULA WITH ZINC TAB (<i>multivit, stress formula/zinc</i>)	T4	
<i>stress formula with zinc tab</i> (Stress Formula With Zinc)	T2	
<i>stress-c with zinc tablet</i> (Stress Formula With Zinc)	T2	
STROVITE FORTE (<i>multivit, iron, min 5/folic acid</i>)	T4	
STROVITE ONE	T4	
SUPER GINSENG MULTIVITAMIN	T4	
SUPER MULTIPLE-LOW IRON	T4	
SUPERIOR MEN'S MULTI	T4	
SUPPORT-500 (<i>b-complex with vitamin c</i>)	T4	
SV HAIR, SKIN AND NAILS CAPLET	T4	
TAB-A-VITE MULTIVIT WITH IRON	T4	
TAB-A-VITE MULTIVIT WITH IRON (<i>multivitamin/iron/folic acid</i>)	T4	
TANDEM PLUS (<i>multivit no.18/iron no.1/folic</i>)	T4	
THERAGRAN-M PREMIER 50 PLUS	T4	
<i>thera-m caplet</i>	T2	
THERA-M CAPLET	T4	
<i>thera-m tablet</i>	T2	
THERAMILL FORTE	T4	
THERANATAL LACTATION SUPPORT	T4	
THEREMS-H	T3	
TOBAKIENT	T4	
TRIVIA COMPLETE	T4	
TRUE MULTIVITAMIN	T4	
TRUEPLUS MULTIVITAMIN (<i>multivit-min/folic acid/vit k1</i>)	T4	
UDAMIN SP	T4	
ULTRA FREEDA	T4	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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.)		
VITABEX PLUS	T4	
VITACORE	T4	
VITAFUSION PRENATAL	T4	
VITAJoy ADULT MULTI	T4	
<i>vitamin b complex-vit c cap</i> (Support-500)	T2	
<i>vitamin b complex-vit c caplet</i>	T2	
<i>vitamin b complex-vitamin c tb</i>	T2	
VITAMIN D3-ALOE	T4	
VITAMINS A-D-E	T4	
VITREXYL	T4	
VITREXYL PLUS IRON	T4	
VITRUM 50 PLUS SENIOR	T3	
WOMEN'S 50 PLUS ADVANCED	T4	
WOMEN'S 50 PLUS DAILY FORMULA	T4	
<i>women's daily formula caplet</i>	T2	
WOMEN'S DAILY FORMULA CAPLET	T3	
WOMEN'S DAILY FORMULA TABLET	T4	
WOMENS DAILY GUMMIES	T4	
WOMEN'S DAILY PACK	T4	
WOMEN'S MULTIVITAMIN	T4	
WOMEN'S MULTIVITAMIN W-BIOTIN	T4	
XYZBAC	T4	
ZYVANA	T4	
ZYVIT	T4	
PREPARACIONES DE NIACINA		
<i>cvs niacin 400 mg capsule</i>	T2	
ENDUR-AMIDE	T4	
ENDUR-THINE	T4	
<i>ft niacin 400 mg capsule</i>	T2	
<i>gnp niacin 250 mg tablet</i>	T2	
<i>gnp niacin 400 mg capsule</i>	T2	
<i>hm niacin tr 250 mg tablet</i> (Slo-Niacin)	T2	
<i>niacin</i>	T2	
<i>niacin</i> (inositol niacinate)	T2	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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.)		
<i>niacin</i> (Slo-Niacin)	T2	
NIACIN 100 MG CAPSULE	T4	
<i>niacin</i> 50 mg, 100 mg, 250mg tablet	T2	
<i>niacin</i> 500 mg capsule	T2	
<i>niacin</i> 500 mg capsule sa	T2	
NIACIN 500 MG SOFTGEL	T3	
<i>niacin</i> 500 mg tablet	T2	
<i>niacin</i> 750 mg tablet sa (Slo-Niacin)	T2	
NIACIN ER 1,000 MG TABLET	T3	
<i>niacin</i> er 250 mg tablet (Slo-Niacin)	T2	
<i>niacin</i> er 500 mg caplet	T2	
<i>niacin</i> er 500 mg capsule	T2	
<i>niacin</i> er 500 mg tablet	T2	
<i>niacin</i> flush free 500 mg cap	T2	
NIACIN FLUSH FREE 750 MG CAP	T3	
<i>niacin</i> sa 250 mg capsule	T2	
<i>niacin</i> tr 250 mg capsule	T2	
<i>niacin</i> tr 250 mg tablet (Slo-Niacin)	T2	
<i>niacin</i> tr 500 mg caplet	T2	
<i>niacin</i> tr 500 mg tablet	T2	
NIACINAMIDE 500 MG CAPSULE	T4	
<i>niacinamide</i> 500 mg tablet	T2	
NIACINAMIDE ER 500 MG TABLET	T4	
NO FLUSH NIACIN	T4	
PUREVITA VITAMIN B3	T4	
<i>ra niacin</i> 100 mg tablet	T2	
RA NIACIN 500 MG TABLET	T4	
<i>ra niacin</i> 500 mg tablet	T2	
SLO-NIACIN 250 MG TABLET (<i>niacin</i>)	T3	
<i>slo-niacin</i> 500 mg tablet	T2	
SLO-NIACIN 750 MG TABLET (<i>niacin</i>)	T3	
<i>sv niacin</i> flush free 500 mg	T2	
<i>true vitamin b3</i> 50 mg, 500 mg tablet	T2	
TRUE VITAMIN B3 250 MG TABLET	T4	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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 PANTENOL		
CALCIUM PANTOTHENATE	T4	
PANTETHINE	T4	
PANTOTHENIC ACID	T4	
PUREVITA VITAMIN B5	T4	
PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS		
ABDEK MULTIVITAMIN	T4	
ALIVE KIDS MULTIVITAMIN	T4	
ANIMAL SHAPES COMPLETE	T4	
ANIMAL SHAPES COMPLETE	T4	
CENTRUM KIDS	T4	
CHILD CHEWABLE VITAMN COMPLETE	T4	
CHILD COMPLETE CHEWABLE VITAMN	T4	
CHILD COMPLETE MULTIVITAMIN	T4	
CHILD MULTIVITAMIN PLUS IRON	T4	
CHILDREN MULTIVITAMIN	T4	
<i>children multivitamin chew tab</i>	T2	
CHILDREN MULTIVITAMIN GUMMIES	T4	
CHILDREN MULTIVITAMIN GUMMIES (<i>pediatric multivitamin no.120</i>)	T4	
CHILDREN'S CHEW MULTIVIT-IRON (<i>pedi multivit no.91/iron fum</i>)	T4	
<i>childrens chew vitamin tab</i> (Flintstones With Extra C)	T2	
<i>childrens chew vitamin tab</i> (Flintstones)	T2	
CHILDREN'S CHEWABLE	T4	
CHILDREN'S MULTI-VIT GUMMIES	T4	
CHILDREN'S MULTIVITAMIN GUMMY	T4	
CHILD'S CHEWABLE VITAMIN TAB	T4	
CHILD'S OMEGA-3 DHA MULTIVITAM	T4	
CULTURELLE KIDS PROBIOTIC-MV	T4	
CULTURELLE KIDS PRO-MV-LUTEIN	T4	
DAVIMET WITH FLUORIDE	T4	
DEKAS PLUS	T2	
EMERGEN-C KIDZ	T4	
EMERGEN-C KIDZ DAILY IMMUNE	T4	
EMERGEN-C KIDZ IMMUNE PLUS	T4	
EQ CHILD MULTIVITAMIN GUMMIES	T4	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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.)		
FLINTSTONES COMPLETE GUMMIES	T3	
FLINTSTONES COMPLETE TABLET (<i>multivit with iron,minerals</i>)	T4	
FLINTSTONES EXTRA C GUMMIES	T3	
FLINTSTONES EXTRA C TAB CHEW (<i>multivitamin</i>)	T4	
FLINTSTONES GUMMIES	T3	
FLINTSTONES GUMMIES CHEW TAB	T3	
FLINTSTONES IMMUNITY SUPPORT	T4	
FLINTSTONES MULTIVIT CHEW TAB (<i>pedi multivit no.25/folic acid</i>)	T4	
FLINTSTONES MULTI-VIT GUMMIES	T4	
FLINTSTONES PLUS CALCIUM	T3	
FLINTSTONES SOUR-GUM CHEW TAB	T3	
FLINTSTONES TAB CHEW	T4	
FLINTSTONES TABLET CHEWABLE (multivitamin)	T3	
FLINTSTONES WITH IRON	T4	
FLORAFOL PEDIATRIC	T4	
FLORAFOL FE PEDIATRIC	T4	
FLORIVA	T3	
FLORIVA PLUS	T4	
GENADEK	T4	
GERBER GROW MIGHTY	T4	
GERBER LIL BRAINIES	T4	
GUMMIES CHILDREN MULTIVITAMIN	T4	
GUMMY	T4	
GUMMY DINOS	T4	
INFANT-TODDLER MULTIVITAMIN	T4	
INFANT-TODDLER MULTIVIT-IRON	T4	
infant-toddler multivit-iron	T2	
INFANT-TODDLER TRI-VITAMIN	T4	
INFUVITE PEDIATRIC	T3	
JUST 4 KIDZ MULTIVIT-PROBIOTIC	T4	
KIDS COD LIVER OIL +D	T4	
KIDS MULTIVITAMIN-MINERALS	T3	
<i>little animals child tb chw</i> (Flintstones With Extra C)	T2	
<i>little animals child tb chw</i> (Flintstones)	T2	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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.)		
LITTLE ANIMALS CHILD TB CHW	T4	
LIVITA FOR CHILDREN	T4	
<i>multivit with iron,minerals</i>	T2	
<i>multivit with iron,minerals</i> (Flintstones Complete)	T2	
<i>multivit with iron,minerals</i> (Scooby-Doo)	T2	
<i>multivitamin</i> (Flintstones With Extra C)	T2	
<i>multivitamin</i> (Flintstones)	T2	
<i>multivitamin with iron</i>	T2	
MULTI-VIT-FLOR	T4	
MULTIVIT-FLUOR 0.25 MG TAB CHW	T4	
<i>multivit-fluor 0.25 mg tab chw</i>	T2	PPACA
<i>multivit-fluor 0.25 mg/ml drop</i>	T2	PPACA
<i>multivit-fluor 0.5 mg tab chew</i>	T2	PPACA
MULTIVIT-FLUOR 0.5 MG TAB CHEW	T4	
<i>multivit-fluor 0.5 mg/ml drop</i>	T2	PPACA
<i>multivit-fluoride 1 mg tab chw</i>	T2	PPACA
MULTIVIT-FLUORIDE 1 MG TAB CHW	T4	
MVW COMPLETE FORMLTN PEDIATRIC	T4	
MVW COMPLETE FORMULATION D3000	T4	
MVW COMPLETE FORMULATION D5000	T4	
MVW COMPLETE FORMULTN MULTIVIT	T4	
MVW MODULATR FORMLTN PEDIATRIC	T4	
NANO VM 1-3	T3	
NANO VM 4-8	T3	
NANOV M 9-18	T4	
NANOV M T-F	T4	
NOVAFERRUM YUM PEDIATR MV-IRON	T4	
NOVAMV MMM PEDIATRIC MULTIVIT	T4	
<i>tri-vit-fluor 0.25 mg/ml drop</i>	T2	PPACA
TRI-VIT-FLUOR 0.25 MG/ML DROP	T4	
<i>tri-vit-fluor 0.5 mg/ml drop</i>	T2	PPACA
ONE-A-DAY KID'S	T4	
ONE-A-DAY TEEN HER VITACRAVES	T4	
ONE-A-DAY TEEN HIM VITACRAVES	T4	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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>ped mvit a,c,d3 no.21/fluoride</i>	T2	PPACA
<i>pedi multivit 158/iron/vit k1</i>	T2	
<i>pedi multivit 45/fluoride/iron</i>	T2	
<i>pedi multivit no.12 w-fluoride</i>	T2	PPACA
<i>pedi multivit no.17 w-fluoride</i>	T2	PPACA
<i>pedi multivit no.23/folic acid</i>	T2	
<i>pedi multivit no.25/folic acid (Flintstones)</i>	T2	
<i>pedia poly-vite iron 5mg/0.5ml</i>	T2	
PEDIA POLY-VITE WITH IRON DROP	T4	
PEDIA TRI-VITE	T4	
<i>pediatric multivit no.36/iron</i>	T2	
<i>pediatric multivitamin no.17</i>	T2	
<i>pediatric multivitamin no.111</i>	T2	
<i>pediatric multivitamin no.212</i>	T2	
PEDIATRIC POLY-VITAMIN	T4	
PEDIATRIC POLY-VITAMIN-IRON	T4	
PEDIATRIC POLY-VITE	T4	
PEDIATRIC POLY-VITE WITH IRON	T4	
PEDIATRIC TRI-VITAMIN	T4	
PEDIATRIC TRI-VITE	T4	
POLY-VI-FLOR	T4	
POLY-VI-FLOR WITH IRON	T4	
<i>poly-vi-sol 0.5 ml oral syringe</i>	T2	
POLY-VI-SOL 1 ML ENFIT SYRINGE	T4	
POLY-VI-SOL 250MCG-50MG/ML DRP	T4	
POLY-VI-SOL WITH IRON	T4	
POLY-VITA	T4	
POLY-VITA WITH IRON	T4	
QUFLORA	T4	
QUFLORA FE	T4	
SCOOPY-DOO ONE A DAY GUMMIES	T4	
SCOOPY-DOO ONE A DAY TABLET (<i>multivit with iron,minerals</i>)	T3	
SOLUVITA MULTIVITAMIN FLUORIDE	T4	
SOLUVITA MULTIVITAMIN FLUORIDE (<i>pedi multivit no.82 w-fluoride</i>)	T4	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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.)		
TRI-VI-FLOR	T4	
TRI-VI-SOL	T4	
TROPICAL LIQUID NUTRITION (<i>pediatric multivitamin no. 118</i>)	T4	
<i>vit a palmitate/vit c/vit d3</i>	T2	
ZOO FRIENDS	T4	
ZOO FRIENDS COMPLETE	T4	
PREPARACIONES DE VITAMINAS A Y D		
cod liver oil softgel	T2	
gnp norwegian cod liver oil	T2	
SV COD LIVER OIL SOFTGEL	T4	
PREPARACIONES DE VITAMINA A		
A-25	T4	
AQUASOL A	T3	
<i>beta-carotene</i>	T2	
<i>cvs vitamin a 2,400 mcg sftgl</i>	T2	
FT VITAMIN A 3,000 MCG SOFTGEL	T4	
GNP VITAMIN A 3,000 MCG SOFTGL	T4	
NORWEGIAN COD LIVER OIL SFGL	T4	
PREVENT	T3	
PUREVITA VITAMIN A	T4	
<i>ra vitamin a 10,000 unit sftgl</i>	T2	
VITAMIN A BETA CAROTENE	T4	
<i>vitamin a 10,000 unit capsule, softgel</i>	T2	
VITAMIN A 10,000 UNIT SOFTGEL	T4	
<i>vitamin a 3,000 mcg softgel</i>	T2	
<i>vitamin a 8,000 unit capsule</i>	T2	
VITAMIN A PALMITATE	T4	
<i>vitamin a/vit c/zinc/propolis</i>	T2	
VITAMINS A D	T4	
PREPARACIONES DE VITAMINA B		
5-MTHF PLUS B12	T4	HD
<i>acetylcyst/methylb12/levomefol (Cerefolin Brain Wellness)</i>	T2	HD
ALBA-LYBE	T3	HD
APETEX (<i>vitamin b complex/lysine</i>)	T3	HD

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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.)		
APETIGEN (<i>vitamin b complex/lysine</i>)	T3	HD
ARKALIOX	T4	HD
B ACTIV	T4	HD
<i>b-100 complex tr caplet</i>	T2	HD
B-100 COMPLEX CAPSULE	T4	HD
<i>b comp no3/folic/c/biotin/zinc</i>	T2	HD
<i>b comp/ferrous gluc/lysin/znox</i>	T2	HD
<i>b complex 11/folic/c/biot/zinc</i>	T2	HD
<i>b complex c no.10/folic acid</i>	T2	HD
<i>b complex capsule</i>	T2	HD
<i>b complex, c no.20/folic acid (Virt-Caps)</i>	T2	HD
B-COMPLEX 100	T4	HD
B-COMPLEX FAST DISSOLVE TABLET	T4	HD
B COMPLEX WITH B-12	T4	HD
B COMPLEX WITH VITAMIN C	T4	HD
B COMPLEX-FOLIC ACID (<i>cyanocobalamin/folic ac/vit b6</i>)	T4	HD
<i>b12/levomefolate calcium/b-6</i>	T2	HD
B-50 COMPLEX	T4	HD
<i>balanced b-100 complex tab sa</i>	T2	HD
<i>b-complex 100 injection</i>	T2	HD
<i>b-complex tablet (Vitamin B Complex-Electrolytes)</i>	T2	HD PPACA
<i>b-complex injection vial</i>	T2	HD
<i>b-complex plus vitamin c cplt (Vita-Bee With C)</i>	T2	HD PPACA
<i>b-complex tablet</i>	T2	HD PPACA
B-COMPLEX WITH B-12	T4	HD
<i>b-complex with b12 tablet</i>	T2	HD
<i>b-complex with vit c caplet (Vita-Bee With C)</i>	T2	HD PPACA
<i>b-complex with vit c tablet (Vita-Bee With C)</i>	T2	HD PPACA
B-COMPLEX-VITAMIN C TR TABLET	T3	HD
BIOTIN 1,000 MCG GUMMIES	T4	HD
<i>biotin 1,000 mcg tablet</i>	T2	HD
BIOTIN 10 MG TABLET	T3	HD
BIOTIN 10,000 MCG SOFTGEL	T4	HD
BIOTIN 10,000 MCG TABLET	T3	HD

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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>biotin 2,500 mcg softgel (Hard Nails)</i>	T2	HD
<i>biotin 300 mcg tablet</i>	T2	HD
BIOTIN 5 MG TABLET	T4	HD
<i>biotin 5,000 mcg capsule (Meribin)</i>	T2	HD
BIOTIN 5,000 MCG FAST DISSOLVE	T4	HD
BIOTIN 5,000 MCG QUICK DISSOLV	T4	HD
<i>biotin 5,000 mcg softgel (Meribin)</i>	T2	HD
BIOTIN 5,000 MCG TABLET	T4	HD
<i>biotin 800 mcg tablet</i>	T2	HD
BIOTIN FORTE 3 MG TABLET	T4	HD
BIOTIN FORTE 5 MG TABLET	T3	HD
B-STRESS	T4	HD
CARDIOTEK-RX	T4	HD
CEREFOLIN (<i>vit b12/levomefolate/vit b6/b2</i>)	T4	HD
CEREFOLIN BRAIN WELLNESS (<i>acetylcyst/methylb12/levomefol</i>)	T4	HD
CEREFOLIN NAC	T4	HD
COMPLEX B-100 ER CAPLET	T4	HD
<i>complex b-100 tablet sa</i>	T2	HD
COMPLEX B-50	T4	HD
COMPLETE LIVER CLEANSE	T4	HD
CVS BALANCED B-100 TR CAPLET	T4	HD
<i>cvs biotin 1,000 mcg tablet</i>	T2	HD
CVS BIOTIN 5,000 MCG TABLET	T4	HD
CVS BIOTIN 10,000 MCG SOFTGEL	T4	HD
<i>cvs super b-complex-vit c cplt (Vita-Bee With C)</i>	T2	HD PPACA
<i>cyanocobalamin/folic ac/vit b6</i>	T2	HD
<i>cyanocobalamin/folic ac/vit b6</i>	T2	HD PPACA
<i>cyanocobalamin/folic ac/vit b6 (Niva-Fol)</i>	T2	HD
CYTO B7	T4	HD
DIALYVITE 3000	T4	HD
DIALYVITE 5000	T4	HD
DIALYVITE 800 CHEWABLE WAFER	T4	HD
DIALYVITE 800 PLUS D	T4	HD
<i>dialyvite 800 tablet</i>	T2	HD PPACA

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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.)		
DIALYVITE 800 WITH ZINC	T4	HD
DIALYVITE 800-ULTRA D	T3	HD
DIALYVITE SUPREME D	T4	HD
ELFOLATE PLUS	T4	HD
ENDUR-B COMPLEX	T4	HD
<i>eq b complex 50 tablet</i>	T2	HD
FOLA-B COMPLEX	T4	HD
FOLIC ACID-B6-B12	T4	HD
<i>folic acid/b complex c no.17</i>	T2	HD
<i>folic acid/vit b complex and c</i>	T2	HD PPACA
<i>folic acid/vit b complex and c</i>	T2	HD
<i>folic acid/vit b complex and c (Vita-Bee With C)</i>	T2	HD PPACA
<i>folic acid/vit b comp,c/cu/zinc</i>	T2	HD
FOLICORE B COMPLEX	T4	HD
FOLIKA-BC	T4	HD
FOLIKA-NC	T4	HD
FOLIKA-T	T4	HD
FOLINIC-PLUS	T4	HD
FOLTX	T4	HD
FOLVITA COMPLEX	T4	HD
<i>ft b-100 complex er tablet</i>	T2	HD
<i>ft biotin 5,000 mcg capsule (Meribin)</i>	T2	HD
FT BIOTIN 10,000 MCG TABLET	T3	HD
FT BIOTIN 2,500 MCG GUMMY	T4	HD
GENICIN VITA-S	T4	HD
<i>gnp b-100 complex tablet</i>	T2	HD
<i>gnp biotin 5,000 mcg capsule (Meribin)</i>	T2	HD
GNP BIOTIN 2,500 MCG GUMMY	T4	HD
GNP BIOTIN 10,000 MCG TABLET	T3	HD
HAIR-SKIN-NAILS	T4	HD
HARD NAILS (<i>biotin</i>)	T4	HD
HM BIOTIN 10,000 MCG TABLET	T4	HD
<i>hm biotin 5,000 mcg capsule (Meribin)</i>	T2	HD
HOMOCYSTEINE FORMULA	T4	HD

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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.)		
HYLAVITE (<i>folic acid/vit b complex and c</i>)	T4	HD
KIDS BRAIN BUILDER	T4	HD
<i>levomefolate/b6/b12/algae oil</i>	T2	HD
LEVOMEFOLATE-NAC-MECOBAL-ALGAL	T4	HD
LEVOMEFOL-PYRIDOXAL-MEC-ALGAL	T4	HD
<i>l-mefol/a-cyst/meb12/algae oil</i>	T2	HD
L-METHYLFOL-ALGAL-NAC-ME-CBL	T4	HD
L-METHYLFOL-ALGAL-P5P-ME-CBL	T4	HD
LORID	T4	HD
LORMATE	T4	HD
<i>mecobal/levomefolat ca/b6 phos</i>	T2	HD
MEDTYCHOLL-B COMPLEX W-LIVER	T4	HD
MEGA BIOTIN	T4	HD
MERIBIN (<i>biotin</i>)	T3	HD
METANX	T4	HD
METANX FC	T4	HD
METANX RR	T4	HD
METANXPRO NERVE HEALTH	T4	HD
METHAVER	T4	HD
METHYL PROTECT	T4	HD
MINCORA	T4	HD
MULTIVITAMIN-ZINC-STRESS	T4	HD
NEPHRON FA	T4	HD
NEPHRO-VITE	T3	HD
NIVA-FOL (<i>cyanocobalamin/folic ac/vit b6</i>)	T4	HD
NUFOLA	T4	HD
PODIAPN	T4	HD
PRORENAL	T3	HD
PUREVITA SUPER B-COMPLEX	T4	HD
QUIN B STRONG	T4	HD
<i>ra b-complex-vitamin b-12 tab</i>	T2	HD
<i>ra balanced b-100 tablet (Vitamin B Complex-Electrolytes)</i>	T2	HD PPACA
<i>ra biotin 2,500 mcg capsule (Hard Nails)</i>	T2	HD
RELCARE	T4	HD

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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.)		
RENAL MULTIVITAMIN	T4	HD
RENAL VITAMIN	T4	HD
RENAL-VITE	T4	HD
RENAPLEX	T4	HD
RENAPLEX-D	T4	HD
RIBOZEL	T4	HD
<i>sm biotin 5,000 mcg capsule</i> (Meribin)	T2	HD
<i>sm stress formula+zinc tablet</i>	T2	HD
<i>super b complex-vit c caplet</i> (Vita-Bee With C)	T2	HD PPACA
<i>super quints b-50 tablet</i>	T2	HD PPACA
<i>super quints b-50 tablet (Vitamin B Complex-Electrolytes)</i>	T2	HD PPACA
<i>super quints b-50 tablets</i>	T2	HD
SV BIOTIN 1,000 MCG SOFTGEL	T4	HD
<i>sv biotin 5,000 mcg softgel</i> (Meribin)	T2	HD
TRONVITE	T4	HD
ULTRA B-100 COMPLEX TABLET	T4	HD
<i>ultra b-100 complex tablet</i>	T2	HD
VIRT-CAPS (<i>b complex, c no.20/folic acid</i>)	T4	HD
VIRT-CAPS (<i>b complex w-c no.20/folic acid</i>)	T4	HD
<i>vit b comp c 19/folic acid/d3</i>	T2	HD PPACA
<i>vit b comp no.3/folic/c/biotin</i>	T2	HD
<i>vit b comp/c/fa/iron sulf/vite</i>	T2	HD PPACA
<i>vit b comp/c/folic/choline/inosi</i>	T2	HD PPACA
<i>vit b comp/c/folic/iron/vit e</i>	T2	HD PPACA
<i>vit b 12/levomefolate/vit b6/b2</i> (Cerefolin)	T2	HD
VITA-BEE WITH C (<i>folic acid/vit b complex and c</i>)	T4	HD
VITAL-D RX	T4	HD
VITAJoy BIOTIN	T4	HD
<i>vitamin b complex</i>	T2	HD
<i>vitamin b complex capsule</i>	T2	HD
<i>vitamin b complex softgel</i>	T2	HD
<i>vitamin b complex tablet</i>	T2	HD
<i>vitamin b complex tablet (Vitamin B Complex-Electrolytes)</i>	T2	HD PPACA
VITAMIN B COMPLEX-ELECTROLYTES (<i>vitamin b complex/folic acid</i>)	T4	HD

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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>vitamin b complex/folic acid (Vitamin B Complex-Electrolytes)</i>	T2	HD PPACA
<i>vitamin b complex/lysine (Apetex)</i>	T2	HD
<i>vitamin b complex/lysine (Apetigen)</i>	T2	HD
<i>vitamin b complex-vitamin c tb (Vita-Bee With C)</i>	T2	HD PPACA
<i>vitamin b-complex c caplet</i>	T2	HD PPACA
VITA-RESPA	T4	HD
VITASURE	T4	HD
XVITE	T4	HD
ZELDANA	T4	HD
PREPARACIONES DE VITAMINA B1		
CYTO B-1	T4	
<i>cvs vitamin b-1 100 mg tablet</i>	T2	
<i>ft vitamin b-1 100 mg tablet</i>	T2	
<i>gnp vitamin b-1 100 mg tablet</i>	T2	
PUREVITA VITAMIN B1	T4	
<i>ra vitamin b-1 100 mg tablet</i>	T2	
<i>thiamine 100 mg tablet</i>	T2	
<i>thiamine 200 mg/2 ml vial</i>	T2	
<i>thiamine 250 mg tablet</i>	T2	
THIAMINE 500 MG TABLET	T4	
<i>thiamine hcl</i>	T2	
<i>true vitamin b-1 100 mg tablet</i>	T2	
VITAMIN B-1 100 MG CAPSULE	T4	
<i>vitamin b-1 100 mg tablet</i>	T2	
<i>vitamin b-1 250 mg tablet</i>	T2	
<i>vitamin b-1 50 mg tablet</i>	T2	
THIAMINE HCL-0.9% NACL	T4	
TRUE VITAMIN B-1 250 MG TABLET	T4	
TRUE VITAMIN B-1 50 MG TABLET	T4	
PREPARACIONES DE VITAMINA B12		
ABANEU-SL	T4	
APATATE	T3	
B-12 1,000 MCG FAST DISSOLVE	T4	
B-12 1,000 MCG LOZENGE	T4	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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.)		
B-12 1,000 MCG QUICK DISSOLVE	T4	
<i>b-12 1,000 mcg tablet</i>	T2	
B-12 1,000 MCG/15 ML LIQUID	T3	
<i>b-12 1,000 mcg/15 ml liquid</i>	T2	
<i>b-12 2,500 mcg microlozenge</i>	T2	
<i>b12 2,500 mcg tablet sl</i>	T2	
<i>b-12 2,500 mcg tablet sl</i>	T2	
B-12 3,000 MCG TABLET SL	T4	
<i>b-12 3,000 mcg/ml subling liq</i>	T2	
B-12 5,000 MCG FAST DISSOLVE	T4	
B-12 5,000 MCG MICROLOZENGE	T3	
B-12 5,000 MCG ODT	T4	
B-12 5,000 MCG QUICK DISSOLVE	T4	
B-12 5,000 MCG SUBLINGUAL TAB	T4	
B-12 5,000 MCG/ML SUBLING LIQ	T4	
B-12 500 MCG QUICK DISSOLVE TB	T4	
<i>b-12 500 mcg tablet</i>	T2	
B12 ACTIVE	T4	
B-12 DUAL SPECTRUM	T4	
<i>b-12 er 1,000 mcg tab</i>	T2	
B-12 WITH FOLIC ACID	T4	
<i>cvs b-12 1,000 mcg tablet</i>	T2	
CVS B-12 5,000 MCG MICROLOZENG	T4	
CVS B-12 5,000 MCG MICROLOZENG	T3	
<i>cvs vitamin b12 5,000 mcg chew</i>	T2	
CVS VIT B12 2,500 MCG SOFT CHW	T4	
CVS VITAMIN B12 5,000 MCG TAB	T4	
CVS VIT B-12 500 MCG LOZENGE	T3	
<i>cvs vit b-12 500 mcg lozenge</i>	T2	
<i>cvs vit b-12 tr 1,000 mcg tab</i>	T2	
<i>cvs vit b-12 tr 2,000 mcg tab</i>	T2	
CVS VITAMIN B-12 500 MCG GUMMY	T4	
<i>cvs vitamin b-12 500 mcg tab</i>	T2	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12)</i>	T2	QL(4 units/30 days)

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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>cyanocobalamin (vitamin b-12) (Nascobal)</i>	T2	ST QL(4 units/30 days)
<i>eql vitamin b-12 500 mcg tab</i>	T2	
<i>fn vitamin b-12 1,000 mcg tab</i>	T2	
FOLTRATE	T4	
<i>ft vit b-12 2,500 mcg tab sl</i>	T2	
<i>ft vitamin b-12 500 mcg tablet</i>	T2	
<i>ft vitamin b12 er 1,000 mcg tb</i>	T2	
FT VITAMIN B-12 1500 MCG GUMMY	T4	
FT VITAMIN B-12 5,000 MCG TAB	T3	
<i>gnp b12 2,500 mcg tablet sl</i>	T2	
<i>gnp vit b-12 er 1,000 mcg tab</i>	T2	
GNP VITAMIN B-12 5,000 MCG TAB	T4	
<i>gnp vitamin b-12 500 mcg tab</i>	T2	
GNP VITAMIN B-12 1500MCG GUMMY	T4	
<i>hm vit b-12 tr 1,000 mcg tab</i>	T2	
<i>hm vitamin b-12 500 mcg tablet</i>	T2	
<i>hydroxocobalamin</i>	T2	
INTRINSI B12-FOLATE	T4	
METHYL B-12	T4	
METHYLCOBALAMIN	T4	
METHYLCOBALAMIN 5,000 MCG TAB	T4	
MTX SUPPORT	T4	
NASCOBAL (<i>cyanocobalamin (vitamin b-12)</i>)	T3	ST QL(4 units/30 days)
NEURIN-SL	T4	
OPURITY	T4	
PAXLYTE	T4	
PUREVITA VITAMIN B12	T4	
<i>ra vit b12 1,000 mcg tab sa</i>	T2	
RA VIT B-12 1,000 MCG/ML LIQ	T4	
<i>ra vitamin b-12 100 mcg tablet</i>	T2	
<i>ra vitamin b12 er 2,000 mcg tb</i>	T2	
RAPID B-12 ENERGY	T4	
<i>sm vitamin b12 1,000 mcg tab</i>	T2	
<i>sm vitamin b-12 100 mcg tablet</i>	T2	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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>sm vitamin b-12 500 mcg tablet</i>	T2	
<i>sv b-12 2,500 mcg microlozenge</i>	T2	
SV B-12 5,000 MCG MICROLOZENGE	T3	
SV VIT B-12 500 MCG LOZENGE	T3	
<i>sv vitamin b-12 500 mcg tablet</i>	T2	
<i>sv vitamin b12 tr 1,000 mcg tb</i>	T2	
<i>true vitamin b-12 500 mcg, 1000 mcg tab</i>	T2	
VIT B-12 500 MCG SUBLING TAB	T4	
VITAMIN B12	T4	
VITAMIN B-12 1,000 MCG SOFTGEL	T4	
<i>vitamin b-12 1,000 mcg tab sl</i>	T2	
<i>vitamin b-12 1,000 mcg tablet</i>	T2	
<i>vitamin b-12 100 mcg tablet</i>	T2	
<i>vitamin b-12 2,000 mcg tab sa</i>	T2	
VITAMIN B-12 2,000 MCG TABLET	T4	
<i>vitamin b-12 2,500 mcg tab sl</i>	T2	
VITAMIN B-12 250 MCG LOZENGE	T4	
<i>vitamin b-12 250 mcg tablet</i>	T2	
VITAMIN B-12 3,000 MCG SL LOZ	T4	
VITAMIN B-12 3,000 MCG SOFTGEL	T4	
VITAMIN B-12 3,000 MCG TAB SL	T4	
VITAMIN B-12 5,000 MCG ODT	T4	
VITAMIN B-12 5,000 MCG SOFTGEL	T4	
VITAMIN B-12 5,000 MCG TAB SL	T3	
<i>vitamin b-12 5,000 mcg tab sl</i>	T2	
VITAMIN B-12 5,000 MCG TAB SL	T4	
VITAMIN B-12 5,000 MCG TABLET	T4	
VITAMIN B-12 50 MCG LOZENGE	T4	
VITAMIN B-12 500 MCG LOZENGE	T3	
<i>vitamin b12 50 mcg, 500 mcg tablet</i>	T2	
<i>vitamin b-12 500 mcg tablet</i>	T2	
<i>vitamin b-12 er 1,000 mcg tab</i>	T2	
<i>vitamin b-12 tr 1,000 mcg tab</i>	T2	
<i>vitamin b-12 tr 2,000 mcg tab</i>	T2	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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 B12	T4	
VITAMIN B12-FOLIC ACID	T4	
VITAMIN B12 2,500 MCG TABLET	T4	
PREPARACIONES DE VITAMINA B2		
CYTO B-2	T4	
PUREVITA VITAMIN B2	T4	
<i>riboflavin (vitamin b2)</i>	T2	
RIBOFLAVIN 100 MG CAPSULE	T4	
<i>riboflavin 100 mg tablet</i>	T2	
RIBOFLAVIN 400 MG TABLET	T4	
<i>riboflavin 50 mg tablet</i>	T2	
PREPARACIONES DE VITAMINA B6		
<i>cvs vitamin b-6 100 mg tablet</i>	T2	
<i>eql vitamin b-6 100 mg tablet</i>	T2	
<i>ft vitamin b-6 100 mg tablet</i>	T2	
<i>gnp vitamin b-6 100 mg tablet</i>	T2	
PUREVITA VITAMIN B6	T4	
<i>pyridoxine 100 mg/ml vial</i>	T2	
<i>pyridoxine 25 mg tablet</i>	T2	
<i>pyridoxine 250 mg tablet</i>	T2	
PYRIDOXINE 50 MG TABLET (<i>pyridoxine hcl (vitamin b6)</i>)	T3	
<i>pyridoxine 50 mg tablet (Pyridoxine Hcl)</i>	T2	
PYRIDOXINE 500 MG TABLET (<i>pyridoxine hcl (vitamin b6)</i>)	T4	
<i>pyridoxine hcl (vitamin b6)</i>	T2	
<i>pyridoxine hcl (vitamin b6) (Pyridoxine Hcl)</i>	T2	
<i>ra vitamin b-6 100 mg tablet</i>	T2	
<i>ra vitamin b-6 50 mg tablet</i>	T2	
<i>sm vitamin b-6 100 mg tablet</i>	T2	
<i>sv vitamin b-6 100 mg tablet</i>	T2	
TRUE VITAMIN B-6 10 MG TABLET	T2	
<i>true vitamin b-6 100 mg tablet</i>	T2	
<i>true vitamin b-6 25 mg tablet</i>	T2	
<i>true vitamin b-6 50 mg tablet</i>	T2	
VB6 PSP	T4	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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>vitamin b-6 100 mg tablet</i>	T2	
<i>vitamin b-6 25 mg tablet</i>	T2	
<i>vitamin b-6 250 mg tablet</i>	T2	
<i>vitamin b-6 50 mg tablet</i>	T2	
PREPARACIONES DE VITAMINA C		
ASCOR	T4	
<i>ascorbate calcium</i>	T2	
<i>ascorbic acid</i>	T2	
<i>ascorbic acid 500 mg tablet</i>	T2	
<i>ascorbic acid 500 mg/5 ml cup</i>	T2	
<i>ascorbic acid 500 mg/ml vial</i>	T2	
ASCORBIC ACID GRANULES	T3	
<i>ascorbic acid/ascorbate sodium</i>	T2	
BIO C 1:1	T4	
<i>c-1,000 mg tablet sa</i>	T2	
<i>cod liver oil tab chewable</i>	T2	
<i>cvs vit c-rose hip 1,000 mg tb</i>	T2	
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</i>	T2	
<i>cvs vit c-rose hip 500 mg cplt</i>	T2	
<i>cvs vit c-rose hips 500 mg tab</i>	T2	
<i>cvs vitamin c 1,000 mg caplet</i>	T2	
CVS VITAMIN C 1,000 MG POWDER	T4	
<i>cvs vitamin c 250 mg tablet</i>	T2	
<i>cvs vitamin c 500 mg caplet</i>	T2	
<i>cvs vitamin c 500 mg tablet</i>	T2	
CYTO C	T4	
EASY-C IMMUNE HEALTH	T4	
EMERGEN-C	T4	
EMERGEN-C APPLE CIDER VINEGAR	T4	
EMERGEN-C ASHWAGANDHA	T4	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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.)		
EMERGEN-C ELDERBERRY	T4	
EMERGEN-C ENERGY PLUS	T4	
EMERGEN-C IMMUNE PLUS	T4	
EMERGEN-C MSM LITE	T4	
EMERGEN-C TURMERIC GINGER	T4	
<i>eq/ vitamin c 1,000 mg tablet</i>	T2	
ESSENCE C	T4	
ESTER-C 1,000 MG TABLET	T4	
ESTER-C 500 MG TABLET	T3	
FLEVOXIN	T4	
FRUIT C-100 TABLET CHEWABLE	T4	
<i>fruit c-100 tablet chewable</i>	T2	
FRUIT C-200	T4	
<i>ft vit c-rose hip 1,000 mg tab</i>	T2	
<i>ft vit c-rose hips 500 mg tab</i>	T2	
FT VITAMIN C 500 MG CHEW TAB	T3	
<i>ft vitamin c 1,000 mg tablet</i>	T2	
<i>gnp vit c-rose hips 500 mg tab</i>	T2	
GNP VITAMIN C 125 MG GUMMY	T4	
<i>gnp vitamin c 1,000 mg tablet</i>	T2	
<i>gnp vitamin c 250 mg tablet</i>	T2	
<i>gnp vitamin c 500 mg tab chew</i>	T2	
<i>gnp vitamin c 500 mg tablet</i>	T2	
<i>gnp vitamin c er 500 mg tablet</i>	T2	
<i>hm vit c-rose hip 1,000 mg tab</i>	T2	
<i>hm vit c-rose hips 500 mg cplt</i>	T2	
<i>hm vitamin c 500 mg tab chew</i>	T2	
LIQUID C	T4	
PAN-C 500	T4	
PERIDIN-C	T3	
PUREVITA VITAMIN C	T4	
<i>ra vit c-rose hips 500 mg tab</i>	T2	
<i>ra vitamin c 1,000 mg tab sa</i>	T2	
<i>ra vitamin c 250 mg, 500 mg, 1,000 mg tablet</i>	T2	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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>ra vitamin c 500 mg chew tab</i>	T2	
<i>ra vitamin c 500 mg tab chew</i>	T2	
RA VITAMIN C 53 MG DROP	T4	
<i>ra vitamin c tr 500 mg caplet</i>	T2	
SAMBUCUS ELDERBERRY-VITAMIN C	T4	
<i>sm vit c-rose hips 500 mg tab</i>	T2	
<i>sm vitamin c 1,000 mg tablet</i>	T2	
<i>sm vitamin c 250 mg tablet</i>	T2	
<i>sm vitamin c 500 mg chew tab</i>	T2	
<i>sm vitamin c 500 mg tab chew</i>	T2	
<i>sm vitamin c 500 mg tablet</i>	T2	
<i>sm vitamin c with rose hips</i>	T2	
SPAN C	T4	
<i>sv vit c-rose hips 1,000 mg tb</i>	T2	
<i>sv vit c-rose hips 500 mg tab</i>	T2	
<i>sv vitamin c 500 mg tab chew</i>	T2	
<i>sv vitamin c tr 1,000 mg tab</i>	T2	
<i>true vitamin c 1,000 mg tablet</i>	T2	
<i>true vitamin c 250 mg tablet</i>	T2	
<i>true vitamin c 500 mg tablet</i>	T2	
<i>vit c-rose hip 1,000 mg caplet</i>	T2	
<i>vit c-rose hips 1,000 mg cplt</i>	T2	
<i>vit c-rose hips 1,000 mg tab</i>	T2	
VIT C-ROSE HIPS 500 MG CAPSULE, CHEW TB	T4	
<i>vit c-rose hips 500 mg capsule, tablet</i>	T2	
<i>vit c-rose hips tr 1,000 mg</i>	T2	
<i>vit c-rose hips tr 500 mg cplt</i>	T2	
<i>vit c-rose hips tr 500 mg tab</i>	T2	
VITAJoy DAILY C	T4	
<i>vitamin c 1,000 mg caplet</i>	T2	
<i>vitamin c 1,000 mg tablet</i>	T2	
<i>vitamin c 1,500 mg tablet sa</i>	T2	
<i>vitamin c 100 mg tablet</i>	T2	
VITAMIN C 125 MG GUMMIES	T4	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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>vitamin c 250 mg tablet</i>	T2	
VITAMIN C 250 MG TABLET CHEW	T4	
<i>vitamin c 250 mg tablet chew</i>	T2	
<i>vitamin c 500 mg capsule sa</i>	T2	
<i>vitamin c 500 mg chew tablet</i>	T2	
VITAMIN C 500 MG POWDER PACKET	T4	
VITAMIN C 500 MG SOFTGEL	T4	
<i>vitamin c 500 mg tablet</i>	T2	
<i>vitamin c 500 mg tablet chew</i>	T2	
VITAMIN C 500 MG WAFER	T4	
VITAMIN C 500 MG/15 ML LIQUID	T4	
<i>vitamin c 500 mg/5 ml liquid</i>	T2	
<i>vitamin c drops</i>	T2	
VITAMIN C FIZZY DRINK	T4	
VITAMIN C POWDER	T4	
<i>vitamin c powder</i>	T2	
<i>vitamin c tr 1,000 mg tablet</i>	T2	
<i>vitamin c tr 500 mg caplet</i>	T2	
<i>vitamin c tr 500 mg tablet</i>	T2	
<i>vitamin c-500 mg tablet</i>	T2	
<i>vitamin c-500 mg tr capsule</i>	T2	
VITAMIN C-BIOFLAVINOIDS-RH	T4	
<i>vitamin c-rose hip 1,000 mg tb</i>	T2	
<i>v-r vitamin c 1,000 mg tablet</i>	T2	
<i>v-r vitamin c 250 mg tab chew</i>	T2	
<i>v-r vitamin c 500 mg tab chew</i>	T2	
<i>well vitamin c 1,000 mg tablet</i>	T2	
<i>well vitamin c 500 mg tablet</i>	T2	
XCELLENT C	T4	
ZINC PLUS	T4	
ZINC-VITAMIN C	T4	
PREPARACIONES DE VITAMINA D		
BABY DDROPS	T4	HD
BABY VITAMIN D3	T4	HD

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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.)		
BABY'S SUPER DAILY D3	T4	HD
BIO-D-MULSION	T4	HD
BIO-D-MULSION FORTE	T4	HD
<i>calcitriol 0.25 mcg capsule</i>	T2	
<i>calcitriol 0.5 mcg capsule</i>	T2	
<i>calcitriol 1 mcg/ml ampul</i>	T2	
<i>calcitriol 1 mcg/ml solution (Rocaltrol)</i>	T2	
CHOLECAL DF	T4	HD
<i>cholecalciferol (vitamin d3)</i>	T2	HD
<i>cod liver oil</i>	T2	HD
<i>cod liver oil capsule</i>	T2	HD
<i>cod liver oil softgel</i>	T2	HD
<i>cvs vit d3 1,000 unit gummies</i>	T2	HD
<i>cvs vit d3 250 mcg softgel</i>	T2	HD
<i>cvs vitamin d3 25 mcg gummies</i>	T2	HD
<i>cvs vitamin d3 400 unit sftgl</i>	T2	HD
<i>cvs vitamin d3 1,000 unit sftgl</i>	T2	HD
<i>cvs vitamin d3 2,000 unit sftgl</i>	T2	HD
<i>cvs vitamin d3 5,000 unit sftgl</i>	T2	HD
<i>cvs vitamin d3 10 mcg softgel</i>	T2	HD
<i>cvs vitamin d3 25 mcg, 50 mcg softgel</i>	T2	HD
<i>cvs vitamin d3 125 mcg softgel</i>	T2	HD
CVS VITAMIN D3 250 MCG SOFTGEL	T4	HD
CYFOLEX	T4	HD
D3 LIQUID	T4	HD
D3 PLUS K2 DOTS	T4	HD
D3-50	T3	HD
DDROPS	T4	HD
<i>decara 10,000 unit softgel</i>	T2	HD
DECARA 25,000 UNIT VEGICAP	T3	HD
<i>decara 50,000 unit softgel</i>	T2	HD
DECARA K	T4	HD
DERMACINRX DOTREMIN	T4	HD
DERMACINRX FOLDITAM	T4	HD

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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.)		
DERMACINRX FOLIXAPURE	T4	HD
DERMACINRX FOLIXATE	T4	HD
DERMACINRX FOLTAMIN	T4	HD
DERMACINRX FOLTREXYL	T4	HD
DERMACINRX PUREFOLIX	T4	HD
DIALYVITE VITAMIN D3 MAX	T4	HD
DOSOKAP	T4	HD
<i>eql vitamin d3 2,000 unit sfgl</i>	T2	HD
<i>eql vitamin d3 400 unit sftgl</i>	T2	HD
ERGOCAL	T4	HD
<i>ergocalciferol (vitamin d2)</i>	T2	HD
FOLIC D3	T4	HD
FOLIKA-D	T4	HD
FOLVITE-D	T4	HD
<i>ft vitamin d3 25 mcg, 50 mcg softgel</i>	T2	HD
<i>ft vitamin d3 125 mcg softgel</i>	T2	HD
<i>ft vitamin d3 125 mcg tablet</i>	T2	HD
<i>ft vitamin d3 25 mcg tablet</i>	T2	HD
FT VITAMIN D3 250 MCG SOFTGEL	T4	HD
FT VITAMIN D3 250 MCG TABLET	T4	HD
<i>gnp vitamin d3 50 mcg softgel</i>	T2	HD
<i>gnp vitamin d3 125 mcg softgel</i>	T2	HD
GNP VITAMIN D3 250 MCG SOFTGEL, TABLET	T4	HD
GENICIN VITA-D	T4	HD
<i>gnp vit d3 10mcg(400 unit) chw</i>	T2	HD
<i>gnp vitamin d3 1,000 unit tab</i>	T2	HD
<i>gnp vitamin d3 10 mcg tablet</i>	T2	HD
<i>gnp vitamin d3 2,000 unit tab</i>	T2	HD
<i>gnp vitamin d3 25 mcg tablet</i>	T2	HD
<i>gnp vitamin d3 25mcg(1000 unt)</i>	T2	HD
<i>gnp vitamin d3 50 mcg tablet</i>	T2	HD
<i>gnp vitamin d3 5,000 unit tab</i>	T2	HD
<i>hm vitamin d3 1,000 unit tab</i>	T2	HD
<i>hm vitamin d3 2,000 unit sftgl</i>	T2	HD

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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.)		
HM VITAMIN D3 4,000 UNIT SFTGL	T4	HD
IS-D-10,000	T4	HD
K2 PLUS D3	T4	HD
K2-D3 10,000	T4	HD
K2-D3 5000	T4	HD
K2-D3 MAX	T4	HD
MAXIMUM D3	T3	HD
NOXIFOL-D3	T4	HD
OPTIMAL D3 M	T4	HD
ORTHO DF	T4	HD
OSTACHOL	T4	HD
<i>purevita vitamin d3 25 mcg tab</i>	T2	HD
PUREVITA VITAMIN D3 10 MCG/2ML	T4	HD
<i>ra cod liver oil</i>	T2	HD
<i>ra cod liver oil softgel</i>	T2	HD
<i>ra vitamin d3 1,000 unit tab</i>	T2	HD
<i>ra vitamin d3 2,000 unit sfgl</i>	T2	HD
<i>ra vitamin d3 2,000 unit sftgl</i>	T2	HD
<i>ra vitamin d3 5,000 unit sftgl</i>	T2	HD
REPLESTA NX	T3	HD
REVESTA	T4	HD
ROCALTROL (<i>calcitriol</i>)	T4	ST
ROXIFOL-D	T4	HD
<i>sm vitamin d3 1,000 unit tab</i>	T2	HD
<i>sm vitamin d3 2,000 unit sftgl</i>	T2	HD
<i>sm vitamin d3 50 mcg softgel</i>	T2	HD
SUPER DAILY D3	T4	HD
<i>sv vitamin d3 1,000 unit gummy</i>	T2	HD
<i>sv vitamin d3 1,000 unit sftgl</i>	T2	HD
<i>sv vitamin d3 2,000 unit sftgl</i>	T2	HD
<i>sv vitamin d3 25mcg(1000 unit)</i>	T2	HD
<i>sv vitamin d3 400 unit softgel</i>	T2	HD
<i>sv vitamin d3 5,000 unit sftgl</i>	T2	HD
<i>thera-d 2000 tablet</i>	T2	HD

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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.)		
THERA-D 4000 TABLET	T4	HD
<i>thera-d rapid repletion tablet</i>	T2	HD
<i>thera-d sport 2,000 unit tab</i>	T2	HD
<i>true vitamin d3 1,250 mcg tab</i>	T2	HD
<i>true vitamin d3 10 mcg capsule</i>	T2	HD
<i>true vitamin d3 10 mcg tablet</i>	T2	HD
<i>true vitamin d3 125 mcg cap</i>	T2	HD
<i>true vitamin d3 125 mcg tablet</i>	T2	HD
<i>true vitamin d3 25 mcg capsule</i>	T2	HD
<i>true vitamin d3 50 mcg capsule</i>	T2	HD
<i>true vitamin d3 25 mcg, 50 mcg tablet</i>	T2	HD
TRUE VITAMIN D3 1,250 MCG CAP	T4	HD
TRUE VITAMIN D3 250 MCG CAP	T4	HD
TRUE VITAMIN D3 250 MCG TABLET	T4	HD
<i>vit d3 125 mcg (5000 unit) tab</i>	T2	HD
VIT D3 5,000 UNIT FAST DISSOLV	T4	HD
VITAMIN D2 2,000 UNIT TABLET	T3	HD
<i>vitamin d2 1.25mg(50,000 unit)</i>	T2	HD
<i>vitamin d2 400 unit tablet</i>	T2	HD
VITAMIN D2 50 MCG (2,000 UNIT)	T4	HD
VITAMIN D2-VITAMIN K1	T4	HD
VITAMIN D3-VITAMIN K2	T4	HD
VITAMIN D3 50 MCG DISSOLVE TAB	T4	HD
<i>vitamin d3 1,000 unit gummies</i>	T2	HD
<i>vitamin d3 1,000 unit gummy</i>	T2	HD
<i>vitamin d3 1,000 unit softgel</i>	T2	HD
VITAMIN D3 1,000 UNIT SPRAY	T4	HD
<i>vitamin d3 1,000 unit tab chew</i>	T2	HD
<i>vitamin d3 1,000 unit tablet</i>	T2	HD
VITAMIN D3 1,000 UNIT/10 ML LQ	T4	HD
<i>vitamin d3 1,250 mcg capsule</i>	T2	HD
<i>vitamin d3 1.25 mg softgel</i>	T2	HD
<i>vitamin d3 10 mcg tablet</i>	T2	HD
<i>vitamin d3 10 mcg(400 unit)/ml</i>	T2	HD

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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>vitamin d3 10 mcg/ml drop</i>	T2	HD
VITAMIN D3 10 MCG/ML ENFIT SYR	T4	HD
<i>vitamin d3 10 mcg/ml liquid</i>	T2	HD
VITAMIN D3 10,000 UNIT CAPSULE	T4	HD
<i>vitamin d3 10,000 unit softgel</i>	T2	HD
VITAMIN D3 10,000 UNIT TABLET	T4	HD
<i>vitamin d3 125 mcg (5000 unit)</i>	T2	HD
<i>vitamin d3 125 mcg capsule, softgel, tablet</i>	T2	HD
VITAMIN D3 125 MCG/0.5 ML DROP	T4	HD
<i>vitamin d3 2,000 unit softgel</i>	T2	HD
VITAMIN D3 2,000 UNIT TAB CHEW	T4	HD
<i>vitamin d3 2,000 unit tablet</i>	T2	HD
<i>vitamin d3 25 mcg (1,000 unit)</i>	T2	HD
<i>vitamin d3 25 mcg gummy</i>	T2	HD
<i>vitamin d3 25 mcg softgel</i>	T2	HD
<i>vitamin d3 25 mcg tablet</i>	T2	HD
VITAMIN D3 250 MCG TABLET	T4	HD
VITAMIN D3 3,000 UNIT TABLET	T4	HD
<i>vitamin d3 400 unit softgel</i>	T2	HD
<i>vitamin d3 400 unit tab chew</i>	T2	HD
<i>vitamin d3 400 unit tablet</i>	T2	HD
VITAMIN D3 400 UNIT/5 ML LIQ	T4	HD
<i>vitamin d3 400 unit/ml liquid</i>	T2	HD
<i>vitamin d3 5,000 unit capsule</i>	T2	HD
VITAMIN D3 50,000 UNIT CAPSULE	T4	HD
<i>vitamin d3 5,000 unit softgel</i>	T2	HD
<i>vitamin d3 5,000 unit tablet</i>	T2	HD
<i>vitamin d3 5,000 unit/ml drops</i>	T2	HD
<i>vitamin d3 50 mcg (2,000 unit)</i>	T2	HD
<i>vitamin d3 50 mcg capsule</i>	T2	HD
<i>vitamin d3 50 mcg softgel</i>	T2	HD
VITAMIN D3 62.5 MCG SOFTGEL	T4	HD
<i>vitamin d3 50 mcg tablet</i>	T2	HD
<i>vitamin d3 50,000 unit capsule</i>	T2	HD

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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>vitamin d3/folic acid</i>	T2	HD
<i>v-r cod liver oil capsule</i>	T2	HD
<i>well vitamin d3 125 mcg softgl</i>	T2	HD
<i>well vitamin d3 25 mcg softgel</i>	T2	HD
<i>well vitamin d3 50 mcg softgel</i>	T2	HD
PREPARACIONES DE VITAMINA E		
AQUA-E	T3	
AQUA-E CONCENTRATE	T4	
<i>cvs vitamin e 180 mg softgel</i>	T2	
<i>cvs vitamin e 200 unit softgel</i>	T2	
CVS VITAMIN E 450 MG SOFTGEL	T4	
<i>cvs vitamin e 90 mg softgel</i>	T2	
<i>eql vitamin e 1,000 unit sftgl</i>	T2	
<i>eql vitamin e 180 mg softgel</i>	T2	
<i>ft vitamin e 180 mg softgel</i>	T2	
<i>gnp vitamin e 180 mg softgel</i>	T2	
<i>gnp vitamin e 400 unit softgel</i>	T2	
GNP VITAMIN E 450 MG SOFTGEL	T4	
<i>gnp vitamin e 90 mg softgel</i>	T2	
<i>hm vitamin e 180 mg softgel</i>	T2	
<i>hm vitamin e 200 unit softgel</i>	T2	
<i>hm vitamin e 400 unit softgel</i>	T2	
MIXED TOCOTRIENOLS	T4	
PUREVITA VITAMIN E	T4	
<i>ra vitamin e 268 mg softgel</i>	T2	
<i>sv vitamin e 180 mg softgel</i>	T2	
<i>sv vitamin e 400 unit softgel</i>	T2	
<i>sv vitamin e 450 mg softgel</i>	T2	
<i>sv vitamin e 670 mg softgel</i>	T2	
<i>true vitamin e 180 mg capsule</i>	T2	
<i>true vitamin e 90 mg capsule</i>	T2	
TRUE VITAMIN E 450 MG CAPSULE	T4	
<i>vitamin e (dl,tocopheryl acet)</i>	T2	
<i>vitamin e 1,000 unit softgel</i>	T2	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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 1,000 UNIT SOFTGEL	T4	
<i>vitamin e 100 unit softgel</i>	T2	
VITAMIN E 100 UNIT TABLET	T4	
<i>vitamin e 15 unit/0.3 ml drop</i>	T2	
<i>vitamin e 180 mg softgel</i>	T2	
<i>vitamin e 180mg(400 unit) sfgl</i>	T2	
<i>vitamin e 200 unit capsule, softgel</i>	T2	
<i>vitamin e 400 unit capsule, softgel</i>	T2	
<i>vitamin e 45 mg softgel</i>	T2	
VITAMIN E 450 MG SOFTGEL	T4	
<i>vitamin e 450 mg softgel</i>	T2	
<i>vitamin e 600 unit capsule</i>	T2	
<i>vitamin e 90 mg softgel</i>	T2	
VITAMIN E NATURAL OIL DROPS	T3	
VITAMIN E OIL	T4	
VITAMIN E OIL DROPS	T3	
VITAMIN E OIL DROPS	T4	
VITAMIN E-OIL	T3	
WHEAT GERM OIL	T3	
XCELLENT E	T4	
PREPARACIONES DE VITAMINA K		
FNP VITAMIN K2 40 MCG TABLET	T4	
<i>ft vitamin k2 100 mcg capsule</i>	T2	
<i>gnp vitamin k2 100 mcg capsule</i>	T2	
K1-1000	T4	
K2 LIQUID	T4	
K2-45	T4	
MEPHYTON (<i>phytonadione (vit k1)</i>)	T4	QL(10 tabs/fill)
<i>phytonadione (vit k1)</i>	T2	
PHYTONADIONE 1 MG/0.5 ML SYR	T3	
<i>phytonadione 1 mg/0.5 ml syr</i>	T2	
PHYTONADIONE 1 MG/0.5 ML VIAL	T3	
<i>phytonadione 10 mg/ml ampul, vial</i>	T2	
VITAMIN K	T3	

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a 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 K-1	T3	
VITAMIN K2	T4	
VITAMIN K2 100 MCG SOFTGEL	T4	
VITAMIN K2 (MENAQUINONE-4)	T4	
VITAMINAS (Vitaminas)		
PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS		
ALIVE MEN'S MAX3 POTENCY	T4	
BOOSTNOW IMMUNE SUPPORT	T4	
CENTRUM ADULTS 50 PLUS MINIS	T4	
CENTRUM MEN 50 PLUS MINIS	T4	
DAVIMET-M	T4	
DERMACINRX MULTIVITAMIN	T4	
LIVITA FOR ADULT	T4	
MULTITOL-M	T4	
NANOVN ADULT	T4	
SUPERIOR WOMEN'S MULTI	T4	
PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS		
<i>ft children's multi gummy</i>	T2	
GNP CHILDREN'S MULTI GUMMY	T4	
<i>multivit-fluor 0.5 mg tab chew</i>	T2	PPACA

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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	162
IST	36, 47, 96, 97, 141, 157
IST TIER UNILET COMFORTOUCH.....	157
2-IN-1	141, 157
2-IN-1 LANCET DEVICE	157
2TEK.....	134
5-MTHF.....	225
50 PLUS ADULT EYE.....	204

A

A-25	225
abacavir	66, 67
abacavir sulfate/lamivudine	66
ABANEU-SL	231
ABATRON	112
ABC	167, 207
ABC COMPLETE	207
ABDEK.....	221
ABILIFY.....	177
abiraterone.....	55
ABRYSVO.....	75
ABSORICA	182
ABSTRAL	22
ACAM2000.....	75
acamprosate	196
acarbose	48
ACCOLATE	32
ACCRUFER	112
ACCU-CHEK	134, 141, 157, 162, 163
ACCUPRIL.....	83
ACCURETIC.....	81
ACCUTREND.....	134
ACD-A	43
ACD SOLUTION A	43
ACE.....	81, 82, 83
ACE AEROSOL.....	163
acebutolol	84
acetaminophen/caff/dihydrocod.....	21
acetaminophen with codeine.....	21
acetazolamide	101
acetic acid	52, 103, 180
acetic acid/oxyquinoline	52
acetylcysteine	32
acetylcyst/methylb12/levomefol	225
a/c/e/zinc ox/cupric ox/lutein.....	204
a/c/e/zinc/sod selenate/copper	207
acitretin	181
ACTEMRA.....	132

ACTHAR	125
ACTHIB	75
ACTICLATE	39
acti-lance	141, 157
ACTI-LANCE	141, 157
acti-lance lite.....	157
acti-lance univers.....	157
ACTI-LANCE UNIVERS	157
ACTIMMUNE.....	61
ACTIQ	22
ACTIVE FE	112
ACTIVELLA.....	127
ACTIVNUTRIENTS.....	207
ACTONEL	201
ACTOPLUS MET	49
ACTOS	50
ACULAR	104
acyclovir	69, 70
ACZONE.....	182
ADACEL TDAP	75
ADALIMUMAB	53
ADALIMUMAB-ADAZ	53
ADALIMUMAB-ADBM	53
ADALIMUMAB-RYVK.....	53
adapalene	182, 191
ADAPALENE	191
adapalene/benzoyl peroxide.....	182
ADBRY.....	202
ADDYI	176
adefovir	70
ADEK GUMMIES.....	207
ADEMPAS	80
ADIPEX-P	62
ADJUSTABLE LANCING DEVICE	134
ADLARITY.....	71
ADLYXIN.....	48
ADRENALIN CHLORIDE	103
adthyza	192
ADULT 50 PLUS EYE HEALTH.....	204
ADULT MULTI.....	207
ADULT ONE DAILY.....	207
ADULTS' DAILY FORMULA.....	207
ADULTS MULTIVITAMIN	207
ADVAIR HFA.....	31
ADVANCED	134, 141, 157, 205, 207, 213, 219
ADVANCED LANCING DEVICE	134
ADVANCED MULTI EA.....	207

Índice de medicamentos

ADVANCED TRAVEL LANCETS.....	157	ALIVE DAILY	208
ADVOCATE	134, 141, 157, 179, 183, 250	ALIVE PREMIUM	208
ADVOCATE CONTROL SOLUTION.....	134	ALIVE WOMEN'S	208
ADVOCATE LANCET	157	ALKALINE BATTERIES.....	134
ADVOCATE LANCETS	157	ALKERAN.....	54
ADVOCATE LANCING DEVICE.....	134	ALLERGIST TRAY.....	149
ADVOCATE RAPID-SAFE LANCING DV	134	ALLERGY SYRINGE	149, 153, 154
ADVOCATE REDI-CODE+ CTRL SOLN.....	134	allopurinol.....	26
ADZENYS	71	almotriptan.....	19
AEMCOLO.....	39	almotriptan malate.....	15
AEROCHAMBER.....	163	ALOCRIL.....	105
AEROCHAMBER2GO	163	alosetron.....	123
AEROTRACH	163	ALPHA	32, 48, 82, 132, 170, 174, 198, 202, 208
AEROVENT	163	ALPHAGAN P.....	105
AFLORA	208	alprazolam.....	170
AFLURIA.....	74	ALTABAX.....	186
AFLURIA QUAD	74	ALTACE	83
AGAMATRIX	134, 141, 157	ALTAFLUOR BENOX.....	105
AGAMATRIX CONTROL	134	ALTERNATE.....	134, 142, 157
AGRYLIN	65	ALTERNATE SITE LANCETS	157
AIMOVIG	15	ALTERNATE SITE LANCING DEVICE.....	134
AIMOVIG AUTOINJECTOR.....	19	ALTRENO.....	191
AIRSUPRA	31	ALTRIXA	208
AJOVY	15, 19	ALUNBRIG.....	57
AKLIEF	186	ALVESCO.....	31
AKTEN.....	105	alvimopan	124
AKTIPAK	41	ALYFTREK.....	192
ALA-SCALP.....	186	amantadine.....	64
ALBA-LYBE	225	ambrisentan.....	80
albendazole.....	52	amcinonide.....	187
ALBENZA	52	AMERGE.....	19
albuterol	29, 30	AMICAR	76
ALCAINE.....	105	amiloride.....	102
alclometasone	187	amino acids/mv,tx,iron,mineral	208
ALCOH-GLOVE	162	aminocaproic	76
alcohol	179, 180, 183, 184, 199, 200, 250, 256, 260, 265, 273, 274, 275, 277, 283	amiodarone	78
ALCOHOL.....	53, 179, 180, 183, 184, 199, 250, 256, 258, 263, 265, 267, 273, 275, 276, 278	amitriptyline.....	173
ALCOH-WIPE.....	162	amitriptyline/chlordiazepoxide	173
ALDACTONE	102	AMLADEX	208
ALECENSA.....	57	amlodipine	78, 81, 82, 83, 86
alendronate.....	201	amoxapine	173
alfuzosin	202	amoxicillin	38
ALHEMO	76	amphetamine	71, 72
ALINIA	64	ampicillin	38
aliskiren hemifumarate.....	85	AMZEEQ.....	41
ALIVE	208, 221, 247	ANAFRANIL.....	173
		anagrelide	65
		ANA-LEX.....	125

Índice de medicamentos

ANALPRAM.....	122, 125, 190, 250	ARTHROTEC 75.....	27
ANAPROX DS.....	27	ARTISS.....	186
anastrozole.....	55	ASACOL.....	121
ANCOBON.....	45	ASCOR.....	236
ANGELIQ.....	127	ascorbate.....	236
ANIMAL SHAPES COMPLETE.....	221	ascorbic.....	114, 115, 236
ANIMI-3.....	208	ASCORBIC ACID.....	236
ANNOVERA.....	95	asenapine.....	176
ANORO ELLIPTA.....	30	ASMANEX.....	31, 32
ANTICOAGULANT SODIUM CITRATE.....	43	ASPIRIN.....	65
ANTIOXIDANT FORMULA.....	204	aspirin/dipyridamole.....	65
APATATE.....	231	ASSURE.....	134, 142, 157, 166
APETEX.....	225	ASSURE 4 CONTROL SOLUTION.....	134
APETIGEN.....	112, 226	ASSURE DOSE.....	134
APETIGEN-PLUS.....	112	ASSURE HAEMOLANCE PLUS.....	157
apomorphine.....	64	ASSURE LANCE.....	157
APO-VARENICLINE.....	192	ASSURE PRISM.....	134
apraclonidine.....	105	ASTAGRAF.....	133
aprepitant.....	119	ASTRINGYN.....	77
APRETUDE.....	68	atazanavir.....	67, 68
APRISO.....	121	ATELVIA.....	201
APTENSIO.....	174	atenolol.....	84, 85
APTIOM.....	91	AT HOME AIC.....	134
APTIVUS.....	66	a thru z.....	206, 207
AQNEURSA.....	118	A THRU Z MEN'S ULTIMATE.....	207
AQUADEKS.....	208	A THRU Z SELECT.....	207
AQUA-E.....	245	ATIVAN.....	170
AQUA LANCE LANCING DEVICE.....	134	atomoxetine.....	174
AQUASOL A.....	225	atorvastatin.....	86
AQUORAL.....	196	atovaquone.....	52, 53
ARAKODA.....	52	atovaquone-proguanil.....	52
ARAVA.....	26	atropine.....	107, 119, 120, 121
ARAZLO.....	186	ATROPINE.....	107
ARCALYST.....	201	ATROVENT HFA.....	29
AREXVY.....	76	ATTRUBY.....	199
arformoterol.....	30	AUDENZ.....	74
ARGLAES FILM.....	156	AUGMENTIN.....	38
ARICEPT.....	71	AUGTYRO.....	57
ARIDOL.....	99	AURYXIA.....	111
ARIKAYCE.....	35	AUSTEDO.....	89
aripiprazole.....	177	AUTOJECT.....	134
ARIXTRA.....	43	AUTO-LANCET.....	134
ARKALIOX.....	226	AUTOLET.....	134, 137
armodafinil.....	178	AUTOPEN.....	134
ARMOUR THYROID.....	192	AUTOSOFT.....	134, 135
ARNUITY ELLIPTA.....	31	AUVELITY.....	171
AROMASIN.....	55	avanafil.....	194
ARTHROTEC 50.....	27	AVAR-E.....	42

Índice de medicamentos

AVAR LS.....	42	BCG.....	75
AVC.....	51	b comp.....	226, 230
AVIDOXY.....	39	b complex.....	218, 219, 225, 226, 228, 229, 230, 231
avita.....	191	b-complex.....	208, 210, 218, 226, 227, 229, 231, 252, 283
AVITA.....	191	B COMPLEX.....	226, 228, 229
AVITENE.....	77	B-COMPLEX.....	218, 226
AVMAPKI.....	57	B-COMPLEX-VITAMIN C.....	226
AVONEX.....	89	B-COMPLEX WITH B-12.....	226
AYVAKIT.....	57	BD.....	142, 146, 147, 149, 150, 157
AZASAN.....	133	BD ECLIPSE.....	146, 147, 149
AZASITE.....	34	BELBUCA.....	22
azathioprine.....	133	BELSOMRA.....	179
azelaic acid.....	185	BELVIQ.....	63
azelastine.....	48, 102, 103	benazepril.....	81, 82, 83
AZELEX.....	182	benazepril/hydrochlorothiazide.....	81, 82
AZILECT.....	64	BENLYSTA.....	201
azithromycin.....	37	BENTIVITE BX.....	112
AZSTARYS.....	174	BENZAMYCIN.....	41
AZULFIDINE.....	121	benzepro.....	185
B		BENZEPRO.....	185
b-6.....	226, 235, 236	BENZNIDAZOLE.....	53
b-12.....	229, 232, 233, 234	benzonatate.....	96
bi2.....	113, 114, 115, 215, 226, 227, 229, 230, 232, 233, 234	benzoyl peroxide.....	41, 182, 185
B-12.....	114, 212, 226, 231, 232, 233, 234	benzphetamine.....	62
BI2.....	225, 231, 232, 233, 234, 235, 236	benztropine.....	64
BI2 ACTIVE.....	232	bepotastine.....	48
b-12 er.....	232, 233	BEPREVE.....	48
bi2/levomefolate calcium/b-6.....	226	BEROCCA.....	208
B-50 COMPLEX.....	226	beta-carotene.....	209, 225
b-100.....	226, 227, 230, 252, 255, 281	BETADINE.....	104
B-100.....	226, 227, 230, 252, 255, 281	betaine.....	200
BABY DDROPS.....	239	betamethasone.....	46, 187, 188, 191
BABY'S SUPER DAILY D3.....	240	BETAPACE.....	85
BABY VITAMIN D3.....	239	BETASERON.....	89
bacitracin.....	34	betaxolol.....	85, 105
baclofen.....	165	bethanechol.....	72
BACMIN.....	208	BETHKIS.....	35
B ACTIV.....	226	BETOPTIC S.....	105
BACTRIM.....	35	bexarotene.....	54, 62
BAFIERTAM.....	89	BEXSERO.....	73
BALANCED B-100.....	227	BEYAZ.....	95
balanced b-100 complex tab sa.....	226	BEYFORTUS.....	69
BAL-CARE DHA.....	166	bicalutamide.....	55
balsalazide.....	121	BIKTARVY.....	68
BALVERSA.....	57	BILTRICIDE.....	52
BARACLUDE.....	70	bimatoprost.....	105
BARIATRIC MULTIVITAMINS.....	208	BIMATOPROST.....	105, 106
BAXDELA.....	38	BINOSTO.....	201

Índice de medicamentos

BIO-35	209	budesonide	31, 32, 128, 129
BIO C	236	BULK SYRINGE	150
BIO-D-MULSION	240	BULLSEYE	142, 157
bioflav,lemon/vit bcomp,c	205	BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS	157
biotect	209	bumetanide	101
BIOTECT	204	BUPHENYL	118
biotin	212, 214, 226, 227, 228, 229, 230	buprenorphine	22, 202
BIOTIN	219, 226, 227, 228, 229, 230	bupropion	171, 192
bisac/nacl/nahco3/kcl/peg 3350	123	buspirone	171
bisoprolol	85	butalb-acetamin-caff 50-300-40	15
BLADDER 2.2	209	butalb-acetamin-caff 50-325-40	15
BLEPH-IO	34	butalb/acetaminophen/cafeine	15, 19
BLEPHAMIDE S.O.P.	34	butalb-aspirin-caffe 50-325-40	15
BLOOD	76, 77, 78, 98, 135, 142, 148, 157	butalbit/acetamin/caff/codeine	24
BLOOD GLUCOSE CONTROL	135	butalbital/acetaminophen	15, 19
BLOOD-GLUCOSE CONTROL	135	butalbital-asa-cafeine cap (Fiorinal)	15
BLOOD LANCETS	157	butalbital/aspirin/cafeine	19
BLUNT	147, 148, 152	butorphanol	22
BOCASAL	196	BUTTERFLY	142, 157
BODY, HAIR, SKIN AND NAILS	209	BUTTERFLY TOUCH LANCET	157
BONSITY	200	BYDUREON BCISE	48
BOOSTNOW	247	BYDUREON PEN	48
BOOSTRIX TDAP	75	BYETTA	48
bosentan	80, 253	BYLVAY	123
BOSULIF	57	C	
BRAFTOVI	55	c-l,000	236
BREATHERITE	163	cabergoline	130
BREATHRITE	163	CADEAU DHA	166
BREEZE 2	135	CADUET	86
BREO ELLIPTA	31	CAFERGOT	15
BREXAFEMME	45	caffeine	19, 89, 165
breynd	31	CALAN	78
BREZTRI AEROSPHERE	31	calcipotriene	182, 191
BRILINTA	65	calcitonin,salmon,synthetic	131
brimonidine	105, 106	calcitriol	182, 183, 240, 242
BRIMONIDINE	105	calcium acetate	111
BRINSUPRI	193	CALCIUM PANTOTHENATE	221
brinzolamide	106	CALQUENCE	57
BRIVIACT	91	CAMBIA	19
BROMFED DM	96	CAMZYOS	79
bromfenac	104	candesartan cilexetil	84
bromocriptine	64	candesartan/hydrochlorothiazid	83
brompheniramine/pseudoephed/dm	96	CANNULA	148, 150, 152, 153, 155
BRONCHITOL	192	CANTHARIDIN-ACETONE	184
BROVANA	30	CAPCOF	96
BRUKINSA	57	capecitabine	55
BRYHALI	187	CAPEX	187
B-STRESS	227	CAPHOSOL	196

Índice de medicamentos

CAPLYTA.....	176	cephalexin.....	36
CAPRELSA	57	CEQUA	108
captopril	81, 83	CEQUR SIMPLICITY	135
captopril/hydrochlorothiazide.....	81	CERDELGA	197
CAPVAXIVE	74	CEREFOLIN	227
CARBAGLU.....	196	certavite	210
carbamazepine.....	91, 92, 93, 94	CERTAVITE.....	210
CARBAMAZEPINE	92	CERVIDIL.....	129
CARBATROL.....	92	CETACAINE ANESTHETIC.....	25
carbidopa	64, 65	cetorelix	129
carbidopa/levodopa	64, 65	CETROTIDE	129
carbinoxamine	47	cevimeline.....	72
CARDIOTEK-RX	227	CHANTIX.....	192
CARDIZEM	78	CHEK-STIX.....	100
CARDURA	82	CHEMET	198
CAREONE.....	135, 142, 158	CHEMO TRANSFER PIN	147
CAREPOINT	147, 150	CHEMSTRIP.....	100, 135
CARESENS.....	135, 142, 158	CHENODAL	121
CARETOUCH.....	135, 142, 147, 150, 158, 179, 183, 254	CHILD CHEWABLE VITAMN	221
carglumic	196	CHILD COMPLETE	221
carisoprodol	24, 165	CHILD MULTIVITAMIN PLUS IRON.....	221
carisoprodol/aspirin/codeine	24	children multivitamin.....	221
CARNITOR.....	200	CHILDREN MULTIVITAMIN	221, 222
carteolol.....	106	CHILDREN'S.....	221
carvedilol.....	82	CHILDREN'S CHEWABLE	221
CASODEX.....	55	CHILDREN'S CHEW MULTIVIT-IRON	221
CATAPRES.....	84	childrens chew vitamin	221
CAVERJECT	194	CHILDREN'S MULTI-VIT	221
CAYSTON.....	36	CHILDREN'S MULTIVITAMIN GUMMY	221
cefaclor	36	CHILD'S CHEWABLE	221
cefadroxil	36	CHILD'S OMEGA-3	221
cefdinir	37	chlordiazepoxide.....	119, 170
cefditoren pivoxil	37	chlordiazepoxide/clidinium br	119
cefpodoxime proxetil.....	37	chlorhexidine	194
cefprozil.....	36	chloroquine	52
ceftriaxone	37	chlorpromazine.....	178
cefuroxime axetil.....	36	chlorthalidone	85, 102
CEFUROXIME SODIUM-0.9% NACL.....	34	chlorzoxazone.....	165
celecoxib	29	CHOLBAM.....	121
CELLCEPT	133	cholecalciferol.....	240
CELONTIN.....	92	CHOLECAL DF	240
CENTANY.....	41	cholestyramine	87
CENTRAL-VITE.....	209	choline salicyl/mag salicylate	15, 19
CENTRAVITES.....	209	CHORIONIC	131
centrum	210	CHORIONIC GONAD	131
CENTRUM.....	207, 209, 221, 247, 254	CHOSEN.....	135, 142, 158
CENTRUM KIDS	221	CHROMAGEN.....	112
CENTRUM SILVER	207, 209	CIALIS	194

Índice de medicamentos

CIBINQO.....	184	COARTEM.....	52
ciclodan.....	46	COBALEFOL.....	205
CICLODAN.....	46, 53	COCAINE.....	103
ciclopirox.....	46	codeine.....	21, 22, 24, 97, 98
ciclopirox 8% treatment kit.....	53	CODITUSSIN AC.....	98
cilostazol.....	65	CODITUSSIN DAC.....	97
CILOXAN.....	34	cod liver oil.....	225, 236, 240, 242, 245
CIMDUO.....	66	COLAZAL.....	121
cimetidine.....	122	colchicine.....	26, 29
cinacalcet.....	197	COLCHICINE.....	26
CIPRO.....	38	colesevelam.....	87
ciprofloxacin.....	33, 34, 38	COLESTID.....	87
citalopram.....	172	colestipol.....	87
CITRANATAL.....	112, 166, 170	COLOR.....	142, 158
CITRANATAL BLOOM.....	112	COLOR LANCETS.....	158
CITRATE PHOSPHATE DEXTROSE.....	43	COMBIGAN.....	106
citric.....	118	COMBIPATCH.....	127
CITRUS BIOFLAVONOIDS.....	205	COMBISTIX REAGENT.....	100
CLARINEX.....	47	COMBIVENT.....	30
CLARINEX-D.....	47	COMBIVENT RESPIMAT.....	30
clarithromycin.....	37	COMBIVIR.....	66
CLEOCIN.....	37, 40, 41	COMETRIQ.....	57
CLEVER.....	135, 142, 158, 163	COMFORT ... 27, 140, 142, 144, 145, 146, 158, 160, 161, 162, 164, 165, 183, 184	
CLEVER CHEK LANCETS.....	158	COMFORT PAC-IBUPROFEN.....	27
CLEVER CHOICE.....	163	COMFORT PAC-MELOXICAM.....	27
CLEVER CHOICE CONTROL SOLUTION.....	135	COMFORT PAC-NAPROXEN.....	27
CLIMARA.....	127	COMFORTSEAL.....	163
clindacin.....	41	COMIRNATY.....	73
CLINDACIN.....	41	COMPACT SPACE CHAMBER.....	163
clindamycin.....	37, 40, 41, 182, 183	COMPAZINE.....	119
CLINDESSE.....	40	COMPLETE166, 167, 169, 207, 209, 210, 211, 215, 216, 217, 221, 222, 223, 225, 227	
CLINPRO 5000.....	108, 111	COMPLETIA.....	210
clobazam.....	91	COMPLEX B-50.....	227
clobetasol.....	187, 189	complex b-100.....	227
CLOBEX.....	187	COMPLEX B-100.....	227
clocortolone.....	187	CONCEPT.....	210
clodan.....	187	CONFORMANT 2.....	156
CLODAN.....	187	CONSENSI.....	78
CLODERM.....	187	CONTOUR.....	135
clomiphene.....	130	CONTRAVE.....	63
clomipramine.....	173	CONTROL SOLUTION.....	134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141
clonazepam.....	91	COOL CONTROL SOLUTION.....	135
clonidine.....	84, 174	COPIKTRA.....	57
clopidogrel.....	65	CORDRAN.....	187
clorazepate.....	170	COREG.....	82
clotrimazole.....	45, 46	CORNWALL SYRINGE TIP CONNECTOR.....	150
clozapine.....	176	CORTANE-B.....	103
CLOZARIL.....	176		
COAGUCHEK.....	142, 158		

Índice de medicamentos

CORTEF	128	cyclopentolat/tropic/phenyleph	107
CORTENEMA	125	cyclophosphamide	54
cortisone	128	CYCLOPHOSPHAMIDE	54
CORTISPORIN	33	CYCLOSET	48
CORVITE	112, 210	cyclosporine	108, 133
CORVITE 150	112	CYCLOSPORINE	108
CORVITE FE	112	CYFOLEX	240
COTELLIC	56	CYLTEZO	54
COTEMPLA	175	cyproheptadine	47
CRENESSITY	130	CYPROHEPTADINE	47
CREON	124	CYSTAGON	203
CRESEMBA	45	CYSTARAN	108
CREXONT	64	CYSTO-CONRAY II	100
CRINONE	130, 131	CYSTOGRAFIN	100
cromolyn	26, 32, 105	CYSTOGRAFIN-DILUTE	100
crotamiton	64	CYTO B-1	231
CRRT TRISODIUM CITRATE	43	CYTO B-2	235
CTEXLI	121	CYTO B7	227
CULTURELLE	210, 221	CYTO C	236
CULTURELLE KIDS	221	CYTOTEC	120
CURITY	180, 183, 256	D	
CURITY ALCOHOL PREPS	183	D3	177, 216, 219, 239, 240, 241, 242, 243, 244
CUROSURF	193	DAILY57, 58, 59, 94, 166, 193, 207, 208, 210, 211, 213, 216, 217, 219, 238, 240, 242	
cvs... 109, 112, 166, 180, 183, 199, 205, 210, 219, 225, 227, 231, 232, 235, 236, 240, 245, 256		daily-vite	210
CVS 53, 109, 112, 180, 183, 199, 227, 232, 236, 240, 245, 256		danazol	130
CVS ALCOHOL 70% PREP PADS	183	DANTRIUM	165
cvs glucose	109	dantrolene	165
CVS GLUCOSE LIQUID	109	DANZITEN	57
cvs isopropyl alcohol 70% wipe	183	dapsone	36, 182
CVS ISOPROPYL ALCOHOL 91% SPRY	53	DAPTACEL DTAP	75
cvs prenatal	166	DARAPRIM	52
cvs slow release iron	112	darifenacin	203
CVS SLOW RELEASE IRON	112	darunavir	66
CVS VITAMIN	232, 236, 245	dasatinib	57, 58
cvs vitamin a	225	DAURISMO	56
cvs vitamin b-12	232	DAVIMET	210, 221, 247
cvs vitamin c	236	DAVIMET-M	247
cvs vitamin d3	240	DAVOL IRRIGATION SYRINGE	150
cvs vitamin e	245	DAYAVITE	210
cvs vit c	236	DAYPRO	27
cvs vit d3	240	DAYTRANA	175
cyanocobalamin	226, 227, 229, 232, 233	DAYVIGO	179
cyclobenzaprine	165	DDAVP	126
CYCLOGYL	107	DDROPS	239, 240
CYCLOMYDRIL	107	decara	240
cyclopentolate	107	DECARA	240
CYCLOPENTOLATE-TROPICAMIDE-PE	107	DECUBI	210

Índice de medicamentos

deferasirox.....	198	DEXONTO.....	128
deferiprone.....	198	DEXTENZA.....	104
deflazacort.....	128	dextroamphetamine.....	72
DEKAS.....	210, 221	dextrose.....	109, 110, 111
DEKAS PLUS.....	210, 221	DIABETES HEALTH.....	211
DELESTROGEN.....	127	DIABETIC VITAMIN.....	211
DELSTRIGO.....	68	DIACOMIT.....	92
demeclocycline.....	39	dialyvite.....	227
DEMSER.....	84	DIALYVITE.....	211, 227, 228, 241
DENAVIR.....	70	DIASTAT.....	91
DENGAXIA.....	75	DIASTIX REAGENT.....	98, 100
DENOVO.....	205	diatrizoate meglumine.....	99
DEPAKOTE.....	92	DIATROL.....	211
DEPEN.....	26	DIATRUE.....	135
DEPLIN.....	205	diazepam.....	91, 170, 171
DEPLIN-ALGAL OIL.....	205	diazoxide.....	110
DEPO-ESTRADIOL.....	127	DIBENZYLINE.....	72
DEPO-PROVERA.....	95	dichlorphenamide.....	196
DEPO-SUBQ PROVERA.....	95	DICLEGIS.....	119
DEPO-TESTOSTERONE.....	125	diclofenac.....	20, 27, 62, 104, 181
DERMACINRX.....	210, 211, 240, 241, 247	dicloxacillin.....	38
DERMA-SMOOTH-FS.....	188	dicyclomine.....	119, 257
DERMASORB.....	188	didanosine.....	67
DERMATOP.....	188	diethylpropion.....	62
DERMAVIEW.....	156	DIFFERIN.....	191
DERMOTIC.....	103	DIFICID.....	37, 257
DESCOVY.....	66	DIFLUCAN.....	45
desflurane.....	25	diflunisal.....	15, 19
desipramine.....	173	difluprednate.....	104
desloratadine.....	47	digoxin.....	79
desmopressin.....	126	dihydroergotamine.....	15, 19
DESMOPRESSIN.....	126	DILANTIN.....	92
desog-e.estradiol.....	95	DILAUDID.....	22
desogestrel-ethinyl estradiol.....	95	diltiazem.....	78
DESONATE.....	188	dimethyl.....	197
desonide.....	188, 190	diphenoxylate hcl/atropine.....	119
desoximetasone.....	188, 189, 190	DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS-PED.....	75
DESODYN.....	72	DIPROLENE.....	188
DESVENLAFAXINE.....	173	dipyridamole.....	65
dex4 glucose.....	109	DISALCID.....	26
DEX4 GLUCOSE.....	109	disopyramide.....	78
dex4 quick dissolve tab chew.....	109	disulfiram.....	196
dexamethasone.....	33, 104, 128	DIURIL.....	102
dexchlorpheniramine.....	47	divalproex.....	92
DEXCOM.....	135	dofetilide.....	78
DEXCOM G6.....	135	DOJOLVI.....	108
DEXEDRINE.....	72	donepezil.....	71
dexlansoprazole.....	124	DONNATAL.....	120
dexmethylphenidate.....	175		

Índice de medicamentos

DOPTLET.....	95	EASYMAX NORMAL.....	136
dorzolamide.....	106	EASY MINI EJECT.....	135
DORZOLAMIDE.....	106	EASY PLUS II.....	135
DOSOKAP.....	241	EASYPPOINT.....	147
DOVATO.....	65	EASY STEP.....	135
DOVER BULB SYRINGE.....	150	EASY TALK.....	135, 136
DOVONEX.....	182	EASY TOUCH.....	136, 147, 150, 151, 158, 183
doxazosin.....	82	EASY TOUCH FLIPLOCK.....	147, 150, 151
doxepin.....	173, 179, 182	EASY TRAK.....	136
doxercalciferol.....	196	EASY TWIST CAP LANCETS.....	158
doxycycline.....	39, 40, 194	EBGLYSS.....	202
doxylamine succinate/vit b6.....	119	ECLIPSE SYRINGE.....	151
dronabinol.....	119	EC-NAPROSYN.....	27
DROPLET.....	135, 142, 158	ec-naproxen.....	27
DROPLET GENTEEL LANCING DEVICE.....	135	econazole.....	46
DROPLET LANCETS.....	158	EDECRIN.....	101
DROPLET LANCING DEVICE.....	135	EDEX.....	194
DROPSAFE.....	142, 147, 158, 180, 183, 258	EDLUAR.....	179
DROPSAFE PREP PADS.....	183	EDURANT.....	66
drospir/eth estra/levomefol.....	95	E.E.S. 200.....	37
DROXIA.....	77	efavirenz.....	66, 67, 68
droxidopa.....	72	effer-k.....	117
drug mart glucose.....	110	EFFER-K.....	117
DUAVEE.....	128	EFFIENT.....	65
DUET.....	166, 170	EFUDEX.....	62
DUETACT.....	50	EGRIFTA.....	129
DUET DHA.....	166	eldertonic.....	207
DULERA.....	31	ELDERTONIC LIQUID.....	207
duloxetine.....	173	ELEMENT COMPACT.....	136
DUOBRIL.....	182	ELEMENT CONTROL.....	136
DUOPA.....	64	ELEPSIA.....	92
DUPIXENT.....	132	eletriptan hydrobromide.....	15, 19
dutasteride.....	202	ELFOLATE.....	228
DYAZIDE.....	102	ELIMITE.....	64
DYCLOPRO.....	25	ELIQUIS.....	43, 258
DYRENIUM.....	102	ELIXOPHYLLIN.....	33
E		ELLA.....	95
EAR HEALTH PLUS.....	205	ELMIRON.....	24
ear health plus caplet.....	205	ELON.....	211
EASIVENT.....	163	eltrombopag.....	95
EASY.....	135, 136, 142, 143, 147, 150, 151, 158, 180, 183, 236, 258	EMBRACE.....	136, 143, 158
EASY-C.....	236	EMBRACE EVO LEVEL I.....	136
EASY COMFORT ALCOHOL PAD.....	183	EMBRACE GLUC CONTROL SOLN.....	136
EASY COMFORT LANCETS.....	158	EMBRACE LANCING DEVICE.....	136
EASY GLIDE CATHETER.....	150	EMBRACE PRO.....	136
EASY GLIDE LUER.....	150	EMBRACE TALK CONTROL.....	136
EASYGLUCO PLUS.....	136	EMERGEN.....	221, 236, 237
EASYMAX I5.....	136	EMERGEN-C.....	221, 236, 237
		EMERGEN-C KIDZ.....	221

Índice de medicamentos

EMGALITY.....	15, 19, 90	EQ CHILD	221
EMGALITY PEN.....	19	eql.....	112, 113, 199, 204, 228, 233, 235, 237, 241, 245
EMPAVELI.....	76	eql slow release iron.....	113
EMSAM	171	eql vitamin.....	233, 237, 241, 245
emtricitabine.....	68	EQUETRO	171
emtricitabine.....	66, 67	EQ VISION	204
emtricitabine-tenofv.....	66	ERGOCAL	241
EMTRIVA	67	ergocalciferol.....	241
EMVERM.....	52	ergoloid.....	86
enalapril.....	81, 82, 83	ERGOMAR.....	19
ENBRACE	211	ergotamine tartrate/caffeine	15, 19
ENBREL.....	54	ERIVEDGE.....	56
ENDARI.....	77	ERLEADA	55
ENDO-AVITENE.....	77	erlotinib	58
ENDOMETRIN	131	ERVEBO.....	76
ENDUR-AMIDE.....	219	ERYPED	37
ENDUR-THINE	219	ERY-TAB	37
ENDUR-VM	211	ery-tab dr	37
ENFAMIL.....	111	erythromycin.....	34, 37, 41
ENFIT	151, 152, 153, 224, 244, 259, 273	escitalopram.....	172
ENFLONIA	69	ESGIC	15, 19
ENGERIX-B	76	ESKATA	183
ENLITE SERTER.....	136	eslicarbazepine.....	91, 92
ENLYTE	205	esomeprazole	124
enoxaparin	43	ESOMEPRAZOLE.....	124
ENSACOVE	58	ESSENCE C.....	237
ENSPRYNG	132	ESSENTIAL	166, 210, 211, 216, 217
ENSTILAR.....	191	estazolam.....	178
entacapone	64, 65	ESTER-C.....	237
entecavir.....	70	ESTRACE	127
ENTEREG	124	estradiol.....	95, 96, 127, 130
ENTERO VU.....	99	ESTRATEST	127
ENTRESTO.....	83	estrogen,ester/me-testosterone	127
ENZOCLEAR.....	185	ESTROVEN	211
EPCLUSA.....	70	eszopiclone.....	179
EPIDIOLEX.....	91	ethacrynic	101
EPIDUO FORTE	182	ethambutol.....	36
EPIFOAM	190	ethinyl.....	95, 96
epinastine	48	ethinyl estradiol/drospirenone.....	95, 96
epinephrine.....	71, 103	ethosuximide.....	92, 94
EPINEPHRINE.....	71	ethynodiol d-ethinyl estradiol.....	95
EPIPEN.....	71	etodolac.....	27, 28
EPISIL.....	195	etonogestrel/ethinyl estradiol	95
EPIVIR.....	67	etoposide	61
eplerenone.....	102	etravirine	66, 67
eprosartan	84	EUCRISA	186
EPSOLAY	185	EULEXIN	55
EPZICOM.....	66	EURAX.....	64
EQ.....	204, 211, 221	EVAMIST	127

Índice de medicamentos

EVEKEO.....	72	FELDENE.....	27
EVENCARE.....	136	felodipine.....	78
everolimus.....	56, 133	FEMARA.....	55
EVICEL.....	77	fenofibrate.....	87, 88
EVISTA.....	201	fenofibric.....	88
EVOCLIN.....	41	FENOGLIDE.....	88
EVOLUTION.....	136	fenoprofen.....	27, 28
EVOTAZ.....	67	FENORTHO.....	20
EVOXAC.....	72	fentanyl.....	22
EVRYSDI.....	197	FENTANYL.....	22
EXEL.....	147, 152	feosol.....	113
EXELDERM.....	46	FEOSOL.....	113
EXEL HUBER.....	147	FERAHEME.....	113
EXELON.....	71	FERGON.....	113
exemestane.....	55	FER-IN-SOL.....	113
exenatide.....	48	FERIVA 21-7.....	113
EXPECTA PRENATAL.....	166	FERIVA FA.....	113
EXTENDED RESERVOIR.....	152	FERRACTIV IRON.....	113
EXTINA.....	46	FERRALET.....	113
EYE HEALTH AND LUTEIN.....	204	FERRETTS IPS.....	113
EYE HEALTH PLUS LUTEIN TABLET.....	204	FERRIMIN.....	113
EYE MULTIVITAMIN.....	204	FERRIPROX.....	198
EYEPROTECT.....	204	FERRLECIT.....	113
EYSUVIS.....	104	FERRO-SEQUELS.....	113
EZ.....	142, 143, 158, 159	ferrous.....	113, 114, 117, 214, 226
E-Z DISK.....	99	FERROUS.....	113
ezetimibe.....	86, 87	ferrous fumarate.....	113, 114
ezetimibe-atorvastatin.....	86	FERROUS FUMARATE.....	113
ezetimibe/simvastatin.....	86	ferrous fum/vit c/b12-if/folic.....	113
E-Z-HD.....	99	ferrous gluconate.....	113, 214
EZ-LETS.....	159	ferrous sulfate.....	113, 114
E-Z-PAQUE.....	99	ferumoxyltol.....	113, 114
E-Z-PASTE.....	99	fesoterodine.....	203
EZ SMART LANCETS.....	158	FETZIMA.....	173
F		FEXMID.....	165
FA-8.....	205	FIBRICOR.....	88
FABHALTA.....	76	fidaxomicin.....	37
FACTIVE.....	38	fifty50.....	180, 184, 260
famciclovir.....	69	FIFTY50.....	143, 159
famotidine.....	122	fifty50 alcohol prep pads.....	184
fa/mv,ca,iron,min/lycopene/lut.....	211	FIFTY50 SAFETY SEAL LANCETS.....	159
FARESTON.....	61	FILSPARI.....	88
FARXIGA.....	50	FILSUVEZ.....	202
FARYDAK.....	54	FILTER.....	147, 148, 152, 154
FASENRA.....	32	FILTER ASPIRATOR.....	147
FATIGUE RELIEF COMPLEX.....	211	FINACEA.....	185
febuxostat.....	26	finasteride.....	202
felbamate.....	92	FINAZOL.....	211
FELBATOL.....	92	FINE.....	148, 149

Índice de medicamentos

FINGER GRIP	152	flurbiprofen	28, 104
FINGERSTIX	143, 159	flutamide	55
FIORICET	15, 19, 24	fluticasone	31, 103, 188
FIORINAL	15	fluticasone propion/salmeterol	31
FIRDAPSE	90	fluticasone-salmeterol	31
FIRST-MOUTHWASH BLM	195, 197	fluticasone-salmeterol 100-50	31
FLAGYL	35	fluvastatin	86
FLAVOVIT	205	fluvoxamine	172
flavoxate	203	FLUZONE HIGH-DOSE	75
flecainide	78	FLUZONE HIGH-DOSE QUAD	75
FLECTOR	181	FLUZONE QUAD	75
FLEVOXIN	237	FML	104
FLEXICHAMBER	163, 164	FNP	246
FLINTSTONES	222	fn vitamin	233
FLOGEN	205	FOLA	228
FLOLIPID	86	FOLACHEW	211
FLOMAX	202	FOLAGENT	211
FLORAFOL	222	FOLAMAX	211
FLORIVA	108, 222	FOLAMED	211
FLORRAXYL	211	FOLAPRIME	211
FLOVENT	32	FOLAWISE	211
FLOW-EZE	147	FOLETRA	205
FLUAD	74	FOLIC	166, 205, 206, 212, 226, 228, 232, 235, 241, 261
FLUAD QUAD	74	folic acid 113, 114, 115, 167, 169, 205, 206, 210, 212, 214, 215, 216, 218, 222, 224, 226, 228, 229, 230, 245	
FLUARIX QUAD	74	folic/mvi ther-min/lycop/lut	212
FLUBLOK QUAD	74	FOLICORE	228
FLUCELVAX QUAD	74	FOLIKA	206, 212, 228, 241
fluconazole	45	FOLIKA-D	241
flucytosine	45	FOLIKA-NC	228
fludrocortisone	129	FOLIKA-T	228
FLULAVAL QUAD	74	FOLIKA-V	206
FLUMADINE	69	FOLINIC-PLUS	228
FLUMIST QUAD	74, 75	FOLITE	206
flunisolide	103	FOLIXAPURE	241
fluocinolone	103, 188, 189	FOLLISTIM AQ	130
fluocinonide	188	FOLTRATE	233
fluorescein	99, 105	FOLTIX	228
FLUORESCEIN-BENOXINATE	105	FOLVITA	228
fluoride	108, 109, 111, 112, 117, 223, 224	FOLVITE-D	241
FLUORIDEX	108, 112	fondaparinux	43
fluorometholone	104	FORA	98, 136, 143, 159
FLUOROPLEX	62	FORACARE	136, 143, 159
fluorouracil	62	FORACARE LANCETS	159
fluoxetine	172, 178	FORA GTEL	98, 136
fluphenazine	178	FORA LANCETS	159
FLURA-DROPS	109, 117	formaldehyde	53, 181
flurandrenolide	187	formoterol	30
flurazepam	178		

Índice de medicamentos

FORTAVIT	212	GELFILM.....	105, 200
FORTISCARE	136	GEL-FLOW	77
FOSAMAX	200, 201	GELFOAM.....	77
FOSAMAX PLUS D	200	GELX.....	195
fosamprenavir	68	gemfibrozil	88
fosaprepitant.....	119	GEMTESA	203
fosfomycin tromethamine	35	GENADEK	212, 222
fosinopril	82, 83	GENICIN	206, 228, 241
fosinopril/hydrochlorothiazide	82	GENICIN VITA-Q	206
FRAGMIN.....	43	GENICIN VITA-S.....	228
FRAICHE.....	108	GENOTROPIN.....	129
FREEDAVITE.....	212	gentamicin	34, 35, 41
FREESTYLE.....	98, 136, 137, 143, 159	GENTEEL	135, 137
FREESTYLE INSULINX	98	GENTLE IRON.....	114
FREESTYLE LITE.....	98	GENVOYA.....	68
FROVA	19	GEODON.....	176
frovatriptan succinate.....	19	GERBER	212, 222
FRUIT C.....	237	GERBER GROW MIGHTY	222
fruit c-100.....	237	GERBER LIL BRAINIES.....	222
FRUIT C-100	237	GERITOL	207
FRUZAQLA	58	GIALAX	123
ft... 114, 166, 206, 212, 219, 228, 231, 233, 235, 237, 241, 245, 246, 247, 262		GILOTTRIF	58
FT	114, 199, 212, 228, 233, 237, 241	glatiramer	89, 90
ful-glo	99	glatopa.....	90
FUL-GLO	99	GLEOLAN.....	99
FULPHILA.....	95	GLEOSTINE.....	54
FURADANTIN.....	38	glimepiride.....	49, 50
furosemide	101	glipizide	49, 50
FUSION.....	66, 114	GLOPERBA	26
FUZEON.....	66	GLUCAGON	63, 125
FYCOMPA	92	GLUCO	110
G		GLUCOCARD.....	137
gabapentin	91, 92	GLUCOCOM.....	137, 143, 159
GALAFOLD	198	glucose.....	109, 110, 111
galantamine.....	71	GLUCOSE	110
GALZIN.....	198	GLUCOSE 2	110
ganirelix.....	129	GLUCOSE CONTROL	134, 135, 136, 137, 139
GANIRELIX	129	GLUCOSE LIQUID.....	109, 110, 111
GARDASIL 9	76	GLUCOTROL	49
GASTROCROM	26	glutamine.....	77
GASTROGRAFIN	99	GLUTOL	111
GASTROMARK.....	99	GLUTOSE-I5	110
gatifloxacin.....	34	GLUTOSE-45	110
GATIFLOXACIN-DEXAMETHASONE	33	glyburide	49, 50
GATTEX	125	GLYCATE.....	119
GAVRETO	58	glycine urologic solution.....	53
GE100.....	137	glycopyrrolate	119
GELCLAIR.....	195	GLYNASE	49
		GLYXAMBI	49

Índice de medicamentos

gnpII0, II4, I66, I99, 204, 206, 2I2, 2I9, 225, 228, 23I, 233, 235, 237, 24I, 245, 246, 262	HEMANGEOL.....	85
GNP.....I80, I99, 2I2, 225, 228, 233, 237, 24I, 245, 247, 262	HEMATEx.....	II4
gnp glucose.....	HEMATOGEN.....	II4
GNP VITAMIN E.....	HEMATRON-AF.....	II4
GOJJI.....	HEMAX.....	II4
GOLYTELY.....	HEMLIBRA.....	76
GOMEKLI.....	HEMOCYTE.....	II4
GONAL-F.....	heparin.....	43, 44
GONITRO.....	HEPARIN.....	43, 44
GOPRELTO.....	HEPLISAV-B.....	76
GRALISE.....	HETLIOZ.....	178
granisetron.....	HIBERIX.....	75
GRASTEK.....	high potency multivitamin tab.....	212, 213
griseofulvin.....	HIGH POTENCY MULTIVITAMIN TAB.....	212
gs.....	HISTEX-AC.....	96
GS.....	hm.....	II4, I66, I99, 206, 2I9, 228, 233, 237, 24I, 245
GS PRENATAL.....	HM.....	I66, I80, I84, 213, 228, 242, 263
GUAIACOL.....	HM ALCOHOL 70% PREP PADS.....	I84
guaifen-codeine.....	HM BIOTIN.....	228
GUAIFEN-CODEINE.....	HM HAIR, SKIN AND NAILS TABLET.....	213
guanfacine.....	hm iron.....	II4
GUARDIAN.....	HM MEN'S ONE DAILY TABLET.....	213
GUMMIES CHILDREN MULTIVITAMIN.....	HM ONE DAILY PRENATAL.....	I66
GUMMY.....	hm prenatal.....	I66
GVOKE.....	hm slow release iron.....	II4
GYNAZOLE.....	hm vit.....	233, 237
H	hm vitamin.....	233, 237, 24I, 245
HAEGARDA.....	HM VITAMIN.....	242
HAIR, SKIN AND NAILS.....	homatropine.....	107
HAIR-SKIN-NAILS.....	HOMOCYSTEINE.....	228
halcinonide.....	HORIZANT.....	89
HALCION.....	HORMONES.....	I25, I26, I27, I28, I29, I30, I3I, I92
halobetasol.....	HUMALOG.....	51
HALOG.....	HUMANA.....	98
haloperidol.....	HUMATIN.....	52
HARD NAILS.....	HUMULIN.....	51
HARVONI.....	HURRICAIN LUER-LOCK.....	I47
HAVRIX.....	HYCAMTIN.....	56
HEALON.....	HYCODAN.....	97
HEALON GV.....	hydralazine.....	84, 86
HEALTHPRO GLUCOSE CONTROL SOLN.....	HYDREA.....	54
HEALTHY.....	hydrochlorothiazide.....	81, 82, 83, 84, 85, I02
HEALTHY ACCENTS AUTOLET.....	hydrocodone.....	21, 22, 97
HEALTHY ACCENTS UNILET LANCET.....	hydrocodone-acetamin.....	21
healthy eyes tablet.....	HYDROCODONE-ACETAMIN.....	21
HEALTHY EYES TABLET.....	hydrocodone/ibuprofen.....	21
HEARTBURN ACID REFLUX.....	hydrocort.....	33, I03, I22, I25, I89, I90, 263, 270
HEMA-COMBISTIX.....	hydrocortisone.....	I03, I25, I28, I86, I89, I90
	hydrocortisone/acetic acid.....	I03

Índice de medicamentos

hydrocort-pramoxine	125, 190	IMURAN.....	133
hydrogen peroxide.....	181	INBRIJA	64
hydromorphone.....	22	INCONTROL.....	138, 143, 159, 180, 184, 264
hydroxocobalamin.....	233	INCONTROL LANCING DEVICE	138
hydroxychloroquine	52	INCRELEX	129
HYDROXYCHLOROQUINE.....	52	indapamide.....	102
HYDROXYPROPYLCELLULOSE	200	INDICLOR	100
hydroxyurea.....	54	indomethacin	28
hydroxyzine	47	INDOMETHACIN.....	28
HYFTOR.....	132	INFANRIX DTAP	75
HYLAVITE	229	INFANT-TODDLER MULTIVITAMIN	222
HYLAZINC.....	206	infant-toddler multivit-iron.....	222
HYMPAVZI	76	INFANT-TODDLER MULTIVIT-IRON	222
hyoscyamine.....	120, 121	INFANT-TODDLER TRI-VITAMIN.....	222
HYPER-SAL	197	INFASURF	193
HYPODERMIC NEEDLE.....	147, 154	INFED.....	114
HYPOLANCE.....	137	INFINITY	138
HYPROMELLOSE	200	INFUSION SET	138, 141
HYSINGLA.....	22	INFUVITE	213, 222
I		INGREZZA.....	89
ibandronate.....	201	INJECT	143, 152, 159
IBRANCE	58	INJECTAFER.....	114
IBTROZI	58	INJECT EASE.....	159
ibuprofen	21, 28	INJECT-EASE	152
I-CAPS.....	204	INLYTA	58
ICAPS.....	204, 213	INNER EAR PLUS.....	205
ICAPS AREDS2.....	204	INOVA	185
ICAR.....	114	INPEN.....	138
icatibant.....	193	INSPIRACHAMBER.....	164
ICLUSIG	58	INSPIRA	102
icosapent.....	118	INSTACLEAN	199
IDHIFA	61	INSTA-GLUCOSE.....	110
IFE-BIMIX	194	INSUL-CAP.....	138
IGALMI	179	INSUL-EZE.....	138
IHEALTH	137	INSULIN	48, 49, 50, 51, 129, 149, 151, 152, 154, 155
ILET	137, 138	INSULIN SYRINGE U-500.....	152
ILEVRO.....	104	INTEGRA.....	114, 147, 148, 152
I.L.X. B-12.....	114	INTELENCE	66, 67
IMBRUVICA	58	INTERLINK.....	152
IMCIVREE.....	63	INTRINSI	233
imipramine	173, 174	INVACARE	143, 159
imiquimod.....	184	INVEGA	176
IMKELDI.....	58	INVELTYS.....	104
IMMUNERX	213	iodine/potassium iodide	190
IMPAVIDO.....	53	iodine/sodium iodide	190
IMPEKLO.....	189	IODOFLEX	190
IMULDOSA	131	IODOSORB	190

Índice de medicamentos

IOPIDINE.....	106
IPOL.....	73
ipratropium.....	29, 103
IQIRVO.....	195
irbesartan.....	83, 84
irbesartan/hydrochlorothiazide.....	83
IRESSA.....	58
iron.....	95, 96, 112, 113, 114, 115, 116, 167, 168, 169, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 218, 221, 222, 223, 224, 230, 250, 256, 259, 260, 263, 264, 265, 270, 272, 275, 277
IRONI12, 113, 114, 115, 116, 117, 166, 170, 210, 211, 217, 218, 219, 221, 222, 224	
iron bg.....	115, 167
IRON BISGLYCINATE.....	115
iron/c.....	115
iron,carbonyl.....	113, 114, 115
iron/folic.....	115, 167, 168, 169, 209, 210, 214, 215, 218
iron fum.....	114, 115, 167, 168, 210, 214, 215, 221
iron fumarate.....	115, 167
iron polysaccharide.....	114, 115, 116
IRONUP.....	115
IRO-PLEX.....	115
IROSPAN.....	115
IS-D.....	242
ISENTRESS.....	68
isoflurane.....	25
isoniazid.....	36
ISOPROPANOL.....	199
isopropyl.....	183, 199, 200
ISOPROPYL.....	53, 184, 199
isopropyl alcohol.....	183, 199, 200
ISOPROPYL ALCOHOL.....	184, 199
ISOPROPYL ALCOHOL 70% SPRAY.....	53
isopropyl rubbing alcohol.....	199, 200
ISOPROPYL RUBBING ALCOHOL.....	199
ISOPTO CARPINE.....	106
ISORDIL.....	79
isosorbide.....	79, 80, 86
isotretinoin.....	182
isoxsuprine.....	86
isradipine.....	78
itraconazole.....	45
IV 3000.....	156
IV3000.....	156
ivabradine.....	79
IV ADMINISTRATION SET.....	163
ivermectin.....	52, 185, 186
IWILFIN.....	58

J

JAKAFI.....	56
JALYN.....	202
JANSSEN COVID-19 VACCINE.....	73
JANUMET.....	50
JANUVIA.....	49
JARDIANCE.....	50
JATENZO.....	126
JOENJA.....	193
JORNAY.....	175
JOURNAVX.....	19
JUBLIA.....	46
JULUCA.....	65
JUST 4 KIDZ MULTIVIT-PROBIOTIC.....	222
JUSTRIGHT 5000.....	109, 112
JUXTAPID.....	86
JYNARQUE.....	101
JYNNEOS.....	76

K

KI-1000.....	246
K2.....	240, 242, 246, 247
KADIAN.....	23
KALETRA.....	67, 68
KALYDECO.....	193
KAPVAY.....	174
KENALOG.....	189
KENDALL.....	152, 156
KENDALL DISINFECTANT CAP.....	152
Keppra.....	93
KERENDIA.....	102, 265
KESIMPTA.....	90
KETAMINE.....	179
ketoconazole.....	45, 46
ketodan.....	46
KETO-DIASTIX REAGENT.....	100
KETONE CARE TEST STRIP.....	100
KETONE TEST STRIP.....	98, 100
ketoprofen.....	28
ketorolac.....	20, 21, 104
KETOSTIX REAGENT.....	100
KIDS.....	99, 108, 112, 221, 222, 229
KIDS COD LIVER OIL.....	222
KIDS MULTIVITAMIN.....	222
KINRIX.....	75
KISQALI.....	58
KITABIS PAK.....	35
KLARITY.....	34, 103, 104, 108
KLARITY-A(AZITHROMYCIN-CHONDR).....	34

Índice de medicamentos

KLARON.....	182	letrozole.....	55
KLOXXADO.....	44	leucovorin.....	194
KOSELUGO.....	56, 265	LEUKERAN.....	54
KOSHER PRENATAL.....	166	LEUKINE.....	95
K-PAX.....	213	levalbuterol.....	30
K-PHOS.....	118	LEVVID.....	121
KPN PRENATAL.....	166	LEVER LOCK CANNULA.....	152
KRINTAFEL.....	52	levetiracetam.....	93
KRISTALOSE.....	123	LEVETIRACETAM.....	93
kroger glucose.....	110	LEVITRA.....	195
kro glucose.....	110	levobunolol.....	106
kro isopropyl alcohol 91%.....	199	levocarnitine.....	200
KYLEENA.....	96	levofloxacin.....	34, 38
KYNMOBI.....	64	LEVOMEFOL.....	229
L		levomefolate.....	205, 206, 226, 227, 229, 230
labetalol.....	82	LEVOMEFOLATE.....	229
LABSTIX REAGENT.....	100	levonorgestrel/ethin.estradiol.....	95
lacosamide.....	92	levorphanol.....	23
LACRISERT.....	103	levothyroxine.....	192
lactulose.....	118, 123	LEVSIN.....	121
LAMICTAL.....	92	LEVULAN.....	62
lamivudine.....	66, 67, 70	LICART.....	181
lamivudine/zidovudine.....	66	lidocaine.....	25, 125, 190
lamotrigine.....	92, 93	LIDOCAINE.....	125
lancets.....	143, 157, 159	LIDOCAN.....	25
LANCETS.....	143, 157, 158, 159, 160, 161, 162	LIFESHIELD BLUNT CANNULA.....	148, 152
LANCING DEVICE.....	134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141	LILETTA.....	96
LANCING SYSTEM.....	138	lindane.....	190
LANOXIN.....	79	linezolid.....	38
lansoprazole.....	120, 124	LINZESS.....	122
lansoprazole/amoxicilin/clarith.....	120	liothyronine.....	192
lanthanum carbonate.....	111	LIPO.....	205
LANTUS.....	51	LIPO-FLAVONOID PLUS.....	205
LANZO.....	138	LIPOTRIAD.....	204
lapatinib ditosylate.....	58	LIQUID99, 100, 109, 110, 111, 115, 207, 214, 225, 232, 237, 239, 240, 246	
LASIX.....	101	LIQUID C.....	237
LASTACRAFT.....	48	LIQUID E-Z PAQUE.....	99
latanoprost.....	106	LIQUID POLIBAR PLUS.....	99
LATANOPROST.....	106	liraglutide.....	63
LAZANDA.....	23	lisdexamfetamine.....	174
leader glucose.....	110	lisinopril.....	82, 83
leader quick dissolve gluc.....	110	lisinopril/hydrochlorothiazide.....	82
lecithin/pyridoxine/kelp.....	213	LITE.....	98, 138, 143, 144, 159, 237
leflunomide.....	26	LITEAIRE.....	164
lenalidomide.....	57	LITE TOUCH.....	138, 159
LENVIMA.....	58, 59	LITETOUCH.....	164
LEQSELVI.....	202	LITFULO.....	202
LESCOL.....	86	lithium.....	171
L.E.T.....	25		

Índice de medicamentos

LITHOBID.....	171	LUMAKRAS.....	56
LITHOSTAT.....	118	LUMRYZ.....	178
little.....	222	LUPKYNIS.....	133
LITTLE.....	223	LUTEIN.....	204, 205, 207, 221
LIVDELZI.....	195	LYBALVI.....	176
LIVITA.....	223, 247	LYDIA PINKHAM HERBAL.....	115
LIVMARLI.....	123	LYMEPAK.....	39
LIVTENCITY.....	69	LYNPARZA.....	59
l-mefol/a-cyst/mebl2/algal oil.....	229	LYSODREN.....	61
Imefolate/b3/copp/zn/sel/chrom.....	213	LYSTEDA.....	76
L-MESITRAN.....	186	LYTGObI.....	59
L-METHYLFOL.....	229	LYUMJEV.....	51
l-norgest/e.estradiol-e.estrad.....	95	M	
LODINE.....	28	MACROBID.....	38
LODOSYN.....	65	MACULAR BENEFITS.....	204
lofexidine.....	202	MACUVEX.....	204
LOKELMA.....	III	MACUZIN.....	204
LOMAIRA.....	62	MAD.....	152
LOMOTIL.....	119	mafenide.....	42
longs glucose.....	110	MAGELLAN.....	152, 153
LONHALA MAGNAIR.....	29	MALARONE.....	52
LONSURF.....	55	malathion.....	190
LOPID.....	88	maprotiline.....	174
lopinavir.....	67, 68	maraviroc.....	66
lopinavir/ritonavir.....	67	MAR-COF CG.....	98
LOPROX.....	46	MARINOL.....	119
lorazepam.....	170, 171	MARNATAL-F.....	166
LORBRENA.....	59	MARPLAN.....	171
LORID.....	229	MASONATAL.....	166
LORMATE.....	229	MATULANE.....	61
LORTAB.....	21	MAVENCLAD.....	90
LORZONE.....	165	MAXFE.....	115
losartan/hydrochlorothiazide.....	83	MAXIMIN.....	213
losartan potassium.....	84	MAXIMUM D3.....	242
LOTEMAX.....	104	MAXITROL.....	33
LOTENSIN.....	82, 83	MAXI-TUSS CD.....	97
LOTENSIN HCT.....	82	MAYZENT.....	90
loteprednol.....	104	MEBOLIC.....	213
loteprednol etabonate.....	104	meclizine.....	120
lovastatin.....	86, 87	meclofenamate.....	28
loxapine.....	177	mecobal/levomefolat ca/b6 phos.....	229
lubiprostone.....	123	MEDI-FIRST ISOPROPYL ALCOHOL.....	53
LUCENTIS.....	108	MEDIHONEY.....	186
LUER.....	147, 149, 150, 151, 152, 153, 154	MEDISENSE.....	138, 143, 159
LUER LOCK.....	150, 151, 152, 153	medlance.....	143, 144, 159
LUER-LOK.....	149, 152, 154	MEDLANCE.....	143, 144, 159
LUERSLIP.....	152	medlance plus.....	159
LUER SLIP TIP.....	152	MEDLANCE PLUS.....	159
LUER TIP CAP.....	152, 154	MEDROL.....	128

Índice de medicamentos

medroxyprogesterone.....	95, 130	methocarbamol.....	165
MEDTRONIC.....	138	methotrexate.....	55
MEDTYCHOLL-B.....	229	methoxsalen.....	181
mefenamic.....	21	methscopolamine.....	121
mefloquine.....	52	METHYL B-12.....	233
MEGA BIOTIN.....	229	METHYLCOBALAMIN.....	233
megestrol.....	62, 203	methyldopa.....	84
meijer glucose.....	110	methylene.....	197
MEKINIST.....	56	methylergonovine.....	129
MEKTOVI.....	56	METHYLFOLATE.....	206
meloxicam.....	28	METHYLIN.....	175
melphalan.....	54	methylphenidate.....	174, 175
memantine.....	88	METHYLPHENIDATE.....	175
MEMANTINE.....	88	methylprednisolone.....	128
MEN 50.....	207, 210, 213, 218	METHYL PROTECT.....	229
MENACTRA.....	73	methyl salicylate.....	184
MENOPUR.....	130	methyltestosterone.....	126
MENOSTAR.....	127	metoclopramide.....	123
MENQUADFI.....	74	metolazone.....	102
MEN'S.....	207, 208, 209, 211, 213, 216, 218, 247	METOPIRONE.....	100
MEN'S 50 PLUS.....	213, 216	metoprolol.....	85
MEN'S DAILY.....	213	METOPROLOL SUCCINATE ER-HCTZ.....	85
MEN'S MULTIVITAMIN.....	213, 216	METROCREAM.....	185
MENVEO.....	74	METROGEL.....	185
MEPHYTON.....	246	metronidazole.....	35, 40, 185, 268
meprobamate.....	171	metyrosine.....	84
MEPRON.....	53	mexiletine.....	78
mercaptopurine.....	55	MIACALCIN.....	131
MERIBIN.....	229	miconazole.....	44
mesalamine.....	121, 122	MICRO.....	140, 144, 148, 159, 191
METADATE.....	175	MICROCHAMBER.....	164
METANX.....	229	MICRODOT.....	138
METANXPRO.....	229	MICROLET.....	138, 144, 159
metaproterenol.....	30	MICRONEX.....	213
metaxalone.....	165	MICROSPACER.....	164
metformin.....	48, 49, 50	MICROTAINER.....	157, 159
METHACHOLINE.....	99	MICRO THIN LANCET.....	159
methadone.....	23	MICRO THIN LANCETS.....	159
methamphetamine.....	72	midazolam.....	178
METHAVER.....	229	MIDAZOLAM.....	179
methazolamide.....	101	midodrine.....	72
methenam.....	35	MIEBO.....	103
methenamine hippurate.....	36	MIFEPREX.....	196
methenamine mandelate.....	36	mifepristone.....	50, 196
methenam/sod phos/mblue/hyoscy.....	35	miglitol.....	48
methen/mblue/sal/sod phos/hyos.....	35	miglustat.....	197
methimazole.....	192	MIGRANAL.....	19
METHITEST.....	126	MINCORA.....	229
meth/meblue/sod phos/psal/hyos.....	35	MINI LANCING DEVICE.....	138, 139

Índice de medicamentos

MINIMED.....	138, 153	ms glucose.....	110
MINIMED RESERVOIR.....	153	ms quick dissolve glucose.....	110
MINI PRENATAL.....	166	MTERYTI.....	166
MINIPRESS.....	82	MTX.....	233
minocycline.....	39, 40	MUCOSITISRX.....	196
MINOLIRA.....	40	MULTAQ.....	78
minoxidil.....	84	MULTIA.....	213
mirabegron.....	203	MULTI-DAY PLUS MINERALS.....	213
MIRENA.....	96	multi for her.....	213
mirtazapine.....	170	MULTI FOR HER.....	213
MIRVASO.....	185	MULTI-LANCET.....	138
misoprostol.....	27, 120	multilex.....	213
MITIGARE.....	26	MULTILEX.....	213
MITOMYCIN.....	108	MULTI PRO.....	213
MITOMYCIN -WATER.....	108	MULTISTIX.....	100, 101
MITOSOL.....	108	MULTITOL-M.....	247
MI-VITE.....	206	multivit. 207, 209, 212, 213, 214, 215, 216, 218, 221, 222, 223, 224, 247, 264, 269, 272	
MIXED TOCOTRIENOLS.....	245	multivitamin ... 168, 210, 212, 213, 214, 215, 216, 218, 221, 222, 223, 224, 225, 254, 263, 272	
MKO.....	179	MULTIVITAMIN168, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 221, 222, 229	
M-M-R II VACCINE.....	75	MULTIVITAMIN-MULTIMINERAL.....	214
MNEXSPIKE.....	73	MULTI-VITE.....	214
MOBILE.....	144	MULTI-VIT-FLOR.....	223
modafinil.....	178	multivit-fluor.....	223
MODDI.....	138	MULTIVIT-FLUOR.....	223
MODERNA COVID.....	73	multivit-min/fa/lycopen/lutein.....	209, 214
MODERNA COVID-19 BOOSTER.....	73	mupirocin.....	41
moexipril.....	83	MURI-LUBE.....	200
molindone.....	177	MUSE.....	195
mometasone.....	103, 189	mv.....	114, 115, 208, 211, 212, 215, 216
mondoxyne.....	40	mv-min.....	215
MONOCAPS.....	213	mvn.....	210, 215
MONOFERRIC.....	115	MVW.....	215, 223
MONOJECT.....	148, 153	MVW COMPLETE.....	223
MONOLET.....	144, 159, 160	MYALEPT.....	131
MONSEL'S.....	77	MYCAPSSA.....	130
montelukast.....	32	MYCOBUTIN.....	36
morgidox.....	40	mycophenolate.....	133
MORGIDOX.....	40	MYDAYIS.....	72
morphine.....	23	MYDCOMBI.....	107
MOTOFEN.....	119	MYDRIACYL.....	107
MOUNJARO.....	48	MYDRIATIC4.....	105
MOUTHPIECE.....	164	MYFEMBREE.....	129
MOVANTIK.....	44	MYFORTIC.....	133
MOXATAG.....	38	MYGLUCOHEALTH.....	138, 144, 160
moxifloxacin.....	34, 35, 38	MYHIBBIN.....	133
MOXIFLOXACIN.....	33		
MRESVIA.....	76		
MS CONTIN.....	23		

Índice de medicamentos

MYLERAN.....	54	NEORAL.....	133
MYRBETRIQ.....	203	NEO-SYNALAR.....	41
MYSOLINE.....	93	NEOVITE.....	215
MYXREDLIN.....	51	NEPHRON FA.....	229
N		NEPHRO-VITE.....	229
nabumetone.....	28, 29	NERIA.....	163
naftifine.....	46, 47	NERLYNX.....	59
NAFTIN.....	46, 47	NESTABS.....	167, 215
NALFON.....	28	NEUAC.....	182
NALOCET.....	21	neuac gel.....	182
naloxone.....	24, 44, 202	NEULUMEX.....	99
naltrexone.....	44	NEUPRO.....	64
NAMENDA.....	88	NEURIN-SL.....	233
NAMZARIC.....	88	NEUTRASAL.....	196
NANO.....	148, 169, 223	nevirapine.....	67
NANO 2ND GEN.....	148	NEXAVAR.....	59
NANOVM.....	223, 247	NEXCARE TEGADERM.....	156
NAPRELAN.....	28	NEXLETOL.....	86
NAPROSYN.....	27, 28	NEXLIZET.....	86
naproxen.....	27, 28, 29	niacin.....	88, 219, 220
naratriptan.....	19, 20	NIACIN.....	219, 220
NARCAN.....	44	niacinamide.....	220
NARDIL.....	171	NIACINAMIDE.....	220
NASCOBAL.....	233	NIACOR.....	88
NATACHEW.....	166	nicardipine.....	78
NATACYN.....	44	NICOMIDE.....	215
nateglinide.....	49	NICOTROL.....	191
NATPARA.....	130	nifedipine.....	79
NAYZILAM.....	91	NIFEREX.....	116
nebivolol.....	85	NILANDRON.....	55
NEBUPENT.....	53	nilotinib.....	59
nebusal.....	197	nilutamide.....	55
NEBUSAL.....	197	nimodipine.....	79
NEEDLE.....	147, 148, 149, 151, 152, 153, 154, 155	NINJACOF-XG.....	98
needles,safety huber,disposabl.....	148	NINLARO.....	59
NEEVODHA.....	215	nisoldipine.....	79
nefazodone.....	172	nitisinone.....	198
NEFFY.....	71	NITRO-DUR.....	80
NEMLUVIO.....	132	nitrofurantoin.....	38
neomycin.....	33, 34, 35, 180	nitroglycerin.....	80, 124
neomycin/bacit/p-myx/hydrocort.....	33	NITROLINGUAL.....	80
neomycin/bacitracin/polymyxinb.....	34	NITROMIST.....	80
neomycin/polymyxin b/dexametha.....	33	NITROSTAT.....	80
neomycin/polymyxin b/hydrocort.....	33	NITYR.....	198
neomycin/polymyxn b/gramicidin.....	34	NIVA-FOL.....	229
neomycin sulfate.....	35	NIVA-PLUS.....	215
NEONATAL.....	116, 166, 167	NIVESTYM.....	95
NEONATAL FE.....	116	nizatidine.....	122

Índice de medicamentos

NOCTIVA	126
NO FLUSH NIACIN.....	220
NOKOR.....	148
norelgestromin	95, 96
norelgestromin/ethin.estradiol.....	96
noreth-ethinyl estradiol/iron.....	95, 96
norethind-eth estrad.....	96, 127
norethindrone.....	96, 127, 130
norethin-ee.....	96
norethin-eth estrad.....	127
NORGESIC	165
norgestimate-ethinyl estradiol.....	96
norgestrel-ethinyl estradiol.....	96
NORM-JECT	153
NORMLGEL.....	190
nortriptyline	174
NORVIR	68
NORWEGIAN COD LIVER OIL.....	225
NOURIANZ.....	64
NOVA	138, 144, 160
NOVAFERRUM	116, 223
NOVAMAX PLUS.....	98, 139
NOVAMV	223
NOVAREL	131
NOVAVAX COVID-19 VACC,ADJ.....	73
NOVOPEN 3.....	139
NOVOPEN ECHO.....	139
NOXAFIL.....	45
NOXIFOL-D3.....	242
NUBEQA	55
NUCALA	32
NUCORT.....	189
NUEDEXTA.....	89
NUFERA.....	116
NUFOLA	229
NU-IRON.....	116
NULEV	121
NULYTELY.....	123
NUMBRINO.....	103
NUMOISYN	196
NUPLAZID.....	171
NURTEC ODT	20
NUTRALYN.....	215
NUTRIVIT	215
NUVAXOVID.....	73
NUVESSA.....	40
NUZYRA	40
NYMALIZE.....	79
nystatin.....	46, 47



OB COMPLETE	167, 215
OBREDON.....	98
OBSTETRIX EC.....	167
OBSTETRIX ONE.....	215
OBTREX DHA	167
OCALIVA	122
OCUFLOX	34
OCULAR VITAMINS.....	204
OCUVEL	204
OCUVITE	204, 215
ODACTRA.....	73
ODEFSEY	68
ODOMZO	56
OFEV	193
ofloxacin.....	33, 34, 39
OGSIVEO	59
OJEMDA	56
olanzapine	176, 177, 178
olmesartan/amlodipin/hcthidiazid.....	82
olmesartan/hydrochlorothiazide	83
olmesartan medoxomil.....	84
olopatadine	102, 103
OLPRUVA	118
OLUX.....	189
om-3	215
OMECLAMOX-PAK.....	120
omega-3 acid.....	118
omeprazole	124
OMNIPAQUE	98
OMNIPOD	139
OMNITROPE	129
OMNIVEX.....	215
OMVOH.....	132
ON CALL	139, 144, 160
ONCOVITE.....	215
ondansetron.....	120
one 3, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 169, 210, 212, 215, 216, 217, 248, 271, 275	
one-a-day.....	215
ONE A DAY.....	167, 224
ONE-A-DAY.....	167, 215, 216, 217, 223
one daily	169, 210, 216, 217
ONE DAILY	166, 207, 211, 213, 216
ONE-DAILY	217
ONETOUCH.....	139, 144, 160
ONETOUCH DELICA	139, 160
ONETOUCH ULTRA	139
ONETOUCH VERIO.....	139

Índice de medicamentos

ONEVITE.....	217	oxiconazole.....	47
ONE WAY MOUTHPIECE	164	OXTELLAR.....	93
ONEXTON.....	182	oxybutynin.....	203
ONGENTYS.....	64	oxycodone.....	21, 23, 24
ON-THE-GO.....	144, 160	oxycodone hcl/acetaminophen.....	21
OPFOLDA.....	197	OXYCONTIN.....	24
opium/belladonna.....	23	oxymorphone.....	24
opium tincture.....	119	OXYTROL.....	203
OPSITE.....	156	OZEMPIC.....	48
OPSUMIT.....	80	P	
OPTICHAMBER.....	164	P21.....	170
OPTIFAST.....	217	PACNEX.....	185
OPTIMAL D3 M.....	242	paliperidone.....	176
OPTISOURCE.....	217	PALYNZIQ.....	73
OPTUMRX.....	139	PAMELOR.....	174
OPURITY.....	217, 233	PAN-C.....	237
OPZELURA.....	190	PANCREAZE.....	124
ORACIT.....	118	PANDA.....	164
ORALAIR.....	73	PANDEL.....	189
ORAMAGICRX.....	195	PANRETIN.....	62
ORAPRED ODT.....	128	PANTETHINE.....	221
ORAVIG.....	45	pantoprazole.....	124
ORENITRAM.....	81	PANTOTHENIC.....	221
ORFADIN.....	198	PAPAVERINE-PHENTOLAMINE.....	195
ORGOVYX.....	57	PAPAVERINE-PHENTOLMN-ALPROSTD.....	195
ORIAHNN.....	129	PARADIGM.....	153, 163
ORILISSA.....	129	paregoric.....	119
ORKAMBI.....	192	PAREMYD.....	107
ORLADEYO.....	194	paricalcitol.....	196
ORLISTAT.....	63	PARNATE.....	171
orphenadrine.....	165	paroxetine.....	172, 198
ORTHO DF.....	242	PARVLEX.....	116
oseltamivir.....	69	PASER.....	36
OSENI.....	48	PATANASE.....	103
OSMOPREP.....	123	PAXIL.....	172
OSTACHOL.....	242	PAXLOVID.....	69
OTEZLA.....	26	PAXLYTE.....	233
OTIPRIO.....	33	pazopanib.....	59
OTOVEL.....	33	PEDIA POLY-VITE.....	224
OVACE.....	183	pedia poly-vite iron.....	224
OVAL TAPE.....	139	PEDIARIX.....	76
OVIDE.....	190	PEDIATRIC MASK.....	164
OVIDREL.....	131	PEDIATRIC MONITOR.....	140
oxandrolone.....	126	pediatric multivit.....	224
oxaprozin.....	27, 29	pediatric multivitamin.....	221, 224, 225
oxazepam.....	171	PEDIATRIC PANDA MASK.....	164
OXBRYTA.....	77	PEDIATRIC POLY-VITAMIN.....	224
oxcarbazepine.....	93	PEDIATRIC POLY-VITE.....	224
OXERVATE.....	108	PEDIATRIC TRI-VITAMIN.....	224

Índice de medicamentos

PEDIATRIC TRI-VITE.....	224	phenytoin	92, 93
PEDIA TRI-VITE.....	224	PHOSPHOLINE IODIDE	106
pedi multivit.....	221, 222, 224	PHOTREXA.....	103
ped mvit	224	PHYSIOLYTE.....	180
PEDVAXHIB	75	PHYSIOSOL	180
peg3350/sod sulf,bicarb,cl/kcl	123	phytonadione	246
peg3350/sod sul/nacl/kcl/asb/c.....	123	PHYTONADIONE.....	246
PEGASYS.....	70	PIFELTRO	67
PEMAZYRE	59	pilocarpine.....	72, 106, 273
PEN.....	148	pimecrolimus	132
PENBRAYA.....	74	pimozide.....	176
penciclovir.....	70	pindolol.....	85
penicillamine.....	26	pioglitazone	49, 50
penicillin.....	38	PIP	139, 144, 160
PENMENVY	74	PIP GLUCOSE CONTROL SOLUTION	139
PENTACEL	75	PIP LANCET	160
pentamidine.....	53	PIQRAY	59
PENTASA.....	122	piroxicam	27, 29
pentazocine	24	PISTON ENFIT	153
pentoxifylline.....	78	pitavastatin.....	87
PEPCID	122	PLEGRIDY	90
perampanel	92	PLEXION	42, 183
PERFECT	116, 144, 148, 160	PNEUMOVAX 23	74
PERFECT IRON	116	pnr	167, 169
PERIDEX.....	194	POCKET CHAMBER.....	164
PERIDIN-C.....	237	PODIAPN	229
perindopril erbumine.....	83	podofilox.....	185
permethrin.....	64	POLIBAR ACB.....	99
perphenazine.....	178	polyethylene	200
perphenazine/amitriptyline hcl.....	173	POLY HUB	148
PFIZER COVID	73	polymyxin b sulf/trimethoprim	34
pharm.....	180, 184, 273	POLYSKIN II.....	156
PHARM	180, 184, 273	POLYTRIM.....	34
PHARMABASE BARRIER.....	185	POLY-TUSSIN AC.....	97
pharm choice alcohol prep pads	184	POLY-VI-FLOR	224
PHARM CHOICE ALCOHOL PREP PADS.....	184	poly-vi-sol	224
PHASEAL	148	POLY-VI-SOL	224
PHEBURANE	196	POLY-VITA.....	224
phenazopyridine	25	POLY VITAMIN-IRON.....	217
phendimetrazine.....	62	POLY-VITE	224
phenelzine.....	171	POMALYST	57
phenobarb/hyoscy/atropine/scop	120, 121	POSACONAZOLE.....	45
phenobarbital	178	posaconazole dr	45
PHENOBARBITAL-BELLADONNA ELIXR	121	potassium	20, 38, 84, 109, 112, 117, 118, 123, 190
phenoxybenzamine.....	72	POTASSIUM	102, 117, 118, 124
phentermine	62	potassium bicarbonate/cit ac.....	117
phenylephrine.....	47, 105	potassium chloride.....	117
PHENYTEK.....	93	potassium citrate	118
		potassium iodide	112, 190

Índice de medicamentos

potassium iodide/iodine	112	PREVYMIS	69
povidone-iodine	104	PREZISTA	66
pramipexole	64	PRIFTIN	36
PRAMOSONE	190	PRIMACARE	169
PRANDIN	49	primaquine	53
prasugrel	65	PRIMAQUINE	52
pravastatin	87	PRIMEAIRE	164
praziquantel	52	primidone	93
prazosin	82	PRIMSOL	36
PR BENZOYL PEROXIDE	185	PRIORIX	75
PRECISIONGLIDE	148, 153, 154	PRISMASOL	118
PRECISION XTRA	98, 139	PRO	116, 136, 141, 144, 146, 157, 160, 162, 164, 180, 184, 213, 221, 258, 269, 274
PRECOSE	48	probenecid	29
pred	33	PROCARDIA	79
PRED	33, 104	PROCARE SPACER	164
PRED FORTE	104	PROCERV HP	217
PRED-G	33	PROCHAMBER	164
prednicarbate	188, 189	prochlorperazine	119, 120
prednisolone	34, 104, 128	PRO COMFORT	144, 160, 164, 184
PREDNISOLONE	33, 34, 104	PROCORT	122, 125, 274
PREDNISOLONE ACET-GATIFLO-BROM	33	PROCTOCORT	125
PREDNISOLONE ACET-MOXIFLOXACIN	33	PRODIGY	139, 144, 153, 160
PREDNISOLONE AC-MOXIFLOX-BROMF	34	PRODIGY COUNT-A-DOSE	153
PREDNISOLONE AC-MOXIFLOX-NEPAF	34	PRO FE	116
PREDNISOLONE PHOS-GATIFLO-BROM	34	PROFERRIN	116
PREDNISOLONE PHOS-GATIFLOXACIN	33	PROFOLA	217
PREDNISOLONE PHOS-MOXIFLOXACIN	33	progesterone	130, 131, 274
prednisone	128	PROGLYCEM	110
preferred plus glucose	110	PROGRAF	133
pregabalin	93, 201	PROLENSA	104
PREGNYL	131	PROMACTA	95
PREHEVBRIO	76	promethazine	47, 96, 97, 120
PREMARIN	130	PROMETRIUM	130
PRENATA	167	propafenone	78
prenatal	166, 167, 168, 169, 170, 248	proparacaine	105
PRENATAL	166, 167, 168, 169, 170, 208, 212, 217, 219	propranolol	85
prenatal71	169	propylthiouracil	192
PRENATE	169, 170, 217	PROQUAD	75
PREPIDIL	129	PRORENAL	217, 229
PRESERVISION	204, 274	PROSCAR	202
PRESSURE	105, 106, 107, 144, 160	PROTECT	109, 116, 217, 229
PRESSURE ACTIVATED LANCETS	160	PROTECT IRON	116, 217
PRESTALIA	81	PROTHELIAL	195
PRETOMANID	36	protiripityline	174
PREVENT	225	PROVERA	95, 130
PREVIDENT	108, 109, 112	PROVIDA OB	169
PREVNAR 13	74	PROVOCHOLINE	99
PREVNAR 20	74	prucalopride	123
PREV-RX	217		

Índice de medicamentos

PSV SET	163	RADIOGARDASE	198
pub glucose	110	ra glucose	110
PULMOZYME	193	RAGWITEK	73
PURE	144, 160, 164, 180, 184, 274	ra high potency iron	116
PURE COMFORT	160, 164, 184	RA HIGH POTENCY IRON	116
PUREFE	217	ra isopropyl alcohol 70%	200
purevita	206, 242	RA ISOPROPYL ALCOHOL 70% WIPES	184
PUREVITA 206, 220, 221, 225, 229, 231, 233, 235, 237, 242, 245		ra isopropyl alcohol 91%	200
PURIXAN	55	raloxifene	201
PUSH	144, 160	ramelteon	178
PUSH BUTTON	160	ramipril	83
pyrazinamide	36	RANEXA	78
pyridostigmine	71	RA NIACIN	220
PYRIDOSTIGMINE	71, 274	ranitidine	122
pyridoxine	213, 235	ranolazine	78
PYRIDOXINE	235	ra one daily prenatal dha pack	169
pyrimethamine	52, 53	RAPAMUNE	133
PYRUKYND	76, 77	RAPID B-12 ENERGY	233
Q		ra prenatal tablet	169
qc	200	rasagiline	64
QELBREE	175, 176	RASUVO	26
QSYMIA	62	RAVICTI	118
Q-SYTE	163	ra vit	233, 237
QUADRACEL DTAP-IPV	75	RA VIT	233
QUDEXY	93	ra vitamin	225, 233, 237, 238, 242, 245
QUELBREE	175	ra vitamin a	225
QUERCETIN	205	RA VITAMIN C	238
QUESTRAN	87	RAYALDEE	196
quetiapine	176	RAYA SURE	148
QUFLORA	224	RAYOS	129
QUICK RELEASE SOFT TEFLON	139	RAZADYNE	71
quinapril	81, 82, 83	READI-CAT 2	99
quinapril/hydrochlorothiazide	81, 82	READYLANCE	144, 160
QUIN B STRONG	229	REBIF	90
QUINCE SPINAL	148	RECOMBIVAX HB	76
quinidine	78	RECOTHROM	77
quinine	53	RECTIV	124
QUINTABS	217	REFUAH	139
QULIPTA	20	REGLAN	123
QUVIVIQ	179	REGULAR BEVEL	148
QVAR REDHALER	32	RELAFEN	29
R		RELAGARD	52
ra	110, 116, 169, 184, 200, 206, 217, 220, 225, 229, 231, 233, 235, 237, 238, 242, 245	RELCARE	229
RA	116, 180, 184, 220, 233, 238, 275	RELENZA	69
ra alcohol swabs	184	RELEXXII	175
rabeprazole	124	RELIAMED	139, 144, 160
RADICAVA ORS	89	RELION	98, 111, 180, 184, 275
		reli-on glucose	110

Índice de medicamentos

relion glucose	110	ringer's solution	180
RELION GLUCOSE	111	RINVOQ	27
RELISTOR	44	RIOMET	49
REMEDIENT	217	risedronate	201
REMERON	170	RISPERDAL	176
RENACIDIN	118	risperidone	176, 177
RENAL	230, 275	RITEFLO	164
RENAL VITAMIN	230	ritonavir	67, 68
RENAL-VITE	230	rivaroxaban	43
RENAPLEX	230	rivastigmine	71
REVELA	111	rizatriptan	20
repaglinide	49	R-NATAL	170
REPATHA	86	ROBINUL	119
REPLACEMENT	76, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118	ROCALTROL	242
REPLACEMENT PEDIATRIC MONITOR	140	ROCKLATAN	106
REPLESTA	242	roflumilast	32
REQ49+	207	ROMVIMZA	59
RESPA A.R.	96	ropinirole	64
RESTASIS	108	rosadan	185
RESTORIL	179	ROSADAN	185, 186
RETEVMO	59	rosula	42
RETIN-A	191	ROSULA	42
RETROVIR	67	ROSZET	86
REVATIO	80	ROTARIX	73
REVESTA	242	ROTATEQ	73
REVLIMID	57	ROWASA	121
REVUFORJ	59	ROXICODONE	24
REXTOVY	44	ROXIFOL	242
REXULTI	177	ROZLYTREK	59
REYATAZ	68	rufinamide	93
REYVOW	20	rutin	205
REZDIFFRA	196	RYALTRIS	103
REZUROCK	202	RYBELSUS	48
RHOFADE	185	RYCLORA	47
RHOPRESSA	106	RYDAPT	59
ribasphere	70	RYTARY	64
ribavirin	70	RYVENT	47
riboflavin	235	S	
RIBOFLAVIN	235	sacubitril	83
RIBOZEL	230	SAFE-CLIP	140
RIDAURA	26	SAFESNAP	153, 154
rifabutin	36	SAFETY.142, 143, 144, 145, 146, 150, 152, 153, 154, 155, 157, 158, 159, 160, 161, 162	
rifampin	36	SAFETYGLIDE	148, 149, 154
RIGHTEST	140, 145, 160	SAFETY LANCETS	157, 160
RILUTEK	89	SAFETY-LET	160
riluzole	89	SAFETY SEAL LANCETS	159, 160
rimantadine	69	SAFETY SYRINGE	152, 153, 154, 155
RIMSO-50	24	SALAGEN	72

Índice de medicamentos

SALIVAMAX	196	SIMLANDI	54
salsalate	26	SIMPONI	54
SAMBUCUS	238	simvastatin	86, 87
SANCUSO	120	SIMVASTATIN	87
SANDIMMUNE	133	SINEMET	65
SANTYL	191	SINGLE	122, 125, 145, 160, 180, 184, 277
sapropterin	198	SINGLE-LET	145, 160
SAPS	180, 184, 276	SINGLE USE SWAB	184
SAPS ALCOHOL 70% PREP PADS	184	sirolimus	133
SAVELLA	201	SIRTURO	36
saxagliptin	49	SITAVIG	69
saxagliptin-metformin	50	SITZMARKS	99
saxagliptin-metformn	50	SKYCLARYS	198
saxagliptn-metform	50	SKYLA	96
SAXENDA	63, 276	SKYRIZI	132, 181
SCALACORT	189	SLIP-TIP	154
SCEMBLIX	59, 60	slo-niacin	220
SCOOBY-DOO ONE A DAY	224	SLO-NIACIN	220
scopolamine	120	SLOW FE	116
SECUADO	177	slow release iron	112, 113, 114, 116
SEEBRI	30	SLOW RELEASE IRON	112, 116
SELARSDI	131	sm	116, 169, 184, 200, 206, 218, 230, 233, 234, 235, 238, 242
SELECT-OB	169	sm alcohol prep pads	184
selegiline	65	SMART	143, 145, 158, 160
selenium	183	SMARTDIABETES VANTAGE	140
SELZENTRY	66	SMARTEST	140, 145, 160
SEMGLEE	51	smart sense	111
SEN-SERTER	140	SMART SENSE	160
SEROSTIM	129	sm iron	116
sertraline	172, 277	sm isopropyl alcohol 70%	200
sevelamer	111	sm prenatal vitamins tablet	169
sevoflurane	25	SM SLOW RELEASE IRON 45 MG TAB	116
SEYSARA	40	sm vitamin	233, 234, 238, 242
SFROWASA	121	sodium	26, 27, 28, 29, 32, 34, 37, 38, 42, 43, 55, 62, 83, 86, 87, 92, 93, 94, 99, 104, 108, 109, 111, 112, 113, 116, 117, 118, 123, 124, 128, 133, 165, 181, 182, 183, 190, 192, 197, 201, 236
SHINGRIX	76	SODIUM	34, 43, 100, 178, 181, 183
SHORT BEVEL	148	sodium chloride	123, 181, 197
SIDEROL	116	sodium chloride/nahco3/kcl/peg	123
SIDESTREAM	164	SODIUM CITRATE	43
SIGNIFOR	130	sodium ferric gluconat/sucrose	113, 116
sildenafil	80, 195	sodium fluoride	109, 112, 117
SILENOR	179	SODIUM OXYBATE	178
SILHOUETTE	138, 140, 163	sodium phenylbutyrate	118
SILICONE MASK	164	sodium polystyrene sulfonate	111
silodosin	202	sodium polystyrene sulfon/sorb	111
SIL-SERTER	140	sodium, potassium, mag sulfates	123
SILVADENE	42	sodium sulfacetamide	183
silver sulfadiazine	42	SODIUM SULFACETAMIDE 10% WASH	183
SIMBRINZA	106		
SIMILAC PRENATAL	169		

Índice de medicamentos

sod,pot chlor/mag/sod,pot phos	181	STELARA.....	131
sod sulface-sulf	42	STENDRA	195
sod sulface-sulfur	42	STERILANCE.....	145, 161
sod sulfacetam 10% clnsng gel	183	STERILANCE TL	161
sod sulfacetamide 9.8% shampoo.....	183	STERILE.....	145, 154, 161
sod sulfacetamide 10% shampoo.....	183	STERILE LANCETS	161
sod sulfacet-sulfr	42	STIOLTO RESPIMAT	31
sod sulfacet-sulfur	42	STIVARGA.....	60
sod sulfac-sulfur	42	STRENSIQ	198
SOF-SERTER.....	140	STRESS B-COMPLEX.....	218
SOF-SET	140	stress-c	218
SOFT	139	stress formula.....	214, 218, 230
SOHONOS.....	199	STRESS FORMULA	218
solifenacin	203	STROMECTOL.....	52
SOLQUA.....	48	STROVITE	218
SOLO	218	STUART ONE.....	169
SOLODYN	40	SUBSYS	24
SOLOSEC	35	SUCRAID	122
SOLTAMOX.....	61	sucalfate	120
SOLUS.....	140, 145, 160, 161	SULAR.....	79
SOLUS V2.....	140, 160, 161	sulfacetamide.....	34, 42, 182, 183
SOLUVITA	224	sulfadiazine	35, 42
SOMA	165	sulfamethoxazole/trimethoprim	35
SOMAVERT	196	SULFAMILYLON.....	42
SOOLANTRA.....	186	sulfasalazine	121, 122
sorafenib tosylate.....	59, 60	sulindac	29
SORBITOL	181	SUMADAN.....	42
sotalol.....	85	sumatriptan.....	20
SOTYKTU	181	SUMAXIN.....	42
SOTYLIZE	85	sunitinib malate.....	60
SPACE CHAMBER	163, 164	SUNLENCA	65
SPAN C.....	238	SUNOSI.....	178
SPECIALTY USE NEEDLES	148	super	218, 227, 230, 278
SPECTRACEF.....	37	SUPER.....	143, 145, 159, 161, 218, 240, 242
SPECTRAVITE.....	207, 218	super b complex-vit c.....	230
SPEVIGO.....	181	SUPER DAILY D3.....	240, 242
SPIKEVAX COVID	73	SUPER GINSENG.....	218
spinosad.....	64	SUPERIOR	218, 247
SPIRIVA HANDIHALER	29	super quints	230
SPIRIVA RESPIMAT	29	SUPER THIN LANCETS.....	159, 161
spironolact/hydrochlorothiazid	102	SUPOR	154
spironolactone	102	SUPPORT-500.....	218
SPORANOX	45	SUPRANE	25
SPRITAM.....	93	SURE.....	138, 140, 145, 148, 161, 163, 180, 184, 275, 278
SPRIX.....	20	SURE COMFORT	140, 161, 184
SSKI	112	SUREFLEX.....	140, 160
sss	42	SURE-LANCE	161
STALEVO	65	SURE-PEN.....	140
stavudine	67	SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS	184

Índice de medicamentos

SURESITE.....	156	SYRINGE CATHETER.....	154
SURE-T	163	SYRINGE FILTER.....	154
SURE-TEST EASYPLUS.....	140	SYRINGE SLIP TIP	154
SURE-TOUCH.....	161	SYRINGE TIP CAP.....	154
SURGICEL.....	77	SYRINGE WITH NEEDLE DISP.....	154
surgifoam.....	77	SYRINGE WITHOUT NEEDLE	154
SURGIFOAM	77	T	
SURGISEAL	186	TAB-A-VITE	218
SURMONTIL	174	TABLOID	55
SURVANTA	193	TABRECTA	60
SUSTIVA.....	67	tacrolimus.....	132, 133
SUTENT.....	60	tadalafil.....	80, 194, 195
sv.....	116, 169, 206, 220, 230, 234, 235, 238, 242, 245	TAFINLAR.....	56
sv b-12.....	234	TAGITOL.....	99
sv biotin	230	TAGRISSE.....	60
SV BIOTIN.....	230	TAKHZYRO.....	73, 194
SV COD LIVER OIL.....	225	TALICIA	120
sv folic acid.....	206	TALTZ	181
SV HAIR, SKIN AND NAILS	218	TALZENNA.....	60
sv niacin.....	220	TAMIFLU	69
sv prenatal tablet	169	tamoxifen.....	61
SV PRENATAL VITAMINS TABLET	169	tamsulosin	202
SV SLOW RELEASE IRON 45 MG TAB.....	116	TANDEM.....	116, 140, 218
sv vitamin.....	234, 238, 242, 245	TANDEM DUAL ACTION.....	116
sv vitamin b-12.....	234	TAPERDEX.....	129
sv vitamin c	238	TARGADOX.....	40
SV VIT B	234	TARGRETIN	62
sv vit c.....	238	TARPEYO.....	129
swan	200	TASIGNA	60
SWI	180	TASMAR.....	65
SYMAX DUOTAB.....	121	tavaborole.....	47
SYMBICORT.....	31	TAVALISSE	193
SYMDEKO	192	TAVNEOS.....	76
SYMFI.....	68	tazarotene.....	182, 183
SYMLINPEN.....	48	TAZVERIK	56
SYMPAZAN	91	TB SYRINGE	153, 154
SYMPROIC.....	44	TC.....	33, 99
SYMTUZA.....	66	TC99M.....	99
SYNALAR.....	41, 189	TDVAX.....	75
SYNAREL.....	129	TECHLITE.....	145, 161
SYNDROS.....	119	TEGADERM.....	156, 157
SYNERA	25	TEGLUTIK	89
SYNJARDY.....	50	TEGRETOL	93, 94
SYPRINE.....	198	TEKTURN HCT	86
SYRINGE.. 19, 32, 54, 70, 73, 77, 86, 90, 110, 132, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 224		TELCARE.....	140, 145, 161
SYRINGE AVITENE	77	TELCARE CONTROL SOLUTION.....	140
SYRINGE BULK.....	154	TELCARE ULTRA THIN	161
		telmisartan.....	83, 84

Índice de medicamentos

telmisartan/amlodipine	83	THROMBIN-JMI.....	77
telmisartan/hydrochlorothiazid	83	THROMBI-PAD	77
temazepam	179	thyroid,pork.....	192
TEMIXYS.....	66	tiagabine.....	94
TEMOVATE.....	189	TIAZAC	79
temozolomide.....	54	TIBSOVO	61
TENIVAC.....	75	ticagrelor.....	65
tenofovir.....	67	TIGLUTIK.....	89
TENORETIC.....	85	timolol.....	85, 105, 106, 107
TENORMIN	85	TIMOLOL	105, 106, 280
terazosin	82	TIMOLOL-BRIMONIDIN-DORZOLAMIDE.....	106
terbinafine	45	TIMOLOL-BRIMONI-DORZOL-LATANOP	106
terbutaline	30	TIMOLOL-DORZOLAMIDE.....	106
terconazole	44	TIMOLOL-LATANOPROST	106
teriparatide	200	TIMOPTIC.....	107
TERUMO.....	148, 154	tinidazole.....	52
TERUMO SURGUARD2.....	148, 154	tiopronin.....	203
TERUMO SYRINGE.....	154	TISSEEL VHSD	186
testosterone.....	125, 126, 127	TIVICAY	68
TESTOSTERONE.....	125, 126	TIVORBEX	29
tetrabenazine.....	89	tizanidine.....	166
tetracaine.....	105	TL-HEM 150	117
TETRACAINE	105	TOBAKIENT.....	218
tetracycline.....	40	TOBI PODHALER.....	35
TETRAVISC.....	105	TOBRADEX.....	33
TEXACORT	189	tobramycin.....	33, 34, 35
T:FLEX	140	tobramycin/dexamethasone	33
THALOMID	36	TOBRAMYCIN PAK.....	35
THEO-24.....	33	TOBREX.....	34
theophylline anhydrous	33	TOFRANIL	174
thera-d	242, 243	tolcapone.....	65
THERA-D.....	243	TOLECTIN	29
THERAGRAN	218	tolmetin.....	29
thera-m.....	218	tolterodine	203
THERA-M	218	tolvaptan.....	101, 102
THERAMILL FORTE	218	TOOMEY SYRINGE.....	155
THERANATAL.....	169, 170, 218	Topamax	94
THEREMS-H.....	218	TOPCARE.....	145, 161
thiamine.....	231	TOPICORT	189, 190
THIAMINE.....	231	topiramate.....	62, 93, 94, 280
THIN.....	99, 100, 142, 143, 144, 145, 146, 148, 157, 159, 160, 161	toremifene.....	61
THIN LANCETS.....	159, 160, 161	Torpenz.....	56
THIN WALL NEEDLES.....	148	torsemide.....	101
THIOLA	203	TOSYMRA.....	20
thioridazine	178	TOUJEO	51
thiothixene	177	TOXICOLOGY SALIVA COLLECTION.....	99
THRIVITE.....	169	TRACLEER.....	80
THROMBI-GEL	77	tramadol.....	21, 24
		trandolapril.....	81, 83

Índice de medicamentos

trandolapril/verapamil.....	81	TROPICAL LIQUID.....	225
tranexamic.....	76	tropicamide.....	107
TRANSFER.....	68, 147, 148	TROPICAMIDE.....	107
TRANSPARENT.....	157	TROPICAMIDE-CYCLOPENTOLATE-PE.....	107
tranylcypromine.....	171	TROPICAMIDE-CYCLOPENT-PE-KTRLC.....	107
travoprost.....	107	TROPIC-CYCLOPENT-PE-KTRLC-PROP.....	107
trazodone.....	172	tropium.....	203
TRECTOR.....	36	true.....	117, 206, 220, 231, 234, 235, 238, 243, 245
TRELEGY ELLIPTA.....	31	TRUE. 98, 140, 145, 161, 180, 184, 218, 220, 231, 235, 243, 245, 281	
TREMFYA.....	132	TRUE COMFORT.....	161, 184
TRESIBA.....	51	TRUECONTROL.....	140
tretinoin.....	61, 182, 183, 191	TRUEDRAW.....	141
TREXALL.....	55	TRUE METRIX.....	140
TREZIX.....	21	TRUEPLUS.....	100, III, 145, 161, 218
triamcinolone.....	189, 190, 194	TRUEPLUS GLUCOSE.....	III
triamterene.....	102	TRUEPLUS KETONE TEST STRIP.....	100
triamterene/hydrochlorothiazid.....	102	T.R.U.E. TEST.....	197
triazolam.....	178, 179	TRUETRACK.....	98
TRICARE.....	169	TRULANCE.....	122
trichloroacetic acid.....	186	TRULICITY.....	48
TRICHLOROACETIC ACID.....	186	TRUMENBA.....	74
triderm.....	190	TRUQAP.....	60
TRIDESILON.....	190	TRUSTEEL INFUSION SET.....	141
trientine.....	198	TRYNGOLZA.....	86
TRIFERIC.....	117	T:SLIM.....	140
trifluoperazine.....	178	TUBERCULIN SYRINGE.....	152, 153, 154, 155
trifluridine.....	68	TUKYSA.....	60
trihexyphenidyl.....	64	TULIVITE.....	117
TRIJARDY.....	50	TURALIO.....	60
TRIKAFTA.....	193	TUXARIN.....	97
trimethobenzamide.....	120	TUZISTRA.....	97
trimethoprim.....	34, 35, 36	TWIIST.....	141
trimipramine.....	174	TWINPAK DUAL CANNULA.....	155
TRI-MIX.....	195	TWINRIX.....	76
TRIMO-SAN.....	52	TWIST.....	142, 143, 144, 145, 158, 160, 161, 186
TRIMPEX.....	36	TWYNEO.....	183
TRINAZ.....	170	TYBOST.....	192
TRINTELLIX.....	173	TYENNE.....	132
TRISODIUM CITRATE CRRT.....	43	TYMLOS.....	131
TRISTART.....	169	TYRVAYA.....	195
TRIUMEQ.....	66	TYVASO.....	81
TRIVIA.....	218	U	
TRI-VI-FLOR.....	225	UBRELVY.....	20
TRI-VI-SOL.....	225	UCERIS.....	125, 129
tri-vit-fluor.....	223	UDAMIN SP.....	218
TRI-VIT-FLUOR.....	223	ULESFIA.....	64
TROKENDI.....	94	ULTANE.....	25
TRONVITE.....	230	ULTICARE LDS SYR.....	155

Índice de medicamentos

ULTICARE SAFETY SYRINGE	155	VALCYTE	69
ULTICARE SYRINGE.....	155	valganciclovir	69, 70
ULTICARE TB SAFETY	155	valproic.....	94
ULTIGUARD SAFE.....	155	valsartan	82, 83, 84
ULTIGUARD SAFEPACK	155	valsartan/hydrochlorothiazide	83
ULTI-LANCE	141	VALTOCO.....	91
ULTILET	145, 161, 180, 184, 281	VANCOCIN	40
ULTRA30, 139, 141, 143, 145, 146, 148, 149, 155, 157, 159, 161, 169, 208, 209, 218, 228, 230, 266, 271, 279, 281, 282		vancomycin.....	40, 41
ultra b-100	230	VANILLA SILQ.....	99
ULTRA B-100 COMPLEX	230	VANISHPOINT	155
ULTRA-CARE.....	161	VANOXIDE-HC	184
ULTRA-FINE	148, 149, 155	VANRAFIA.....	203
ULTRA-FINE MICRO.....	148	VAQTA.....	76
ULTRA-FINE MINI.....	148	vardenafil.....	195
ULTRA-FINE NANO.....	148	varenicline.....	192
ULTRA-FINE ORIGINAL.....	148	VARIBAR.....	99, 100
ULTRA-FINE SHORT	149	VARISOFT.....	141
ULTRAFOAM	77	VARIVAX VACCINE	76
ULTRA FREEDA.....	218	VARUBI.....	120
ULTRALANCE	161	VASCEPA.....	118
ULTRA THIN.....	159, 161	VASCULERA	205
ULTRA-THIN II	161	VASERETIC	82
ULTRA THIN PLUS.....	161	VASOFLEX	205
ULTRATLC.....	146, 161	VASOTEC.....	83
ULTRATRAK CONTROL.....	141	VAXELIS.....	75
ULTRATRAK ULTIMATE.....	141	VAXNEUVANCE	74
ULTRAVATE X	190	VB6 P5P	235
UNILET	141, 143, 146, 157, 159, 161, 162	VECAMYL	84
UNISTIK.....	141, 143, 146, 159, 162	VECTICAL	183
UNISTRIP	141	VELPHORO	111
UNIVERSAL.....	146, 155, 162	VELSIPITY.....	91
UNIVERSAL I	162	VELTASSA.....	111
UNIVERSAL SYRINGE.....	155	VEMLIDY.....	70
UPTRAVI	81	VENALIV.....	205
upup	111	VENCLEXTA	61
URECHOLINE.....	72	venlafaxine	173
URELLE.....	36	VENOFER	117
URIBEL	36	VENTAVIS	81
URISTIX	101	VEO INSULIN SYRINGE	155
UROCIT-K	118	VEOZAH	198
UROQID-ACID	118	verapamil.....	78, 79, 81
URSO	121	VERELAN.....	79
ursodiol.....	121	VERIFINE.....	146
USTEKINUMAB.....	131	VERQUVO.....	79
UTIBRON.....	31	VERSACLOZ.....	177
V		VERTIGOHEEL.....	197
valacyclovir	69	VERZENIO.....	60
VALCHLOR	62	VEVYE.....	108
		VFEND	45

Índice de medicamentos

V-GO.....	141	VITAMIN D2.....	243
VIBERZI.....	122	vitamin d3.....	110, 240, 241, 242, 243, 244, 245
VIBRAMYCIN.....	40	VITAMIN D3.....	219, 239, 241, 242, 243, 244
vigabatrin.....	94	VITAMIN D3-ALOE.....	219
VIGADRONE.....	94	vitamin e.....	245, 246
VIGAMOX.....	35	VITAMIN E.....	245, 246
VIJOICE.....	193	VITAMIN K.....	246, 247
VIOKACE.....	124	VITAMIN K2.....	247
VIRACEPT.....	68	VITAMINS A D.....	225
VIREAD.....	67	VITAMINS A-D-E.....	219
VIRT-CAPS.....	230	VITAPEARL.....	170
virt-fefa plus.....	117	VITA-RESPA.....	231
VIRT-FEFA PLUS.....	117	VITASURE.....	231
VISION FORMULA.....	204, 205	VITATRUE.....	170
VISION PLUS.....	207	vit a/vit c/vit e/zinc/copper.....	205
VISTA ADVANCED AREDS2.....	205	vit b.....	228, 229, 230, 232, 233
VISTARIL.....	47	VIT B-12.....	212, 232, 233, 234
VISTASEAL.....	77	vit b12/levomefolate/vit b6/b2.....	227, 230
VISTOGARD.....	194	vit c-rose hip.....	236, 237, 238
vit a.....	205, 225	vit c-rose hips.....	236, 237, 238
VITA-BEE.....	230	VIT C-ROSE HIPS.....	238
VITABEX.....	117, 219	vit d3.....	225, 240, 241, 243
VITACORE.....	219	VIT D3 5,000 UNIT FAST DISSOLV.....	243
VITAFOL.....	117, 169, 170	VITEYES.....	205
VITAFUSION.....	219	VITRAKVI.....	60
VITAJOY.....	219, 230, 238	VITREXYL.....	219
VITAL-D.....	230	VITRON-C.....	117
VITAMEDMD.....	169, 170	VITRUM 50.....	219
vitamin.....	110, 115, 168, 208, 218, 219, 220, 221, 225, 226, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 254, 256, 259, 261, 263, 275, 277, 279, 283	vits a,c,e/lutein/minerals.....	205
VITAMIN.....	109, 115, 117, 166, 167, 168, 169, 170, 191, 196, 200, 206, 207, 211, 214, 217, 219, 220, 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, 252, 256, 257, 262, 263, 264, 272, 273, 275, 283	VIVAGUARD.....	141, 146, 162
vitamin a.....	225	VIVJOA.....	45
VITAMIN A191, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247		VIZIMPRO.....	60
vitamin b-1.....	231	VOGELXO.....	126
vitamin b-12.....	229, 232, 233, 234	VOLUMEN.....	100
vitamin b12.....	233, 234	VONJO.....	60
VITAMIN B-12.....	232, 234	VOQUEZNA.....	120, 124
VITAMIN B12.....	231, 234, 235	VORANIGO.....	61
vitamin b complex.....	219, 225, 226, 230, 231	voriconazole.....	45
vitamin b-complex.....	231	VORTEX.....	164
vitamin c.....	208, 218, 219, 226, 231, 236, 237, 238, 239	VOSEVI.....	70
VITAMIN C.....	226, 236, 238, 239	VOTRIENT.....	61
vitamin d2.....	241, 243	VOWST.....	122
		VOXZOGO.....	198
		VOYDEYA.....	76
		v-r alcohol prep pads.....	184
		VRAYLAR.....	177
		VRAYLAR 1.5 MG CAPSULE.....	177
		v-r cod liver oil capsule.....	245
		v-r vitamin c.....	239

Índice de medicamentos

VTAMA.....	183	XOFLUZA.....	70
VUEBLU.....	99	XOLAIR.....	32
VUMERITY.....	90	XOLREMDI.....	95
VYKAT.....	200	XOPENEX.....	30
VYLEESI.....	176	XOSPATA.....	61
VYNDAMAX.....	199	XTANDI.....	55
VYNDAQEL.....	199	XURIDEN.....	III
VYVANSE.....	174	XVITE.....	231
VYVGART.....	198	XYOSTED.....	126
W		XYREM.....	178
WAKIX.....	94	XYWAV.....	178
water.....	181	XYZBAC.....	219
WEBCOL.....	180, 184, 283	Y	
WEGOVY.....	63	YALE.....	149
WELIREG.....	61	YAZ.....	96
well.....	239, 245	YCANTH.....	184
WHEAT GERM.....	246	YESINTEK.....	131
WINDOW BANDAGES.....	157	YEZTUGO.....	65
WINREVAIR.....	80	YONSA.....	55
WOMEN'S 50.....	208, 216, 219	YORVIPATH.....	130
women's daily.....	219	YUPELRI.....	29
WOMEN'S DAILY.....	219	YUTREPIA.....	81
WOMENS DAILY GUMMIES.....	219	Z	
WOMEN'S MULTIVITAMIN.....	216, 219	zafirlukast.....	32
WOMEN'S PRENATAL PLUS DHA.....	170	zaleplon.....	179
WYNZORA.....	191	ZANAFLEX.....	166
X		ZARONTIN.....	94
XACIATO.....	40	ZCORT.....	129
XALKORI.....	61	ZEJULA.....	61
XAQUIL.....	206	ZELBORAF.....	56
XARELTO.....	43	ZELDANA.....	231
XCELLENT.....	239, 246	ZELNORM.....	123
XCELLENT C.....	239	ZEMBRACE SYMTOUCH.....	20
XCOPRI.....	94	ZEMPLAR.....	196
XDEMVI.....	63	ZENPEP.....	124
XELJANZ.....	27	zenzedi.....	72
XELODA.....	55	ZENZEDI.....	72
XENICAL.....	63	ZEPATIER.....	70
XENLETA.....	38	ZEPBOUND.....	62, 63, 284
XENON XE-133.....	100	ZEPOSIA.....	91
XEPI.....	41	ZESTORETIC.....	82
XERMELO.....	119	ZESTRIL.....	83
XHANCE.....	103	ZIAGEN.....	67
XIFAXAN.....	39	ZIANA.....	183
XIGDUO.....	50	zidovudine.....	66, 67
XIIDRA.....	108	zinc oxide.....	185

Índice de medicamentos

ZINC OXIDE PASTE	185
ZINC PLUS.....	239
ziprasidone.....	176, 177
ZIRGAN.....	68
ZITHROMAX.....	37
ZODRYL AC.....	97
ZODRYL DAC	97
ZODRYL DEC.....	97, 98
ZOKINVY	193
ZOLINZA	54
zolmitriptan	20
ZOLMITRIPTAN.....	20
zolpidem.....	179
ZOLPIMIST.....	179
ZOMIG.....	20
ZONALON	182
zonisamide.....	94
ZONTIVITY.....	65
ZOO FRIENDS.....	225
ZORBTIVE.....	129
ZORTRESS.....	133
ZORYVE	183, 186
ZOVIRAX	70
ZTALMY.....	178
ZTLIDO.....	25
ZUBSOLV.....	202
ZURZUVAE.....	171
ZYDELIG.....	61
ZYKADIA.....	61
ZYLOPRIM	26
ZYPITAMAG	87
ZYPREXA.....	177
ZYVANA	219
ZYVIT.....	219
ZYVOX	38

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 ayudarla.

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/iling-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 1.800.244.8224 (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

English – ATTENTION: If you speak English, free leave

English – ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-800-244-8224 (TTY: Dial 711) or speak to your provider.

Spanish – ATENCIÓN: Si habla español, los servicios de asistencia lingüística gratuitos están disponibles para usted. También están disponibles de forma gratuita ayudas y servicios auxiliares adecuados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-800-244-8224 (TTY: Marque 711) o hable con su proveedor.

Chinese — 注意: 如果您讲中文, 我们提供免费的语言援助服务。适当的辅助设备和服务也可以免费提供, 以提供无障碍格式的信息。请拨打 1-800-244-6224 (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 또는 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 panibulong na kagamitan at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format ay magagamit din ng libre. Tumawag sa 1-800-244-8224 (TTY: Tumawag sa 711) o makipag-usap sa iyang tagapagbigay.

Russian – ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском, доступны бесплатные услуги языковой помощи. Также бесплатно предоставляются соответствующие вспомогательные средства и услуги для предоставления информации в доступных форматах. Позвоните по телефону 1-800-244-0224 (TTY: Наберите 711) или обратитесь к вашему провайдеру.

Arabie - تيمنا إننا كنت نتحدث العربية تتوفر لك خدمات المساعدة للعمرة الحجازية. كما تتوفر لدينا مساعدات قليلة التكلفة للمسافرين، وذلك مجاناً. اتصل بنا رقم
أو تحدث إلى مكتب الخدمة الخاص بك (الطلب: 711) (TTY: 1-800-244-6224)

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 1-800-244-6224 (TTY: Rele 711) oua 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 1-800-244-6224 (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.

Polskie – 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: wydziel 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 1-800-244-0224 (TTY: comporre il 711) o parla con il tuo fornitore.

German – Achtung: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzen zur Verfügung. Geeignete Hilfsmittel und Dienste, um Informationen in barrierefreien Formaten bereitzustellen, sind ebenfalls kostenlos verfügbar. Rufen Sie 1-800-244-6224 an (TTY: Wählen Sie 711) oder sprechen Sie mit Ihrem Anbieter.

Persian (Farsi) - هفتون، رسال و خدمات تکنی هفتون برای دو دسترسی بهتر خدمات و انگیزان کمک و زدن برای شما صحبت می‌کند. توجه: اگر به فارسی تماس بگیری یا با (شماره 711 رایگانی: TTY) زنگ بزنید، می‌توانید دسترسی به صورت رایگان و دسترسی به هفتون را داشته باشید. 1-800-244-8224 یا 1-800-244-8224