



Lista de medicamentos con receta National Preferred de 5 niveles con medicamentos de especialidad de Cigna Healthcare

Cobertura a partir del 1 de enero de 2026

Para el estado de California

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

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

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

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

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



¿Qué encontrará adentro?	Página
Información sobre esta Lista de medicamentos	3
• Preguntas frecuentes	3
• Palabras que quizás necesite conocer	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 5 Tier Specialty** (National Preferred de 5 niveles con medicamentos de especialidad) de la lista desplegable. Después escriba el nombre de su medicamento o vea la Lista completa.
- **Aplicación myCigna¹ o myCigna.com.** Inicie sesión en su cuenta y use la herramienta *Price a Medication* (Conozca los precios de los medicamentos) para saber qué cobertura tiene su medicamento.

¿Tiene preguntas?

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

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

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

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

P. ¿Cómo deciden qué medicamentos cubrir?

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

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

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

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

P. ¿Cómo sé si un medicamento necesita aprobación?

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

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

P. ¿Qué tipos de medicamentos generalmente necesitan aprobación?

R. Medicamentos que:

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

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

R. Medicamentos que:

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

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

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

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

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

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

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

R. Pídale al personal del consultorio de su médico que se comunique con nosotros para comenzar el

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

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

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

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

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

- **Para las solicitudes no urgentes**, les informaremos la decisión a usted y a su médico dentro de las 72 horas. Si se aprueba, la cobertura se proporcionará hasta que se extinga la receta (incluidas las renovaciones).
- **Para las solicitudes urgentes basadas en circunstancias apremiantes**, les informaremos la decisión a usted y a su médico dentro de las 24 horas. Si se aprueba, la cobertura se proporcionará mientras duren las circunstancias apremiantes. **Es importante saber que cuando se aprueban los medicamentos, la cobertura suele ser por un año.** Si su medicamento se aprueba por

menos tiempo, esto se debe a que hay un motivo clínico basado en nuestras reglas (requisitos) de cobertura para el medicamento y/o el médico revisor.

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

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

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

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

- **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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

las 24 horas. Si se aprueba, la cobertura se proporcionará mientras duren las circunstancias apremiantes. Si no respondemos a una solicitud de excepción a la autorización previa completada dentro de las 72 horas de recibir una solicitud no urgente y de las 24 horas de recibir una solicitud urgente basada en circunstancias apremiantes, la solicitud se considerará aprobada y su plan no podrá negarse a cubrir el medicamento.

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

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

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

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

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

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

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

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

R. Sí.

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

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

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

P. ¿Qué son los medicamentos preventivos?

R. Los medicamentos preventivos pueden ayudarle a evitar ciertas condiciones médicas a largo plazo, como por ejemplo, asma, depresión, diabetes, ataque al corazón, presión arterial alta, colesterol alto, osteoporosis (una enfermedad que debilita los huesos), carencia nutritiva prenatal (cuando una persona embarazada no recibe una cantidad suficiente de los nutrientes que necesita) y derrame cerebral. Estos medicamentos mejoran sus probabilidades de mantenerse saludable y vivir más tiempo.

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

R. La Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (PPACA, por sus siglas en inglés), también conocida como la “reforma del cuidado de salud”, ayuda a que el cuidado de la salud y el cuidado preventivo sean más accesibles. La PPACA exige que los

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

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

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.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

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:

- I. **En línea.** Inicie sesión en la aplicación myCigna o en **myCigna.com** y haga clic en la pestaña *Prescriptions* (Recetas). Elija *My Medications* (Mis medicamentos) de la lista desplegable.

Luego haga clic en el botón que está al lado del nombre de su medicamento para pasar su(s) receta(s) de su farmacia minorista al servicio de entrega a domicilio. O bien,

2. Por teléfono.

- Llame al consultorio de su médico. Pida que envíen una receta para 90 días (con renovaciones) al servicio de entrega a domicilio de Express Scripts. O bien,
- Llame a Express Scripts Pharmacy al **800.835.3784**. Se comunicarán con el consultorio de su médico para obtener su receta. Tenga preparada su tarjeta de ID, la información de contacto de su médico y los nombres de sus medicamentos cuando llame.

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

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

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

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

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.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

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

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

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

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

P. ¿Cómo despacho mi receta?

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

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

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

R. Controlar una condición médica poco frecuente y/o compleja no es fácil. El equipo de farmacéuticos y enfermeras capacitados en medicamentos de especialidad de Accredo puede ayudarle. También le despacharán y le enviarán su medicamento de especialidad, para que no tenga que ir a buscarlo a la farmacia.

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

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

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

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

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

1. **Revise su tarjeta de ID de Cigna Healthcare.** Indica su costo compartido para los medicamentos del Nivel 1, del Nivel 2, del Nivel 3, del Nivel 4 y del Nivel 5.
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.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

- Los medicamentos que se administran por inyección o infusión en el consultorio de un médico, en un hospital, en un centro de infusión o en el hogar, por lo general, están cubiertos por el beneficio médico.

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

P. Tomo un medicamento oral contra el cáncer. ¿Cuánto me costará que me lo despachen?

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

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

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

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

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

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

Palabras que quizás necesite conocer

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Palabras que quizás necesite conocer (cont.)

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Acerca de esta Lista de medicamentos

Esta es una lista de los medicamentos que se recetan con mayor frecuencia y están cubiertos por la Lista de medicamentos con receta National Preferred de 5 niveles con medicamentos de especialidad de Cigna Healthcare, que entrará en vigor el 1 de enero de 2026. **La Lista de medicamentos se actualiza bastante seguido;** por eso, es posible que no estén incluidos todos los medicamentos que cubre su plan. Además, también es posible que su plan no cubra todos estos medicamentos. Inicie sesión en la aplicación myCigna o en **myCigna.com** para ver qué medicamentos cubre su plan.

Cómo leer esta Lista de medicamentos

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

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

Niveles

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

Nivel 1	Genéricos. Estos medicamentos están cubiertos con el costo compartido más bajo de su plan. Los genéricos actúan de la misma manera y tienen los mismos beneficios clínicos que sus versiones de marca, y generalmente cuestan mucho menos. ³	\$
Nivel 2	Marcas preferidas. Estos medicamentos en general tienen una o más alternativas genéricas de menor costo que tratan la misma condición.	\$\$
Nivel 3	Marcas no preferidas. Estos medicamentos en general tienen una o más alternativas genéricas y/o de marca preferida que tratan la misma condición.	\$\$\$
Nivel 4	Medicamentos de especialidad preferidos. Estos medicamentos generalmente cuestan menos que los medicamentos de especialidad no preferidos.	\$\$\$\$
Nivel 5	Medicamentos de especialidad no preferidos. Estos medicamentos están cubiertos con el costo compartido más alto de su plan. Generalmente tienen una alternativa preferida.	\$\$\$\$\$

* 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 5 niveles con medicamentos de especialidad de Cigna Healthcare.*

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

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)	24, 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)	54-61
Antialérgicos (alergia y rociadores nasales)	25	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)	29-32	Antiparasitarios (condiciones oculares)	63
Antibióticos (medicamentos para los oídos)	32, 33	Antiparasitarios (infecciones)	63, 64
Antibióticos (condiciones oculares)	33, 34	Medicamentos antiparkinsonianos (enfermedad de Parkinson)	64, 65
Antibióticos (infecciones)	34-40	Medicamentos antiplaquetarios (diluyentes de la sangre/anticoagulantes)	65
Antibióticos (condiciones cutáneas)	40-42	Antivíricos (SIDA/VIH)	65-68
Anticoagulantes (diluyentes de la sangre/ anticoagulantes)	42, 43	Antivíricos (condiciones oculares)	68
Antídotos (condiciones gastrointestinales/pirosis)	43	Antivíricos (infecciones)	68-70
Antídotos (abuso de sustancias)	43, 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)	44, 45	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (trastorno de déficit de atención e hiperactividad)	71, 72
Antimicóticos (condiciones cutáneas)	45, 46	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	72
Antihistamínicos y descongestivos combinados (alergia/rociadores nasales)	46	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (condiciones urinarias)	72, 73
Antihistamínicos (alergia/rociadores nasales)	47	Productos biológicos (alergia/rociadores nasales)	73
Antihistamínicos (condiciones oculares)	47	Productos biológicos (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	73
Antihiper glucémicos (diabetes)	47-51	Productos biológicos (varios)	73
Antiinfecciosos (productos femeninos)	51	Productos biológicos (vacunas)	73-76
Antiinfecciosos/Varios (productos femeninos)	51	Sangre (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)	76-78
		Sangre (diluyentes de la sangre/anticoagulantes)	78

Información sobre esta Lista de medicamentos

Cómo encontrar su medicamento (cont.)

Condición	Página	Condición	Página
Medicamentos para enfermedades cardíacas (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	78-80	Elect./calóricos/H2O (nutritivos/alimenticios)	III-II18
Cardiovasculares (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	80, 81	Elect./calóricos/H2O (condiciones urinarias)	II8
Cardiovasculares (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	81-86	Gastrointestinales (medicamentos para el colesterol)	II8
Cardiovasculares (medicamentos para el colesterol)	86-88	Gastrointestinales (condiciones gastrointestinales/pirosis)	II8-125
Cardiovasculares (varios)	88	Gastrointestinales (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	125
Medicamentos para el sistema nervioso central (enfermedad de Alzheimer)	88	Hormonas (condiciones gastrointestinales/pirosis)	125
Medicamentos para el sistema nervioso central (varios)	88, 89	Hormonas (agentes hormonales)	126-130
Medicamentos para el sistema nervioso central (esclerosis múltiple)	89, 90	Hormonas (infertilidad)	130, 131
Medicamentos para el sistema nervioso central (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	90, 91	Hormonas (varias)	131
Medicamentos para el sistema nervioso central (trastornos convulsivos)	91-94	Hormonas (productos para la osteoporosis)	131
Medicamentos para el sistema nervioso central (trastornos del sueño/sedantes)	95	Inmunosupresores (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	131, 132
Factores estimulantes de colonias (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)	95	Inmunosupresores (condiciones cutáneas)	132, 133
Factores estimulantes de colonias (cáncer)	95	Inmunosupresores (medicamentos para trasplante)	133, 134
Anticonceptivos (productos anticonceptivos)	95, 96	Dispositivos y suministros médicos varios, no farmacológicos (diabetes)	134-155
Preparaciones para la tos/el resfrío (alergia/rociadores nasales)	96	Dispositivos y suministros médicos varios, no farmacológicos (varios)	156-164
Preparaciones para la tos/el resfrío (medicamentos para la tos/el resfrío)	96-98	Relajantes musculares (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	165, 166
Diagnóstico (diabetes)	98	Vitaminas prenatales (nutritivas/alimenticias)	166-170
Diagnóstico (varios)	98-101	Medicamentos psicoterapéuticos (ansiedad/depresión/trastorno bipolar)	170-174
Diuréticos (diuréticos)	101, 102	Medicamentos psicoterapéuticos (trastorno de déficit de atención e hiperactividad)	174-176
Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (alergia/rociadores nasales)	102, 103	Medicamentos psicoterapéuticos (varios)	176
Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (medicamentos para los oídos)	103	Medicamentos psicoterapéuticos (esquizofrenia/antipsicóticos)	176-178
Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (condiciones oculares)	103-108	Medicamentos psicoterapéuticos (trastornos convulsivos)	178
Elect./calóricos/H2O (medicamentos para el colesterol)	108	Medicamentos psicoterapéuticos (trastornos del sueño/sedantes)	178
Elect./calóricos/H2O (productos dentales)	108, 109	Sedantes/hipnóticos (trastornos del sueño/sedantes)	178, 179
Elect./calóricos/H2O (diabetes)	109-III	Preparaciones cutáneas (varias)	179-181
Elect./calóricos/H2O (varios)	III	Preparaciones cutáneas (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	181
		Preparaciones cutáneas (condiciones cutáneas)	182-191
		Agentes para dejar de fumar (productos para dejar de fumar)	191, 192
		Preparaciones para la tiroides (agentes hormonales)	192

Información sobre esta Lista de medicamentos

Cómo encontrar su medicamento (cont.)

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

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>	T1	
<i>butalbital/acetaminophen</i> (Bupap)	T1	
ANALGÉSICOS, COMB. DE SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
<i>butalbital/aspirin/caffeine</i>	T1	
ANALGÉSICOS, NO OPIOIDES		
JOURNAVX	T3	QL (30 tabs/90 days)
ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
<i>butalb/acetaminophen/caffeine</i>	T1	
<i>butalb/acetaminophen/caffeine</i> (Esgic)	T1	
<i>butalb/acetaminophen/caffeine</i> (Fioricet)	T1	
ESGIC (<i>butalb/acetaminophen/caffeine</i>)	T3	PA
FIORICET (<i>butalb/acetaminophen/caffeine</i>)	T3	PA
ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS, SALICILATOS		
<i>choline salicyl/mag salicylate</i>	T1	HD
<i>diflunisal</i>	T1	HD
PREPARACIONES ANTIMIGRAÑOSAS		
AIMOVIG AUTOINJECTOR	T2	PA QL (1 auto-inj/30 days)
AJOVY 225 MG/1.5 ML AUTOINJECT	T2	PA QL (1 auto-inj/30 days)
AJOVY 225 MG/1.5 ML AUTOINJECT	T2	PA QL (3 auto-injs/90 days)
AJOVY SYRINGE	T2	PA QL (1 syringe/30 days)
<i>almotriptan malate 12.5 mg tab</i>	T1	QL (12 tabs/30 days)
<i>almotriptan malate 6.25 mg tab</i>	T1	QL (6 tabs/30 days)
AMERGE (<i>naratriptan hcl</i>)	T3	ST QL (9 tabs/fill)
CAMBIA	T3	ST QL (9 packs/fill)
<i>dihydroergotamine 1 mg/ml amp</i>	T1	
<i>dihydroergotamine 4 mg/ml spry</i> (Migranal)	T1	ST QL (8 mls/fill)
<i>eletriptan hydrobromide</i> (Relpax)	T1	QL (6 tabs/fill)
EMGALITY 120 MG/ML SYRINGE	T2	PA QL (1 syringe/30 days)
EMGALITY PEN	T2	PA QL (1 pen/30 days)
ERGOMAR	T3	
<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	T1	
FROVA (<i>frovatriptan succinate</i>)	T3	ST QL (9 tabs/fill)
<i>frovatriptan succinate</i> (Frova)	T1	QL (9 tabs/30 days)

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
MIGRANAL (<i>dihydroergotamine mesylate</i>)	T3	ST QL (8 mls/fill)
<i>naratriptan hcl</i> (Amerge)	T1	QL (9 tabs/fill)
NURTEC ODT	T2	PA QL (16 tabs/fill)
QULIPTA	T2	PA QL (30 tabs/30 days)
REYVOW 100MG TABLET	T3	PA QL (8 tabs/treatment)
<i>rizatriptan benzoate</i> (Maxalt)	T1	QL (18 tabs/fill)
<i>sumatriptan</i>	T1	QL (6 units/30 days)
<i>sumatriptan 4 mg/0.5 ml inject</i> (Imitrex)	T1	QL (2 pens/fill)
<i>sumatriptan 6 mg/0.5 ml cart</i> (Imitrex)	T1	QL (1 ml/fill)
<i>sumatriptan 6 mg/0.5 ml inject</i> (Imitrex)	T1	QL (2 pens/fill)
<i>sumatriptan 6 mg/0.5 ml vial</i>	T1	QL (2 vials/fill)
TOSYMRA	T3	ST QL (6 units/fill)
UBRELVY	T2	PA QL (10 tabs/treatment)
ZEMBRACE SYMTOUCH	T3	ST QL (4 pens/fill)
<i>zolmitriptan</i>	T1	QL (6 tabs/30 days)
<i>zolmitriptan 2.5 mg tablet</i> (Zomig)	T1	QL (6 tabs/fill)
<i>zolmitriptan 5 mg nasal spray</i> (Zomig)	T1	ST QL (6 units/fill)
<i>zolmitriptan 5 mg tablet</i> (Zomig)	T1	QL (6 tabs/fill)
ZOLMITRIPTAN 2.5 MG NASAL SPRAY	T3	ST QL (6 units/30 days)
ZOMIG 2.5 MG NASAL SPRAY	T2	ST QL (6 units/30 days)
ZOMIG 5 MG NASAL SPRAY (<i>zolmitriptan</i>)	T3	ST QL (6 units/fill)
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS NASALES, INHIB. NO SELECTIVOS DE COX, ANALGÉSICOS SISTÉMICOS		
SPRIX	T3	ST QL (5 units/fill)
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA		
<i>diclofenac pot 25mg tablet</i>	T1	ST HD
<i>diclofenac pot 50 mg tablet</i>	T1	HD
<i>diclofenac pot powder pack</i>	T1	ST QL (9 pkts/30 days)
<i>diclofenac potassium</i>	T1	HD
<i>diclofenac potassium</i>	T1	ST HD
<i>diclofenac potassium 25 mg cap</i> (Zipsor)	T1	ST HD
FENORTHO 200 MG CAPSULE	T3	PA QL
<i>ketorolac 10 mg tablet</i>	T1	QL (20 tabs/fill)
<i>ketorolac 15 mg/ml carpupject</i>	T1	HD

T1 – Genéricos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Marcas preferidas

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas no preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

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 syr</i>	T1	HD
<i>ketorolac 15 mg/ml syringe, vial</i>	T1	
<i>ketorolac 30 mg/ml syr</i>	T1	HD
<i>ketorolac 30 mg/ml syringe</i>	T1	
<i>ketorolac 30 mg/ml vial</i>	T1	
<i>ketorolac 300 mg/10 ml vial</i>	T1	
<i>ketorolac 60 mg/2 ml syringe</i>	T1	
<i>ketorolac 60 mg/2 ml vial</i>	T1	
<i>mefenamic acid</i>	T1	HD
<i>piroxicam</i>	T1	HD
TOLECTIN 600 (tolmetin sodium)	T3	ST HD

ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANALGÉSICOS NO SALICILATOS

<i>acetaminophen with codeine</i>	T1	PA QL
<i>hydrocodone-acetamin 10-300 mg</i>	T1	PA QL
<i>hydrocodone-acetamin 10-325 mg</i>	T1	PA QL
<i>hydrocodone-acetamin 10-300/15 (Lortab)</i>	T1	PA QL (12 ds/60 days)
<i>hydrocodone-acetamin 10-325/15</i>	T1	PA QL
HYDROCODONE-ACETAMIN 2.5-108/5	T3	PA QL
<i>hydrocodone-acetamin 2.5-325</i>	T1	PA QL (12 ds/60 days)
HYDROCODONE-ACETAMIN 5-217/10	T3	PA QL
<i>hydrocodone-acetamin 5-300 mg</i>	T1	PA QL
<i>hydrocodone-acetamin 5-325 mg</i>	T1	PA QL
<i>hydrocodone-acetamin 7.5-300</i>	T1	PA QL
<i>hydrocodone-acetamin 7.5-325/15</i>	T1	PA QL
HYDROCODONE-ACETAMIN 7.5-325/15	T3	PA QL
LORTAB (hydrocodone/acetaminophen)	T3	PA QL (12 ds/60 days)
NALOCET	T3	PA QL
<i>oxycodone hcl/acetaminophen</i>	T1	PA QL
<i>tramadol hcl/acetaminophen</i>	T1	PA QL (12 ds/60 days)

COMBINACIÓN DE ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS

<i>hydrocodone/ibuprofen</i>	T1	PA
------------------------------	----	----

COMB. DE ANALGÉSICOS OPIOIDES, NO SALICILATOS Y XANTINAS

<i>acetaminophen/caff/dihydrocod</i>	T1	PA QL
TREZIX	T3	PA QL

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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		
ABSTRAL	T3	PA QL
ACTIQ (<i>fentanyl citrate</i>)	T3	PA QL
BELBUCA	T2	PA QL (60 films/30 days)
<i>buprenorphine</i> (Butrans)	T1	PA
<i>butorphanol tartrate</i>	T1	PA QL (12 ds/180 days)
<i>codeine sulfate</i>	T1	PA QL
DILAUDID (<i>hydromorphone hcl</i>)	T3	PA QL
<i>fentanyl</i>	T1	PA QL (15 patches/30 days)
<i>fentanyl cit otfc 1,200 mcg</i>	T1	PA QL (90 lozs/30 days)
<i>fentanyl cit otfc 1,600 mcg</i> (Actiq)	T1	PA QL
FENTANYL CIT 400 MCG BUCCAL TB	T3	PA QL (90 tabs/30 days)
FENTANYL CIT 600 MCG BUCCAL TB	T3	PA QL (90 tabs/30 days)
FENTANYL CIT 800 MCG BUCCAL TB	T3	PA QL (90 tabs/30 days)
<i>fentanyl citrate otfc 200 mcg</i>	T1	PA QL (90 lozs/30 days)
<i>fentanyl citrate otfc 400 mcg</i>	T1	PA QL (90 lozs/30 days)
<i>fentanyl citrate otfc 600 mcg</i>	T1	PA QL (90 lozs/30 days)
<i>fentanyl citrate otfc 800 mcg</i>	T1	PA QL (90 lozs/30 days)
<i>hydrocodone er 10 mg capsule</i>	T1	PA QL (90 caps/30 days)
<i>hydrocodone er 100 mg tablet</i> (Hysingla Er)	T1	PA QL (60 tabs/30 days)
<i>hydrocodone er 120 mg tablet</i>	T1	PA QL (60 tabs/30 days)
<i>hydrocodone er 15 mg capsule</i>	T1	PA QL (90 caps/30 days)
<i>hydrocodone er 20 mg capsule</i>	T1	PA QL (90 caps/30 days)
<i>hydrocodone er 20 mg tablet</i> (Hysingla Er)	T1	PA QL (60 tabs/30 days)
<i>hydrocodone er 30 mg capsule</i>	T1	PA QL (90 caps/30 days)
<i>hydrocodone er 30 mg tablet</i> (Hysingla Er)	T1	PA QL (60 tabs/30 days)
<i>hydrocodone er 40 mg capsule</i>	T1	PA QL (90 caps/30 days)
<i>hydrocodone er 40 mg tablet</i> (Hysingla Er)	T1	PA QL (60 tabs/30 days)
<i>hydrocodone er 50 mg capsule</i>	T1	PA QL (90 caps/30 days)
<i>hydrocodone er 60 mg tablet</i> (Hysingla Er)	T1	PA QL (60 tabs/30 days)
<i>hydrocodone er 80 mg tablet</i> (Hysingla Er)	T1	PA QL (60 tabs/30 days)
<i>hydromorphone hcl</i>	T1	PA QL
<i>hydromorphone hcl</i>	T1	PA QL (60 tabs/30 days)
<i>hydromorphone hcl</i> (Dilaudid)	T1	PA QL
HYSINGLA ER (<i>hydrocodone bitartrate</i>)	T2	PA QL (60 tabs/30 days)

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
KADIAN	T3	ST QL (90 caps/30 days)
KADIAN (<i>morphine sulfate</i>)	T3	ST QL (90 caps/30 days)
LAZANDA 100 MCG NASAL SPRAY	T3	PA QL (23 units/30 days)
LAZANDA 400 MCG NASAL SPRAY	T3	PA QL (23 units/30 days)
<i>levorphanol tartrate</i>	T1	PA QL
<i>methadone hcl</i>	T1	
<i>morphine sulf er 100 mg tablet</i> (Ms Contin)	T1	PA QL (120 tabs/30 days)
<i>morphine sulf er 15 mg tablet</i> (Ms Contin)	T1	PA QL (120 tabs/30 days)
<i>morphine sulf er 200 mg tablet</i> (Ms Contin)	T1	PA QL (120 tabs/30 days)
<i>morphine sulf er 30 mg tablet</i> (Ms Contin)	T1	PA QL (120 tabs/30 days)
<i>morphine sulf er 60 mg tablet</i> (Ms Contin)	T1	PA QL (120 tabs/30 days)
<i>morphine sulfate er 10 mg cap</i> (Kadian)	T1	ST QL (90 caps/30 days)
<i>morphine sulfate er 50 mg cap</i> (Kadian)	T1	ST QL (90 caps/30 days)
<i>morphine sulfate er 60 mg cap</i> (Kadian)	T1	ST QL (90 caps/30 days)
<i>morphine sulfate er 80 mg cap</i> (Kadian)	T1	ST QL (90 caps/30 days)
<i>morphine sulfate er 100 mg cap</i> (Kadian)	T1	ST QL (90 caps/30 days)
<i>morphine sulfate er 10 mg cap</i>	T1	PA QL (90 caps/30 days)
<i>morphine sulfate er 20 mg cap</i>	T1	PA QL (90 caps/30 days)
<i>morphine sulfate er 30 mg cap</i>	T1	PA QL (60 caps/30 days)
<i>morphine sulfate er 30 mg cap</i>	T1	PA QL (90 caps/30 days)
<i>morphine sulfate er 45 mg cap</i>	T1	PA QL (60 caps/30 days)
<i>morphine sulfate er 50 mg cap</i>	T1	PA QL (90 caps/30 days)
<i>morphine sulfate er 60 mg cap</i>	T1	PA QL (60 caps/30 days)
<i>morphine sulfate er 60 mg cap</i>	T1	PA QL (90 caps/30 days)
<i>morphine sulfate er 75 mg cap</i>	T1	PA QL (60 caps/30 days)
<i>morphine sulfate er 90 mg cap</i>	T1	PA QL (90 caps/30 days)
<i>morphine sulfate er 90 mg cap</i>	T1	PA QL (60 caps/30 days)
<i>morphine sulfate er 100 mg cap</i>	T1	PA QL (90 caps/30 days)
<i>morphine sulfate er 120 mg cap</i>	T1	PA QL (60 caps/30 days)
MS CONTIN (<i>morphine sulfate</i>)	T3	PA QL (120 tabs/30 days)
<i>opium/belladonna alkaloids</i>	T1	PA QL
<i>oxycodone hcl (ir) 10 mg tab</i>	T1	PA QL (12 ds/60 days)
<i>oxycodone hcl (ir) 15 mg tab</i> (Roxicodone)	T1	PA QL (12 ds/60 days)
<i>oxycodone hcl (ir) 20 mg tab</i>	T1	PA QL (12 ds/60 days)

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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) 30 mg tab</i> (Roxicodone)	T1	PA QL (12 ds/60 days)
<i>oxycodone hcl (ir) 5 mg cap</i>	T1	PA QL (12 ds/60 days)
<i>oxycodone hcl (ir) 5 mg tablet</i> (Roxicodone)	T1	PA QL (12 ds/60 days)
<i>oxycodone hcl 100 mg/5 ml conc</i>	T1	PA QL (12 ds/60 days)
<i>oxycodone hcl 5 mg/5 ml cup, soln</i>	T1	PA QL (12 ds/60 days)
OXYCONTIN	T3	PA QL (90 tabs/30 days)
<i>oxymorphone hcl</i>	T1	PA QL (90 tabs/30 days)
<i>pentazocine hcl/naloxone hcl</i>	T1	PA QL
ROXICODONE (<i>oxycodone hcl</i>)	T3	PA QL
SUBSYS	T3	PA QL (90 units/30 days)
<i>tramadol er 100 mg tablet</i>	T1	PA QL (30 tabs/30 days)
<i>tramadol er 200 mg tablet</i>	T1	PA QL (30 tabs/30 days)
<i>tramadol er 300 mg tablet</i>	T1	PA QL (30 tabs/30 days)
<i>tramadol hcl 50 mg tablet</i>	T1	PA QL
<i>tramadol hcl 100 mg tablet</i>	T1	PA QL (12 ds/60 days)
<i>tramadol hcl er 100 mg tablet</i>	T1	PA QL (30 tabs/30 days)
<i>tramadol hcl er 200 mg tablet</i>	T1	PA QL (30 tabs/30 days)
<i>tramadol hcl er 300 mg tablet</i>	T1	PA QL (30 tabs/30 days)
ANALGÉSICOS OPIOIDES Y SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
<i>codeine/butalbital/asa/cafein</i>	T1	PA QL
ANALGÉSICOS OPIOIDES, NO SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
<i>butalbit/acetamin/caff/codeine</i>	T1	PA QL
<i>butalbit/acetamin/caff/codeine</i> (Fioricet With Codeine)	T1	PA QL
FIORICET WITH CODEINE (<i>butalbit/acetamin/caff/codeine</i>)	T3	PA QL
RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS, ANALGÉSICOS SALICILATOS, OPIOIDES		
<i>carisoprodol/aspirin/codeine</i>	T1	PA QL
ANALGÉSICOS (Condiciones urinarias)		
AGENTES ANALGÉSICOS DE LAS VÍAS URINARIAS		
ELMIRON	T2	
RIMSO-50	T3	
ANESTÉSICOS (Varios)		
ANESTÉSICOS GENERALES, PARA INHALACIÓN		
<i>desflurane</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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

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

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS, SALICILATOS		
DISALCID (<i>salsalate</i>)	T3	HD
<i>salsalate</i> (Disalcid)	T1	HD
AGENTES ANTIARTRÍTICOS Y QUELANTES		
DEPEN (penicillamine)	T5	PA SP
<i>penicillamine</i> (Cuprimine)	T1	PA SP
<i>penicillamine</i> (Depen)	T1	PA SP
AGENTES ANTIARTRÍTICOS, ANTAGONISTAS DE LOS FOLATOS		
RASUVO	T3	ST
ANTIINFLAMATORIOS, INHIBIDORES DE LA SÍNTESIS DE PIRIMIDINAS		
ARAVA (<i>leflunomide</i>)	T3	QL (30 tabs/fill) HD
<i>leflunomide</i> (Arava)	T1	QL (30 tabs/fill) HD
ANTIINFLAMATORIOS, INHIB. DE LA FOSFODIESTERASA-4 (PDE4)		
OTEZLA 10-20 MG STARTER 28 DAY	T4	PA QL (55 tabs/365 days) SP HD
OTEZLA 10-20-30MG START 28 DAY	T4	PA QL (55 tabs/365 days) SP HD
OTEZLA 20 MG TABLET	T4	PA QL (60 tabs/30 days) SP HD
OTEZLA 30 MG TABLET	T4	PA QL (60 tabs/30 days) SP HD
OTEZLA XR	T4	PA SP HD
COLCHICINA		
<i>colchicine 0.6 mg tablet</i> (Colcrys)	T1	HD
<i>colchicine 0.6 mg capsule</i> (MITIGARE)	T2	ST
<i>colchicine 0.6 mg tablet</i>	T1	HD
GLOPERBA	T3	HD
MITIGARE (<i>colchicine</i>)	T2	ST
SALES DE ORO		
RIDAURA	T2	
TRAT. DE LA HIPERURICEMIA - INHIBIDORES DE LA XANTINA OXIDASA		
<i>allopurinol</i>	T1	HD
<i>allopurinol</i> (Zyloprim)	T1	HD
<i>febuxostat</i> (Uloric)	T1	ST HD
ZYLOPRIM (<i>allopurinol</i>)	T3	HD
INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK)		
RINVOQ ER 15 MG TABLET	T4	PA QL (30 tabs/fill) SP HD
RINVOQ ER 30 MG TABLET	T4	PA QL (30 tabs/fill) SP HD
RINVOQ ER 45 MG TABLET	T4	PA QL (56 tabs/365 days) SP HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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
INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK) (cont.)		
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. CONTRAIRITANTE DE ANTIINFLAMATORIO NO ESTEROIDEO Y RUBEFACIENTE TÓPICO		
COMFORT PAC-IBUPROFEN	T3	
COMFORT PAC-MELOXICAM	T3	
COMFORT PAC-NAPROXEN	T3	
ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (INHIB. NO ESPECÍFICOS DE LA COX) Y ANÁLOGOS DE LA PROSTAGLANDINA		
ARTHROTEC 50 (<i>diclofenac sodium/misoprostol</i>)	T3	ST HD
ARTHROTEC 75 (<i>diclofenac sodium/misoprostol</i>)	T3	ST HD
<i>diclofenac sodium/misoprostol</i> (Arthrotec 50)	T1	HD
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA		
<i>diclofenac sodium/misoprostol</i> (Arthrotec 75)	T1	HD
ANAPROX DS (<i>naproxen sodium</i>)	T3	ST HD
DAYPRO (<i>oxaprozin</i>)	T3	ST HD
<i>diclofenac sod dr 25 mg tab</i>	T1	HD
<i>diclofenac sod dr 50 mg tab</i>	T1	HD
<i>diclofenac sod dr 75 mg tab</i>	T1	HD
<i>diclofenac sod ec 25 mg tab</i>	T1	HD
<i>diclofenac sod ec 50 mg tab</i>	T1	HD
<i>diclofenac sod ec 75 mg tab</i>	T1	HD
<i>diclofenac sodium</i>	T1	HD
EC-NAPROSYN (<i>naproxen</i>)	T3	ST HD
<i>ec-naproxen dr 375 mg tablet</i> (Ec-Naprosyn)	T1	HD
<i>ec-naproxen dr 500 mg tablet</i> (Ec-Naprosyn)	T1	ST HD
<i>etodolac</i>	T1	HD
<i>etodolac</i> (Lodine)	T1	HD
FELDENE (<i>piroxicam</i>)	T3	ST HD
<i>fenoprofen 400 mg capsule</i> (Nalfon)	T1	ST HD
<i>fenoprofen 600 mg tablet</i> (Nalfon)	T1	ST HD
<i>flurbiprofen</i>	T1	HD
<i>ibuprofen</i>	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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>ibuprofen</i>	T1	HD
<i>indomethacin</i>	T1	HD
INDOMETHACIN 20 MG CAPSULE	T3	ST QL (90 caps/30 days) HD
<i>indomethacin 25 mg, 50 mg capsule</i>	T1	HD
<i>indomethacin 50 mg suppository (Indocin)</i>	T1	HD
<i>indomethacin 25 mg/5 ml susp (Indocin)</i>	T1	ST HD
<i>ketoprofen</i>	T1	ST HD
<i>ketoprofen 25 mg capsule</i>	T1	ST HD
<i>ketoprofen 50 mg, 75 mg capsule</i>	T1	HD
<i>ketoprofen er 200 mg capsule</i>	T1	ST HD
LODINE (<i>etodolac</i>)	T3	ST HD
<i>meclofenamate sodium</i>	T1	HD
<i>meloxicam 5 mg capsule (Vivlodex)</i>	T1	ST QL (30 caps/fill) HD
<i>meloxicam 10 mg capsule (Vivlodex)</i>	T1	ST QL (30 caps/fill) HD
<i>meloxicam 7.5 mg tablet</i>	T1	QL (30 tabs/30 days) HD
<i>nabumetone (Relafen)</i>	T1	HD
NALFON 600 MG TABLET (<i>fenoprofen calcium</i>)	T3	ST HD
NAPRELAN	T3	ST HD
NAPRELAN (<i>naproxen sodium</i>)	T3	ST HD
NAPROSYN (<i>naproxen</i>)	T3	ST HD
<i>naproxen 125 mg/5 ml suspen (Naprosyn)</i>	T1	ST HD
<i>naproxen 250 mg, 375 mg tablet</i>	T1	HD
<i>naproxen 500 mg kit (Naprosyn)</i>	T1	HD
<i>naproxen 500 mg tablet (Naprosyn)</i>	T1	HD
<i>naproxen dr 375 mg tablet (Ec-Naprosyn)</i>	T1	HD
<i>naproxen dr 500 mg tablet (Ec-Naprosyn)</i>	T1	ST HD
<i>naproxen er 750 mg tablet</i>	T1	ST
<i>naproxen sodium</i>	T1	ST HD
<i>naproxen sodium</i>	T1	HD
<i>naproxen sodium (Anaprox Ds)</i>	T1	HD
<i>naproxen sodium (Naprelan)</i>	T1	ST HD
<i>oxaprozin 600mg caplet (Daypro)</i>	T1	HD
<i>oxaprozin 600mg tablet (Daypro)</i>	T1	HD
<i>piroxicam (Feldene)</i>	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)

RELAFEN (<i>nabumetone</i>)	T3	ST HD
<i>sulindac</i>	T1	HD
TIVORBEX	T3	ST QL (90 caps/30 days) HD
<i>tolmetin sodium 200 mg tab</i>	T1	HD
<i>tolmetin sodium 400 mg cap</i>	T1	ST HD
<i>tolmetin sodium 600 mg tab</i> (Tolectin 600)	T1	ST HD

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

<i>celecoxib</i> (Celebrex)	T1	ST HD
-----------------------------	----	-------

AGENTES URICOSÚRICOS

<i>probenecid</i>	T1	HD
<i>probenecid/colchicine</i>	T1	HD

ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias)

ANTICOLINÉRGICOS, DE INHALACIÓN ORAL, ACCIÓN PROLONGADA

INCRUSE ELLIPTA	T2	QL (1 inhaler/30 days) HD
LONHALA MAGNAIR REFILL	T3	QL (60 mls/fill) HD
LONHALA MAGNAIR STARTER	T3	QL (60 mls/fill) HD
SPIRIVA HANDIHALER 18 MCG CAP (<i>tiotropium bromide</i>)	T3	QL (90 caps/30 days) HD
SPIRIVA RESPIMAT	T2	QL (1 inhaler/fill) HD
YUPELRI	T2	QL (30 vls/fill) HD

ANTICOLINÉRGICOS, DE INHALACIÓN ORAL, ACCIÓN RÁPIDA

ATROVENT HFA	T3	QL (2 inhalers/fill) HD
<i>ipratropium br 0.02% soln</i>	T1	HD

AGENTES ADRENÉRGICOS BETA

<i>albuterol 2 mg/5 ml syrup cup</i>	T1	HD
<i>albuterol 8 mg/20 ml syrup cup</i>	T1	HD
<i>albuterol sulf 2 mg/5 ml syrup</i>	T1	HD
<i>albuterol sulfate 2 mg, 4 mg tab</i>	T1	HD
<i>albuterol sulfate er 4 mg, 8 mg tab</i>	T1	HD
<i>metaproterenol sulfate</i>	T1	HD
<i>terbutaline sulfate</i>	T1	HD

AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS, ACCIÓN RÁPIDA

<i>albuterol 100 mg/20 ml soln</i>	T1	
<i>albuterol 2.5 mg/0.5 ml sol</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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
AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS, ACCIÓN RÁPIDA (cont.)		
<i>albuterol 5 mg/ml solution</i>	T1	
<i>albuterol 15 mg/3 ml solution</i>	T1	
<i>albuterol 75 mg/15 ml soln</i>	T1	
<i>albuterol hfa 90 mcg inhaler</i>	T1	QL (2 inhalers/30 days)
<i>albuterol sul 0.63 mg/3 ml sol</i>	T1	
<i>albuterol sul 1.25 mg/3 ml sol</i>	T1	
<i>albuterol sul 2.5 mg/3 ml soln</i>	T1	
<i>levalbuterol hcl (Xopenex Concentrate)</i>	T1	
<i>levalbuterol hcl (Xopenex)</i>	T1	
XOPENEX (<i>levalbuterol hcl</i>)	T3	
XOPENEX CONCENTRATE (<i>levalbuterol hcl</i>)	T3	
AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS, ACCIÓN ULTRA PROLONGADA		
STRIVERDI RESPIMAT	T2	QL (1 inhaler/30 days) HD
AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS POR VÍA ORAL, ACCIÓN PROLONGADA		
<i>arformoterol tartrate (Brovana)</i>	T1	QL (120 mls/fill) HD
BROVANA (<i>arformoterol tartrate</i>)	T3	QL (120 mls/fill) HD
<i>formoterol fumarate (Perforomist)</i>	T1	
FORMOTEROL FUMARATE-NEBULIZER	T2	QL (120 mls/30 days) HD
COMBO DE ADRENÉRGICOS BETA Y ANTICOLINÉRGICOS, INHALADOS		
ANORO ELLIPTA	T2	QL (1 inhaler/fill) HD
COMBIVENT INHALER	T2	
COMBIVENT RESPIMAT	T2	QL (2 inhalers/30 days)
SEEBRI NEOHALER 15.6MCG INHALER	T3	HD
STIOLTO RESPIMAT	T2	QL (1 inhaler/fill) HD
UTIBRON NEOHALER 27.5, 15.6MCG (PS 6)	T3	HD
UTIBRON NEOHALER 27.5, 15.6 MCG (PS 60)	T3	HD
COMBO DE ADRENÉRGICOS BETA Y GLUCOCORTICOIDES, INHALADOS		
ADVAIR HFA	T2	PA QL (1 inhaler/fill) HD
AIRSUPRA	T2	HD
BREO ELLIPTA 50-25 MCG INHALER	T2	PA QL (60 blisters/fill) HD
BREO ELLIPTA 100-25 MCG INH	T2	PA QL (60 blisters/fill) HD
BREO ELLIPTA 100-25 MCG INH	T2	PA QL (28 blisters/fill) HD
BREO ELLIPTA 200-25 MCG INH	T2	PA QL (1 inhaler/fill) HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 GLUCOCORTICOIDES, INHALADOS (cont.)		
<i>breyna 80-4.mcg, 160-4.5 mcg inhaler</i>	T1	PA
<i>budesonide-formoterol 160-4.5, 80-4.5</i>	T1	PA HD QL (1 inhaler/30 days)
DULERA 100 MCG-5 MCG INHALER	T2	PA QL (1 inhaler/fill) HD
DULERA 200 MCG-5 MCG INHALER	T2	PA QL (1 inhaler/fill) HD
DULERA 50 MCG-5 MCG INHALER	T2	PA QL (13 gms/fill) HD
<i>fluticasone propion/salmeterol (Advair Diskus)</i>	T1	PA QL (1 inhaler/30 days)
<i>fluticasone-salmeterol 100-50 (Advair Diskus)</i>	T1	PA QL (1 inhaler/fill) HD
<i>fluticasone-salmeterol 250-50 (Advair Diskus)</i>	T1	PA QL (1 inhaler/fill) HD
<i>fluticasone-salmeterol 500-50 (Advair Diskus)</i>	T1	PA QL (1 inhaler/fill) HD
SYMBICORT (<i>budesonide/formoterol fumarate</i>)	T3	PA QL (1 inhaler/30 days) HD
ADRENÉRGICOS BETA-ANTICOLINÉRGICOS-GLUCOCORT., INHALADOS		
BREZTRI AEROSPHERE	T2	QL (1 inhaler/fill)
TRELEGY ELLIPTA 100-62.5-25	T2	QL (60 blisters/fill)
TRELEGY ELLIPTA 100-62.5-25	T2	QL (28 blisters/fill)
TRELEGY ELLIPTA 200-62.5-25	T2	QL (60 blisters/fill)
TRELEGY ELLIPTA 200-62.5-25	T2	QL (28 blisters/fill)
GLUCOCORTICOIDES, PARA INHALACIÓN ORAL		
ALVESCO 80 MCG INHALER	T3	QL (1 inhaler/fill) HD
ALVESCO 160 MCG INHALER	T3	QL (2 inhalers/fill) HD
ARNUIITY ELLIPTA 50 MCG INH	T2	QL (30 blisters/30 days)
ARNUIITY ELLIPTA 100 MCG INH	T3	QL (1 inhaler/30 days)
ARNUIITY ELLIPTA 200 MCG INH	T3	QL (1 inhaler/30 days)
ASMANEX	T2	QL (1 inhaler/fill) HD
ASMANEX HFA 50 MCG INHALER	T2	QL (13 gms/fill) HD
ASMANEX HFA 100 MCG, 200 MCG INHALER	T2	QL (1 inhaler/fill) HD
<i>budesonide 1 mg/2 ml inh susp (Pulmicort)</i>	T1	QL (60 mls/fill) HD
FLOVENT 50 MCG, 100 MCG DISKUS	T2	QL (1 inhaler/fill) HD
FLOVENT 250 MCG DISKUS	T2	QL (4 inhalers/fill) HD
FLOVENT HFA 110 MCG INHALER	T2	QL (12 gms/fill) HD
FLOVENT HFA 220 MCG INHALER	T2	QL (24 gms/fill) HD
FLOVENT HFA 44 MCG INHALER	T2	QL (11 gms/fill) HD
QVAR REDHALER 40 MCG	T2	QL (11 gms/30 days)
QVAR REDHALER 80 MCG	T2	QL (22 gms/30 days)

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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
ANTAGONISTAS DE LA INTERLEUCINA-5 (IL-5), ANTICUERPOS MONOCLONALES		
NUCALA 100 MG/ML AUTO-INJECTOR	T4	PA QL (1 AUTO-INJ/28 DAYS) SP HD
NUCALA 100 MG/ML SYRINGE	T4	PA QL (1 syringe/28 days) SP HD
NUCALA 40 MG/0.4 ML SYRINGE	T4	PA QL (1 syringe/28 days) SP HD
ANTAGONISTAS ALFA DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-5 (IL-5), ANTICUERPOS MONOCLONALES		
FASENRA PEN	T4	PA QL (1 syringe/56 days) SP HD
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LEUCOTRIENOS		
ACCOLATE (<i>zafirlukast</i>)	T3	HD
<i>montelukast sodium</i> (Singulair)	T1	HD
<i>zafirlukast</i> (Accolate)	T1	HD
ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS, INHALADOS ORALMENTE		
<i>cromolyn 20 mg/2 ml neb soln</i>	T1	HD
ANTICUERPOS MONOCLONALES A LA INMUNOGLOBULINA E (IGE)		
XOLAIR 75 MG/0.5 ML AUTOINJECT	T4	PA QL (2 auto-injs/28 days) SP HD
XOLAIR 150 MG/ML AUTOINJECTOR	T4	PA QL (2 auto-injs/28 days) SP HD
XOLAIR 150 MG/1.2 ML POWDER VL	T4	PA QL (6 vls/28 days) SP HD
XOLAIR 300 MG/2 ML AUTOINJECT	T4	PA QL (2 auto-injs/28 days) SP HD
XOLAIR 300 MG/2 ML SYRINGE	T4	PA QL (2 syringes/28 days) SP HD
MUCOLÍTICOS		
<i>acetylcysteine</i>	T1	
INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA (PDE)		
<i>roflumilast 250 mcg tablet</i> (Daliresp)	T1	PA QL (30 tabs/30 days) HD
<i>roflumilast 500 mcg tablet</i> (Daliresp)	T1	PA HD
XANTINAS		
ELIXOPHYLLIN	T3	HD
THEO-24	T3	HD
<i>theophylline anhydrous</i>	T1	HD
ANTIBIÓTICOS (Medicamentos para los oídos)		
PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIBIÓTICAS		
<i>ciprofloxacin hcl</i>	T1	
CORTISPORIN-TC	T3	
<i>neomycin/polymyxin b/hydrocort</i>	T1	
<i>ofloxacin</i>	T1	
OTIPRIO	T3	QL (1 ml/fill)

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 (Medicamentos para los oídos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIBIÓTICOS ANTIINFLAMATORIOS		
<i>ciprofloxacin hcl/dexameth</i>	T1	
OTOVEL	T3	
ANTIBIÓTICOS (Condiciones oculares)		
COMBINACIONES DE ANTIBIÓTICOS PARA LOS OJOS Y GLUCOCORTICOIDES		
GATIFLOXACIN-DEXAMETHASONE	T3	
MAXITROL (<i>neomycin/polymyxin b/dexametha</i>)	T3	
<i>neomycin/bacit/p-myx/hydrocort</i>	T1	
<i>neomycin/polymyxin b/dexametha</i> (Maxitrol)	T1	
<i>neomycin/polymyxin b/hydrocort</i>	T1	
PRED-G	T3	
PREDNISOLONE ACET-MOXIFLOXACIN	T3	
PREDNISOLONE PHOS-GATIFLOXACIN	T3	
PREDNISOLONE PHOS-MOXIFLOXACIN	T3	
TOBRADEX	T3	
<i>tobramycin/dexamethasone</i>	T1	
COMBINACIONES DE ANTIBIÓTICOS PARA LOS OJOS Y AINE		
MOXIFLOXACIN-BROMFENAC	T3	
COMBINACIONES DE ANTIBIÓTICOS PARA LOS OJOS, GLUCOCORTICOIDES Y ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS		
<i>pred ph-moxi-brom 1-0.5-0.075%</i>	T1	
PRED PH-MOXI-BROM 1-0.5-0.075%	T3	
PREDNISOLONE PH-MOXIFLOX-KETOR	T3	
PREDNISOLONE ACET-GATIFLO-BROM	T3	
PREDNISOLONE AC-MOXIFLOX-BROMF	T3	
PREDNISOLONE AC-MOXIFLOX-NEPAF	T3	
PREDNISOLONE PHOS-GATIFLO-BROM	T3	
SULFONAMIDAS PARA LOS OJOS		
BLEPH-10 (<i>sulfacetamide sodium</i>)	T3	
BLEPHAMIDE S.O.P.	T3	
<i>sulfacetamide sodium</i>	T1	
<i>sulfacetamide sodium</i> (Bleph-10)	T1	
<i>sulfacetamide/prednisolone sp</i>	T1	
ANTIBIÓTICOS OFTÁLMICOS		
AZASITE	T2	
<i>bacitracin</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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 (Condiciones oculares) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS OFTÁLMICOS (cont.)		
<i>bacitracin/polymyxin b sulfate</i>	T1	
CEFUROXIME SODIUM-0.9% NACL	T3	PA
CILOXAN 0.3% EYE DROPS (<i>ciprofloxacin hcl</i>)	T3	
<i>ciprofloxacin hcl</i> (Ciloxan)	T1	
<i>erythromycin base</i>	T1	
<i>gatifloxacin</i>	T1	
<i>gentamicin 0.3% eye drop</i>	T1	
<i>gentamicin sulfate</i>	T1	
KLARITY-A(AZITHROMYCIN-CHONDR)	T3	
<i>levofloxacin</i>	T1	
<i>neomycin/bacitracin/polymyxinb</i>	T1	
<i>neomycin/polymyxn b/gramicidin</i>	T1	
OCUFLOX (<i>ofloxacin</i>)	T3	
<i>ofloxacin</i> (Ocuflax)	T1	
<i>polymyxin b sulf/trimethoprim</i> (Polytrim)	T1	
POLYTRIM (<i>polymyxin b sulf/trimethoprim</i>)	T3	
<i>tobramycin 0.3% eye drop</i> (Tobrex)	T1	
TOBREX	T3	
TOBREX (<i>tobramycin</i>)	T3	
VIGAMOX (<i>moxifloxacin hcl</i>)	T3	
ANTIBIÓTICOS (Infecciones)		
ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS DE 2.ª GENERACIÓN-ANTIBACTERIANOS		
SOLOSEC	T2	QL (1 pack/fill)
AGENTES ANTIBACTERIANOS TIPO SULFONAMIDAS ABSORBIBLES		
BACTRIM (<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>)	T3	
BACTRIM DS (<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>)	T3	
<i>sulfadiazine</i>	T1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	T1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i> (Bactrim Ds)	T1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i> (Bactrim)	T1	
ANTIBIÓTICOS AMINOGLUCÓSIDOS		
ARIKAYCE	T4	PA SP
BETHKIS (<i>tobramycin</i>)	T5	PA QL (224 mls/fill) SP HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 AMINOGLUCÓSIDOS (cont.)		
<i>gentamicin 80 mg/2 ml vial</i>	T1	PA
<i>gentamicin 800 mg/20 ml vial</i>	T1	PA
<i>gentamicin ped 20 mg/2 ml vial</i>	T1	PA
KITABIS PAK	T4	PA QL (280 mls/fill) SP HD
<i>neomycin sulfate</i>	T1	
TOBI PODHALER	T4	PA QL (224 caps/fill) SP HD
<i>tobramycin 300 mg/4 ml ampule (Bethkis)</i>	T1	PA QL (224 mls/fill) SP HD
<i>tobramycin 300 mg/5 ml ampule (Tobi)</i>	T1	PA QL (280 mls/fill) SP HD
TOBRAMYCIN PAK 300 MG/5 ML	T5	PA QL (280 mls/fill) SP HD
<i>tobramycin sulfate</i>	T1	PA
AGENTES ANTIBACTERIANOS-ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS		
FLAGYL (<i>metronidazole</i>)	T3	
<i>metronidazole 250 mg tablet</i>	T1	
<i>metronidazole 375 mg capsule (Flagyl)</i>	T1	
<i>metronidazole 500 mg tablet</i>	T1	
ANTIBIÓTICOS, ANTIBACTERIANOS, VARIOS		
<i>fosfomycin tromethamine</i>	T1	
<i>meth/meblue/sod phos/psal/hyos</i>	T1	
<i>methen/mblue/sal/sod phos/hyos</i>	T1	
<i>methenam/m.blue/salicyl/hyoscy</i> (Uribel Tabs)	T1	
<i>methenam/sod phos/mblue/hyoscy</i>	T1	
<i>methenamine hippurate</i>	T1	
<i>methenamine mandelate</i>	T1	
PRIMSOL	T3	
<i>trimethoprim</i>	T1	
TRIMPEX	T3	
URELLE	T3	
URIBEL	T3	
URIBEL TABS (<i>methenam/m.blue/salicyl/hyoscy</i>)	T3	
ANTILEPROSOS		
<i>dapsone 100 mg tablet</i>	T1	
<i>dapsone 25 mg tablet</i>	T1	
THALOMID 100 MG CAPSULE	T4	PA QL (30 caps/fill) SP HD
THALOMID 200 MG CAPSULE	T4	PA QL (60 caps/fill) SP HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

AGE – Requisito de edad

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
ANTILEPROSOS (cont.)		
THALOMID 50 MG CAPSULE	T4	PA QL (30 caps/fill) SP HD
AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS		
<i>ethambutol hcl</i>	T1	HD
<i>isoniazid</i>	T1	HD
MYCOBUTIN (<i>rifabutin</i>)	T3	HD
PASER	T3	HD
<i>pyrazinamide</i>	T1	HD
<i>rifabutin</i> (Mycobutin)	T1	HD
TRECTOR	T3	HD
ANTIBIÓTICOS ANTITUBERCULOSOS		
<i>cycloserine</i>	T1	
PRETOMANID	T3	PA
PRIFTIN	T2	
<i>rifampin</i>	T1	
SIRTURO	T4	PA SP
BETALACTAMASAS		
CAYSTON	T4	PA QL (84 mls/fill) SP HD
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 1.ª GENERACIÓN		
<i>cefadroxil</i>	T1	
<i>cephalexin</i>	T1	
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 2.ª GENERACIÓN		
<i>cefaclor</i>	T1	
<i>cefprozil</i>	T1	
<i>cefuroxime axetil</i>	T1	
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 3.ª GENERACIÓN		
<i>cefdinir</i>	T1	
<i>cefditoren pivoxil</i> (Spectracef)	T1	
<i>cefepodoxime proxetil</i>	T1	
<i>ceftriaxone sodium</i>	T1	PA
SPECTRACEF (<i>cefditoren pivoxil</i>)	T3	
ANTIBIÓTICOS LINCOSAMIDAS		
CLEOCIN HCL (<i>clindamycin hcl</i>)	T3	
CLEOCIN PEDIATRIC (<i>clindamycin palmitate hcl</i>)	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 LINCOSAMIDAS (cont.)		
<i>clindamycin hcl</i> (Cleocin Hcl)	T1	
<i>clindamycin palmitate hcl</i> (Cleocin Pediatric)	T1	
ANTIBIÓTICOS MACRÓLIDOS		
<i>azithromycin</i>	T1	
<i>azithromycin</i> (Zithromax Tri-Pak)	T1	
<i>azithromycin</i> (Zithromax)	T1	
<i>clarithromycin</i>	T1	
DIFICID 200 MG TABLET (<i>fidaxomicin</i>)	T3	QL (20 tabs/30 days)
DIFICID 40 MG/ML SUSPENSION	T3	QL (1 bottle/fill)
E.E.S. 200 (<i>erythromycin ethylsuccinate</i>)	T3	
ERYPED 200 (<i>erythromycin ethylsuccinate</i>)	T3	
ERYPED 400 (<i>erythromycin ethylsuccinate</i>)	T3	
<i>ery-tab dr 250 mg, 333 mg tablet</i>	T1	
ERY-TAB DR 500 MG TABLET (<i>erythromycin base</i>)	T3	
<i>erythromycin base</i>	T1	
<i>erythromycin base</i> (Ery-Tab)	T1	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	T1	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> (E.E.S. 200)	T1	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> (Eryped 200)	T1	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> (Eryped 400)	T1	
<i>erythromycin stearate</i>	T1	
<i>fidaxomicin</i> (Difcid)	T1	QL (20 tabs/30 days)
ZITHROMAX (<i>azithromycin</i>)	T3	
ZITHROMAX TRI-PAK (<i>azithromycin</i>)	T3	
AGENTES ANTIBACTERIANOS DERIVADOS DE NITROFURANOS		
FURADANTIN (<i>nitrofurantoin</i>)	T3	
MACROBID (<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst</i>)	T3	
<i>nitrofurantoin</i> (Furadantin)	T1	
<i>nitrofurantoin mcr 25 mg cap</i>	T1	
<i>nitrofurantoin mcr 100 mg cap</i>	T1	
<i>nitrofurantoin mcr 50 mg cap</i>	T1	
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst</i> (Macrobid)	T1	
ANTIBIÓTICOS OXAZOLIDINONAS		
<i>linezolid</i> (Zyvox)	T1	PA

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 OXAZOLIDINONAS (cont.)		
ZYVOX (<i>linezolid</i>)	T3	PA
ANTIBIÓTICOS DE PENICILINA		
<i>amoxicillin</i>	T1	
<i>amoxicillin/potassium clav</i>	T1	
<i>amoxicillin/potassium clav</i> (Augmentin Xr)	T1	
<i>amoxicillin/potassium clav</i> (Augmentin)	T1	
<i>ampicillin trihydrate</i>	T1	
AUGMENTIN 125-31.25 MG/5 ML	T2	
AUGMENTIN 250-62.5 MG/5 ML (<i>amoxicillin/potassium clav</i>)	T3	
AUGMENTIN XR (<i>amoxicillin/potassium clav</i>)	T3	
<i>dicloxacillin sodium</i>	T1	
MOXATAG	T3	
<i>penicillin v potassium</i>	T1	
DERIVADOS DE LA PLEUROMUTILINA		
XENLETA	T3	
ANTIBIÓTICOS DE QUINOLONAS		
BAXDELA	T2	QL (28 tabs/fill)
CIPRO (<i>ciprofloxacin hcl</i>)	T3	
CIPRO (<i>ciprofloxacin</i>)	T3	
<i>ciprofloxacin</i> (Cipro)	T1	
<i>ciprofloxacin hcl</i>	T1	
<i>ciprofloxacin hcl</i> (Cipro)	T1	
FACTIVE	T3	
<i>levofloxacin</i>	T1	
<i>moxifloxacin hcl</i>	T1	
<i>ofloxacin</i>	T1	
RIFAMICINAS Y ANTIBIÓTICOS DERIVADOS AFINES		
AEMCOLO	T3	QL (12 tabs/fill)
XIFAXAN 200 MG TABLET	T2	QL (9 tabs/fill)
XIFAXAN 550 MG TABLET	T2	QL (60 tabs/fill)
ANTIBIÓTICOS DE TETRACICLINA		
ACTICLATE (<i>doxycycline hyclate</i>)	T3	ST
AVIDOXY DK	T3	ST
<i>demeclocycline hcl</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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>doxycycline 25 mg/5 ml susp</i> (Vibramycin)	T1	
<i>doxycycline 50 mg tablet</i> (Targadox)	T1	ST
<i>doxycycline hyc dr 50 mg, 75 mg tab</i>	T1	ST
<i>doxycycline hyc dr 100 mg tab</i>	T1	ST
<i>doxycycline hyc dr 150 mg tab</i>	T1	ST
<i>doxycycline hyc dr 200 mg tab</i> (Doryx)	T1	ST
<i>doxycycline hyclate 100 mg cap</i>	T1	
<i>doxycycline hyclate 50 mg cap</i>	T1	
<i>doxycycline hyclate 75 mg tab</i> (Acticlate)	T1	ST
<i>doxycycline hyclate 100 mg tab</i> (Lymepak)	T1	
<i>doxycycline hyclate 150 mg tab</i> (Acticlate)	T1	ST
<i>doxycycline mono 75 mg capsule</i>	T1	
<i>doxycycline mono 100 mg cap</i>	T1	
<i>doxycycline mono 50 mg cap</i>	T1	
<i>doxycycline mono 50 mg tablet</i>	T1	
<i>doxycycline mono 75 mg tablet</i>	T1	
<i>doxycycline mono 100 mg tablet</i>	T1	
<i>doxycycline mono 150 mg cap</i>	T1	ST
<i>doxycycline mono 150 mg tablet</i>	T1	
<i>doxycycline monohydrate</i>	T1	
<i>doxycycline monohydrate</i> (Oracea)	T1	ST
LYMEPAK (<i>doxycycline hyclate</i>)	T3	
<i>minocycline hcl</i> (Solodyn)	T1	ST
<i>minocycline 100 mg capsule</i>	T1	
<i>minocycline 50 mg capsule</i>	T1	
<i>minocycline 75 mg capsule</i>	T1	
<i>minocycline hcl 100 mg tablet</i>	T1	ST
<i>minocycline hcl 50 mg, 75 mg tablet</i>	T1	ST
MINOLIRA ER	T3	ST
<i>mondoxylene nl 100 mg capsule</i>	T1	
<i>mondoxylene nl 75 mg capsule</i>	T1	ST
MORGIDOX 1X50 MG KIT	T3	ST
MORGIDOX 1X100 MG KIT	T3	ST

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 TETRACICLINA (cont.)		
MORGIDOX 2X100 MG KIT	T3	ST
<i>morgidox 50 mg capsule</i>	T1	
NUZYRA	T5	QL (30 tabs/30 days) SP
SEYSARA	T3	ST
SOLODYN (<i>minocycline hcl</i>)	T3	ST
TARGADOX (<i>doxycycline hyclate</i>)	T3	ST
<i>tetracycline 250 mg, 500 mg capsule</i>	T1	
<i>tetracycline 250 mg, 500 mg tablet</i>	T1	ST
VIBRAMYCIN	T3	ST
VIBRAMYCIN (<i>doxycycline monohydrate</i>)	T3	ST
ANTIBIÓTICOS VAGINALES		
CLEOCIN	T3	
CLEOCIN (<i>clindamycin phosphate</i>)	T3	
<i>clindamycin 2% vaginal cream (Cleocin)</i>	T1	
CLINDESSE	T3	
<i>metronidazole</i>	T1	
<i>metronidazole vaginal 0.75% gl</i>	T1	
NUVESSA	T3	
XACIATO	T3	
ANTIBIÓTICOS DE VANCOMICINA Y DERIVADOS		
VANCOCLIN HCL 125 MG CAPSULE (<i>vancomycin hcl</i>)	T3	PA QL (40 caps/fill)
VANCOCLIN HCL 250 MG CAPSULE (<i>vancomycin hcl</i>)	T3	PA QL (80 caps/fill)
<i>vancomycin 250 mg/5 ml soln</i>	T1	QL (450 mls/fill)
ANTIBIÓTICOS (Condiciones cutáneas)		
ANTIBIÓTICOS TÓPICOS Y ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS		
NEO-SYNALAR	T3	
ANTIBIÓTICOS TÓPICOS		
AKTIPAK	T3	ST
AMZEEQ	T3	ST
BENZAMYCIN (<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i>)	T3	ST
CENTANY	T3	ST QL (30 gms/fill)
CENTANY AT	T3	ST QL (1 kit/fill)
CLEOCIN T 1% LOTION (<i>clindamycin phosphate</i>)	T3	ST QL (120 mls/30 days)

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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
ANTIBIÓTICOS TÓPICOS (cont.)		
CLEOCIN T 1% PLEDGETS (<i>clindamycin phosphate</i>)	T3	ST
<i>clindacin etz 1% pledget</i> (Cleocin T)	T1	
CLINDACIN ETZ KIT	T3	ST
CLINDACIN PAC	T3	ST
<i>clindamycin ph 1% gel</i>	T1	QL (120 gms/30 days)
<i>clindamycin ph 1% solution</i>	T1	QL (120 mls/30 days)
<i>clindamycin phos 1% pledget</i> (Cleocin T)	T1	
<i>clindamycin phosp 1% lotion</i> (Cleocin T)	T1	QL (120 mls/30 days)
<i>clindamycin phosphate</i> (Evoclin)	T1	QL (100 gms/30 days)
<i>clindamycin phosphate</i> (Cleocin T)	T1	
<i>clindamycin phosphate 1% foam</i> (Evoclin)	T1	QL (100 gms/30 days)
<i>clindamycin phosphate 1% gel</i> (Clindagel)	T1	QL (150 mls/30 days)
<i>erythromycin base in ethanol</i>	T1	
<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i> (Benzamycin)	T1	
EVOCLIN (<i>clindamycin phosphate</i>)	T3	ST QL (100 gms/30 days)
<i>gentamicin 0.1% cream</i>	T1	QL (60 gms/fill)
<i>gentamicin 0.1% ointment</i>	T1	QL (60 gms/fill)
<i>mupirocin 2% cream</i>	T1	ST QL (30 gms/fill)
<i>mupirocin 2% ointment</i>	T1	QL (44 gms/fill)
<i>mupirocin 2% ointment</i>	T1	QL (1 treatment/30days)
XEPI	T3	ST QL (30 gms/fill)
SULFONAMIDAS TÓPICAS		
AVAR LS	T3	ST
AVAR-E	T3	ST
AVAR-E GREEN	T3	ST
AVAR-E LS	T3	ST
<i>mafenide acetate</i> (Sulfamylon)	T1	
PLEXION	T3	ST
ROSULA 10%-4.5% WASH	T3	ST
<i>rosula 10%-5% cloths</i>	T1	
SILVADENE (<i>silver sulfadiazine</i>)	T3	
<i>silver sulfadiazine</i> (Silvadene)	T1	
<i>sod sulface-sulf 9.8-4.8% clsr</i>	T1	ST
<i>sod sulface-sulfur 9-4.5% wash</i>	T1	ST

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SULFONAMIDAS TÓPICAS (cont.)		
<i>sod sulfacet-sulfr 9.8-4.8% pad</i>	T1	ST
<i>sod sulfacet-sulfur 10-2% clsr</i>	T1	ST
<i>sod sulfacet-sulfur 10-4% pad (Sumaxin)</i>	T1	
<i>sod sulfacet-sulfur 10-5% clsr</i>	T1	
<i>sod sulfac-sulfur 9.8-4.8% crm, lot</i>	T1	ST
<i>sss 10-5 cream</i>	T1	
<i>sss 10-5 foam</i>	T1	ST
<i>sulfacetamide-sulfur 10-2% crm</i>	T1	ST
<i>sulfacetamide-sulfur 10-5% crm</i>	T1	
<i>sulfacetamide-sulfur 10-5% lot, sus</i>	T1	ST
<i>sulfacetamide-sulfur 8-4% susp</i>	T1	ST
<i>sulfacetamide-sulfur 9-4% clsr</i>	T1	ST
SULFAMYLON 8.5% CREAM	T2	
SULFAMYLON POWDER PACKET (<i>mafenide acetate</i>)	T3	
SUMADAN	T3	ST
SUMADAN XLT	T3	ST
SUMAXIN	T3	ST
SUMAXIN (<i>sulfacetamide sodium/sulfur</i>)	T3	ST
SUMAXIN CP	T3	ST
SUMAXIN TS	T3	ST
ANTICOAGULANTES (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)		
CITRATOS COMO ANTICOAGULANTES		
ACD-A	T2	
ACD SOLUTION A	T2	
ANTICOAGULANT SODIUM CITRATE	T3	
CITRATE PHOSPHATE DEXTROSE	T2	
CRRT TRISODIUM CITRATE	T3	
TRISODIUM CITRATE CRRT	T3	
INHIBIDORES DIRECTOS DEL FACTOR XA		
ELIQUIS 2.5 MG TABLET	T2	
ELIQUIS 5 MG TABLET	T2	
ELIQUIS DVT-PE TREAT START 5MG	T2	
<i>rivaroxaban (Xarelto)</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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

ANTICOAGULANTES (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes) (cont.)

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

INHIBIDORES DIRECTOS DEL FACTOR XA (cont.)

XARELTO	T2	PA
XARELTO (rivaroxaban)	T2	

HEPARINA Y PREPARACIONES RELACIONADAS

ARIXTRA (fondaparinux sodium)	T5	SP
enoxaparin sodium (Lovenox)	T1	SP
fondaparinux sodium (Arixtra)	T1	SP
FRAGMIN	T4	SP
heparin 10,000 unit/10 ml vial	T1	
heparin 2,000 unit/2 ml vial	T1	
heparin 30,000 unit/30 ml vial	T1	
heparin 40,000 unit/4 ml vial	T1	
heparin 5,000 unit/ml carpugt	T1	
heparin 50,000 unit/10 ml vial	T1	
heparin 50,000 unit/5 ml vial	T1	
heparin sod 1,000 unit/ml vial	T1	
heparin sod 10,000 unit/ml vl	T1	
heparin sod 20,000 unit/ml vl	T1	
heparin sod 5,000 unit/0.5 ml	T1	
HEPARIN SOD 5,000 UNIT/0.5 ML	T2	
HEPARIN SOD 5,000 UNIT/0.5 ML	T3	
heparin sod 5,000 unit/ml syrg	T1	
HEPARIN SOD 5,000 UNIT/ML SYRG	T3	
heparin sod 5,000 unit/ml vial	T1	

ANTÍDOTOS (Condiciones gastrointestinales/pirosis)

ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES OPIOIDES MU, CON ACCIÓN PERIFÉRICA

MOVANTIK	T2	QL (30 tabs/fill)
RELISTOR 12 MG/0.6 ML SYRINGE	T2	ST
RELISTOR 12 MG/0.6 ML VIAL	T2	ST
RELISTOR 8 MG/0.4 ML SYRINGE	T2	ST
SYMPROIC	T2	

ANTÍDOTOS (Abuso de sustancias)

ANTAGONISTAS OPIOIDES

KLOXXADO	T2	QL (2 units/fill)
----------	----	-------------------

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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

ANTÍDOTOS (Abuso de sustancias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTAGONISTAS OPIOIDES (cont.)		
<i>naloxone 0.4 mg/ml carpuject, syringe, vial</i>	T1	
<i>naloxone 2 mg/2 ml syringe</i>	T1	
<i>naloxone 4 mg/10 ml vial</i>	T1	
<i>naloxone hcl 4 mg nasal spray (Narcan)</i>	T1	QL (2 units/fill)
<i>naltrexone hcl</i>	T1	
NARCAN (<i>naloxone hcl</i>)	T3	QL (2 units/30 days)
REXTOVY	T2	QL (2 units/30 days)
ANTIMICÓTICOS (Condiciones oculares)		
AGENTES ANTIMICÓTICOS OFTÁLMICOS		
NATACYN	T2	
ANTIMICÓTICOS (Productos femeninos)		
ANTIMICÓTICOS VAGINALES		
GYNAZOLE 1	T3	
<i>miconazole nitrate</i>	T1	
<i>terconazole</i>	T1	
ANTIMICÓTICOS (Infecciones)		
AGENTES ANTIMICÓTICOS		
ANCOBON (<i>flucytosine</i>)	T3	PA
<i>clotrimazole</i>	T1	
CRESEMBA	T2	PA
DIFLUCAN 10 MG/ML SUSPENSION (<i>fluconazole</i>)	T3	
DIFLUCAN 100 MG TABLET (<i>fluconazole</i>)	T3	
DIFLUCAN 150 MG TABLET (<i>fluconazole</i>)	T3	QL (2 tabs/episode)
DIFLUCAN 200 MG TABLET (<i>fluconazole</i>)	T3	
DIFLUCAN 40 MG/ML SUSPENSION (<i>fluconazole</i>)	T3	
DIFLUCAN 50 MG TABLET (<i>fluconazole</i>)	T3	
<i>fluconazole 10 mg/ml susp</i>	T1	
<i>fluconazole 40 mg/ml susp (Diflucan)</i>	T1	
<i>fluconazole 100 mg, 200 mg tablet</i>	T1	
<i>fluconazole 150 mg tablet (Diflucan)</i>	T1	QL (2 tabs/fill)
<i>fluconazole 50 mg tablet (Diflucan)</i>	T1	
<i>flucytosine (Ancobon)</i>	T1	
<i>itraconazole 10 mg/ml solution</i>	T1	QL (2 bottles/30 days)

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIMICÓTICOS (cont.)		
<i>itraconazole 100 mg capsule (Sporanox)</i>	T1	QL (30 caps/fill)
<i>itraconazole 100 mg/10 ml cup</i>	T1	QL (2 bottles/30 days)
<i>ketoconazole 200 mg tablet</i>	T1	
NOXAFIL	T2	PA
NOXAFIL 300 MG POWDERMIX SUSP	T3	PA
NOXAFIL 40 MG/ML SUSPENSION	T2	PA SP
ORAVIG	T3	
POSACONAZOLE 200 MG/5 ML SUSP	T2	PA
<i>posaconazole dr 100 mg tablet (Noxafil)</i>	T1	PA
SPORANOX (<i>itraconazole</i>)	T3	QL (30 caps/30 days)
<i>terbinafine hcl</i>	T1	
VFEND (<i>voriconazole</i>)	T3	PA
VIVJOA	T5	PA QL (18 caps/30 days) SP
<i>voriconazole (Vfend)</i>	T1	PA
ANTIBIÓTICOS ANTIMICÓTICOS		
BREXAFEMME	T3	ST QL (4 tabs/fill)
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	T1	
<i>griseofulvin, microsize</i>	T1	
<i>nystatin 100,000 unit/ml susp</i>	T1	
<i>nystatin 500,000 unit oral tab</i>	T1	
<i>nystatin 500,000 unit/5 ml cup</i>	T1	
ANTIMICÓTICOS (Condiciones cutáneas)		
ANTIMICÓTICO TÓPICO/ANTIINFLAMATORIO, AGENTE ESTEROIDE		
<i>clotrimazole-betamethasone crm</i>	T1	QL (90 gms/28 days)
<i>clotrimazole-betamethasone lot</i>	T1	QL (60 mls/28 days)
ANTIMICÓTICOS TÓPICOS		
<i>cicloclodan 0.77% cream (Loprox)</i>	T1	QL (90 gms/28 days)
CICLODAN 0.77% CREAM KIT	T3	
<i>cicloclodan 8% solution</i>	T1	
<i>ciclopirox 0.77% cream (Loprox)</i>	T1	QL (90 gms/28 days)
<i>ciclopirox 0.77% gel</i>	T1	QL (100 gms/28 days)
<i>ciclopirox 0.77% topical susp (Loprox)</i>	T1	QL (60 mls/28 days)
<i>ciclopirox 1% shampoo</i>	T1	QL (120 mls/28 days)

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 (Condiciones cutáneas) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIMICÓTICOS TÓPICOS (cont.)		
<i>ciclopirox 8% solution</i>	T1	
<i>econazole nitrate 1% cream</i>	T1	QL (85 gms/28 days)
EXELDERM 1% CREAM	T3	QL (60 gms/28 days)
EXELDERM 1% SOLUTION	T3	QL (60 mls/28 days)
EXTINA 2% FOAM	T3	ST QL (100 gms/28 days)
JUBLIA	T3	ST
<i>ketoconazole 2% cream</i>	T1	QL (60 gms/28 days)
<i>ketoconazole 2% foam (Extina)</i>	T1	ST QL (100 gms/28 days)
<i>ketodan 2% foam (Extina)</i>	T1	ST QL (100 gms/28 days)
<i>ketodan 2% foam kit</i>	T1	ST
LOPROX 0.77% CREAM (<i>ciclopirox olamine</i>)	T3	QL (90 gms/28 days)
LOPROX 0.77% CREAM KIT	T3	QL (544 gms/30 days)
LOPROX 0.77% SUSPENSION KIT	T3	QL (1 kit/30 days)
LOPROX 0.77% TOPICAL SUSP (<i>ciclopirox olamine</i>)	T3	QL (60 mls/28 days)
<i>naftifine hcl 1% cream</i>	T1	QL (90 gms/28 days)
<i>naftifine hcl 2% cream</i>	T1	QL (60 gms/28 days)
<i>naftifine hcl 2% gel (Naftin)</i>	T1	QL (60 gms/28 days)
NAFTIN	T3	QL (60 gms/28 days)
NAFTIN 1% GEL (<i>naftifine hcl</i>)	T3	QL (90 gms/28 days)
NAFTIN 2% GEL (<i>naftifine hcl</i>)	T3	QL (60 gms/28 days)
<i>nystatin</i>	T1	QL (180 gms/fill)
<i>nystatin 100,000 unit/gm cream</i>	T1	QL (60 gms/28 days)
<i>nystatin 100,000 unit/gm oint</i>	T1	QL (60 gms/28 days)
<i>nystatin/triamcin</i>	T1	QL (60 gms/28 days)
<i>oxiconazole nitrate</i>	T1	QL (60 gms/28 days)
<i>tavaborole</i>	T1	ST

ANTIHIISTAMÍNICOS Y DESCONGESTIVOS COMBINADOS (Alergia/rociadores nasales)

COMBINACIÓN DE ANTIHIISTAMÍNICOS DE 1.ª GENERACIÓN Y DESCONGESTIVOS

<i>phenylephrine hcl/prometh hcl</i>	T1	
--------------------------------------	----	--

COMBINACIÓN DE ANTIHIISTAMÍNICOS DE 2.ª GENERACIÓN Y DESCONGESTIVOS

CLARINEX-D 12 HOUR	T3	QL (60 tabs/fill)
--------------------	----	-------------------

ANTIHIISTAMÍNICOS - 1.ª GENERACIÓN

<i>carbinoxamine 4 mg/5 ml liquid</i>	T1	
<i>carbinoxamine maleate</i>	T1	ST

T1 – Genéricos
 T2 – Marcas preferidas
 T3 – Marcas no preferidas
 T4 – Medicamentos de especialidad preferidos
 T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos
 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

ANTIISTAMÍNICOS (Alergia/rociadores nasales)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIISTAMÍNICOS - 1.º GENERACIÓN		
carbinoxamine maleate 4 mg tab	T1	
carbinoxamine maleate 6 mg tab	T1	ST
cyproheptadine 2 mg/5 ml soln	T1	
cyproheptadine 2 mg/5 ml syrup	T1	
cyproheptadine 4 mg tablet	T1	
CYPROHEPTADINE 4 MG/10 ML SYRP	T3	
dexchlorpheniramine maleate (Ryclora)	T1	
hydroxyzine hcl	T1	
hydroxyzine hcl	T1	
hydroxyzine pamoate	T1	
hydroxyzine pamoate (Vistaril)	T1	
promethazine hcl	T1	
RYCLORA (dexchlorpheniramine maleate)	T3	
RYVENT	T3	ST
VISTARIL (hydroxyzine pamoate)	T3	
ANTIISTAMÍNICOS - 2.º GENERACIÓN		
CLARINEX D 24 HOUR TABLET	T3	
desloratadine	T1	QL (30 tabs/fill) HD
desloratadine (Clarinet)	T1	QL (30 tabs/fill) HD
ANTIISTAMÍNICOS (Condiciones oculares)		
ANTIISTAMÍNICOS PARA LOS OJOS		
azelastine hcl 0.05% drops	T1	
bepotastine besilate (Bepreve)	T1	ST
BEPREVE	T3	
epinastine hcl	T1	
LASTACFT 0.25% EYE DROPS	T3	ST
ANTIIPERGLUCÉMICOS (Diabetes)		
ANTIIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE LA ENZIMA DPP-4-TIAZOLIDINEDIONA		
OSENI	T3	ST QL (30 tabs/fill) HD
ANTIIPERGLUCÉMICOS, MIMÉTICOS DE INCRETINA (AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-I)		
ADLYXIN 10-20 MCG STARTER PACK	T3	PA HD QL (1 kit/28 days)
ADLYXIN 20 MCG MAINTENANCE PK	T3	PA HD QL (1 kit/28 days)
BYDUREON BCISE	T2	PA QL (4 auto-injs/28 days)

T1 – Genéricos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Marcas preferidas

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas no preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, MIMÉTICOS DE INCRETINA (AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-I) (cont.)		
BYDUREON PEN	T2	PA QL (4 pens/fill) HD
BYETTA	T2	PA QL (1 pen/30 days)
<i>exenatide</i>	T1	PA QL (1 pen/30 days)
<i>liraglutide 2-pak 18 mg/3 ml</i> (Victoza 2-Pak)	T1	PA
<i>liraglutide 2-pak 18 mg/3 ml</i> (Victoza 2-Pak)	T1	PA QL (2 pens/30 days)
<i>liraglutide 2-pak 18 mg/3 ml</i> (Victoza 3-Pak)	T1	PA
<i>liraglutide 2-pak 18 mg/3 ml</i> (Victoza 3-Pak)	T1	PA QL (2 pens/30 days)
<i>liraglutide 3-pak 18 mg/3 ml</i> (Victoza 2-Pak)	T1	PA
<i>liraglutide 3-pak 18 mg/3 ml</i> (Victoza 2-Pak)	T1	PA QL (3 pens/30 days)
<i>liraglutide 3-pak 18 mg/3 ml</i> (Victoza 3-Pak)	T1	PA
<i>liraglutide 3-pak 18 mg/3 ml</i> (Victoza 3-Pak)	T1	PA QL (3 pens/30 days)
OZEMPIC	T2	PA QL (1 pen/28 days) HD
RYBELSUS	T2	PA QL (30 tabs/30 days)
TRULICITY	T2	PA QL (4 pens/28 days)
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INSULINA, ACCIÓN PROLONGADA-AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-I		
SOLIQUA 100-33	T2	QL (15 mls/30 days)
ANTIHIPERGLUCÉMICOS - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE DOPAMINA		
CYCLOSET	T3	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS - COMBINACIÓN DE MIMÉTICOS DE INCRETINA		
MOUNJARO	T2	PA QL (4 pens/fill)
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE LA ALFA-GLUCOSIDASA		
<i>acarbose</i> (Precose)	T1	HD
<i>miglitol</i>	T1	HD
PRECOSE (<i>acarbose</i>)	T3	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO ANÁLOGOS DE AMILINA		
SYMLINPEN 120	T2	PA QL (7 pens/fill) HD
SYMLINPEN 60	T2	PA QL (7 pens/30 days)
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO BIGUANIDAS		
<i>metformin er 1,000 mg gastr-tb</i> (Glumetza)	T1	PA QL (60 tabs/fill) HD
<i>metformin er 500 mg gastr-tb</i> (Glumetza)	T1	PA QL (120 tabs/fill) HD
<i>metformin er 1,000 mg osm-tab</i>	T1	PA QL (60 tabs/30 days) HD
<i>metformin er 500 mg osmotic tb</i>	T1	PA QL (30 tabs/30 days) HD
<i>metformin hcl 750 mg tablet</i>	T1	ST HD
<i>metformin hcl 1,000 mg tablet</i>	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 hcl 500 mg tablet</i>	T1	HD
<i>metformin hcl 500 mg/5 ml soln (Riomet)</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
RIOMET (<i>metformin hcl</i>)	T3	ST HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE DPP-4		
JANUVIA	T2	ST QL (30 tabs/fill) HD
<i>saxagliptin hcl (Onglyza)</i>	T1	ST QL (30 tabs/30 days) HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO ESTIMULANTES DE LIBERACIÓN DE INSULINA		
<i>glimepiride 1 mg tablet</i>	T1	HD
<i>glimepiride 2 mg, 4mg tablet</i>	T1	HD
<i>glipizide</i>	T1	HD
GLUCOTROL XL (<i>glipizide</i>)	T3	HD
<i>glyburide</i>	T1	HD
<i>glyburide, micronized</i>	T1	HD
<i>glyburide, micronized (Glynase)</i>	T1	HD
GLYNASE (<i>glyburide, micronized</i>)	T3	HD
<i>nateglinide</i>	T1	HD
PRANDIN (<i>repaglinide</i>)	T3	HD
<i>repaglinide</i>	T1	HD
<i>repaglinide (Prandin)</i>	T1	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, COMB. DE INHIBIDORES DE SGLT-2 Y DPP-4		
GLYXAMBI	T2	ST QL (30 tabs/fill) HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS Y BIGUANIDAS		
ACTOPLUS MET (<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>)	T3	QL (90 tabs/30 days) HD
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	T1	QL (90 tabs/fill) HD
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl (Actoplus Met)</i>	T1	QL (90 tabs/fill) HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS Y SULFONILUREAS		
DUETACT (<i>pioglitazone-glimepiride</i>)	T3	QL (30 tabs/30 days) HD
<i>pioglitazone hcl/glimepiride (Duetact)</i>	T1	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, COMB. DE INHIBIDORES DE DPP-4 Y BIGUANIDAS		
JANUMET	T2	ST QL (60 tabs/fill) HD
JANUMET XR 50-500 MG TABLET	T2	ST QL (60 tabs/fill) HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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
ANTIPLERGLUCÉMICOS, COMB. DE INHIBIDORES DE DPP-4 Y BIGUANIDAS (cont.)		
JANUMET XR 50-1,000 MG TABLET	T2	ST QL (60 tabs/fill) HD
JANUMET XR 100-1,000 MG TABLET	T2	ST QL (30 tabs/fill) HD
saxagliptin-metformin er 5-500 (Kombiglyze Xr)	T1	ST QL (30 tabs/30 days) HD
saxagliptin-metformin er 5-1000 (Kombiglyze Xr)	T1	ST QL (30 tabs/30 days) HD
saxagliptin-metformin er 2.5-1000 (Kombiglyze Xr)	T1	ST QL (60 tabs/30 days) HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, ESTIM. DE LIBERACIÓN DE INSULINA-BIGUANIDAS		
glipizide/metformin hcl	T1	HD
glyburide/metformin hcl	T1	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS (AGONISTAS DE PPARG)		
ACTOS (pioglitazone hcl)	T3	QL (30 tabs/30 days) HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS-BLOQUEADORES DE LOS RECEPTORES DE GLUCOCORTICOIDES		
mifepristone 300 mg tablet (Korlym)	T1	PA SP
ANTIPLERGLUCÉMICOS-COMB. DE INHIBIDORES DE SGLT-2 Y BIGUANIDAS		
SYNJARDY	T2	ST QL (60 tabs/fill) HD
SYNJARDY XR 10-1,000 MG TABLET	T2	ST QL (30 tabs/fill) HD
SYNJARDY XR 12.5-1,000 MG TAB	T2	ST QL (60 tabs/fill) HD
SYNJARDY XR 25-1,000 MG TABLET	T2	ST QL (30 tabs/fill) HD
SYNJARDY XR 5-1,000 MG TABLET	T2	ST QL (60 tabs/fill) HD
XIGDUO XR 2.5 MG-1,000 MG TAB	T2	ST QL (60 tabs/fill) HD
XIGDUO XR 5 MG-500 MG TABLET	T2	ST QL (30 tabs/fill) HD
XIGDUO XR 5 MG-1,000 MG TABLET	T2	ST QL (60 tabs/fill) HD
XIGDUO XR 10 MG-1,000 MG TAB	T2	ST QL (30 tabs/fill) HD
XIGDUO XR 10 MG-500 MG TABLET	T2	ST QL (30 tabs/fill) HD
ANTIHIPERGLUCÉM.-INHIB. DEL COTRANSPORT. DE SOD./GLUC. TIPO 2 (SGLT-2)		
FARXIGA	T2	ST QL (30 tabs/30 days)
JARDIANCE	T2	ST QL (30 tabs/fill) HD
ANTIHIPERGLUCÉM.-COMB. DE INHIB. DE SGLT-2, INHIB. DE DPP-4 Y BIGUANIDAS		
TRIJARDY XR	T2	ST HD
INSULINAS		
HUMALOG 100 unit/ML CARTRIDGE	T2	HD
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	T2	HD
HUMALOG KWIKPEN U-100	T2	HD
HUMALOG KWIKPEN U-200	T2	HD
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	T2	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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
ANTIHIPLERGLUCÉMICOS, COMB. DE INHIBIDORES DE DPP-4 Y BIGUANIDAS (cont.)		
HUMALOG MIX 75-25	T2	HD
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	T2	HD
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	T2	HD
HUMULIN 70-30	T2	HD
HUMULIN N	T2	HD
HUMULIN N KWIKPEN	T2	HD
HUMULIN R	T2	HD
HUMULIN R U-500	T2	HD
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	T2	HD
INSULIN GLARGINE-YFGN	T2	HD
INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML VIAL	T2	HD
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN	T2	HD
INSULIN LISPRO KWIKPEN U-100	T2	HD
INSULIN LISPRO PROTAMINE MIX	T2	HD
LANTUS	T2	HD
LANTUS SOLOSTAR	T2	HD
LYUMJEV	T2	HD
LYUMJEV KWIKPEN U-100	T2	HD
LYUMJEV KWIKPEN U-200	T2	HD
MYXREDLIN	T3	
SEMGLEE (YFGN)	T2	HD
SEMGLEE (YFGN) PEN	T2	HD
TOUJEO MAX SOLOSTAR	T2	HD
TOUJEO SOLOSTAR	T2	HD
TRESIBA	T2	HD
TRESIBA FLEXTOUCH U-100, U-200	T2	HD
ANTIINFECCIOSOS (Productos femeninos)		
SULFONAMIDAS VAGINALES		
AVC	T3	
ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Productos femeninos)		
ANTISÉPTICOS VAGINALES		
acetic acid/oxyquinoline (Relagard)	T1	
RELAGARD (acetic acid/oxyquinoline)	T3	
TRIMO-SAN	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 (Infecciones)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS DE 2.ª GENERACIÓN-ANTIBACTERIANOS		
<i>tinidazole 250 mg tablet</i>	T1	QL (40 tabs/30 days)
<i>tinidazole 500 mg tablet</i>	T1	QL (20 tabs/30 days)
AMEBICIDAS		
HUMATIN	T3	
ANTIHELMÍNTICOS		
<i>albendazole (Albenza)</i>	T1	QL (120 tabs/30 days)
ALBENZA (<i>albendazole</i>)	T3	QL (120 tabs/30 days)
BILTRICIDE (<i>praziquantel</i>)	T3	
EMVERM	T2	QL (6 tabs/30 days)
<i>ivermectin 6 mg tablet</i>	T1	PA QL (8 tabs/30 days)
<i>praziquantel (Biltricide)</i>	T1	
STROMEKTOL (<i>ivermectin</i>)	T3	PA QL (14 tabs/30 days)
MEDICAMENTOS CONTRA LA MALARIA		
ARAKODA	T3	QL (16 tabs/fill)
<i>atovaquone-proguanil 250-100 (Malarone)</i>	T1	QL (60 tabs/180 days)
<i>atovaquone-proguanil 62.5-25 (Malarone)</i>	T1	QL (180 tabs/180 days)
<i>chloroquine phosphate</i>	T1	
COARTEM	T2	QL (24 tabs/30 days)
DARAPRIM (<i>pyrimethamine</i>)	T5	PA SP
HYDROXYCHLOROQUINE 100 MG TAB	T3	
<i>hydroxychloroquine 200 mg tab (Plaquenil)</i>	T1	
HYDROXYCHLOROQUINE 300 MG TAB	T3	
HYDROXYCHLOROQUINE 400 MG TAB	T3	
KRINTAFEL	T3	QL (2 tabs/30 days)
MALARONE 250-100 MG TABLET (<i>atovaquone/proguanil hcl</i>)	T3	QL (60 tabs/180 days)
MALARONE 62.5-25 MG PED TAB (<i>atovaquone/proguanil hcl</i>)	T3	QL (180 tabs/180 days)
<i>mefloquine hcl</i>	T1	QL (13 tabs/180 days)
PRIMAQUINE 26.3 MG TABLET	T2	QL (120 tabs/180 days)
<i>primaquine 26.3 mg tablet</i>	T1	QL (120 tabs/180 days)
<i>pyrimethamine 25 mg tablet (Daraprim)</i>	T1	PA
<i>pyrimethamine 25 mg tablet (Daraprim)</i>	T1	PA SP
<i>quinine sulfate</i>	T1	QL (42 caps/30 days)
MEDICAMENTOS ANTIPROTOZOARIOS, VARIOS		
<i>atovaquone (Mepron)</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MEDICAMENTOS ANTIPROTOZOARIOS, VARIOS (cont.)		
BENZNIDAZOLE	T2	QL (360 tabs/fill)
IMPAVIDO	T2	PA QL (84 caps/30 days)
MEPRON (<i>atovaquone</i>)	T3	
NEBUPENT (<i>pentamidine isethionate</i>)	T3	QL (1 vL/28 days)
<i>pentamidine isethionate</i> (Nebupent)	T1	QL (1 vL/28 days)
ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Varios)		
AGENTES ANTIBACTERIANOS, VARIOS		
<i>glycine urologic solution</i>	T1	
ANTISÉPTICOS, GENERALES		
ALCOHOL SWABSTICK	T3	
CVS ISOPROPYL ALCOHOL 91% SPRY	T3	
GS ISOPROPYL ALCOHOL 70% SPRAY	T3	
ISOPROPYL ALCOHOL 70% SPRAY	T3	
MEDI-FIRST ISOPROPYL ALCOHOL	T3	
AGENTES SECADORES ANTISÉPTICOS TÓPICOS		
<i>formaldehyde</i>	T1	
ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Condiciones cutáneas)		
ANTIMICÓTICOS TÓPICOS		
CICLODAN 8% KIT	T3	ST
<i>ciclopirox 8% treatment kit</i>	T1	
AGENTES INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL ANTIINFLAMATORIOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
ANTIINFLAMATORIOS INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL		
ADALIMUMAB-ADAZ (CF)	T4	PA QL (2 syringes/28 days) SP
ADALIMUMAB-ADAZ(CF) PEN	T4	PA QL (2 pens/28 days) SP
ADALIMUMAB-ADBM(CF)PEN	T4	PA QL (2 kits/28 days) SP HD
ADALIMUMAB-RYVK(CF)	T4	PA QL (2 srnge kits/28 days) SP HD
ADALIMUMAB-RYVK(CF) AI 40 MG	T4	PA QL (2 auto-injs/28 days) SP HD
CYLTEZO(CF)	T5	PA QL (2 srnge kits/28 days) SP HD
CYLTEZO(CF) PEN	T5	PA QL (2 kits/28 days) SP HD
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS	T5	PA QL (6 pens/365 days) SP HD
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV	T5	PA QL (4 pens/365 days) SP HD
ENBREL 25 MG KIT	T4	PA QL (8 vls/28 days) SP HD
ENBREL MINI	T4	PA QL SP HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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

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.)		
ENBREL SURECLICK	T4	PA QL 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
SIMLANDI(CF)	T4	PA QL (2 srnge kits/28 days) SP HD
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR	T4	PA QL (2 auto-injs/28 days) SP HD
SIMPONI 100 MG/ML PEN INJECTOR	T4	PA QL (1 pen/30 days) SP HD
SIMPONI 100 MG/ML SYRINGE	T4	PA QL (1 syringe/30 days) SP HD
SIMPONI ARIA	T5	PA SP HD

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer)

ANP - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES X RETINOIDES (RXR) SELECTIVOS

<i>bexarotene</i> (Targretin)	T1	PA SP HD CSL
-------------------------------	----	--------------

ANTINEOPLÁS., INHIBIDORES DE LA HISTONA DEACETILASA (HDAC)

FARYDAK	T3	PA QL (6 caps/fill) CSL
ZOLINZA	T4	PA QL (120 caps/fill) SP HD CSL

AGENTES ANTINEOPLÁSICOS - ALQUILANTES

ALKERAN (<i>melphalan</i>)	T5	SP CSL
<i>cyclophosphamide 25 mg capsule</i>	T1	SP HD CSL
<i>cyclophosphamide 50 mg capsule</i>	T1	SP HD CSL
CYCLOPHOSPHAMIDE 50 MG TABLET	T5	SP HD CSL
GLEOSTINE	T2	CSL
HYDREA (<i>hydroxyurea</i>)	T3	CSL
<i>hydroxyurea</i> (Hydrea)	T1	CSL
LEUKERAN	T2	CSL
MYLERAN	T2	CSL
<i>temozolomide</i>	T1	PA SP HD CSL

AGENTES ANTINEOPLÁSICOS - ANTIANDROGÉNICOS

<i>abiraterone acetate</i> (Zytiga)	T1	PA QL (120 tabs/30 days) CSL
<i>abiraterone acetate 250 mg tab</i> (Zytiga)	T1	PA QL (120 tabs/fill) SP HD CSL
<i>abiraterone acetate 500 mg tab</i> (Zytiga)	T1	PA QL (60 tabs/fill) SP HD CSL
<i>bicalutermesaamide</i> (Casodex)	T1	CSL
CASODEX (<i>bicalutamide</i>)	T3	CSL
ERLEADA 240 MG TABLET	T4	PA SP HD QL (30 tabs/30 days) CSL
EULEXIN (<i>flutamide</i>)	T3	CSL

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS - ANTIANDROGÉNICOS (cont.)		
<i>flutamide</i> (Eulexin)	T1	CSL
NILANDRON (<i>nilutamide</i>)	T3	PA CSL
<i>nilutamide</i> (Nilandron)	T1	PA CSL
NUBEQA	T4	PA QL (120 tabs/fill) SP HD CSL
XTANDI 40 MG CAPSULE	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)	T1	ST SP CSL
<i>mercaptopurine 50 mg tablet</i>	T1	CSL
<i>methotrexate 2.5 mg tablet</i>	T1	CSL
<i>methotrexate 250 mg/10 ml vial</i>	T1	
<i>methotrexate 50 mg/2 ml vial</i>	T1	
<i>methotrexate sodium/pf</i>	T1	
PURIXAN (<i>mercaptopurine</i>)	T4	ST SP CSL
TABLOID	T3	CSL
TREXALL	T3	CSL
XELODA 150 MG TABLET (<i>capecitabine</i>)	T5	PA QL (56 tabs/30days) SP HD CSL
XELODA 500 MG TABLET (<i>capecitabine</i>)	T5	PA QL (140 tabs/30days) SP HD CSL
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA AROMATASA		
<i>anastrozole</i> (Arimidex)	T1	HD PPACA CSL
AROMASIN (<i>exemestane</i>)	T3	HD CSL
<i>exemestane</i> (Aromasin)	T1	HD PPACA CSL
FEMARA (<i>letrozole</i>)	T3	HD CSL
<i>letrozole</i> (Femara)	T1	HD CSL
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA BRAF		
BRAFTOVI	T4	PA QL (180 caps/30 days) SP HD CSL
OJEMDA	T4	PA SP CSL
TAFINLAR	T4	PA QL (120 caps/fill) SP HD CSL
ZELBORAF	T4	PA QL (240 tabs/fill) SP HD CSL
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA VÍA DE HEDGEHOG		
DAURISMO 100 MG TABLET	T5	PA QL (30 tabs/fill) SP HD CSL

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 LA VÍA DE HEDGEHOG (cont.)		
DAURISMO 25 MG TABLET	T5	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	T5	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, 15 MG CAPSULE	T5	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
TAFINLAR 10 MG TABLET FOR SUSP	T4	SP PA HD QL (840ml/30 days) CSL
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA MTOR		
everolimus (Afinitor)	T1	PA QL (30 tabs/30 days) SP CSL
everolimus 2 mg tab for susp (Afinitor Disperz)	T1	PA QL (30 tabs/fill) SP CSL
everolimus 3 mg tab for susp (Afinitor Disperz)	T1	PA QL (30 tabs/fill) SP CSL
everolimus 5 mg tab for susp (Afinitor Disperz)	T1	PA QL (30 tabs/fill) SP CSL
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA PROTEÍNA METILTRANSFERASA		
TAZVERIK	T5	PA SP CSL
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA TOPOISOMERASA I		
HYCAMTIN	T4	PA SP HD CSL
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		
lenalidomide	T1	PA QL (30 caps/fill) SP HD CSL
POMALYST	T4	PA SP HD CSL
REVLIMID	T4	PA QL (30 caps/fill) SP HD CSL

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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
ANTAGONISTAS DE LHRH (GNRH) ANTINEOPLÁSICOS, SUPR. HIPOFISARIOS		
ORGOVYX	T5	PA QL (30 tabs/fill) SP CSL
ANTINEOPLÁSICOS, COMB. DE INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS		
AVMAPKI-FAKZYNJA	T4	PA 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
AYVAKIT	T5	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	T5	PA QL (56 caps/fill) SP CSL
DANZITEN	T4	PA SP CSL
dasatinib 100 mg tablet (Sprycel)	T1	PA QL (30 tabs/30 days) SP CSL
dasatinib 100 mg tablet (Sprycel)	T1	PA QL (30 tabs/30 days) SP HD CSL
dasatinib 140 mg tablet (Sprycel)	T1	PA QL (30 tabs/30 days) SP CSL
dasatinib 140 mg tablet (Sprycel)	T1	PA QL (30 tabs/30 days) SP HD CSL
dasatinib 20 mg tablet (Sprycel)	T1	PA QL (90 tabs/30 days) SP CSL
dasatinib 20 mg tablet (Sprycel)	T1	PA QL (90 tabs/30 days) SP HD CSL
dasatinib 50 mg tablet (Sprycel)	T1	PA QL (30 tabs/30 days) SP CSL
dasatinib 50 mg tablet (Sprycel)	T1	PA QL (30 tabs/30 days) SP HD CSL
dasatinib 70 mg tablet (Sprycel)	T1	PA QL (60 tabs/30 days) SP CSL
dasatinib 70 mg tablet (Sprycel)	T1	PA QL (60 tabs/30 days) SP HD CSL

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSICOS, INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS (cont.)		
<i>dasatinib 80 mg tablet (Sprycel)</i>	T1	PA QL (30 tabs/30 days) SP CSL
<i>dasatinib 80 mg tablet (Sprycel)</i>	T1	PA QL (30 tabs/30 days) SP HD CSL
ENSACOVE	T4	PA SP CSL
<i>erlotinib hcl 25 mg tablet</i>	T1	PA QL (60 tabs/30 days) SP HD CSL
<i>erlotinib hcl 100 mg tablet</i>	T1	PA QL (30 tabs/30 days) SP HD CSL
<i>erlotinib hcl 150 mg tablet</i>	T1	PA QL (30 tabs/30 days) SP HD CSL
FRUZAQLA	T4	PA SP CSL
GAVRETO	T4	PA QL (120 caps/30 days) SP CSL
GILOTRIF	T4	PA QL (30 tabs/fill) SP HD CSL
IBRANCE	T4	PA QL (21 tabs/caps/30 days) SP HD CSL
IBTROZI	T4	PA SP CSL
ICLUSIG	T4	PA QL (30 tabs/fill) SP CSL
IWILFIN	T4	PA 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 70 MG/ML SUSPENSION	T4	PA QL (3 bottles/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
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>)	T5	PA QL (30 tabs/30 days) SP HD CSL
KISQALI	T5	PA QL (1 pack/1 time) CSL
KISQALI FEMARA CO-PACK	T5	PA QL (1 PACK/28 DAYS) CSL
LAZCLUZE	T5	PA SP CSL
<i>lapatinib ditosylate (Tykerb)</i>	T1	PA QL (180 tabs/fill) SP HD CSL
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	T4	PA QL (30 caps/fill) SP HD CSL
LENVIMA 12 MG DAILY DOSE	T4	PA QL (90 caps/fill) SP HD CSL
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	T4	PA QL (60 caps/fill) SP HD CSL
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	T4	PA QL (90 caps/fill) SP HD CSL
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	T4	PA QL (60 caps/fill) SP HD CSL
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	T4	PA QL (90 caps/fill) SP HD CSL
LENVIMA 4 MG CAPSULE	T4	PA QL (30 caps/fill) SP HD CSL

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSICOS, INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS (cont.)		
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>)	T5	PA QL (120 tabs/fill) SP HD CSL
<i>nilotinib 150 mg capsule</i> (Tasigna)	T1	PA QL (112 caps/30 days) SP HD CSL
<i>nilotinib 200 mg capsule</i> (Tasigna)	T1	PA QL (112 caps/30 days) SP HD CSL
<i>nilotinib 50 mg capsule</i> (Tasigna)	T1	PA QL (120 caps/30 days) SP HD CSL
NINLARO	T4	PA QL (3 caps/fill) SP HD CSL
OGSIVEO	T5	PA SP CSL
<i>pazopanib hcl</i> (Votrient)	T1	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	T5	PA QL (90 tabs/fill) SP HD CSL
RETEVMO 80 MG CAPSULE	T5	PA QL (60 tabs/fill) SP HD CSL
RETEVMO 120 MG TABLET	T5	PA QL (60 tabs/fill) SP HD CSL
RETEVMO 160 MG TABLET	T5	PA QL (60 tabs/fill) SP HD CSL
REVUFORJ	T4	PA SP CSL
ROMVIMZA	T5	PA QL (8 caps/fill) SP CSL
ROZLYTREK 100 MG CAPSULE	T4	PA QL (30 caps/fill) SP HD CSL
ROZLYTREK 200 MG CAPSULE	T4	PA QL (90 caps/fill) SP HD CSL
ROZLYTREK 50 MG PELLET PACKET	T4	PA QL (42 packs/fill) SP HD CSL
RYDAPT	T4	PA QL (224 caps/fill) SP HD CSL
SCEMBLIX 20 MG TABLET	T4	PA QL (600 tabs/30 days) SP CSL
SCEMBLIX 40 MG TABLET	T4	PA QL (300 tabs/30 days) SP CSL
SCEMBLIX 100 MG TABLET	T4	PA QL (120 tabs/fill) SP CSL
<i>sorafenib tosylate</i> (Nexavar)	T1	PA QL (120 tabs/fill) SP HD CSL
STIVARGA	T4	PA QL (84 tabs/fill) SP HD CSL
<i>sunitinib malate 12.5 mg cap</i> (Sutent)	T1	PA QL (90 caps/fill) SP HD CSL
<i>sunitinib malate 25 mg capsule</i> (Sutent)	T1	PA QL (30 caps/fill) SP HD CSL
<i>sunitinib malate 37.5 mg cap</i> (Sutent)	T1	PA QL (30 caps/fill) SP HD CSL
<i>sunitinib malate 50 mg capsule</i> (Sutent)	T1	PA QL (30 caps/fill) SP HD CSL

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSICOS, INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS (cont.)		
SUTENT 12.5 MG CAPSULE (<i>sunitinib malate</i>)	T5	PA QL (90 caps/fill) SP HD CSL
SUTENT 25 MG CAPSULE (<i>sunitinib malate</i>)	T5	PA QL (30 caps/fill) SP HD CSL
SUTENT 37.5 MG CAPSULE (<i>sunitinib malate</i>)	T5	PA QL (30 caps/fill) SP HD CSL
SUTENT 50 MG CAPSULE (<i>sunitinib malate</i>)	T5	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 0.1 MG CAPSULE	T4	PA QL (30 caps/fill) SP CSL
TALZENNA 0.1 MG SOFTGEL	T4	PA QL (30 caps/fill) SP CSL
TALZENNA 0.25 MG CAPSULE	T4	PA QL (30 caps/30 days) SP CSL
TALZENNA 0.25 MG SOFTGEL	T4	PA QL (30 caps/30 days) SP CSL
TALZENNA 0.35 MG CAPSULE	T4	PA QL (30 caps/fill) SP CSL
TALZENNA 0.35 MG SOFTGEL	T4	PA QL (30 caps/fill) SP CSL
TALZENNA 0.5 MG CAPSULE	T4	PA QL (30 caps/30 days) SP CSL
TALZENNA 0.5 MG SOFTGEL	T4	PA QL (30 caps/30 days) SP CSL
TALZENNA 0.75 MG CAPSULE	T4	PA QL (30 caps/30 days) SP CSL
TALZENNA 0.75 MG SOFTGEL	T4	PA QL (30 caps/30 days) SP CSL
TALZENNA 1 MG CAPSULE	T4	PA QL (30 caps/30 days) SP CSL
TALZENNA 1 MG SOFTGEL	T4	PA QL (30 caps/30 days) SP CSL
TASIGNA 50 MG CAPSULE (<i>nilotinib hcl</i>)	T5	PA QL (120 caps/30 days) SP HD CSL
TASIGNA 150 MG CAPSULE (<i>nilotinib hcl</i>)	T5	PA QL (112 caps/30 days) SP HD CSL
TASIGNA 200 MG CAPSULE (<i>nilotinib hcl</i>)	T5	PA QL (112 caps/30 days) SP HD CSL
TRUQAP	T4	PA SP CSL
TUKYSA 50 MG TABLET	T5	PA QL (300 tabs/fill) SP CSL
TUKYSA 150 MG TABLET	T5	PA QL (120 tabs/fill) SP CSL
TURALIO	T5	PA QL (120 caps/fill) SP CSL
VERZENIO	T4	PA QL (60 tabs/fill) SP HD CSL
VITRAKVI 100 MG CAPSULE	T4	PA QL (60 caps/fill) SP HD CSL
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION	T4	PA QL (300 mls/fill) SP HD CSL
VITRAKVI 25 MG CAPSULE	T4	PA QL (180 caps/fill) SP HD CSL
VIZIMPRO	T4	PA QL (30 tabs/fill) SP HD CSL
VONJO	T4	PA QL (120 caps/fill) SP CSL
VOTRIENT (<i>pazopanib hcl</i>)	T5	PA QL (120 tabs/30 days) SP HD CSL
XALKORI 200MG, 250 MG CAPSULE	T4	PA QL (60 caps/30 days) SP HD CSL
XALKORI 20MG PELLET	T4	PA QL (120 caps/fill) SP HD CSL

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
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
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	T5	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	T5	PA SP CSL
ANTINEOPLÁSICOS, VARIOS		
<i>etoposide</i>	T1	SP HD CSL
LYSODREN	T2	CSL
MATULANE	T4	SP CSL
<i>tretinoin 10 mg capsule</i>	T1	CSL
INMUNOMODULADORES		
ACTIMMUNE	T4	PA SP HD
MODULADORES SELECTIVOS DE RECEPTORES ESTROGÉNICOS (SERM)		
FARESTON (<i>toremifene citrate</i>)	T3	HD CSL
SOLTAMOX	T3	HD PPACA CSL
<i>tamoxifen citrate</i>	T1	HD PPACA CSL
<i>toremifene citrate</i> (Fareston)	T1	HD CSL
ANTINEOPLÁSICOS ESTEROIDES		
<i>megestrol 20 mg tablet</i>	T1	CSL
<i>megestrol 40 mg tablet</i>	T1	CSL

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 (Condiciones cutáneas)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSICOS TÓPICOS FOTOACT., LESIONES PREMALIGNAS		
LEVULAN	T5	SP
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS TÓPICOS PARA LESIONES PREMALIGNAS		
<i>bexarotene 1% gel (Targretin)</i>	T1	PA SP HD
<i>diclofenac sodium 3% gel</i>	T1	PA QL (100 gms/28 days)
EFUDEX (<i>fluorouracil</i>)	T3	
FLUOROPLEX	T3	
<i>fluorouracil 2% topical soln</i>	T1	
<i>fluorouracil 5% cream (Efudex)</i>	T1	
<i>fluorouracil 5% topical soln</i>	T1	
PANRETIN	T5	PA SP HD
TARGRETIN 1% GEL (<i>bexarotene</i>)	T5	PA SP HD
VALCHLOR	T4	PA SP HD
MEDICAMENTOS CONTRA LA OBESIDAD (Control del peso)		
ANOREXÍGENOS CONTRA LA OBESIDAD		
ADIPEX-P (<i>phentermine hcl</i>)	T3	PA QL (30 tabs/30 days)
<i>benzphetamine hcl</i>	T1	PA QL (90 tabs/fill)
<i>diethylpropion hcl</i>	T1	PA QL (90 tabs/fill)
<i>diethylpropion hcl</i>	T1	PA QL (30 tabs/fill)
LOMAIRA	T3	PA QL (90 tabs/fill)
<i>phendimetrazine tartrate</i>	T1	PA QL (30 caps/fill)
<i>phendimetrazine tartrate</i>	T1	PA QL (180 tabs/fill)
<i>phentermine 15 mg, 30 mg capsule</i>	T1	PA QL (30 caps/fill)
<i>phentermine 37.5 mg capsule</i>	T1	PA QL (30 caps/30 days)
<i>phentermine 37.5 mg tablet (Adipex-P)</i>	T1	PA QL (30 tabs/fill)
<i>phentermine 8 mg tablet</i>	T1	PA QL (90 tabs/30 days)
<i>phentermine/topiramate (Qsymia)</i>	T1	PA QL (30 caps/30 days)
QSYMIA (<i>phentermine/topiramate</i>)	T3	PA QL (30 caps/30 days)
COMBINACIÓN DE MIMÉTICOS DE INCRETINA CONTRA LA OBESIDAD		
ZEPBOUND 2.5 MG/0.5 ML PEN	T2	PA QL (2 mls/28 days)
ZEPBOUND 2.5 MG/0.5 ML VIAL	T3	PA QL (2 mls/28 days)
ZEPBOUND 5 MG/0.5 ML PEN	T2	PA QL (2 mls/28 days)
ZEPBOUND 5 MG/0.5 ML VIAL	T3	PA QL (2 mls/28 days)
ZEPBOUND 7.5 MG/0.5 ML PEN	T2	PA QL (2 mls/28 days)
ZEPBOUND 7.5 MG/0.5 ML VIAL	T3	PA QL (2 mls/28 days)

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 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 10 MG/0.5 ML PEN	T2	PA QL (2 mls/28 days)
ZEPBOUND 10 MG/0.5 ML VIAL	T3	PA QL (2 mls/28 days)
ZEPBOUND 12.5 MG/0.5 ML PEN	T2	PA QL (2 mls/28 days)
ZEPBOUND 12.5 MG/0.5 ML VIAL	T3	PA QL (2 mls/28 days)
ZEPBOUND 15 MG/0.5 ML PEN	T2	PA QL (2 mls/28 days)
ZEPBOUND 15 MG/0.5 ML VIAL	T3	PA QL (2 mls/28 days)
AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA MELANOCORTINA 4 CONTRA LA OBESIDAD		
IMCIVREE	T5	PA QL (6 mls/30 days) SP
AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DEL PÉPTIDO SIMILAR AL GLUCAGÓN TIPO I CONTRA LA OBESIDAD		
<i>liraglutide 18 mg/3 ml pen (Saxenda)</i>	T1	PA QL (5 pens/30 days)
<i>liraglutide 5-pak 18 mg/3 ml (Saxenda)</i>	T1	PA QL (5 pens/30 days)
SAXENDA (<i>liraglutide</i>)	T3	PA QL (5 pens/30 days)
WEGOVY 0.25 MG/0.5 ML PEN	T2	PA QL (8 pens/year)
WEGOVY 0.5 MG/0.5 ML PEN	T2	PA QL (8 pens/year)
WEGOVY 1 MG/0.5 ML PEN	T2	PA QL (8 pens/year)
WEGOVY 1.7 MG/0.75 ML PEN	T2	PA QL (8 pens/year)
WEGOVY 2.4 MG/0.75 ML PEN	T2	PA QL (4 pens/28 days)
AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA SEROTONINA 2C CONTRA LA OBESIDAD		
BELVIQ	T3	PA
BELVIQ XR	T3	PA
ANTAG. OPIOIDES-INHIB. DE LA RECAPT. DE NOREPINEFRINA Y DOPAMINA CONTRA LA OBESIDAD		
CONTRAVE	T3	PA QL (120 tabs/fill)
AGENTES QUE REDUCEN LA ABSORCIÓN DE GRASAS		
ORLISTAT	T3	PA QL (90 caps/fill)
XENICAL	T3	PA QL (90 caps/fill)
ANTIPARASITARIOS (Condiciones oculares)		
ANTIPARASITARIOS OFTÁLMICOS (DE LOS OJOS)		
XDEMY	T4	QL (10 mgs/30 days) SP
ANTIPARASITARIOS (Infecciones)		
ANTIPARASITARIOS		
ALINIA 100 MG/5 ML SUSPENSION	T2	QL (180 mls/30 days)
ANTIPARASITARIOS TÓPICOS		
<i>crotamiton</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

ANTIPARASITARIOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIPARASITARIOS TÓPICOS (cont.)		
ELIMITE (<i>permethrin</i>)	T3	
EURAX	T3	
<i>permethrin</i> (Elimite)	T1	
<i>spinosad</i> (Natroba)	T1	
ULESFIA	T3	
MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS (Enfermedad de Parkinson)		
MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, ANTICOLINÉRGICOS		
<i>benztropine mesylate</i>	T1	HD
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	T1	HD
MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, OTROS		
<i>amantadine hcl</i>	T1	HD
<i>apomorphine hcl</i>	T1	PA QL (30 mls/30 days) SP
AZILECT (<i>rasagiline mesylate</i>)	T3	ST HD
<i>bromocriptine mesylate</i>	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa</i>	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa</i> (Sinemet)	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i>	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i> (Stalevo 100)	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i>	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i> (Stalevo 75)	T1	HD
CREXONT	T3	ST HD
DUOPA	T5	PA SP HD
<i>entacapone</i>	T1	HD
INBRIJA	T4	PA QL (300 caps/fill) SP HD
KYNMOBI	T2	PA QL (150 films/30 days) HD
NEUPRO	T3	HD
NOURIANZ	T5	PA QL (30 tabs/fill) SP HD
ONGENTYS	T3	PA QL (30 caps/30 days) HD
<i>pramipexole di-hcl</i>	T1	HD
<i>rasagiline mesylate</i> (Azilect)	T1	HD
<i>ropinirole hcl</i>	T1	HD
RYTARY	T3	ST HD
<i>selegiline hcl</i>	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 ANTIPARKINSONIANOS (Enfermedad de Parkinson) (cont.)

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

MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, OTROS (cont.)

SINEMET (<i>carbidopa/levodopa</i>)	T3	HD
STALEVO 75 (<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i>)	T3	HD
STALEVO 100 (<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i>)	T3	HD
TASMAR (<i>tolcapone</i>)	T3	PA HD
<i>tolcapone</i> (Tasmar)	T1	PA HD

INHIBIDORES DE LA DESCARBOXILASA

<i>carbidopa</i> (Lodosyn)	T1	PA
LODOSYN (<i>carbidopa</i>)	T3	PA

MEDICAMENTOS ANTIPLAQUETARIOS (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)

INHIBIDORES DE LA AGRUPACIÓN PLAQUETARIA

ASPIRIN-OMEPRazole	T3	PA HD
<i>aspirin/dipyridamole</i>	T1	HD
BRILINTA (<i>ticagrelor</i>)	T3	ST HD
<i>cilostazol</i>	T1	HD
<i>clopidogrel bisulfate</i>	T1	HD
<i>clopidogrel bisulfate</i> (Plavix)	T1	HD
<i>dipyridamole</i>	T1	HD
EFFIENT (<i>prasugrel hcl</i>)	T3	HD
<i>prasugrel hcl</i> (Effient)	T1	HD
<i>ticagrelor</i> (Brilinta)	T1	HD
ZONTIVITY	T3	PA HD

AGENTES REDUCTORES DE PLAQUETAS

AGRYLIN (<i>anagrelide hcl</i>)	T3	
<i>anagrelide hcl</i>	T1	
<i>anagrelide hcl</i> (Agrylin)	T1	

ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH)

ANTIRRETROVIRALES - INHIBIDORES DE LA CÁPSIDE

SUNLENCA	T5	PA SP
YEZTUGO	T4	SP

ANTIRRETROVIRALES-COMB. DE INHIBIDORES DE LA INTEGRASA Y NNRTI

JULUCA	T4	SP
DOVATO	T4	SP
TRIUMEQ	T4	SP
TRIUMEQ PD	T4	SP

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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
ANTIRRETROVIRALES-NUCLEÓSIDOS, NUCLEÓTIDOS, INHIB. DE LA PROTEASA		
SYMITUZA	T4	SP
ANTIVÍRICOS, ESPEC. PARA VIH, INHIB. DE LA PROTEASA NO PEPTÍDICOS		
APTIVUS	T4	SP
darunavir (Prezista)	T1	SP
PREZISTA 600MG, 800MG TABLET (<i>darunavir</i>)	T5	SP
ANTIVÍRICOS, ESPEC. PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS-NUCLEÓTIDOS		
CIMDUO	T4	SP
DESCOVY	T4	SP
emtricitabine-tenofovir 100-150mg (Truvada)	T1	SP
emtricitabine-tenofovir 133-200mg (Truvada)	T1	SP
emtricitabine-tenofovir 167-250mg (Truvada)	T1	SP
emtricitabine-tenofovir 200-300mg (Truvada)	T1	SP PPACA
TEMIXYS	T4	SP
ANTIVÍRICOS, ESPEC. PARA VIH, COMB. ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS, RTI		
abacavir sulfate/lamivudine (Epzicom)	T1	SP
COMBIVIR (<i>lamivudine/zidovudine</i>)	T5	SP
EPZICOM (<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>)	T5	SP
lamivudine/zidovudine (Combivir)	T1	SP
ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, ANTAG. DEL CO-RECEPTOR CCR5		
maraviroc (Selzentry)	T1	SP
SELZENTRY 20 MG/ML ORAL SOLN	T4	SP
SELZENTRY 150 MG TABLET (<i>maraviroc</i>)	T5	SP
SELZENTRY 300 MG TABLET (<i>maraviroc</i>)	T5	SP
ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA FUSIÓN		
FUZEON	T4	PA QL (60 vials/30 days) SP
ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, NO NUCLEÓSIDOS, RTI		
EDURANT	T4	SP
EDURANT PED	T4	SP
efavirenz (Sustiva)	T1	SP
etravirine (Intelence)	T1	SP
INTELENCE 25 MG TABLET	T4	SP
INTELENCE 100 MG TABLET (<i>etravirine</i>)	T5	SP
INTELENCE 200 MG TABLET (<i>etravirine</i>)	T5	SP
nevirapine	T1	SP

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
PIFELTRO	T4	SP
SUSTIVA (<i>efavirenz</i>)	T5	SP
ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS, RTI		
<i>abacavir sulfate</i>	T1	SP
<i>abacavir sulfate</i> (Ziagen)	T1	SP
<i>didanosine</i>	T1	SP
<i>emtricitabine</i> (Emtriva)	T1	SP
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	T4	SP
EMTRIVA 200 MG CAPSULE (<i>emtricitabine</i>)	T5	SP
EPIVIR (<i>lamivudine</i>)	T5	SP
<i>lamivudine</i> (EpiVir)	T1	SP
RETROVIR (<i>zidovudine</i>)	T5	SP
<i>stavudine</i>	T1	SP
ZIAGEN (<i>abacavir sulfate</i>)	T5	SP
<i>zidovudine</i>	T1	SP
<i>zidovudine</i> (Retrovir)	T1	SP
ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓTIDOS, RTI		
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> (Viread)	T1	SP
VIREAD 150 MG TABLET	T4	SP
VIREAD 200 MG TABLET	T4	SP
VIREAD 250 MG TABLET	T4	SP
VIREAD 300 MG TABLET (<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>)	T5	SP
VIREAD POWDER	T4	SP
ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, COMB. DE INHIBIDORES DE LA PROTEASA		
KALETRA	T5	SP
<i>lopinavir/ritonavir</i>	T1	SP
ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA PROTEASA		
<i>atazanavir sulfate</i> (Reyataz)	T1	SP
EVOTAZ	T5	SP
<i>fosamprenavir calcium</i>	T1	SP
NORVIR 100 MG POWDER PACKET	T4	SP
NORVIR 100 MG TABLET (<i>ritonavir</i>)	T5	SP
REYATAZ 150 MG CAPSULE (<i>atazanavir sulfate</i>)	T5	SP
REYATAZ 200 MG CAPSULE (<i>atazanavir sulfate</i>)	T5	SP

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
REYATAZ 300 MG CAPSULE (<i>atazanavir sulfate</i>)	T5	SP
REYATAZ 50 MG POWDER PACKET	T4	SP
<i>ritonavir</i> (Norvir)	T1	SP
VIRACEPT	T4	SP
ANTIVÍRICOS, INHIBIDORES DE LA TRANSFERENCIA DE CADENA DE LA INTEGRASA DEL VIH-1		
APREUDE	T4	SP PPACA
ISENTRESS	T4	SP
ISENTRESS HD	T4	SP
TIVICAY	T4	SP
TIVICAY PD	T4	SP
ANTIRRETROV., COMB. DE NUCLEÓSIDOS, NUCLEÓTIDOS Y RTI NO NUCLEÓSIDOS		
DELSTRIGO	T4	SP
<i>efavirenz/emtricit/tenofovr df</i> (Complera)	T1	SP
<i>efavirenz/lamivu/tenofov disop</i> (Symfi Lo)	T1	SP
<i>efavirenz/lamivu/tenofov disop</i> (Symfi)	T1	SP
<i>emtricit/rilpivirine/tenof df</i>	T1	SP
ODEFSEY	T4	SP
SYMFI (<i>efavirenz/lamivu/tenofov disop</i>)	T4	SP
SYMFI LO (<i>efavirenz/lamivu/tenofov disop</i>)	T4	SP
ANTIRRETROV.-NUCLEÓSIDOS, RTI NUCLEÓTIDOS, INHIBIDORES DE LA INTEGRASA		
BIKTARVY	T4	SP
GENVOYA	T4	SP
ANTIVÍRICOS (Condiciones oculares)		
ANTIVÍRICOS PARA LOS OJOS		
<i>trifluridine</i>	T1	
ZIRGAN	T3	
ANTIVÍRICOS (Infecciones)		
ANTIVÍRICO - INHIBIDOR DE LA PROTEASA PRINCIPAL (MPRO)		
PAXLOVID 150-100 MG (MODERATE)	T2	QL (20 tabs/180 days)
PAXLOVID 300/150-100MG(SEVERE)	T2	
ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTIVÍRICOS		
BEYFORTUS	T2	PPACA

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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		
<i>acyclovir 200 mg capsule</i>	T1	
<i>acyclovir 200 mg/5 ml susp cup</i>	T1	
<i>acyclovir 800 mg/20ml susp cup</i>	T1	
<i>acyclovir 200 mg/5 ml susp (Zovirax)</i>	T1	
<i>acyclovir 400 mg tablet</i>	T1	
<i>acyclovir 800 mg tablet</i>	T1	
<i>famciclovir 125 mg tablet</i>	T1	QL (21 tabs/fill)
<i>famciclovir 250 mg tablet</i>	T1	QL (60 tabs/fill)
<i>famciclovir 500 mg tablet</i>	T1	QL (21 tabs/fill)
FLUMADINE (<i>rimantadine hcl</i>)	T3	
LIVTENCITY	T5	PA QL (112 tabs/28 days) SP
<i>oseltamivir 6 mg/ml suspension (Tamiflu)</i>	T1	QL (180ml/30 days)
<i>oseltamivir phos 30 mg capsule (Tamiflu)</i>	T1	QL (20 caps/30 days)
<i>oseltamivir phos 45 mg capsule (Tamiflu)</i>	T1	QL (10 caps/30 days)
<i>oseltamivir phos 75 mg capsule (Tamiflu)</i>	T1	QL (10 caps/30 days)
PREVYMIS 120 MG PELLET PACKET	T4	SP
PREVYMIS 20 MG PELLET PACKET	T4	SP
PREVYMIS 240 MG TABLET	T4	QL (30 tabs/28 days) SP HD
PREVYMIS 480 MG TABLET	T4	QL (30 tabs/28 days) SP HD
RELENZA 5MG	T3	QL (20 blisters/10 days)
<i>rimantadine hcl (Flumadine)</i>	T1	
SITAVIG	T3	PA QL (2 tabs/30 days)
TAMIFLU 30 MG CAPSULE (<i>oseltamivir phosphate</i>)	T3	QL (20 caps/fill)
TAMIFLU 45 MG CAPSULE (<i>oseltamivir phosphate</i>)	T3	QL (10 caps/fill)
TAMIFLU 75 MG CAPSULE (<i>oseltamivir phosphate</i>)	T3	QL (10 caps/fill)
TAMIFLU 6 MG/ML SUSPENSION (<i>oseltamivir phosphate</i>)	T3	QL (180 mls/fill)
<i>valacyclovir hcl (Valtrex)</i>	T1	QL (30 tabs/fill)
VALCYTE (<i>valganciclovir hcl</i>)	T3	
<i>valganciclovir hcl (Valcyte)</i>	T1	
XOFLUZA	T3	QL (1 tab/fill)
ZOVIRAX 200 MG/5 ML SUSP (<i>acyclovir</i>)	T3	
ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTIVÍRICOS		
ENFLONSA	T2	PPACA

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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

ANTIVÍRICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
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 QL (28 pkts/28 days) SP HD
EPCLUSA 400 MG-100 MG TABLET	T4	PA QL (28 tabs/fill) SP HD
HARVONI 33.75-150 MG PELLET PK	T4	PA QL (28 packs/fill) SP HD
HARVONI 45-200 MG PELLET PACKT	T4	PA QL (56 packs/fill) SP HD
HARVONI 45-200 MG TABLET	T4	PA QL (56 tabs/fill) SP HD
HARVONI 90-400 MG TABLET	T4	PA QL (>= 18 yo 28 tabs/fill) SP HD
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS B		
<i>adefovir dipivoxil</i>	T1	SP HD
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION	T4	SP HD
<i>entecavir</i> (Baraclude)	T1	SP HD
<i>lamivudine</i>	T1	SP
VEMLIDY	T4	SP HD
PEGASYS 180MCG/0.5ML SYRINGE KIT	T4	SP HD
PEGASYS PROCLICK 180MCG/0.5ML	T4	SP HD
<i>ribasphere 200 mg capsule</i>	T1	ST SP HD
<i>ribasphere 600 mg tablet</i>	T1	ST SP
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C		
<i>ribavirin</i>	T1	PA SP HD
VIRUS DE LA HEPATITIS C - COMB. DE INHIB. DE NS5A Y NS3/4A		
ZEPATIER	T4	PA QL (28 tabs/fill) SP HD
ANTIVÍRICOS (Condiciones cutáneas)		
ANTIVÍRICOS TÓPICOS		
<i>acyclovir 5% cream</i> (Zovirax)	T1	PA QL (5 gms/fill)
<i>acyclovir 5% ointment</i> (Zovirax)	T1	PA QL (30 gms/fill)
DENAVIR	T3	
<i>penciclovir</i>	T1	
ZOVIRAX 5% CREAM (<i>acyclovir</i>)	T3	PA QL (5 gms/fill)

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Enfermedad de Alzheimer)

INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA

ADLARITY	T3	ST HD
ARICEPT (donepezil hcl)	T3	ST HD
donepezil hcl	T1	HD
donepezil hcl 10 mg tablet (Aricept)	T1	HD
donepezil hcl 23 mg tablet (Aricept)	T1	ST HD
donepezil hcl 5 mg tablet (Aricept)	T1	HD
EXELON (rivastigmine)	T3	ST HD
galantamine hbr	T1	HD
galantamine hbr (Razadyne Er)	T1	HD
pyridostigmine 60 mg/5 ml soln (Mestinon)	T1	HD
PYRIDOSTIGMINE BR 30 MG TABLET	T3	HD
PYRIDOSTIGMINE ER 105 MG TAB	T3	
pyridostigmine br 60 mg tablet (Mestinon)	T1	HD
pyridostigmine er 180 mg tab (Mestinon)	T1	HD
RAZADYNE ER (galantamine hbr)	T3	ST HD
rivastigmine (Exelon)	T1	HD
rivastigmine tartrate	T1	HD

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

ADRENÉRGICOS, AROMÁTICOS, SIN CATECOLAMINAS

ADZENYS XR-ODT	T3	ST
----------------	----	----

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 (Trastorno de déficit de atención e hiperactividad)⁹

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ADRENÉRGICOS, AROMÁTICOS, SIN CATECOLAMINAS		
<i>amphetamine sulfate</i> (Evekeo)	T1	
DESOXYN (<i>methamphetamine hcl</i>)	T3	
DEXEDRINE (<i>dextroamphetamine sulfate</i>)	T3	ST
<i>dextroamphetamine sulfate</i>	T1	
<i>dextroamphetamine sulfate</i> (Dexedrine)	T1	
<i>dextroamphetamine sulfate</i> (Zenzedi)	T1	
<i>dextroamphetamine/amphetamine</i> (Adderall Xr)	T1	
<i>dextroamphetamine/amphetamine</i> (Adderall)	T1	
<i>dextroamphetamine/amphetamine</i> (Mydayis)	T1	
EVEKEO ODT	T3	
<i>methamphetamine hcl</i> (Desoxyn)	T1	
MYDAYIS (<i>dextroamphetamine/amphetamine</i>)	T3	ST
ZENZEDI 15 MG TABLET (<i>dextroamphetamine sulfate</i>)	T3	
ZENZEDI 2.5 MG TABLET	T3	
ZENZEDI 7.5 MG TABLET (<i>dextroamphetamine sulfate</i>)	T3	
<i>zenzedi 10 mg tablet</i>	T1	
ZENZEDI 20 MG TABLET (<i>dextroamphetamine sulfate</i>)	T3	
ZENZEDI 30 MG TABLET (<i>dextroamphetamine sulfate</i>)	T3	
<i>zenzedi 5 mg tablet</i>	T1	

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

AGENTES VASOCONSTRICTORES ADRENÉRGICOS

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

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Condiciones urinarias)

AGENTES PARASIMPATICOMIMÉTICOS

<i>bethanechol chloride</i>	T1	HD
<i>bethanechol chloride</i> (Urecholine)	T1	HD
<i>cevimeline hcl</i> (Evoxac)	T1	HD
EVOXAC (<i>cevimeline hcl</i>)	T3	HD
<i>pilocarpine hcl 5 mg tablet</i> (Salagen)	T1	HD
<i>pilocarpine hcl 7.5 mg tablet</i> (Salagen)	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 (Condiciones urinarias)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARASIMPATICOMIMÉTICOS		
SALAGEN (<i>pilocarpine hcl</i>)	T3	HD
URECHOLINE (<i>bethanechol chloride</i>)	T3	HD
PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Alergia/rociadores nasales)		
EXTRACTOS ALERGÉNICOS, TERAPÉUTICOS		
GRASTEK	T2	PA
ODACTRA	T2	PA
ORALAIR	T2	PA
RAGWITEK	T2	PA
PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)		
INHIBIDORES DE CALICREÍNA PLASMÁTICA		
ORLADEYO 110MG CAPSULE	T5	PA QL (28 caps/28 days) SP
ORLADEYO 150MG CAPSULE	T5	PA QL (28 caps/28 days) SP
TAKHZYRO	T4	PA SP HD
TAKHZYRO 300MG/2ML	T4	PA QL (2 units/28 days) SP HD
PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Varios)		
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA FENILKETONURIA - 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	T2	PPACA
JANSSEN COVID-19 VACCINE (EUA)	T2	PPACA
MNEXSPIKE	T2	PPACA
MODERNA COVID VAC(EUA)	T2	PPACA
MODERNA COVID-19 BOOSTER (EUA)	T2	PPACA
NOVAVAX COVID-19 (EUA)	T2	PPACA
NUVAXOVID	T2	PPACA
PFIZER COVID EUA	T2	PPACA
PFIZER COVID-19 VACCINE (EUA)	T2	PPACA
SPIKEVAX	T2	PPACA

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 CONTRA VIRUS ENTÉRICOS		
IPOL	T2	PPACA
ROTARIX	T2	HD PPACA
ROTATEQ	T2	PPACA
VACUNAS CONTRA COCOS GRAMNEGATIVOS		
BEXSERO	T2	PPACA
MENACTRA	T2	
MENQUADFI	T2	PPACA
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP	T2	PPACA
PENBRAYA	T2	PPACA
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y	T2	PPACA
TRUMENBA	T2	PPACA
VACUNAS CONTRA COCOS GRAMPOSITIVOS		
CAPVAXIVE	T2	PPACA
PNEUMOVAX 23	T2	PPACA
PREVNAR 13	T2	
PREVNAR 20	T2	PPACA
VAXNEUVANCE	T2	PPACA
VACUNAS CONTRA EL VIRUS DE LA INFLUENZA		
AFLURIA	T2	PPACA
AFLURIA QUAD	T2	PPACA
AFLURIA TRIV	T2	PPACA
AFLURIA TRIVALENT	T2	PPACA
AUDENZ (NATIONAL STOCKPILE)	T2	
FLUAD	T2	PPACA
FLUAD QUAD	T2	PPACA
FLUAD TRIVALENT	T2	PPACA
FLUARIX	T2	PPACA
FLUARIX QUAD	T2	PPACA
FLUARIX TRIVALENT	T2	PPACA
FLUBLOK	T2	PPACA
FLUBLOK QUAD	T2	PPACA
FLUBLOK TRIVALENT	T2	PPACA
FLUCELVAX	T2	PPACA
FLUCELVAX QUAD	T2	PPACA

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 CONTRA EL VIRUS DE LA INFLUENZA (cont.)		
FLUCELVAX TRIVALENT	T2	PPACA
FLULAVAL	T2	PPACA
FLULAVAL QUAD	T2	PPACA
FLULAVAL TRIVALENT	T2	PPACA
FLUMIST	T2	PPACA
FLUMIST HOME	T2	PPACA
FLUMIST QUAD	T3	PPACA
FLUMIST TRIVALENT	T3	PPACA
FLUZONE	T2	PPACA
FLUZONE HIGH-DOSE	T2	PPACA
FLUZONE HIGH-DOSE TRIV	T2	PPACA
FLUZONE QUAD	T2	PPACA
FLUZONE QUAD PEDI	T2	PPACA
FLUZONE TRIVALENT	T2	PPACA
VACUNAS CONTRA VIRUS NEUROTÓXICOS		
DENGAXIA	T2	PPACA
VACUNAS/TOXOIDES CONTRA BACILOS TOXIGÉNICOS		
BCG VACCINE (TICE STRAIN)	T4	SP
PREPARACIONES, COMBINACIONES DE VACUNAS/TOXOIDES		
ACTHIB	T2	PPACA
ADACEL TDAP	T2	PPACA
BOOSTRIX TDAP	T2	PPACA
DAPTACEL DTAP	T2	PPACA
DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS-PED	T2	
HIBERIX	T2	PPACA
INFANRIX DTAP	T2	PPACA
KINRIX	T2	PPACA
M-M-R II VACCINE	T2	PPACA
PEDVAXHIB	T2	PPACA
PENTACEL	T2	PPACA
PENTACEL ACTHIB COMPONENT	T2	PPACA
PRIORIX	T2	PPACA
PROQUAD	T2	PPACA
QUADRACEL DTAP-IPV	T2	PPACA

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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
PREPARACIONES, COMBINACIONES DE VACUNAS/TOXOIDES (cont.)		
TDVAX	T2	PPACA
TENIVAC	T2	PPACA
VAXELIS	T2	PPACA
VACUNAS ANTIVIRALES/DE CÉLULAS TUMORÍGENAS		
ABRYSVO	T2	PPACA
ACAM2000	T2	
AREXVY VIAL KIT	T2	PPACA
ENGRIX-B ADULT	T2	PPACA
ENGRIX-B PEDIATRIC-ADOLESCENT	T2	PPACA
ERVEBO (NATIONAL STOCKPILE)	T2	
GARDASIL 9	T2	PPACA
HAVRIX	T2	PPACA
HEPLISAV-B	T2	PPACA
JYNNEOS	T2	
MRESVIA	T2	PPACA
PEDIARIX	T2	PPACA
PREHEVBRIO	T2	PPACA
RECOMBIVAX HB	T2	PPACA
SHINGRIX	T2	PPACA
TWINRIX	T2	PPACA
VAQTA	T2	PPACA
VARIVAX VACCINE	T2	PPACA
SANGRE (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)		
AGENTES ANTIFIBRINOLÍTICOS		
AMICAR (<i>aminocaproic acid</i>)	T5	SP HD
<i>aminocaproic acid</i> (Amicar)	T1	SP HD
LYSTEDA (<i>tranexamic acid</i>)	T5	SP
<i>tranexamic acid</i> (Lysteda)	T1	SP
INHIBIDORES DEL COMPLEMENTO		
EMPAVELI	T4	PA SP
FABHALTA	T4	PA SP
TAVNEOS	T5	PA QL (180 caps/30 days) SP
VOYDEYA	T4	PA SP

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEMOFILIA, SIN REEMPLAZO DE FACTOR		
ALHEMO PEN	T4	PA SP
HEMLIBRA	T4	PA SP HD
HYMPAVZI PEN	T4	PA SP
ACTIVADORES DE LA PIRUVATO QUINASA		
PYRUKYND 5 MG, 20 MG TABLET	T5	PA QL (56 tabs/28 days) SP
PYRUKYND 20-5 MG TAPER PACK	T5	PA QL (14 tabs/365 days) SP
PYRUKYND 5 MG TAPER PACK	T5	PA QL (7 tabs/365 days) SP
PYRUKYND 50 MG TABLET	T5	PA QL (56 tabs/28 days) SP
PYRUKYND 50-20 MG TAPER PACK	T5	PA QL (14 tabs/365 days) SP
AGENTES PARA LA ANEMIA DREPANOCÍTICA		
DROXIA	T2	
ENDARI (<i>glutamine</i>)	T3	PA
<i>glutamine</i> (Endari)	T1	PA
OXBRYTA	T5	SP
HEMOSTÁTICOS TÓPICOS		
ASTRINGYN	T3	
AVITENE	T3	
ENDO-AVITENE	T3	
EVICEL	T3	
GEL-FLOW	T3	
GEL-FLOW NT	T3	
GELFOAM	T3	
GELFOAM (<i>gelatin sponge, absorb/porcine</i>)	T3	
GELFOAM COMPRESSED	T3	
GELFOAM JMI	T3	
MONSEL'S	T2	
RECOTHROM	T3	
SURGICEL	T3	
SURGIFOAM SPONGE SIZE 100	T3	
SURGIFOAM SPONGE SIZE 100C	T3	
<i>surgifoam sponge size 12-7</i> (Gelfoam)	T1	
SYRINGE AVITENE	T3	
THROMBI-GEL (<i>thrombin/cal/cmc/gel/dress,hem</i>)	T3	
THROMBIN-JMI	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HEMOSTÁTICOS TÓPICOS (cont.)		
THROMBI-PAD	T3	
ULTRAFOAM	T3	
VISTASEAL FIBRIN SEALANT	T3	
SANGRE (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)		
AGENTES HEMORREOLÓGICOS		
pentoxifylline	T1	HD
MEDICAMENTOS PARA ENFERMEDADES CARDÍACAS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)		
AGENTES ANTIANGINOSOS Y ANTIISQUÉMICOS, NO HEMODINÁMICOS		
RANEXA (ranolazine)	T3	ST HD
ranolazine	T1	HD
ranolazine (Ranexa)	T1	HD
ANTIARRÍTMICOS		
amiodarone hcl	T1	HD
disopyramide phosphate (Norpace)	T1	HD
dofetilide (Tikosyn)	T1	HD
flecainide acetate	T1	HD
mexiletine hcl	T1	HD
MULTAQ	T2	HD
propafenone hcl	T1	HD
quinidine gluconate	T1	HD
quinidine sulfate	T1	HD
BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO Y ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS, INHIBIDORES DE LA COX-2		
CONSENSI	T3	
AGENTES BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO		
amlodipine besylate (Norvasc)	T1	HD
CALAN SR (verapamil hcl)	T3	ST HD
CARDIZEM (diltiazem hcl)	T3	HD
CARDIZEM CD (diltiazem hcl)	T3	HD
CARDIZEM LA	T3	HD
CARDIZEM LA (diltiazem hcl)	T3	HD
diltiazem hcl	T1	HD
diltiazem hcl	T1	HD
diltiazem hcl (Cardizem Cd)	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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

CARDIOVASCULARES (Asma/EPOC/condiciones respiratorias)

ANTIHIP. PULM., ESTIMULADOR DE LA GUANILATO CICLASA SOLUBLE

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

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

REVATIO 10 MG/ML ORAL SUSP (<i>sildenafil citrate</i>)	T5	PA QL (112 mls/fill) SP HD
REVATIO 20 MG TABLET (<i>sildenafil citrate</i>)	T5	PA QL (90 tabs/fill) SP HD
<i>sildenafil 20 mg tablet</i> (Revatio)	T1	PA QL (90 tabs/fill) SP HD
<i>tadalafil 20 mg tablet</i> (Adcirca)	T1	PA QL (60 tabs/fill) SP HD

ANTIHIP. PULMONAR, ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES DE ENDOTELINA

<i>ambrisentan</i> (Letairis)	T1	PA QL (30 tabs/fill) SP HD
<i>bosentan 125 mg tablet</i> (Tracleer)	T1	PA QL (60 tabs/30 days) SP HD
<i>bosentan 32 mg tablet for susp</i> (Tracleer)	T1	PA QL (120 tabs/30 days) SP HD
<i>bosentan 62.5 mg tablet</i> (Tracleer)	T1	PA QL (60 tabs/30 days) SP HD
OPSUMIT	T4	PA QL (30 tabs/fill) SP HD
TRACLEER 125 MG TABLET (<i>bosentan</i>)	T5	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>)	T5	PA QL (60 tabs/fill) SP HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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
AGENTE ANTIHIPERTENSIVO PULMONAR, ACTRIIA-FC		
WINREVAIR	T4	PA SP HD
WINREVAIR (2 PACK)	T4	PA SP HD
ANTIHIPERTENSIVOS PULMONARES, TIPO PROSTACICLINAS		
ORENITRAM ER	T5	PA QL (90 tabs/fill) SP HD
ORENITRAM TITRATION KT MONTH 1	T5	PA QL (30 tabs/30 days)
ORENITRAM TITRATION KT MONTH 2	T5	PA QL (336 tabs/28 days) SP
ORENITRAM TITRATION KT MONTH 3	T5	PA QL (252 tabs/28 days) SP
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, 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	T5	PA SP HD
YUTREPIA	T4	PA SP HD
ANTIHIP. PULMONAR-ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES DE ENDOTELINA-INHIB. DE LA PDE5 DEL GMPC		
OPSYNVI	T4	PA QL (30 tabs/fill) SP HD
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	T3	ST HD
trandolapril/verapamil hcl	T1	HD
INHIBIDOR DE LA ECA-TIAZIDA O DIURÉTICO TIAZÍDICO		
ACCURETIC (quinapril/hydrochlorothiazide)	T3	HD
benazepril/hydrochlorothiazide	T1	HD
benazepril/hydrochlorothiazide (Lotensin Hct)	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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
INHIBIDOR DE LA ECA-TIAZIDA O DIURÉTICO TIAZÍDICO (cont.)		
<i>captopril/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>enalapril/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>enalapril/hydrochlorothiazide</i> (Vaseretic)	T1	HD
<i>fosinopril/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i> (Zestoretic)	T1	HD
LOTENSIN HCT (<i>benazepril/hydrochlorothiazide</i>)	T3	HD
<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i> (Accuretic)	T1	HD
VASERETIC (<i>enalapril/hydrochlorothiazide</i>)	T3	HD
ZESTORETIC (<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>)	T3	HD
<i>carvedilol</i> (Coreg)	T1	HD
<i>carvedilol phosphate</i> (Coreg Cr)	T1	HD
COREG CR (<i>carvedilol phosphate</i>)	T3	ST HD
<i>labetalol hcl</i>	T1	HD
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA		
CARDURA 1 MG TABLET (<i>doxazosin mesylate</i>)	T3	ST QL (30 tabs/fill) HD
CARDURA 2 MG TABLET (<i>doxazosin mesylate</i>)	T3	ST QL (30 tabs/fill) HD
CARDURA 4 MG TABLET (<i>doxazosin mesylate</i>)	T3	ST QL (30 tabs/fill) HD
CARDURA 8 MG TABLET (<i>doxazosin mesylate</i>)	T3	ST QL (60 tabs/fill) HD
CARDURA XL	T3	ST QL (30 tabs/fill) HD
<i>doxazosin mesylate 1 mg tab</i> (Cardura)	T1	QL (30 tabs/fill) HD
<i>doxazosin mesylate 2 mg tab</i> (Cardura)	T1	QL (30 tabs/fill) HD
<i>doxazosin mesylate 4 mg tab</i> (Cardura)	T1	QL (30 tabs/fill) HD
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA/BETA		
<i>doxazosin mesylate 8 mg tab</i> (Cardura)	T1	QL (60 tabs/fill) HD
<i>labetalol hcl 100 mg tablet</i>	T1	HD
<i>labetalol hcl 200 mg tablet</i>	T1	HD
<i>labetalol hcl 300 mg tablet</i>	T1	HD
MINIPRESS (<i>prazosin hcl</i>)	T3	HD
<i>prazosin hcl</i>	T1	HD
<i>prazosin hcl</i> (Minipress)	T1	HD
<i>terazosin 1 mg, 2 mg capsule</i>	T1	QL (30 caps/fill) HD
<i>terazosin 10 mg capsule</i>	T1	QL (60 caps/fill) HD
<i>terazosin 5 mg capsule</i>	T1	QL (30 caps/fill) HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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
ANTIHIPERTENSIVOS, INHIBIDORES DE LA ECA (cont.)		
VASOTEC (<i>enalapril maleate</i>)	T3	HD
ZESTRIL (<i>lisinopril</i>)	T3	HD
ANTIHIPERTENSIVOS, ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ANGIOTENSINA		
candesartan cilexetil (Atacand)	T1	HD
eprosartan mesylate	T1	HD
irbesartan	T1	HD
irbesartan (Avapro)	T1	HD
losartan potassium (Cozaar)	T1	HD
olmesartan medoxomil (Benicar)	T1	HD
telmisartan	T1	HD
telmisartan (Micardis)	T1	HD
valsartan 20 mg/5 ml solution	T1	HD
valsartan 160 mg tablet (Diovan)	T1	HD
valsartan 320 mg tablet (Diovan)	T1	HD
valsartan 40 mg tablet (Diovan)	T1	HD
valsartan 80 mg tablet (Diovan)	T1	HD
ANTIHIPERTENSIVOS, BLOQUEADORES GANGLIONARES		
VECAMYL	T3	PA
ANTIHIPERTENSIVOS, VARIOS		
DEMSEY (<i>metirosine</i>)	T3	PA HD
metirosine (Demser)	T1	PA HD
ANTIHIPERTENSIVOS, SIMPATOLÍTICOS		
CATAPRES-TTS 1 (<i>clonidine</i>)	T3	QL (4 patches/28 days) HD
CATAPRES-TTS 2 (<i>clonidine</i>)	T3	QL (4 patches/28 days) HD
CATAPRES-TTS 3 (<i>clonidine</i>)	T3	QL (4 patches/28 days) HD
clonidine (Catapres-Tts 1)	T1	QL (4 patches/28 days) HD
clonidine (Catapres-Tts 2)	T1	QL (4 patches/28 days) HD
clonidine (Catapres-Tts 3)	T1	QL (4 patches/28 days) HD
guanfacine hcl	T1	HD
methyl dopa	T1	HD
methyl dopa/hydrochlorothiazide	T1	HD
ANTIHIPERTENSIVOS, VASODILATADORES		
hydralazine hcl	T1	HD
minoxidil	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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		
TEKTRONA HCT	T2	HD
COMBINACIÓN DE VASODILATADORES		
isosorbide dinit/hydralazine (Bidil)	T1	
VASODILATADORES, PERIFÉRICOS		
ergoloid mesylates	T1	
isoxsuprine hcl	T1	
CARDIOVASCULARES (Medicamentos para el colesterol)		
ANTIHIPERLIP. - INHIB. DE HMG-COA REDUCT.-INHIB. DE AB. DE COLEST.		
ezetimibe-atorvastatin tabs	T1	ST QL (30 tabs/30 days) HD
ezetimibe/simvastatin (Vytorin)	T1	QL (30 tabs/fill) HD
ROSZET	T3	ST QL (30 tabs/fill) HD
ANTIHIPERLIP. - INHIB. DE HMG-COA REDUCT.-BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO		
amlodipine/atorvastatin	T1	QL (30 tabs/fill) HD
amlodipine/atorvastatin (Caduet)	T1	QL (30 tabs/fill) HD
CADUET (amlodipine/atorvastatin)	T3	ST QL (30 tabs/fill) HD
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDOR DE ATP-CITRATO LIASA		
NEXLETOL	T2	PA
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDORES DE MTP		
JUXTAPID	T4	PA SP HD
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDORES DE PCSK9		
REPATHA PUSHTRONEX	T2	PA
REPATHA SURECLICK	T2	PA
REPATHA SYRINGE	T2	PA
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDOR DE LA ABSORCIÓN DE ACLY Y COLEST.		
NEXLIZET	T2	PA
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDORES DE LA APOLIPOPROTEÍNA		
TRYNGOLZA	T5	PA SP
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS-INHIB. DE LA HMG-COA REDUCTASA (ESTATINAS)		
FLOLIPID	T3	ST QL (150 mls/fill) HD
fluvastatin sodium (Lescol XL)	T1	QL (30 tabs/fill) HD PPACA
fluvastatin sodium 20 mg cap	T1	QL (30 caps/fill) HD PPACA
fluvastatin sodium 40 mg cap	T1	QL (60 caps/fill) HD PPACA
LESOL XL (fluvastatin sodium)	T3	ST QL (30 tabs/fill) HD
lovastatin 10 mg tablet	T1	QL (30 tabs/fill) HD PPACA

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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>	T1	QL (60 tabs/fill) HD PPACA
<i>lovastatin 40 mg tablet</i>	T1	QL (60 tabs/fill) HD PPACA
<i>pitavastatin calcium (Livalo)</i>	T1	QL (30 tabs/30 days) HD PPACA
<i>pravastatin sodium</i>	T1	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	T3	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	T3	ST QL (30 tabs/fill) HD

SECUESTRADORES DE SALES BILIARES

<i>cholestyramine</i>	T1	HD
<i>cholestyramine (with sugar) (Questran)</i>	T1	HD
<i>cholestyramine/aspartame</i>	T1	HD
<i>cholestyramine (Questran Light)</i>	T1	HD
<i>colesevelam hcl (Welchol)</i>	T1	HD
COLESTID	T3	ST HD
COLESTID (<i>colestipol hcl</i>)	T3	ST HD
<i>colestipol hcl</i>	T1	HD
<i>colestipol hcl (Colestid)</i>	T1	HD
QUESTRAN (<i>cholestyramine (with sugar)</i>)	T3	ST HD
QUESTRAN LIGHT (<i>cholestyramine</i>)	T3	ST HD

LIPOTRÓPICOS

<i>ezetimibe (Zetia)</i>	T1	HD
<i>fenofibrate 120 mg tablet (Fenoglide)</i>	T1	ST HD
<i>fenofibrate 130 mg capsule</i>	T1	ST HD
<i>fenofibrate 43 mg, 67 mg, 134 mg, 200 mg capsule</i>	T1	HD
<i>fenofibrate 54 mg, 160 mg tablet</i>	T1	HD
<i>fenofibrate 40 mg tablet (Fenoglide)</i>	T1	ST HD
<i>fenofibrate 48 mg tablet (Tricor)</i>	T1	HD
<i>fenofibrate 145 mg tablet (Tricor)</i>	T1	HD
<i>fenofibric acid</i>	T1	HD
<i>fenofibric acid (choline)</i>	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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
LIPOTRÓPICOS (cont.)		
<i>fenofibric acid</i> (Fibricor)	T1	HD
FENOGLIDE (<i>fenofibrate</i>)	T3	ST HD
FIBRICOR (<i>fenofibric acid</i>)	T3	ST HD
<i>gemfibrozil</i> (Lopid)	T1	HD
LOPID (<i>gemfibrozil</i>)	T3	HD
<i>niacin</i>	T1	HD
<i>niacin 500 mg tablet</i>	T1	HD
NIACOR	T3	HD

CARDIOVASCULARES (Varios)

ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ENDOTELINA-ANGIOTENSINA

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

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Enfermedad de Alzheimer)

TRATAMIENTO DEL ALZHEIMER, ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES NMDA

MEMANTINE 5-10 MG TITRATION PK	T3	HD
<i>memantine hcl</i>	T1	HD
<i>memantine hcl 10 mg/5 ml cup</i>	T1	HD
<i>memantine hcl</i> (Namenda Xr)	T1	HD
<i>memantine hcl 2 mg/ml solution</i>	T1	HD
<i>memantine hcl 5 mg tablet</i>	T1	HD
<i>memantine hcl 10 mg tablet</i>	T1	HD
NAMENDA	T3	HD
NAMENDA XR TITRATION PACK	T3	HD
NAMZARIC	T2	ST HD

TRATAMIENTO DEL ALZHEIMER, ANTAG. DE LOS RECEPTORES NMDA-INHIB. DE COLINA

<i>memantine hcl</i>	T1	HD
<i>memantine hcl 10 mg/5 ml cup</i>	T1	HD
<i>memantine hcl/donepezil hcl</i> (Namzaric)	T1	ST HD
NAMZARIC (<i>memantine hcl/donepezil hcl</i>)	T2	ST HD

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Varios)

AGENTES PARA LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA

RADICAVA ORS	T4	PA SP HD
RILUTEK (<i>riluzole</i>)	T5	PA SP HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 (Varios) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA (cont.)		
<i>riluzole</i> (Rilutek)	T1	PA SP HD
TEGLUTIK	T5	PA SP
TIGLUTIK	T5	PA SP

MEDICAMENTOS PARA TRATAR TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO

AUSTEDO 6 MG TABLET	T5	PA QL (60 tabs/30 days) SP HD
AUSTEDO 9 MG, 12 MG TABLET	T5	PA QL (120 tabs/30 days) SP HD
AUSTEDO XR 6 MG TABLET	T5	PA QL (210 tabs/30 days) SP HD
AUSTEDO XR 12 MG TABLET	T5	PA QL (90 tabs/30 days) SP HD
AUSTEDO XR 18 MG TABLET	T5	PA QL (30 tabs/fill) SP HD
AUSTEDO XR 24 MG TABLET	T5	PA QL (60 tabs/30 days) SP HD
AUSTEDO XR 30 MG TABLET	T5	PA QL (30 tabs/fill) SP HD
AUSTEDO XR 36 MG TABLET	T5	PA QL (30 tabs/fill) SP HD
AUSTEDO XR 42 MG, 48 MG TABLET	T5	PA QL (30 tabs/fill) SP HD
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4)	T5	PA QL (28 tabs/fill) SP HD
HORIZANT	T3	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)	T1	
<i>tetrabenazine 25 mg tablet</i> (Xenazine)	T1	

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

NUEDEXTA	T2	PA
----------	----	----

XANTINAS

<i>caffeine citrate</i>	T1	HD
-------------------------	----	----

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Esclerosis múltiple)

AGENTES PARA TRATAR LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

AVONEX (4 PACK)	T4	PA QL (1 kit/28 days) SP HD
AVONEX PEN (4 PACK)	T4	PA QL (4 pens/28 days) SP HD
BAFIERTAM	T4	PA QL (120 caps/fill) SP HD
BETASERON	T4	PA QL (14 kits/30 days) SP HD
<i>glatiramer 20 mg/ml syringe</i> (Copaxone)	T1	PA QL (30 syringes/30 days) SP HD
<i>glatiramer 40 mg/ml syringe</i> (Copaxone)	T1	PA QL (12 syringes/30 days) SP HD
<i>glatopa 20 mg/ml syringe</i> (Copaxone)	T1	PA QL (30 syringes/30 days) SP HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 (Esclerosis múltiple) (cont.)

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

AGENTES PARA TRATAR LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE (cont.)

glatopa 40 mg/ml syringe (Copaxone)	T1	PA QL (12 syringes/30 days) SP HD
KESIMPTA PEN	T5	PA QL (1 pen/28 days) SP HD
MAVENCLAD 10 MG X 10 TABLET PK	T5	PA QL (10 tabs/fill) SP HD
MAVENCLAD 10 MG X 4 TABLET PK	T5	PA QL (4 tabs/fill) SP HD
MAVENCLAD 10 MG X 5 TABLET PK	T5	PA QL (5 tabs/fill) SP HD
MAVENCLAD 10 MG X 6 TABLET PK	T5	PA QL (6 tabs/fill) SP HD
MAVENCLAD 10 MG X 7 TABLET PK	T5	PA QL (7 tabs/fill) SP HD
MAVENCLAD 10 MG X 8 TABLET PK	T5	PA QL (8 tabs/fill) SP HD
MAVENCLAD 10 MG X 9 TABLET PK	T5	PA QL (9 tabs/fill) SP HD
MAYZENT 0.25 MG TABLET	T4	PA QL (30 tabs/fill) SP HD
MAYZENT 0.25MG START-1MG MAINT	T4	PA QL (7 tabs/fill) SP HD
MAYZENT 0.25MG START-2MG MAINT	T4	PA QL (12 tabs/fill) SP HD
MAYZENT 1 MG, 2 MG TABLET	T4	PA QL (30 tabs/fill) SP HD
PLEGRIDY 125 MCG/0.5 ML PEN	T4	PA QL (1 ml/28 days) SP HD
PLEGRIDY 125 MCG/0.5 ML SYRINGE	T4	PA QL (1 ml/28 days) SP HD
PLEGRIDY PEN INJ STARTER PACK	T4	PA QL (1 ml/365 days) SP HD
PLEGRIDY SYRINGE STARTER PACK	T4	PA QL (1 ml/365 days) SP HD
REBIF 22 MCG/0.5 ML SYRINGE	T4	PA QL (6 mls/28 days) SP HD
REBIF 44 MCG/0.5 ML SYRINGE	T4	PA QL (6 mls/28 days) SP HD
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
----------	----	-------

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

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 (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)

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

EMGALITY 100 MG/ML SYR(1 OF 3)	T2	PA QL (3 mls/30 days)
EMGALITY 300 MG (100 MG X3SYR)	T2	PA QL (3 mls/30 days)

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 (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>	T1	ST
<i>gabapentin</i> (Gralise)	T1	ST
GRALISE	T3	ST
GRALISE (<i>gabapentin</i>)	T3	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/fill) SP HD
ZEPOSIA STARTER KIT (28-DAY)	T4	

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos convulsivos)

ANTICONVULSIVOS - TIPO BENZODIAZEPINAS

<i>clobazam</i> (Onfi)	T1	PA HD
<i>clonazepam</i>	T1	HD
<i>clonazepam</i> (Klonopin)	T1	HD
DIASSTAT (<i>diazepam</i>)	T3	HD
<i>diazepam</i> 10 mg rectal gel syrg	T1	HD
<i>diazepam</i> 10mg rectal gel (2pk)	T1	HD
<i>diazepam</i> 2.5mg rectal gel(2pk) (Diasstat)	T1	HD
<i>diazepam</i> 20 mg rectal gel syrg	T1	HD
<i>diazepam</i> 20mg rectal gel (2pk)	T1	HD
NAYZILAM	T2	PA QL (2 units/fill) HD
SYMPAZAN	T3	PA HD
VALTOCO	T2	PA QL (2 units/30 days) HD

ANTICONVULSIVOS - TIPO CANNABINOIDES

EPIDIOLEX	T4	PA SP HD
-----------	----	----------

ANTICONVULSIVOS

APTIOM (<i>eslicarbazepine acetate</i>)	T3	HD
BRIVIACT	T3	ST HD
<i>carbamazepine</i> 100 mg tab chew	T1	HD
<i>carbamazepine</i> 100 mg/5 ml cup	T1	HD
<i>carbamazepine</i> 100 mg/5 ml susp (Tegretol)	T1	HD
<i>carbamazepine</i> 200 mg tablet (Tegretol)	T1	HD
<i>carbamazepine</i> 200 mg/10 ml cup	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 Odt (Blue))	T1	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal Odt (Green))	T1	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal Odt (Orange))	T1	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal Odt)	T1	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal Xr)	T1	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal)	T1	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal)	T1	HD
<i>levetiracetam</i> 1,000 mg tablet (Keppra)	T1	HD
<i>levetiracetam</i> 1,000mg/10ml cup (Keppra)	T1	HD
<i>levetiracetam</i> 100 mg/ml soln (Keppra)	T1	HD
<i>levetiracetam</i> 250 mg tablet (Keppra)	T1	HD
<i>levetiracetam</i> 500 mg tablet (Keppra)	T1	HD
<i>levetiracetam</i> 500 mg/5 ml cup	T1	HD
<i>levetiracetam</i> 500 mg/5 ml soln	T1	HD
<i>levetiracetam</i> 750 mg tablet (Keppra)	T1	HD
LEVETIRACETAM 250 MG TAB SUSP	T3	ST HD
<i>levetiracetam</i> (Keppra Xr)	T1	HD
<i>levetiracetam</i> (Keppra)	T1	HD
MYSOLINE (<i>primidone</i>)	T3	HD
<i>oxcarbazepine</i> (Oxtellar Xr)	T1	HD
<i>oxcarbazepine</i> (Trileptal)	T1	HD
OXTELLAR XR (<i>oxcarbazepine</i>)	T3	ST HD
<i>perampanel</i> (Fycompa)	T1	HD
PHENYTEK (<i>phenytoin sodium extended</i>)	T3	HD
<i>phenytoin</i>	T1	HD
<i>phenytoin</i> (Dilantin)	T1	HD
<i>phenytoin</i> (Dilantin-125)	T1	HD
<i>phenytoin sodium extended</i> (Dilantin)	T1	HD
<i>phenytoin sodium extended</i> (Phenytek)	T1	HD
<i>pregabalin</i> (Lyrica)	T1	HD
<i>primidone</i> (Mysoline)	T1	HD
QUDEXY XR (<i>topiramate</i>)	T3	ST HD
<i>rufinamide</i> (Banzel)	T1	PA HD
SPRITAM	T3	ST HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
TEGRETOL (<i>carbamazepine</i>)	T3	HD
TEGRETOL XR (<i>carbamazepine</i>)	T3	HD
<i>tiagabine hcl</i>	T1	HD
<i>topiramate</i> (Qudexy Xr)	T1	ST HD
<i>topiramate</i> (Topamax)	T1	HD
<i>topiramate</i> (Topamax)	T1	HD
<i>topiramate 25 mg/ml solution</i> (Eprontia)	T1	HD
<i>topiramate 15 mg sprinkle cap</i> (Topamax)	T1	HD
<i>topiramate 50 mg sprinkle cap</i>	T1	HD
<i>topiramate 25 mg sprinkle cap</i> (Topamax)	T1	HD
<i>topiramate 25 mg tablet</i> (Topamax)	T1	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</i> (Trokendi XR)	T1	ST HD
<i>topiramate er 50mg</i> (Trokendi XR)	T1	ST HD
<i>topiramate er 100mg</i>	T1	ST HD
TROKENDI XR	T3	ST HD
<i>valproic acid</i>	T1	HD
<i>valproic acid</i> (as sodium salt)	T1	HD
<i>vigabatrin</i> (Sabril)	T1	PA QL (150 packs/30 days) SP HD
VIGADRONE	T1	PA QL (150 pkts/30 days) SP HD
XCOPRI 250 MG DAILY DOSE PACK	T3	QL (56 tabs/fill) HD
XCOPRI 350 MG DAILY DOSE PACK	T3	QL (56 tabs/fill) HD
XCOPRI 25 MG, 50 MG TABLET	T3	QL (30 tabs/fill) HD
XCOPRI 100 MG, 150 MG TABLET	T3	QL (30 tabs/fill) HD
XCOPRI 200 MG TABLET	T3	QL (30 tabs/fill) HD
XCOPRI 12.5-25 MG TITRATION PK	T3	QL (28 tabs/fill) HD
XCOPRI 50-100 MG TITRATION PAK	T3	QL (28 tabs/fill) HD
XCOPRI 150-200 MG TITRATION PK	T3	QL (28 tabs/fill) HD
ZARONTIN (<i>ethosuximide</i>)	T3	HD
<i>zonisamide</i>	T1	HD
<i>zonisamide</i> (Zonegran)	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 del sueño/sedantes)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
TRATAMIENTO DE LA NARCOLEPSIA-ANTAGONISTAS/AGONISTAS INVERSOS DE LOS RECEPT. H3		
WAKIX 17.8 MG TABLET	T5	PA QL (60 tabs/fill) SP HD
WAKIX 4.45 MG TABLET	T5	PA QL (30 tabs/fill) SP HD
FACTORES ESTIMULANTES DE COLONIAS (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)		
ESTIMULANTES DE LEUCOCITOS (RECUENTO DE GLÓBULOS BLANCOS)		
FULPHILA	T4	PA QL (1.2 mls/30 days) SP
LEUKINE	T4	PA SP
NIVESTYM	T4	PA SP HD
AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE TROMBOPOYETINA		
DOPTELET	T4	PA QL (15 tabs/fill) SP HD
<i>eltrombopag olamine (Promacta)</i>	T1	PA SP HD
PROMACTA (<i>eltrombopag olamine</i>)	T5	PA SP HD
FACTORES ESTIMULANTES DE COLONIAS (Cáncer)		
ANTAGONISTA DEL RECEPTOR DE QUIMIOCINAS CXCR4		
XOLREMDI	T5	PA SP CSL
ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos)		
ANTICONCEPTIVOS, INTRAVAGINALES, SISTÉMICOS		
ANNOVERA	T3	ST QL (1 ring/365 days) PPACA
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol (Nuvaring)</i>	T1	PPACA
ANTICONCEPTIVOS, INYECTABLES		
DEPO-PROVERA (<i>medroxyprogesterone acetate</i>)	T3	QL (1 ml/90 days) PPACA
DEPO-SUBQ PROVERA 104	T3	QL (1 ml/90 days) PPACA
<i>medroxyprogesterone 150 mg/ml (Depo-Provera)</i>	T1	QL (1 ml/90 days) PPACA
ANTICONCEPTIVOS, ORALES		
BEYAZ (<i>drospir/eth estra/levomefol ca</i>)	T3	ST HD PPACA
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i>	T1	HD PPACA
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i>	T1	PPACA
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	T1	HD PPACA
<i>drospir/eth estra/levomefol ca (Beyaz)</i>	T1	HD PPACA
<i>drospir/eth estra/levomefol ca (Safyral)</i>	T1	HD PPACA
ELLA	T2	QL (1 tab/fill) HD PPACA
<i>ethinyl estradiol/drospirenone (Yasmin 28)</i>	T1	PPACA
<i>ethinyl estradiol/drospirenone (Yaz)</i>	T1	HD PPACA
<i>ethynodiol d-ethinyl estradiol</i>	T1	HD PPACA

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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

ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONCEPTIVOS, ORALES (cont.)		
levonorgestrel/ethin.estradiol	T1	HD PPACA
l-norgest/e.estradiol-e.estradiol	T1	HD PPACA
noreth-ethinyl estradiol/iron	T1	HD PPACA
noreth-ethinyl estradiol/iron (Generess Fe)	T1	HD PPACA
norethind-eth estrad 1-0.02 mg (Loestrin)	T1	HD PPACA
norethindrone	T1	HD PPACA
norethindrone ac/eth estradiol (Loestrin)	T1	HD PPACA
norelgestromin/ethin.estradiol	T1	PPACA
norethindrone-e.estradiol-iron	T1	HD PPACA
norethindrone-e.estradiol-iron (Loestrin Fe)	T1	HD PPACA
norethindrone-e.estradiol-iron (Taytulla)	T1	HD PPACA
norethindrone-ethin. estradiol	T1	HD PPACA
norethin-ee 1.5-0.03 mg(21) tb (Loestrin)	T1	HD PPACA
norgestimate-ethinyl estradiol	T1	HD PPACA
NORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL	T1	HD PPACA
YAZ (ethinyl estradiol/drospirenone)	T3	ST HD PPACA
ANTICONCEPTIVOS TRANSDÉRMICOS		
norelgestromin/ethin.estradiol	T1	HD PPACA
DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)		
KYLEENA	T4	SP PPACA
LILETTA	T5	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.ª GENERACIÓN		
RESPA A.R. (pseudoephed/chlor-mal/bell alk)	T3	
PREPARACIONES PARA LA TOS/EL RESFRÍO (Medicamentos para la tos/el resfrío)		
ANTITUSIVOS NO OPIOIDES		
benzonatate	T1	
ANTITUS. NO OPIOIDES-ANTIHISTAMÍNICOS DE I.ª GENERACIÓN-DESCONGESTIVOS		
BROMFED DM (brompheniramine/pseudoephed/dm)	T3	
brompheniramine/pseudoephed/dm (Bromfed Dm)	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 NO OPIOIDES-ANTIISTAMÍNICOS DE I.ª GENERACIÓN		
<i>promethazine/dextromethorphan</i>	T1	
ANTITUSIVOS OPIOIDES- ANTIISTAMÍNICOS DE I.ª GENERACIÓN-DESCONGEST.		
CAPCOF	T3	
HISTEX-AC	T3	
MAXI-TUSS CD	T3	
POLY-TUSSIN AC	T3	
<i>promethazine/phenyleph/codeine</i>	T1	
ZODRYL DAC 25	T3	
ZODRYL DAC 30	T3	
ZODRYL DAC 35	T3	
ZODRYL DAC 40	T3	
ZODRYL DAC 50	T3	
ZODRYL DAC 60	T3	
ZODRYL DAC 80	T3	
ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTIISTAMÍNICOS DE I.ª GENERACIÓN		
<i>hydrocodone/chlorphen p-stirex</i>	T1	
<i>promethazine hcl/codeine</i>	T1	
TUXARIN ER	T3	
TUZISTRA XR	T3	PA
ZODRYL AC 25	T3	
ZODRYL AC 30	T3	
ZODRYL AC 35	T3	
ZODRYL AC 40	T3	
ZODRYL AC 50	T3	
ZODRYL AC 60	T3	
ZODRYL AC 80	T3	
COMBINACIONES DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTICOLINÉRGICOS		
HYCODAN	T3	
HYCODAN (<i>hydrocodone bit/homatrop me-br</i>)	T3	
COMBINACIONES DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTICOLINÉRGICOS		
<i>hydrocodone bit/homatrop me-br</i>	T1	
<i>hydrocodone bit/homatrop me-br</i> (Hycodan)	T1	
COMB. DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-DESCONGESTIVOS-EXPECTORANTES		
CODITUSSIN DAC	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 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 25	T3	
ZODRYL DEC 30	T3	
ZODRYL DEC 35	T3	
ZODRYL DEC 40	T3	
ZODRYL DEC 50	T3	
ZODRYL DEC 60	T3	
ZODRYL DEC 80	T3	
COMBINACIÓN DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-EXPECTORANTES		
<i>codeine phosphate/guaifenesin</i>	T1	
CODITUSSIN AC	T3	
GUAIFEN-CODEINE 100-10 MG/5 ML	T3	
<i>guaifen-codeine 100-10 mg/5 ml</i>	T1	
GUAIFEN-CODEINE 200-20 MG/10ML	T3	
MAR-COF CG	T3	
NINJACOF-XG	T3	
OBREDON	T3	PA
DIAGNÓSTICO (Diabetes)		
DIAGNÓSTICO DEL NIVEL DE AZÚCAR EN SANGRE		
FREESTYLE INSULINX	T2	
FREESTYLE INSULINX TEST STRIPS	T2	
FREESTYLE LITE TEST STRIP	T2	
FREESTYLE PRECISION NEO	T2	
FREESTYLE TEST STRIPS	T2	
PRECISION XTRA	T2	
ELEMENTOS PARA EXAMEN DE GLUCOSA EN ORINA		
DIASTIX REAGENT	T2	
DIAGNÓSTICO (Varios)		
PREPARACIONES PARA ANÁLISIS DE SANGRE		
FORA GTEL KETONE TEST STRIP	T3	
GOJJI BLOOD KETONE TEST STRIP	T3	
NOVAMAX PLUS	T2	
PRECISION XTRA	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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

DIAGNÓSTICO (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO CARDIOVASCULAR – RADIOPACOS		
OMNIPAQUE	T3	
PREPARACIONES DE DIAGNÓSTICO, VARIAS		
ARIDOL	T3	
METHACHOLINE CHLORIDE	T3	
PROVOCHOLINE	T3	
TC 99M SULFUR COLLOID PREP	T3	
TOXICOLOGY SALIVA COLLECTION	T3	
VUEBLU	T3	
AGENTES PARA EL DIAGNÓSTICO OCULAR		
<i>fluorescein sodium</i>	T1	
<i>ful-glo 1 mg ophth strip</i>	T1	
FUL-GLO EYE STRIPS	T3	
AGENTES PARA IMÁGENES POR FLUORESCENCIA – TEJIDO MALIGNO		
GLEOLAN	T3	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOPACOS GASTROINTESTINALES		
<i>diatrizoate meglumine, sodium</i> (Gastrografin)	T1	
ENTERO VU	T3	
E-Z DISK	T3	
E-Z-HD	T3	
E-Z-PAQUE	T3	
E-Z-PASTE	T3	
GASTROGRAFIN (<i>diatrizoate meglumine, sodium</i>)	T3	
GASTROMARK	T3	
LIQUID E-Z PAQUE	T3	
LIQUID POLIBAR PLUS	T3	
NEULUMEX	T3	
POLIBAR ACB	T3	
READI-CAT 2	T3	
SITZMARKS	T3	
SITZMARKS FOR KIDS	T3	
TAGITOL	T3	
VANILLA SILQ	T3	
VARIBAR HONEY	T3	
VARIBAR NECTAR	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
VARIBAR PUDDING	T3	
VARIBAR THIN HONEY	T3	
VARIBAR THIN LIQUID	T3	
VOLUMEN	T3	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO DE LA FUNCIÓN METABÓLICA		
METOPIRONÉ	T3	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOACTIVOS, GENERALES		
XENON XE-133	T3	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO DE LA FUNCIÓN METABÓLICA RADIOACTIVOS		
SODIUM IODIDE I-123	T3	
ELEMENTOS RADIOFARMACÉUTICOS		
INDICLOR	T3	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOPACOS URINARIOS		
CYSTO-CONRAY II	T3	
CYSTOGRAFIN	T3	
CYSTOGRAFIN-DILUTE	T3	
KETONE CARE TEST STRIP	T2	
KETONE TEST STRIP	T2	
KETOSTIX REAGENT	T2	
TRUEPLUS KETONE TEST STRIP	T2	
ELEMENTOS PARA EXAMEN DE GLUCOSA/ACETONA EN ORINA, TIRAS REACTIVAS		
KETO-DIASTIX REAGENT	T2	
ELEMENTOS PARA DIVERSOS ANÁLISIS DE ORINA		
CHEK-STIX	T2	
CHEMSTRIP	T2	
CHEMSTRIP 10 WITH SG	T2	
CHEMSTRIP 2 GP	T2	
CHEMSTRIP 50B	T2	
CHEMSTRIP 7, 9	T2	
COMBISTIX REAGENT	T2	
HEMA-COMBISTIX	T2	
KETO-DIASTIX REAGENT	T2	
LABSTIX REAGENT	T2	
MULTISTIX	T2	

T1 – Genéricos
T2 – Marcas preferidas
T3 – Marcas no preferidas
T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos
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

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	T2	
MULTISTIX 5, 7	T2	
MULTISTIX 8 SG	T2	
MULTISTIX 9	T2	
MULTISTIX 9 SG	T2	
URISTIX 4	T2	
URISTIX REAGENT	T2	
DIURÉTICOS (Diuréticos)		
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ARGININA VASOPRESINA (AVP)		
tolvaptan 15 mg tablet (Samsca)	T1	PA QL (30 tabs/fill) SP
tolvaptan 30 mg tablet (Samsca)	T1	PA QL (60 tabs/fill) SP
INHIBIDORES DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA		
acetazolamide	T1	HD
methazolamide	T1	HD
DIURÉTICOS DE ASA		
bumetanide	T1	HD
EDECRIN (ethacrynic acid)	T3	ST
ethacrynic acid (Edecrin)	T1	
furosemide	T1	HD
AGENTE DE LA ENFERMEDAD RENAL POLIQUÍSTICA, ANTAG. DE LOS RECEP. DE LA AVP		
furosemide (Lasix)	T1	HD
LASIX (furosemide)	T3	ST HD
torsemide	T1	HD
JYNARQUE 15 MG TABLET (tolvaptan)	T5	PA SP HD
JYNARQUE 15 MG-15 MG TABLET (tolvaptan)	T5	PA SP HD
JYNARQUE 30 MG TABLET (tolvaptan)	T5	PA SP HD
JYNARQUE 30 MG-15 MG TABLET (tolvaptan)	T5	PA SP HD
JYNARQUE 45 MG-15 MG TABLET (tolvaptan)	T5	PA SP HD
JYNARQUE 60 MG-30 MG TABLET (tolvaptan)	T5	PA SP HD
JYNARQUE 90 MG-30 MG TABLET (tolvaptan)	T5	PA SP HD
tolvaptan 15 mg tablet (Jynarque)	T1	PA SP HD
tolvaptan 15 mg-15 mg tablet (Jynarque)	T1	PA SP HD
tolvaptan 30 mg tablet (Jynarque)	T1	PA SP HD
tolvaptan 30 mg-15 mg tablet (Jynarque)	T1	PA SP HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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

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 45 mg-15 mg tablet</i> (Jynarque)	T1	PA SP HD
<i>tolvaptan 60 mg-30 mg tablet</i> (Jynarque)	T1	PA SP HD
<i>tolvaptan 90 mg-30 mg tablet</i> (Jynarque)	T1	PA SP HD
DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO		
<i>ALDACTONE (spironolactone)</i>	T3	HD
<i>amiloride hcl</i>	T1	HD
<i>DYRENIUM (triamterene)</i>	T3	HD
<i>eplerenone</i> (Inspra)	T1	HD
<i>INSPIRA (eplerenone)</i>	T3	HD
<i>KERENDIA 10 MG TABLET</i>	T2	PA QL (30 tabs/30 days)
<i>KERENDIA 20 MG TABLET</i>	T2	PA QL (30 tabs/30 days)
<i>KERENDIA 40 MG TABLET</i>	T2	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)	T1	
<i>spironolactone 50 mg tablet</i> (Aldactone)	T1	HD
<i>triamterene</i> (Dyrenium)	T1	HD
DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO EN COMBINACIÓN		
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>DYAZIDE (triamterene/hydrochlorothiazid)</i>	T3	HD
<i>spironolact/hydrochlorothiazid</i>	T1	HD
<i>triamterene/hydrochlorothiazid</i> (Dyazide)	T1	HD
TIAZIDA Y DIURÉTICOS AFINES		
<i>chlorthalidone</i>	T1	HD
<i>DIURIL</i>	T3	HD
<i>hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>indapamide</i>	T1	HD
<i>metolazone</i>	T1	HD
PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Alergia/rociadores nasales)		
ANTIISTAMÍNICOS NASALES		
<i>azelastine 0.1% (137 mcg) spray</i>	T1	QL (60 mls/fill) HD
<i>azelastine 0.15% nasal spray</i>	T1	HD
<i>olopatadine hcl</i> (Patanase)	T1	QL (31 gms/fill) HD
<i>PATANASE (olopatadine hcl)</i>	T3	QL (31 gms/fill) HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 (Alergia/rociadores nasales) (cont.)

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

COMB. DE ANTIHISTAMÍNICOS NASALES Y ANTIINFLAM. ESTEROIDEOS

azelastine/fluticasone (Dymista)	T1	ST QL (23 gms/fill) HD
RYALTRIS	T3	ST QL (1 bottle/fill) HD

ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS NASALES

flunisolide	T1	ST QL (50 mls/fill) HD
fluticasone prop 50 mcg spray	T1	QL (16 gms/fill) HD
mometasone furoate 50 mcg spray (Nasonex)	T1	ST QL (17 gms/fill) HD
XHANCE	T2	ST QL (32 mls/30 days) HD

PREPARACIONES NASALES, VARIAS (CON RECETA)

COCAINE HCL	T3	
GOPRELTO	T3	

PREPARACIONES NASALES, VARIAS (CON RECETA)

ipratropium 0.03% spray	T1	QL (30 mls/fill) HD
ipratropium 0.06% spray	T1	QL (30 mls/fill) HD
NUMBRINO	T3	HD

PREPARACIONES NASALES, VASOCONSTRICTORES (CON RECETA)

ADRENALIN CHLORIDE	T3	
epinephrine hcl	T1	

PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Medicamentos para los oídos)

PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIINFLAMATORIAS

DERMOTIC (fluocinolone acetonide oil)	T3	
fluocinolone acetonide oil (Dermotic)	T1	

PREPARACIONES ÓTICAS, VARIAS, ANTIINFECCIOSOS

acetic acid	T1	
CORTANE-B (hydrocort/pramoxine/chloroxyl)	T3	
hydrocortisone/acetic acid	T1	

PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Condiciones oculares)

AGENTES PARA EL ENTRECRUZAMIENTO DE COLÁGENO CORNEAL

PHOTREX CROSS-LINKING	T3	
PHOTREX VISCOS	T3	

LÁGRIMAS ARTIFICIALES

KLARITY (CHONDROITIN)	T3	
LACRISERT	T3	PA QL (60 inserts/fill)
MIEBO	T2	PA QL (3 mls/fill)

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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
ANTIINFECCIOSOS PARA LOS OJOS (CON RECETA ÚNICAMENTE)		
BETADINE	T3	
povidone-iodine	T1	
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS PARA LOS OJOS		
ACULAR (<i>ketorolac tromethamine</i>)	T3	ST
ACULAR LS (<i>ketorolac tromethamine</i>)	T3	ST
bromfenac sodium	T1	
bromfenac sodium (Bromsite)	T1	
bromfenac sodium (Prolensa)	T1	
dexamethasone sodium phosphate	T1	
DEXTENZA	T3	
diclofenac 0.1% eye drops	T1	
difluprednate (Durezol)	T1	
EYSUVIS	T2	PA QL (8.3 mls/30 days)
fluorometholone (Fml)	T1	
flurbiprofen sodium	T1	
FML (<i>fluorometholone</i>)	T3	ST
ILEVRO	T3	
INVELTYS	T3	ST
ketorolac 0.4% ophth solution (Acular Ls)	T1	
ketorolac 0.5% ophth solution (Acular)	T1	
KLARITY-L (LOTEPREDNOL-CHONDR)	T3	
LOTEMAX 0.5% EYE DROPS (<i>loteprednol etabonate</i>)	T3	
LOTEMAX 0.5% EYE OINTMENT	T3	ST
LOTEMAX 0.5% OPHTHALMIC GEL (<i>loteprednol etabonate</i>)	T3	ST
LOTEMAX SM	T3	ST
loteprednol etabonate (Alrex)	T1	PA SP HD
loteprednol etabonate (Lotemax)	T1	PA SP HD
PRED FORTE (<i>prednisolone acetate</i>)	T3	
prednisolone ac 1% eye drop (Pred Forte)	T1	
PREDNISOLONE ACET 1% EYE DROP	T3	
prednisolone sod ph/bromfenac	T1	
prednisolone sodium phosphate	T1	
PREDNISOLONE-BROMFENAC	T3	
PREDNISOLONE-NEPAFENAC	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS PARA LOS OJOS (cont.)		
PROLENSA (<i>bromfenac sodium</i>)	T3	ST
ANESTÉSICOS LOCALES PARA LOS OJOS		
AKTEN	T3	
ALCAINE (<i>proparacaine hcl</i>)	T3	
ALTAFLUOR BENOX (<i>benoxinate hcl/fluorescein sod</i>)	T3	
FLUORESCIN-BENOXINATE	T3	
<i>proparacaine hcl</i> (Alcaine)	T1	
<i>proparacaine/fluorescein sod</i>	T1	
<i>tetracaine 0.5% eye drop</i>	T1	
TETRACAINE 0.5% STERI-UNIT SOL	T3	
<i>tetracaine hcl</i>	T1	
TETRAVISC	T3	
TETRAVISC FORTE	T3	
ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS PARA LOS OJOS		
ALOCRIL	T3	ST
<i>cromolyn 4% eye drops</i>	T1	
COMBINACIONES DE MIDRIÁTICOS OCULARES Y AINE		
MYDRIATIC4(TROP-PROP-PE-KTRLC)	T3	
PREPARACIONES OCULARES, VARIAS (SIN RECETA)		
GELFILM	T3	
VASOCONSTRICTORES PARA LOS OJOS		
<i>phenylephrine hcl</i>	T1	
MIÓTICOS Y OTROS REDUCTORES DE LA PRESIÓN INTRAOCULAR		
ALPHAGAN P	T3	ST HD
ALPHAGAN P (<i>brimonidine tartrate</i>)	T3	ST HD
<i>apraclonidine hcl</i>	T1	HD
betaxolol hcl	T1	HD
BETOPTIC S	T3	HD
<i>bimatoprost</i>	T1	PA HD
BIMATOPROST-BRIMONIDINE-DORZOL	T3	HD
BIMATOPROST-DORZOLAMID-TIMOLOL	T3	HD
<i>brimonidine tartrate</i>	T1	HD
<i>brimonidine tartrate</i> (Alphagan P)	T1	HD
<i>brimonidine tartrate/timolol</i> (Combigan)	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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
MIÓTICOS Y OTROS REDUCTORES DE LA PRESIÓN INTRAOCULAR (cont.)		
BRIMONIDINE 0.1%-DORZOLAM 2%	T3	
BRIMONIDINE 0.15%-DORZOLAM 2%	T3	HD
BRIMONIDINE-DORZOLAMIDE	T3	HD
<i>brinzolamide (Azopt)</i>	T1	HD
<i>carteolol hcl</i>	T1	HD
COMBIGAN (<i>brimonidine tartrate/timolol</i>)	T3	ST HD
DORZOLAMIDE	T3	HD
<i>dorzolamide hcl</i>	T1	HD
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate (Cosopt)</i>	T1	HD
<i>dorzolamide/timolol/pf (Cosopt Pf)</i>	T1	HD
IOPIDINE	T3	ST HD
ISOPTO CARPINE (<i>pilocarpine hcl</i>)	T3	HD
LATANOPROST 0.005% EYE DROP	T3	HD
<i>latanoprost 0.005% eye drops (Xalatan)</i>	T1	PA HD
<i>levobunolol hcl</i>	T1	HD
PHOSPHOLINE IODIDE	T4	SP HD
<i>pilocarpine hcl</i>	T1	HD
<i>pilocarpine hcl (Isopto Carpine)</i>	T1	HD
<i>pilocarpine 1% eye drops</i>	T1	HD
<i>pilocarpine 2% eye drops</i>	T1	HD
<i>pilocarpine 4% eye drops</i>	T1	HD
RHOPRESSA	T3	
ROCKLATAN	T3	PA
SIMBRINZA	T3	HD
<i>timolol (Betimol)</i>	T1	ST HD
<i>timolol 0.5% eye drop (Istalol)</i>	T1	ST HD
TIMOLOL-BIMATOPROST	T3	HD
<i>timolol maleate 0.25% eye drop</i>	T1	ST HD
<i>timolol maleate 0.25% eye drop (Timoptic)</i>	T1	HD
<i>timolol maleate 0.5% eye drop (Timoptic Ocudose)</i>	T1	ST HD
<i>timolol maleate 0.5% eye drops (Timoptic)</i>	T1	HD
<i>timolol 0.25% gel-solution (Timoptic-Xe)</i>	T1	ST HD
<i>timolol 0.5% gel-solution (Timoptic-Xe)</i>	T1	ST HD
<i>timolol 0.5% gfs gel-solution (Timoptic-Xe)</i>	T1	ST HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
TIMOLOL-BRIMONIDIN-DORZOLAMIDE	T3	HD
TIMOLOL-BRIMONI-DORZOL-BIMATOP	T3	HD
TIMOLOL-BRIMONI-DORZOL-LATANOP	T3	HD
TIMOLOL-DORZOLAMIDE	T3	HD
TIMOLOL-DORZOLAMIDE-BIMATOPRST	T3	HD
TIMOLOL-DORZOLAMIDE-LATANOPRST	T3	HD
TIMOLOL-LATANOPROST	T3	HD
TIMOPTIC (<i>timolol maleate</i>)	T3	ST HD
TIMOPTIC-XE (<i>timolol maleate</i>)	T3	ST HD
travoprost (Travatan Z)	T1	PA HD
MIDRIÁTICOS		
atropine 1% eye drop	T1	PA SP HD
atropine sulf 0.025% eye drop	T1	HD
atropine sulfate 0.01% eye drp	T1	PA SP HD
atropine 1% eye drops, ointment	T1	HD
ATROPINE SULF 0.025% EYE DROP	T3	HD
ATROPINE SULFATE 0.05% EYE DRP	T3	HD
ATROPINE SULFATE-0.9% NACL	T3	HD
CYCLOGYL	T3	HD
CYCLOGYL (<i>cyclopentolate hcl</i>)	T3	HD
CYCLOMYDRIL	T3	HD
cyclopentolat/tropic/phenyleph	T1	HD
cyclopentolate hcl	T1	HD
cyclopentolate hcl (Cyclogyl)	T1	HD
CYCLOPENTOLATE-TROPICAMIDE-PE	T3	HD
homatropine hbr	T1	HD
MYDCOMBI	T3	HD
MYDRIACYL (<i>tropicamide</i>)	T3	HD
PAREMYD	T3	HD
tropicamide	T1	HD
tropicamide (Mydriacyl)	T1	HD
TROPICAMIDE-CYCLOPENTOLATE-PE	T3	HD
TROPICAMIDE-CYCLOPENT-PE-KTRLC	T3	
tropicamide 1%-phenylephr 2.5%	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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
MIDRIÁTICOS (cont.)		
TROPICAMIDE 1%-PHENYLEPHR 2.5%	T3	
TROPIC-CYCLOPENT-PE-KTRLC-PROP	T3	HD
ANTICUERPOS MONOCLONALES RECOMBINANTES ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DEL VEGF-A OFTÁLMICOS		
LUCENTIS	T5	PA SP
AGENTES ANTIFIBRÓTICOS OFTÁLMICOS		
MITOMYCIN	T3	
MITOMYCIN-WATER	T3	
MITOSOL	T3	
ANTIINFLAMATORIOS OFTÁLMICOS, TIPO INMUNOMODULADOR		
CEQUA	T3	PA QL (60 vls/30 days)
<i>cyclosporine 0.05% eye emuls (Restasis)</i>	T1	PA QL (60 vials/fill) HD
CYCLOSPORINE IN KLARITY	T3	HD
RESTASIS (<i>cyclosporine</i>)	T3	PA QL (60 vials/fill) HD
RESTASIS MULTIDOSE	T2	PA QL (6 mls/fill) HD
XIIDRA	T2	PA QL (60 vls/fill) HD
VEVYE	T3	PA QL (2 mls/fill) HD
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	T3	
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Medicamentos para el colesterol)		
SUPLEMENTOS DE LÍPIDOS ORALES		
DOJOLVI	T5	PA SP HD
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Productos dentales)		
PREPARACIONES CON FLÚOR		
CLINPRO 5000	T3	
FLORIVA	T3	
<i>fluoride (sodium)</i>	T1	
<i>fluoride (sodium)</i> (Prevident 5000 Plus)	T1	
<i>fluoride (sodium)</i> (Prevident)	T1	
FLUORIDEX	T3	

T1 – Genéricos
T2 – Marcas preferidas
T3 – Marcas no preferidas
T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos
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

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Productos dentales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES CON FLÚOR (cont.)		
FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF	T3	
FRAICHE 5000 PREVI	T3	
JUSTRIGHT 5000	T3	
PREVIDENT	T3	
PREVIDENT (fluoride (sodium))	T3	
PREVIDENT KIDS	T3	
PREVIDENT 5000 DRY MOUTH	T3	
PREVIDENT 5000 ENAMEL PROTECT	T3	
PREVIDENT 5000 ORTHO DEFENSE	T3	
PREVIDENT 5000 PLUS (fluoride (sodium))	T3	
PREVIDENT 5000 SENSITIVE	T3	
sodium fluoride 0.2% rinse (Prevident)	T1	
sodium fluoride 1.1% cream (Prevident 5000 Plus)	T1	
sodium fluoride 1.1% gel (Prevident)	T1	
sodium fluoride 5000 ppm cream (Prevident 5000 Plus)	T1	
sodium fluoride 5000 ppm paste	T1	
sodium fluoride/potassium nit	T1	
PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS		
fluoride (sodium)	T1	PPACA
FLURA-DROPS	T3	
sodium fluoride 0.25 (0.55) mg	T1	PPACA
sodium fluoride 0.5 mg(1.1 mg)	T1	PPACA
sodium fluoride 0.5 mg/ml drop	T1	PPACA
sodium fluoride 1 mg (2.2 mg)	T1	PPACA
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Diabetes)		
AGENTES PARA TRATAR LA HIPOGLUCEMIA (HIPERGLUCÉMICOS)		
cvs glucose 4 gram tablet chew (Trueplus Glucose)	T1	
CVS GLUCOSE LIQUID SHOT	T3	
DEX4 GLUCOSE 15 GM GEL PACKET	T3	
dex4 glucose 4 gm tablet chew (Trueplus Glucose)	T1	
DEX4 GLUCOSE LIQUID	T3	
DEX4 GLUCOSE LIQUID BLAST	T3	
dex4 glucose tab pouch pack (Trueplus Glucose)	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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>dex4 quick dissolve tab chew</i> (Trueplus Glucose)	T1	
<i>dextrose</i>	T1	
<i>dextrose</i> (Glucose-15)	T1	
<i>dextrose</i> (Glucose-45)	T1	
<i>dextrose/vitamin d3</i>	T1	
<i>diazoxide</i> (Proglycem)	T1	
<i>drug mart glucose 4 gm tab chw</i> (Trueplus Glucose)	T1	
GLUCO SHOT	T3	
GLUCOSE 2 GM GUMMY	T3	
<i>glucose 3.75 gram tablet chew</i> (Trueplus Glucose)	T1	
<i>glucose 4 gram tablet chew</i> (Trueplus Glucose)	T1	
GLUCOSE LIQUID	T3	
GLUTOSE-15 (<i>dextrose</i>)	T2	
GLUTOSE-45 (<i>dextrose</i>)	T2	
<i>gnp glucose 3.75 gram tab chew</i> (Trueplus Glucose)	T1	
<i>gnp glucose 4 gram tablet chew</i> (Trueplus Glucose)	T1	
<i>gnp quick dissolve glucose tab</i> (Trueplus Glucose)	T1	
<i>gs glucose 4 gram tablet chew</i> (Trueplus Glucose)	T1	
GVOKE	T2	QL (2 vials/fill)
GVOKE HYPOPEN 1-PACK, 2-PACK	T2	QL (2 auto-injs/fill)
GVOKE PFS 1-PACK, 2-PACK SYRINGE	T2	QL (2 syringes/fill)
INSTA-GLUCOSE	T3	
<i>kro glucose 4 gram tablet chew</i> (Trueplus Glucose)	T1	
<i>kroger glucose 4 gram tab chew</i> (Trueplus Glucose)	T1	
<i>leader glucose 4 gm tab chew</i> (Trueplus Glucose)	T1	
<i>leader quick dissolve gluc tab</i> (Trueplus Glucose)	T1	
<i>longs glucose 4 gram tab chew</i> (Trueplus Glucose)	T1	
<i>meijer glucose 4 gram tab chew</i> (Trueplus Glucose)	T1	
<i>ms glucose 4 gram tablet chew</i> (Trueplus Glucose)	T1	
<i>ms quick dissolve glucose tab</i> (Trueplus Glucose)	T1	
<i>preferred plus glucose tab chw</i> (Trueplus Glucose)	T1	
PROGLYCEM (<i>diazoxide</i>)	T3	
<i>pub glucose 4 gram tablet chew</i> (Trueplus Glucose)	T1	
<i>ra glucose 4 gram tablet chew</i> (Trueplus Glucose)	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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

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>relion glucose 4 gram tab chew</i> (Trueplus Glucose)	T1	
<i>reli-on glucose 4 gram tab chw</i> (Trueplus Glucose)	T1	
RELION GLUCOSE LIQUID	T3	
<i>smart sense glucose 4 gram tab</i> (Trueplus Glucose)	T1	
TRUEPLUS GLUCOSE	T3	
TRUEPLUS GLUCOSE (<i>dextrose</i>)	T3	
<i>upup glucose 4 gram tab chew</i> (Trueplus Glucose)	T1	
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Varios)		
SUPLEMENTOS DE ÁCIDO NUCLEICO/NUCLEÓTIDOS		
XURIDEN	T4	PA SP
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Nutritivos/alimenticios)		
CARBOHIDRATOS		
ENFAMIL	T2	
GLUTOL	T2	
REDUCTORES DE ELECTROLITOS		
AURYXIA	T3	
<i>calcium acetate 667 mg capsule, gelcap, tablet</i>	T1	QL (360 caps/fill)
<i>lanthanum carbonate (Fosrenol)</i>	T1	QL (90 tabs/fill)
LOKELMA	T2	QL (30 packs/fill)
REVELA 0.8 GM POWDER PACKET (<i>sevelamer carbonate</i>)	T3	QL (180 packs/fill)
REVELA 2.4 GM POWDER PACKET (<i>sevelamer carbonate</i>)	T3	QL (90 packs/fill)
REVELA 800 MG TABLET (<i>sevelamer carbonate</i>)	T3	QL (270 tabs/fill)
<i>sodium polystyrene sulfon/sorb</i>	T1	
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	T1	
VELPHORO	T3	QL (120 tabs/30 days)
VELTASSA 1 GM POWDER PACKET	T2	
VELTASSA 16.8 GM POWDER PACKET	T2	QL (30 packs/30 days)
VELTASSA 25.2 GM POWDER PACKET	T2	QL (30 packs/30 days)
VELTASSA 8.4 GM POWDER PACKET	T2	QL (30 packs/30 days)
PREPARACIONES CON FLÚOR		
CLINPRO 5000	T3	
<i>fluoride (sodium)</i>	T1	
<i>fluoride (sodium)</i> (Prevident 5000 Plus)	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Nutritivos/alimenticios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES CON FLÚOR (cont.)		
<i>fluoride (sodium)</i> (Prevident)	T1	
FLUORIDEX	T3	
JUSTRIGHT 5000	T3	
PREVIDENT	T3	
PREVIDENT (<i>fluoride (sodium)</i>)	T3	
PREVIDENT KIDS	T3	
PREVIDENT 5000 DRY MOUTH	T3	
PREVIDENT 5000 ORTHO DEFENSE	T3	
PREVIDENT 5000 PLUS (<i>fluoride (sodium)</i>)	T3	
<i>sodium fluoride 0.2% rinse</i> (Prevident)	T1	
<i>sodium fluoride 1.1% cream</i> (Prevident 5000 Plus)	T1	
<i>sodium fluoride 1.1% gel</i> (Prevident)	T1	
<i>sodium fluoride 5000 ppm cream</i> (Prevident 5000 Plus)	T1	
<i>sodium fluoride 5000 ppm paste</i>	T1	
AGENTES QUE CONTIENEN YODO		
<i>potassium iodide</i>	T1	
<i>potassium iodide/iodine</i>	T1	
SSKI	T3	
REPOSICIÓN DE HIERRO		
ABATRON	T3	
ABATRON AF	T3	
ACCRUFER	T3	
ACTIVE FE	T3	
APETIGEN-PLUS	T2	
BENTIVITE BX	T3	
CHROMAGEN	T3	
CITRANATAL BLOOM	T3	
CORVITE 150	T3	
CORVITE FE	T3	
<i>cvs iron 27 mg tablet</i> (Fergon)	T1	
<i>cvs iron 65 mg tablet</i>	T1	
CVS SLOW RELEASE IRON 45 MG TB	T3	
<i>cvs slow release iron 45 mg tb</i>	T1	
<i>cvs slow release iron tablet</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Nutritivos/alimenticios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
REPOSICIÓN DE HIERRO (cont.)		
<i>eql iron 65 mg tablet</i>	T1	
<i>eql slow release iron 45 mg, 50 mg tab</i>	T1	
FEOSOL 45 MG CAPLET (<i>iron,carbonyl</i>)	T2	
<i>feosol 65 mg tablet</i>	T1	
FEOSOL BIFERA 28 MG CAPLET	T2	
FERAHEME (<i>ferumoxytol</i>)	T3	PA
FERGON 27 MG TABLET	T3	
FERGON 27 MG TABLET (<i>ferrous gluconate</i>)	T2	
FERGON TABLET	T3	
FER-IN-SOL (<i>ferrous sulfate</i>)	T2	
FERIVA 21-7	T3	
FERIVA FA	T3	
FERRACTIV IRON	T3	
FERRALET 90	T3	
FERRETTS IPS 18 MG CAP	T3	
FERRETTS IPS 40 MG/15 ML LIQ	T2	
FERRIMIN 150	T2	
FERRLECIT (<i>sodium ferric gluconat/sucrose</i>)	T3	PA
FERRO-SEQUELS	T3	
<i>ferrous fum/vit c/b12-if/folic</i>	T1	PPACA
<i>ferrous fumarate</i>	T1	
FERROUS FUMARATE 29 MG TAB	T3	
<i>ferrous fumarate 324 mg tab</i>	T1	
<i>ferrous fumarate/folic acid (Hemocyte-F)</i>	T1	
<i>ferrous gluconate</i>	T1	
<i>ferrous gluconate (Fergon)</i>	T1	
<i>ferrous sulf 15 mg iron/ml drp (Fer-In-Sol)</i>	T1	
<i>ferrous sulf 220 mg/5 ml elix</i>	T1	
<i>ferrous sulf 220 mg/5 ml liq</i>	T1	
<i>ferrous sulf 300 mg/5 ml cup</i>	T1	
<i>ferrous sulf 300 mg/6.8ml soln</i>	T1	
<i>ferrous sulf 44 mg iron/5ml lq</i>	T1	
<i>ferrous sulf ec 324 mg tablet</i>	T1	
<i>ferrous sulf ec 325 mg tablet</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 sulfate 325 mg tablet</i>	T1	
FERROUS SULF 300 MG/5 ML CUP	T3	
<i>ferrous sulfate</i>	T1	
<i>ferrous sulfate (Fer-In-Sol)</i>	T1	
<i>ferrous sulfate/vit c/folic ac</i>	T1	PPACA
<i>ferumoxylol (Feraheme)</i>	T1	PA
<i>ft iron 65 mg tablet</i>	T1	
FT IRON 45 MG TABLET	T3	
FUSION	T3	
FUSION PLUS	T3	
GENTLE IRON	T3	
<i>gnp iron 45 mg tablet</i>	T1	
<i>gnp iron 65 mg tablet</i>	T1	
HEMATEX	T3	
HEMATEX (<i>iron polysaccharide complex</i>)	T3	
HEMATOGEN	T3	
HEMATRON-AF	T3	
HEMAX	T3	
HEMOCYTE PLUS (<i>iron fum/folic acid/mv,min 15</i>)	T3	
HEMOCYTE-F (<i>ferrous fumarate/folic acid</i>)	T3	
<i>hm iron 65 mg tablet</i>	T1	
<i>hm slow release iron tablet</i>	T1	
I.L.X. B-12	T2	
ICAR	T2	
ICAR-C (<i>iron,carbonyl/ascorbic acid</i>)	T2	
ICAR-C PLUS (<i>iron,carb/vit c/vit b12/folic</i>)	T3	
INFED	T2	PA
INJECTAFER	T3	PA
INTEGRA	T2	
INTEGRA F (<i>iron fum,ps/folic acid/vitc/b3</i>)	T3	
INTEGRA PLUS (<i>iron fum,ps/folic/bcomp,c no.9</i>)	T3	
<i>iron 27 mg tablet</i>	T1	
<i>iron 27 mg tablet (Fergon)</i>	T1	
<i>iron 28 mg tablet</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
iron 45 mg tablet	T1	
iron 65 mg tablet	T1	
iron aspgly,ps/c/b 12/fa/ca/suc	T1	
iron aspgly,ps/c/succinic acid	T1	
iron aspgly/c/b 12/fa/ca-th/suc	T1	
iron bg,ps/vitc/b 12/fa/calcium	T1	
IRON BISGLYCINATE	T3	
iron,carb/vit c/vit b 12/folic (Icar-C Plus)	T1	
iron,carbonyl	T1	
iron,carbonyl (Feosol)	T1	
iron,carbonyl/ascorbic acid (Icar-C)	T1	
iron/c/b 12/calcium/stomach conc	T1	
iron/c/folic acid/mv cmb 11/calc	T1	
iron/folic ac/vit bcomp,c/min	T1	
iron/folic acid/b 12/c/docusate	T1	
iron/folic acid/c/b6/b 12/zinc	T1	
iron fum,ag/c/b 12/folic/ca/suc	T1	
iron fum,ps/folic acid/vitc/b3 (Integra F)	T1	
iron fum,ps/folic/bcomp,c na.9 (Integra Plus)	T1	
iron fum/folic acid/mv,min 15 (Hemocyte Plus)	T1	
iron fumarate/vit c/vit b 12/fa	T1	
iron polysaccharide complex	T1	
iron polysaccharide complex (Nu-Iron 150)	T1	
iron ps complex/b 12/folic acid	T1	
iron sucrose complex	T1	PA
IRONUP	T3	
iron/vit c/fructooligosaccharide	T1	
iron-vitamin c 100-250 mg tab (Icar-C)	T1	PA SP HD
IRON-VITAMIN C 65-125 MG TAB	T2	PA SP HD
iron-vitamin c 100-250 mg tab (Icar-C)	T1	PA SP HD
IRON-VITAMIN C 65-125 MG TAB	T2	PA SP HD
IRO-PLEX	T3	
IROSPAN	T3	
LIQUID IRON	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Nutritivos/alimenticios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
REPOSICIÓN DE HIERRO (cont.)		
LYDIA PINKHAM HERBAL	T3	
MAXFE	T3	
MONOFERRIC	T3	PA
NEONATAL FE	T3	
NIFEREX	T3	
NOVAFERRUM ALL GOOD	T3	PA SP HD
NOVAFERRUM WOW	T3	PA SP HD
NOVAFERRUM YAY IRON	T3	
NOVAFERRUM YUMMY PEDIATRIC	T2	PA SP HD
NUFERA	T3	
NU-IRON 150 (<i>iron polysaccharide complex</i>)	T2	
PARVLEX	T3	
PERFECT IRON	T3	
PRO FE	T2	
PROFERRIN	T2	
PROFERRIN-FORTE	T3	
PROTECT IRON	T3	
<i>ra high potency iron 27 mg tab</i>	T1	
RA HIGH POTENCY IRON 27 MG TAB	T3	
<i>ra iron 65 mg tablet</i>	T1	
RA SLOW RELEASE IRON 45 MG TAB	T2	
SIDEROL	T3	
SLOW FE	T2	
<i>slow release iron 160 mg tab</i>	T1	
SLOW RELEASE IRON 45 MG TAB	T2	
SLOW RELEASE IRON 45 MG TABLET	T2	
<i>slow release iron 45 mg tablet</i>	T1	
SLOW RELEASE IRON 45 MG TABLET	T3	
SLOW RELEASE IRON TABLET	T2	
<i>sm iron 65 mg tablet</i>	T1	
<i>sm iron 160 mg tablet sa</i>	T1	
<i>sm iron 325 mg tablet</i>	T1	
SM SLOW RELEASE IRON 45 MG TAB	T2	
<i>sodium ferric gluconat/sucrose (Ferrlecit)</i>	T1	PA

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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>sv iron 65 mg tablet</i>	T1	
SV SLOW RELEASE IRON 45 MG TAB	T2	
TANDEM DUAL ACTION	T2	
TL-HEM 150	T3	
TRIFERIC	T3	
<i>true ferrous sulf ec 324 mg tb</i>	T1	
TULIVITE	T3	
VENOFER	T2	PA
VIRT-FEFA PLUS CAPSULE	T3	
<i>virt-fefa plus capsule</i> (Integra Plus)	T1	
VITABEX IRON	T3	
VITAFOL	T3	
VITRON-C	T2	
PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS		
<i>fluoride (sodium)</i>	T1	PPACA
FLURA-DROPS	T3	
<i>sodium fluoride 0.25 (0.55) mg</i>	T1	PPACA
<i>sodium fluoride 0.5 mg(1.1 mg)</i>	T1	PPACA
<i>sodium fluoride 0.5 mg/ml drop</i>	T1	PPACA
<i>sodium fluoride 1 mg (2.2 mg)</i>	T1	PPACA
REPOSICIÓN DE POTASIO		
EFFER-K 10 MEQ TABLET EFF	T3	
EFFER-K 20 MEQ TABLET EFF	T3	
<i>effer-k 25 meq tablet eff</i>	T1	
<i>potassium bicarbonate/cit ac</i>	T1	
<i>potassium chloride</i>	T1	
<i>potassium chloride</i>	T1	
<i>potassium chloride (K-Tab Er)</i>	T1	
<i>potassium cl 10% (20 meq/15ml)</i>	T1	
<i>potassium cl 20 meq packet</i>	T1	
<i>potassium cl 20% (40 meq/15ml)</i>	T1	
<i>potassium cl er 10 meq capsule</i>	T1	
<i>potassium cl er 10 meq tablet</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
<i>potassium cl er 15 meq tablet</i>	T1	
<i>potassium cl er 20 meq tablet</i>	T1	
<i>potassium cl er 8 meq capsule</i>	T1	
<i>potassium cl er 8 meq tablet</i>	T1	
<i>potassium cl 10%(20meq/15ml)cup</i>	T1	
<i>potassium cl 10%(40meq/30ml)cup</i>	T1	
<i>potassium cl 20%(40meq/15ml)cup</i>	T1	
POTASSIUM CL ER 15 MEQ TABLET	T1	
REPOSICIÓN DE PROTEÍNAS		
AQNEURSA	T4	PA SP
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Condiciones urinarias)		
SOLUCIONES PARA DIÁLISIS		
PRISMASOL	T3	
MODIFICADORES DEL PH URINARIO		
<i>citric acid/sodium citrate</i>	T1	HD
K-PHOS NO.2	T3	HD
K-PHOS ORIGINAL	T2	HD
ORACIT	T3	HD
<i>potassium citrate</i>	T1	HD
<i>potassium citrate (Urocit-K)</i>	T1	HD
RENACIDIN	T2	HD
UROCI-K (<i>potassium citrate</i>)	T3	HD
UROQID-ACID NO.2	T3	HD
GASTROINTESTINALES (Medicamentos para el colesterol)		
LIPOTRÓPICOS		
<i>icosapent ethyl (Vascepa)</i>	T1	PA HD
<i>omega-3 acid ethyl esters (Lovaza)</i>	T1	PA HD
VASCEPA (<i>icosapent ethyl</i>)	T2	PA HD
GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis)		
INHIBIDORES DE AMONÍACO		
BUPHENYL (<i>sodium phenylbutyrate</i>)	T5	PA SP HD
<i>lactulose</i>	T1	HD
<i>lactulose 10 gm/15 ml solution</i>	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)

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

INHIBIDORES DE AMONÍACO (cont.)

LITHOSTAT	T3	HD
OLPRUVA DOSE KIT, DOSE ENVELOPE	T5	SP PA HD
PHEBURANE	T4	PA SP
RAVICTI	T4	PA SP HD
sodium phenylbutyrate (Buphenyl)	T1	PA SP HD

ANTICOLINÉRGICOS/ANTIESPASMÓDICOS

dicyclomine 10 mg capsule	T1	
dicyclomine 10 mg/5 ml soln	T1	
dicyclomine 20 mg tablet	T1	

ANTICOLINÉRGICOS, AMONIO CUATERNARIO

chlordiazepoxide/clidinium br (Librax)	T1	
GLYCATE	T3	
glycopyrrolate	T1	
glycopyrrolate (Cuvposa)	T1	
glycopyrrolate (Robinul Forte)	T1	
glycopyrrolate (Robinul)	T1	
ROBINUL (glycopyrrolate)	T3	
ROBINUL FORTE (glycopyrrolate)	T3	
dicyclomine hcl	T1	

ANTIDIARREICOS - INHIBIDORES DE LA TRIPTÓFANO HIDROXILASA

XERMELO	T4	PA QL (84 tabs/28 days) SP
---------	----	----------------------------

ANTIDIARREICOS

diphenoxylate hcl/atropine	T1	
diphenoxylate hcl/atropine (Lomotil)	T1	
LOMOTIL (diphenoxylate hcl/atropine)	T3	
MOTOFEN	T3	
opium tincture	T1	
paregoric	T1	

ANTIEMÉTICOS, TIPO CANNABINOIDES

dronabinol (Marinol)	T1	PA
MARINOL (dronabinol)	T3	PA
SYNDROS	T3	PA

AGENTES ANTIEMÉTICOS/ANTIVÉRTIGO

aprepitant 125 mg capsule	T1	QL (1 cap/fill)
---------------------------	----	-----------------

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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>aprepitant 125-80-80 mg pack</i> (Emend)	T1	QL (3 caps/fill)
<i>aprepitant 40 mg capsule</i> (Emend)	T1	QL (1 cap/fill)
<i>aprepitant 80 mg capsule</i> (Emend)	T1	QL (2 caps/fill)
COMPAZINE (<i>prochlorperazine maleate</i>)	T3	
COMPAZINE (<i>prochlorperazine</i>)	T3	
DICLEGIS (<i>doxylamine succinate/vit b6</i>)	T3	QL (120 tabs/fill)
<i>fosaprepitant dimeglumine</i> (Emend)	T1	
<i>granisetron hcl 0.1 mg/ml vial</i>	T1	
<i>granisetron hcl 1 mg tablet</i>	T1	QL (6 tabs/fill)
<i>granisetron hcl 1 mg/ml vial</i>	T1	
<i>granisetron hcl 4 mg/4 ml vial</i>	T1	
<i>meclizine 50 mg tablet</i>	T1	
<i>ondansetron 4 mg/2 ml</i>	T1	
<i>ondansetron 40 mg/20 ml vial</i>	T1	
<i>ondansetron hcl 4 mg tablet</i>	T1	QL (9 tabs/fill)
<i>ondansetron hcl 4 mg/2 ml syr, vial</i>	T1	
<i>ondansetron hcl 8 mg tablet</i>	T1	QL (9 tabs/fill)
<i>ondansetron odt 4 mg tablet</i>	T1	QL (9 tabs/30 days)
<i>ondansetron odt 8 mg tablet</i>	T1	QL (9 tabs/30 days)
<i>prochlorperazine</i> (Compazine)	T1	
<i>prochlorperazine maleate</i> (Compazine)	T1	
<i>promethazine hcl</i>	T1	
SANCUSO	T3	QL (1 patch/fill)
<i>scopolamine</i> (Transderm-Scop)	T1	
<i>trimethobenzamide hcl</i>	T1	
VARUBI	T2	QL (2 tabs/fill)
PREPARACIONES ANTIULCEROSAS		
CYTOTEC (<i>misoprostol</i>)	T3	HD
<i>misoprostol</i> (Cytotec)	T1	HD
<i>sucalfate</i> (Carafate)	T1	HD
ANTIULCEROSOS-AGENTES CONTRA LA H. PYLORI		
<i>lansoprazole/amoxicilin/clarith</i>	T1	QL (112 units/fill)
OMECLAMOX-PAK	T3	QL (80 units/fill)
TALICIA	T2	QL (168 caps/fill)

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIULCEROSOS-AGENTES CONTRA LA H. PYLORI (cont.)		
VOQUEZNA DUAL PAK	T3	
VOQUEZNA TRIPLE PAK	T3	
ALCALOIDES DE BELLADONA		
DONNATAL	T3	HD
DONNATAL (<i>phenobarb/hyoscy/atropine/scop</i>)	T3	HD
<i>hyoscyamine sulfate</i>	T1	HD
<i>hyoscyamine sulfate</i> (Levid)	T1	HD
<i>hyoscyamine sulfate</i> (Levsin)	T1	HD
<i>hyoscyamine sulfate</i> (Levsin-SI)	T1	HD
<i>hyoscyamine sulfate</i> (Nulev)	T1	HD
LEVBID (<i>hyoscyamine sulfate</i>)	T3	HD
LEVSIN (<i>hyoscyamine sulfate</i>)	T3	HD
LEVSIN-SL (<i>hyoscyamine sulfate</i>)	T3	HD
<i>methscopolamine bromide</i>	T1	HD
NULEV (<i>hyoscyamine sulfate</i>)	T3	HD
<i>phenobarb/hyoscy/atropine/scop</i>	T1	HD
<i>phenobarb/hyoscy/atropine/scop</i> (Donnatal)	T1	HD
<i>phenobarb/hyoscy/atropine/scop</i> (Phenobarbital-Belladonna)	T1	HD
PHENOBARBITAL-BELLADONNA (<i>phenobarb/hyoscy/atropine/scop</i>)	T3	HD
SYMAX DUOTAB	T3	HD
SALES BILIARES		
CHENODAL	T4	PA SP HD
CHOLBAM 50 MG CAPSULE	T4	PA QL (120 caps/fill) SP HD
CHOLBAM 250 MG CAPSULE	T4	PA SP HD
CTEXLI	T4	PA SP
URSO FORTE (<i>ursodiol</i>)	T3	HD
<i>ursodiol</i>	T1	HD
<i>ursodiol</i> (Urso Forte)	T1	HD
INFLAM. CRÓNICA DIAG. DE COLON, 5-A-SALICILATO, TRAT. RECTAL		
<i>mesalamine 1,000 mg supp</i> (Canasa)	T1	
<i>mesalamine 4 gm/60 ml enema</i> (Sfrowasa)	T1	
<i>mesalamine 4 gm/60 ml kit</i> (Rowasa)	T1	
ROWASA (<i>mesalamine w/cleansing wipes</i>)	T3	
SFROWASA (<i>mesalamine</i>)	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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		
APRISO (<i>mesalamine</i>)	T3	HD
ASACOL HD (<i>mesalamine</i>)	T3	HD
AZULFIDINE (<i>sulfasalazine</i>)	T3	HD
balsalazide disodium (<i>Colazal</i>)	T1	HD
COLAZAL (<i>balsalazide disodium</i>)	T3	HD
<i>mesalamine</i> (Apriso)	T1	HD
<i>mesalamine</i>	T1	HD
<i>mesalamine</i> (Pentasa)	T1	HD
<i>mesalamine</i> 800 mg dr tablet (Asacol Hd)	T1	HD
<i>mesalamine</i> dr 1.2 gm tablet (Lialda)	T1	HD
PENTASA 250 MG CAPSULE	T2	HD
PENTASA 500 MG CAPSULE (<i>mesalamine</i>)	T3	HD
<i>sulfasalazine</i> (Azulfidine)	T1	HD
AGONISTAS DEL RECEPTOR X FARNESOIDE (FXR), ANÁLOGOS DEL ÁCIDO BILIAR		
OCALIVA	T4	PA QL (30 tabs/fill) SP HD
TRASPLANTE DE MICROBIOTA FECAL (TMF)		
VOWST CAPSULE	T5	SP
ENZIMAS GÁSTRICAS		
SUCRAID	T4	PA SP
PREP. PARA LAS HEMORROIDES, ANTIINFLAM. ESTEROIDEOS-ANEST. LOCALES		
ANALPRAM HC 1% CREAM	T3	
ANALPRAM HC 2.5%-1% CREAM (<i>hydrocortisone/pramoxine</i>)	T3	ST
ANALPRAM HC 2.5%-1% CRM SINGLE (<i>hydrocortisone/pramoxine</i>)	T3	ST
<i>hydrocort-pramoxine</i> 1%-1% crm	T1	
<i>hydrocort-pramoxine</i> 2.5-1% crm (<i>Analpram Hc</i>)	T1	ST
PROCORT	T3	
INHIBIDORES DE LOS RECEPTORES DE HISTAMINA H2		
<i>cimetidine</i>	T1	HD
<i>famotidine</i>	T1	HD
<i>famotidine</i> (Pepcid)	T1	HD
<i>nizatidine</i>	T1	HD
PEPCID (<i>famotidine</i>)	T3	HD
<i>ranitidine hcl</i>	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE, COMB. DE AGONISTAS/ANTAGONISTAS DE RECEPT. OPIOIDES		
VIBERZI	T2	HD
AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE-C/CIC, AGONISTAS DE LA GUANILATO CICLASA C		
LINZESS	T2	QL (30 caps/fill)
TRULANCE	T2	
INHIBIDOR DEL TRANSPORTADOR DE ÁCIDOS BILIARES ILEALES (IBAT)		
BYLVAY 1,200 MCG CAPSULE	T5	PA QL (60 caps/fill) SP HD
BYLVAY 200 MCG PELLET	T5	PA QL (120 pellets/fill) SP HD
BYLVAY 400 MCG CAPSULE	T5	PA QL (150 caps/fill) SP HD
BYLVAY 600 MCG PELLET	T5	PA QL (30 pellets/fill) SP HD
LIVMARLI	T5	PA SP
ESTIMULANTES DE LA MOTILIDAD INTESTINAL		
<i>metoclopramide hcl</i>	T1	
<i>metoclopramide hcl (Reglan)</i>	T1	
<i>prucalopride succinate</i>	T1	QL (30 tabs/30 days)
REGLAN (<i>metoclopramide hcl</i>)	T3	
AGENTES PARA EL SÍND. DE COLON IRRITABLE, AGONISTA PARCIAL DE 5-HT4		
ZELNORM	T3	
AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE, ANTAGONISTAS DEL 5-HT3		
<i>alosetron hcl</i> (Lotronex)	T1	SP HD
LAXANTES Y CATÁRTICOS		
<i>bisac/nac1/nahco3/kcl/peg 3350</i>	T1	PPACA
GIALAX	T3	PPACA
GOLYTELY (<i>peg3350/sod sulf,bicarb,cl/kcl</i>)	T3	
KRISTALOSE	T3	
<i>lactulose</i>	T1	
<i>lactulose 10 gm packet</i>	T1	
<i>lactulose 10 gm/15 ml solution</i>	T1	
<i>lactulose 20 gm/30 ml solution</i>	T1	
<i>lubiprostone</i>	T1	QL (60 caps/30 days)
NULYTELY	T3	
NULYTELY WITH FLAVOR PACKS (<i>sodium chloride/nahco3/kcl/peg</i>)	T3	
OSMOPREP	T3	PPACA
<i>peg3350/sod sul/nacl/kcl/asb/c</i> (Moviprep)	T1	PPACA
<i>peg3350/sod sulf,bicarb,cl/kcl</i>	T1	PPACA

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
LAXANTES Y CATÁRTICOS (cont.)		
<i>peg3350/sod sulf,bicarb,cl/kcl</i> (Golytely)	T1	PPACA
<i>sodium chloride/naHCO₃/kcl/peg</i> (Nulytely With Flavor Packs)	T1	PPACA
<i>sodium, potassium,mag sulfates</i> (Suprep)	T1	PPACA
PREPARACIONES ANORRECTALES LOCALES CON NITRATO		
<i>nitroglycerin 0.4% ointment</i> (Rectiv)	T1	
RECTIV (<i>nitroglycerin</i>)	T2	
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES OPIOIDES MU, CON ACCIÓN PERIFÉRICA		
<i>alvimopan</i>	T1	
ENTEREG	T3	
ENZIMAS PANCREÁTICAS		
CREON	T2	HD
PANCREAZE	T2	HD
VIOKACE	T2	HD
ZENPEP	T2	HD
BLOQUEADORES DE ÁCIDO COMPETITIVOS DE POTASIO (PCABS)		
VOQUEZNA	T3	ST
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES		
<i>dexlansoprazole dr 30 mg cap</i>	T1	ST QL
<i>dexlansoprazole dr 60 mg cap</i>	T1	ST HD
<i>esomeprazole dr 2.5 mg packet</i> (Nexium)	T1	ST QL (30 packs/30 days) HD
<i>esomeprazole dr 5 mg packet</i> (Nexium)	T1	ST QL (30 packs/30 days) HD
<i>esomeprazole dr 10 mg packet</i> (Nexium)	T1	ST QL (30 packs/fill) HD
<i>esomeprazole dr 40 mg packet</i> (Nexium)	T1	ST HD
ESOMEPRAZOLE DR 49.3 MG CAP	T3	ST HD
<i>esomeprazole mag dr 40 mg cap</i> (Nexium)	T1	HD
<i>lansoprazole dr 30 mg capsule</i> (Prevacid)	T1	HD
<i>lansoprazole odt 15 mg tablet</i> (Prevacid)	T1	ST QL (30 tabs/fill) HD
<i>lansoprazole odt 30 mg tablet</i> (Prevacid)	T1	ST HD
<i>omeprazole dr 10 mg capsule</i>	T1	QL (30 caps/fill) HD
<i>omeprazole dr 40 mg capsule</i>	T1	HD
<i>omeprazole/sodium bicarbonate</i> (Zegerid)	T1	PA HD
<i>omeprazole-bicarb 20-1,680 pkt</i> (Zegerid)	T1	ST QL (30 packs/30 days) HD
<i>omeprazole-bicarb 40-1,100 cap</i> (Zegerid)	T1	ST HD
<i>omeprazole-bicarb 40-1,680 pkt</i> (Zegerid)	T1	ST HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (cont.)		
<i>pantoprazole 40 mg suspension</i> (Protonix)	T1	ST HD
<i>pantoprazole sod dr 40 mg tab</i> (Protonix)	T1	HD
<i>rabeprazole sod dr 20 mg tab</i> (Aciphex)	T1	HD
PREPARACIONES RECTALES		
<i>hydrocortisone acetate</i> (Anusol-Hc)	T1	
<i>hydrocortisone acetate</i> (Proctocort)	T1	
PROCTOCORT (<i>hydrocortisone acetate</i>)	T3	ST
SBS - ANÁLOGOS DEL PÉPTIDO SIMILAR AL GLUCAGÓN TIPO 2 (GLP-2)		
GATTEX	T5	PA SP HD
GASTROINTESTINALES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
PREP. PARA LAS HEMORROIDES, ANTIINFLAM. ESTEROIDEOS-ANEST. LOCALES		
ANA-LEX	T3	
ANALPRAM HC 1% CREAM	T3	
ANALPRAM HC 2.5%-1% CREAM (<i>hydrocortisone/pramoxine</i>)	T3	ST
ANALPRAM HC 2.5%-1% CRM SINGLE (<i>hydrocortisone/pramoxine</i>)	T3	ST
<i>hydrocort-pramoxine 1%-1% crm</i>	T1	
<i>hydrocort-pramoxine 2.5%-1% cm</i> (Analpram Hc)	T1	ST
<i>hydrocort-pramoxine 2.5-1% crm</i> (Analpram Hc)	T1	ST
<i>lidocaine-hc 3-1% cream kit</i>	T1	
<i>lidocaine-hc 2.8-0.55% gel</i>	T1	
<i>lidocaine-hc 2-2% cream kit</i>	T1	
<i>lidocaine-hc 3-0.5% cream</i>	T1	
<i>lidocaine-hc 3-0.5% cream kit</i>	T1	
<i>lidocaine-hc 3-2.5% gel kit</i>	T1	
PROCORT	T3	
HORMONAS (Condiciones gastrointestinales/pirosis)		
PREP. RECTALES/DE COLON, GLUCOCORT. (NO HEMORR.)		
CORTENEMA (<i>hydrocortisone</i>)	T3	
<i>hydrocortisone</i> (Cortenema)	T1	
UCERIS (<i>budesonide</i>)	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HORMONAS ADRENOCORTICOTRÓPICAS		
ACTHAR SELFJECT	T5	PA SP HD
AGENTES ANDROGÉNICOS		
DEPO-TESTOSTERONE	T3	PA
DEPO-TESTOSTERONE (<i>testosterone cypionate</i>)	T3	PA
JATENZO 158 MG, 198 MG CAPSULE	T3	PA QL (120 caps/30 days)
METHITEST	T2	
<i>methyldosterone</i>	T1	
<i>oxandrolone</i>	T1	
<i>testosterone 1% (25mg/2.5g) pk (AndroGel)</i>	T1	PA QL (75 gms/fill)
<i>testosterone 1% (50 mg/5 g) pk (AndroGel)</i>	T1	PA QL (300 gms/fill)
<i>testosterone 1.62% (2.5 g) pkt</i>	T1	QL (60 packs/30 days)
<i>testosterone 1.62% gel pump (AndroGel)</i>	T1	PA QL (150 gms/fill)
<i>testosterone 1.62%(1.25 g) pkt</i>	T1	QL (30 packs/30 days)
<i>testosterone 10 mg gel pump</i>	T1	QL (120 gms/30 days)
TESTOSTERONE 12.5 MG/1.25 GRAM	T3	PA QL (300 gms/fill)
<i>testosterone 12.5 mg/1.25 gram</i>	T1	PA QL (300 gms/fill)
<i>testosterone 30 mg/1.5 ml pump</i>	T1	PA QL (180 mls/fill)
<i>testosterone 50 mg/5 gram gel (Testim)</i>	T1	PA QL (60 tubes/fill)
<i>testosterone 50 mg/5 gram gel (Vogelxo)</i>	T1	PA QL (60 tubes/fill)
TESTOSTERONE 50 MG/5 GRAM PKT	T3	PA QL (300 gms/fill)
<i>testosterone cypionate</i>	T1	PA
<i>testosterone cypionate (Depo-Testosterone)</i>	T1	PA
<i>testosterone enanthate</i>	T1	PA
VOGELXO 12.5 MG/1.25 GRAM PUMP	T3	PA QL (300 gms/fill)
VOGELXO 50 MG/5 GRAM GEL (<i>testosterone</i>)	T3	PA QL (60 tubes/fill)
VOGELXO 50 MG/5 GRAM GEL PACKET	T3	PA QL (60 packs/fill)
XYOSTED	T2	QL (2 mls/28 days)
HORMONAS ANTIDIURÉTICAS Y VASOCONSTRICTORAS		
DDAVP (<i>desmopressin (nonrefrigerated)</i>)	T3	
DDAVP 0.1 MG, 0.2 MG TABLET (<i>desmopressin acetate</i>)	T3	HD
<i>desmopressin 0.01% solution</i>	T1	HD
DESMOPRESSIN 1.5 MG/ML SPRAY	T2	HD
<i>desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr</i>	T1	HD
<i>desmopressin acetate 0.1 mg tb (Ddvp)</i>	T1	HD

T1 – Genéricos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Marcas preferidas

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas no preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HORMONAS ANTIDIURÉTICAS Y VASOCONSTRICORAS (cont.)		
<i>desmopressin acetate 0.2 mg tb (Ddvp)</i>	T1	HD
NOCTIVA	T3	
COMBINACIONES DE ESTRÓGENOS/ANDRÓGENOS		
ESTRATEST H.S. (<i>estrogen, ester/me-testosterone</i>)	T3	HD
<i>estrogen, ester/me-testosterone</i>	T1	HD
<i>estrogen, ester/me-testosterone</i> (Estratest H.S.)	T1	HD
AGENTES ESTROGÉNICOS		
ACTIVELLA (<i>estradiol/norethindrone acet</i>)	T3	HD
CLIMARA (<i>estradiol</i>)	T3	QL (4 patches/28 days) HD
COMBIPATCH	T2	
DELESTROGEN	T3	HD
DELESTROGEN (<i>estradiol valerate</i>)	T3	HD
DEPO-ESTRADIOL	T2	HD
ESTRACE 0.5 MG TABLET (<i>estradiol</i>)	T3	HD
ESTRACE 1 MG TABLET (<i>estradiol</i>)	T3	HD
ESTRACE 2 MG TABLET (<i>estradiol</i>)	T3	HD
<i>estradiol</i> (Climara)	T1	QL (4 patches/28 days) HD
<i>estradiol 0.1% (0.25mg) gel pk</i> (Divigel)	T1	QL (30 packs/fill) HD
<i>estradiol 0.1% (0.75mg) gel pk</i> (Divigel)	T1	QL (30 packs/fill) HD
<i>estradiol 0.1% (1 mg) gel pkt</i> (Divigel)	T1	QL (30 packs/fill) HD
<i>estradiol 0.1% (1.25mg) gel pk</i>	T1	QL (30 packs/fill) HD
<i>estradiol 0.06% 1.25g gel pump</i> (EstroGel)	T1	QL (50 gms/30 days) HD
<i>estradiol 0.5 mg tablet</i> (Estrace)	T1	HD
<i>estradiol 1 mg tablet</i> (Estrace)	T1	HD
<i>estradiol 2 mg tablet</i> (Estrace)	T1	HD
<i>estradiol valerate</i> (Delestrogen)	T1	HD
<i>estradiol/norethindrone acet</i>	T1	HD
<i>estradiol/norethindrone acet</i> (Activella)	T1	HD
EVAMIST	T3	QL (17 mls/30 days) HD
MENOSTAR	T3	QL (4 patches/28 days) HD
<i>norethind-eth estrad 0.5-2.5</i>	T1	HD
<i>norethindrone ac/eth estradiol</i>	T1	HD
<i>norethin-eth estrad 1 mg-5 mcg</i>	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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-PROGESTINAS CON ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES PARA MINERALOCORTICOIDES		
ANGELIQ	T3	HD
COMB. DE ESTRÓGENOS Y MOD. SELECTIVOS DE RECEPTORES ESTROGÉN. (SERM)		
DUAVEE	T2	
GLUCOCORTICOIDES		
budesonide	T1	
budesonide (Uceris)	T1	
CORTEF (hydrocortisone)	T3	
cortisone acetate	T1	
deflazacort (Emflaza)	T1	PA SP
dexamethasone	T1	PA
dexamethasone	T1	
dexamethasone 0.5 mg tablet	T1	
dexamethasone 0.5 mg/5 ml elx	T1	
dexamethasone 0.5 mg/5 ml liq	T1	
dexamethasone 0.75 mg tablet	T1	
dexamethasone 1 mg tablet	T1	
dexamethasone 1.5 mg tablet	T1	
dexamethasone 6 day 1.5 mg tab	T1	PA
dexamethasone 10 day 1.5 mg tb	T1	PA
dexamethasone 13 day 1.5 mg tb	T1	PA
dexamethasone 2 mg tablet	T1	
dexamethasone 4 mg tablet	T1	
dexamethasone 6 mg tablet	T1	
DEXONTO	T3	
hydrocortisone (Cortef)	T1	
MEDROL	T3	
MEDROL (methylprednisolone)	T3	
methylprednisolone	T1	
methylprednisolone (Medrol)	T1	
ORAPRED ODT (prednisolone sodium phosphate)	T3	
prednisolone	T1	
prednisolone sodium phosphate	T1	
prednisolone sodium phosphate (Orapred Odt)	T1	
prednisone	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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
GLUCOCORTICOIDES (cont.)		
<i>prednisone</i>	T1	
RAYOS	T3	PA
TAPERDEX	T3	PA
TARPEYO	T5	PA QL (28 caps/30 days) SP
UCERIS (<i>budesonide</i>)	T3	
UCERIS 9 MG ER TABLET (<i>budesonide</i>)	T3	
ZCORT	T3	PA
HORMONA LIBERADORA DE HORMONA DEL CRECIMIENTO (GHRH) Y ANÁLOGOS		
EGRIFTA SV	T4	PA SP HD
EGRIFTA WR	T4	PA SP HD
HORMONAS DEL CRECIMIENTO		
GENOTROPIN	T4	PA SP HD
OMNITROPE	T4	PA SP
SEROSTIM	T4	PA SP HD
ZORBTIVE	T5	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	T2	PA
ORIAHNN	T2	PA
ANTAGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), AGENTES SUPRESORES HIPOFISARIOS		
<i>cetorelix acetate</i>	T1	SP
CETROTIDE	T4	SP
GANIRELIX ACET 250 MCG/0.5 ML (<i>ganirelix acetate</i>)	T5	ST SP
<i>ganirelix acet 250 mcg/0.5 ml</i> (Ganirelix Acetate)	T1	ST SP
<i>ganirelix acetate</i> (Ganirelix Acetate)	T1	SP
ORILISSA 150 MG TABLET	T2	PA QL (30 tabs/fill)
ORILISSA 200 MG TABLET	T2	PA QL (60 tabs/fill)
MINERALOCORTICOIDES		
<i>fludrocortisone acetate</i>	T1	HD
OXITÓCICOS		
CERVIDIL	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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
OXITÓCICOS (cont.)		
<i>methylergonovine maleate</i>	T1	QL (240 tabs/30 days)
PREPIDIL	T3	
HORMONAS PARATIROIDES		
NATPARA	T4	PA SP HD
YORVIPATH	T5	PA SP
AGENTES SUPRESORES HIPOFISARIOS		
<i>cabergoline</i>	T1	QL (8 tabs/28 days) HD
CRENESSITY	T5	PA SP
<i>danazol</i>	T1	HD
AGENTES PROGESTACIONALES		
CRINONE 8% GEL	T2	
<i>medroxyprogesterone 10 mg tab</i> (Provera)	T1	HD
<i>medroxyprogesterone 2.5 mg tab</i> (Provera)	T1	HD
<i>medroxyprogesterone 5 mg tab</i> (Provera)	T1	HD
<i>norethindrone acetate</i>	T1	HD
progesterone 100 mg capsule (Prometrium)	T1	HD
progesterone 200 mg capsule (Prometrium)	T1	HD
PROMETRIUM (<i>progesterone, micronized</i>)	T3	HD
PROVERA (<i>medroxyprogesterone acetate</i>)	T3	HD
AGENTES SOMATOSTÁTICOS		
MYCAPSSA	T5	PA SP
MYCAPSSA DR 20MG CAPSULE	T5	PA QL (56 caps/28 days) SP
SIGNIFOR	T4	PA SP
PREPARACIONES DE ESTRÓGENOS VAGINALES		
<i>estradiol</i> (Vagifem)	T1	
<i>estradiol 0.01% cream</i> (Estrace)	T1	HD
<i>estradiol 10 mcg vaginal insrt</i> (Vagifem)	T1	HD
PREMARIN VAGINAL CREAM-APPL	T2	HD
HORMONAS (Infertilidad)		
PREPARACIONES PARA ESTIMULAR LA FERTILIDAD, SIN FSH		
<i>clomiphene citrate</i>	T1	
HORMONAS FOLICULOESTIMULANTES Y LUTEINIZANTES		
MENOPUR	T4	SP

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 (Infertilidad) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HORMONA FOLICULOESTIMULANTE (FSH)		
FOLLISTIM AQ	T5	ST SP
GONAL-F	T4	ST SP
GONAL-F RFF REDI-JECT	T4	ST SP
GONADOTROPINA CORIÓNICA HUMANA (HCG)		
CHORIONIC GONAD 10,000 UNIT VL	T5	ST QL (3 vials/30 days) SP
CHORIONIC GONAD 50,000 UNIT VL	T5	ST SP
CHORIONIC GONAD 6,000 UNIT VL	T5	ST SP
NOVAREL	T5	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	T3	
ENDOMETRIN	T2	
progesterone 100 mg vag insert	T1	
HORMONAS (Varías)		
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/fill) SP HD
INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA		
calcitonin, salmon, synthetic	T1	HD
calcitonin, salmon, synthetic (Miacalcin)	T1	HD
MIACALCIN (calcitonin, salmon, synthetic)	T3	HD
INMUNOSUPRESORES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
INHIBIDORES DE LA INTERLEUCINA HUMANA 12/23 (IL-12/13), ANTICUERPOS MONOCLONALES		
IMULDOSA 45 MG/0.5 ML SYRINGE	T4	PA QL (1 syringe/84 days) SP
IMULDOSA 90 MG/ML SYRINGE	T4	PA QL (1 syringe/56 days) SP
SELARSDI 45 MG/0.5 ML SYRINGE	T4	PA QL (1 syringe/84 days) SP
SELARSDI 90 MG/ML SYRINGE	T4	PA QL (1 syringe/56 days) SP
STELARA	T4	PA QL SP HD
USTEKINUMAB-TTWE 45MG/0.5ML SY	T4	PA SP HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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
INHIBIDORES DE LA INTERLEUCINA HUMANA 12/23 (IL-12/13), ANTICUERPOS MONOCLONALES (cont.)		
USTEKINUMAB-TTWE 90 MG/ML SYR	T4	PA SP HD
YESINTEK 45 MG/0.5 ML SYRINGE, VIAL	T4	PA SP HD
YESINTEK 90 MG/ML SYRINGE	T4	PA SP HD
ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE LA IL-23, ANTICUERPOS MONOCLONALES		
OMVOH 100 MG/ML PEN	T4	PA QL (2 mls/28 days) SP HD
OMVOH 200 MG DOSE - 2 PENS	T4	PA QL (2 mls/28 days) SP HD
OMVOH 300 MG DOSE - 2 PENS	T4	PA QL (3 mls/28 days) SP HD
OMVOH 100 MG/ML SYRINGE	T4	PA QL (2 mls/28 days) SP HD
OMVOH 200 MG DOSE - 2 SYRINGES	T4	PA QL (2 mls/28 days) SP HD
OMVOH 300 MG DOSE - 2 SYRINGES	T4	PA QL (3 mls/28 days) SP HD
SKYRIZI ON-BODY	T4	PA QL (1 cartridge/56 days) SP HD
TREMFYA 100 MG/ML 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
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	T5	PA QL (3.6 mls/28 days) SP HD
ACTEMRA ACTPEN	T5	PA QL (2 pens/28 days) SP HD
ENSPRYNG	T4	PA SP HD
TYENNE	T4	PA QL (3.6 mls/28 days) SP
TYENNE AUTOINJECTOR	T4	PA QL (2 pens/28 days) SP
INMUNOSUPRESORES (Condiciones cutáneas)		
ANTAGONISTAS ALFA DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-31 (IL-31), ANTICUERPOS MONOCLONALES		
NEMLUVIO	T4	PA QL (2 pens/28 days) SP HD
AGENTES INMUNOSUPRESORES TÓPICOS		
HYFTOR	T5	PA SP

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES INMUNOSUPRESORES TÓPICOS (cont.)		
<i>pimecrolimus</i> (Elidel)	T1	ST QL (120 gms/30 days)
<i>tacrolimus</i> 0.03%, 0.1% ointment	T1	ST QL (120 gms/30 days)
INMUNOSUPRESORES (Medicamentos para trasplante)		
INMUNOSUPRESORES		
ASTAGRAF XL	T5	PA SP HD
AZASAN (<i>azathioprine</i>)	T5	SP HD
<i>azathioprine</i> (Azasan)	T1	SP HD
<i>azathioprine</i> (Imuran)	T1	SP HD
CELLCEPT (<i>mycophenolate mofetil</i>)	T5	SP HD
<i>cyclosporine</i> 100 mg capsule (Sandimmune)	T1	SP HD
<i>cyclosporine</i> 25 mg capsule (Sandimmune)	T1	SP HD
<i>cyclosporine</i> , modified	T1	SP HD
<i>cyclosporine</i> , modified (Neoral)	T1	SP HD
<i>everolimus</i> 0.25 mg tablet (Zortress)	T1	SP HD
<i>everolimus</i> 0.5 mg tablet (Zortress)	T1	SP HD
<i>everolimus</i> 0.75 mg tablet (Zortress)	T1	SP HD
<i>everolimus</i> 1 mg tablet (Zortress)	T1	SP HD
IMURAN (<i>azathioprine</i>)	T5	SP HD
LUPKYNIS	T5	PA QL (180 caps/30 days) SP
<i>mycophenolate mofetil</i> (Cellcept)	T1	SP HD
<i>mycophenolate sodium</i> (Myfortic)	T1	SP HD
MYFORTIC (<i>mycophenolate sodium</i>)	T5	SP HD
MYHIBBIN	T4	SP
NEORAL (<i>cyclosporine</i> , modified)	T5	SP HD
PROGRAF 0.2 MG, 1 MG GRANULE PACKET	T4	SP HD
PROGRAF 0.5 MG CAPSULE (<i>tacrolimus</i>)	T5	SP HD
PROGRAF 1 MG CAPSULE (<i>tacrolimus</i>)	T5	SP HD
PROGRAF 5 MG CAPSULE (<i>tacrolimus</i>)	T5	SP HD
RAPAMUNE (<i>sirolimus</i>)	T5	SP HD
SANDIMMUNE 100 MG CAPSULE (<i>cyclosporine</i>)	T5	SP HD
SANDIMMUNE 100 MG/ML SOLN	T4	SP HD
SANDIMMUNE 25 MG CAPSULE (<i>cyclosporine</i>)	T5	SP HD
<i>sirolimus</i>	T1	SP HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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) (cont.)

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

INMUNOSUPRESORES (cont.)

<i>sirolimus</i> (Rapamune)	T1	SP HD
<i>tacrolimus 0.5 mg capsule (ir)</i> (Prograf)	T1	SP HD
<i>tacrolimus 1 mg capsule (ir)</i> (Prograf)	T1	SP HD
<i>tacrolimus 5 mg capsule (ir)</i> (Prograf)	T1	SP HD
ZORTRESS (<i>everolimus</i>)	T5	SP HD

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes)

SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS

2TEK	T3	
ACCU-CHEK	T3	
ACCU-CHEK COMPACT PLUS CONTROL	T3	
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCING DEV	T2	
ACCU-CHEK GUIDE CONTROL SOLN	T3	
ACCU-CHEK SMARTVIEW CONTRL SOL	T3	
ACCU-CHEK SOFTCLIX	T2	
ACCU-TREND GLUCOSE CONTROL	T3	
ADJUSTABLE LANCING DEVICE	T2	
ADVANCED LANCING DEVICE	T2	
ADVOCATE CONTROL SOLUTION	T3	
ADVOCATE LANCING DEVICE	T2	
ADVOCATE RAPID-SAFE LANCING DV	T2	
ADVOCATE REDI-CODE+ CTRL SOLN	T3	
AGAMATRIX CONTROL	T3	
AGAMATRIX CONTROL SOLUTION	T3	
ALKALINE BATTERIES	T3	
ALTERNATE SITE LANCING DEVICE	T2	
AQUA LANCE LANCING DEVICE	T2	
ASSURE 4 CONTROL SOLUTION	T3	
ASSURE DOSE	T3	
ASSURE PRISM	T3	
AT HOME A1C	T3	
AUTOLET LITE	T2	
AUTOJECT 2	T2	
AUTO-LANCET MINI	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
AUTOLET IMPRESSION	T2	
AUTOLET LANCING DEVICE	T2	
AUTOLET PLUS	T2	
AUTOPEN	T2	
AUTOSOFT 30	T2	
AUTOSOFT 90	T2	
AUTOSOFT 30 INFUSION SET PACK	T3	
AUTOSOFT XC	T2	
AUTOSOFT XC INFUSION SET PACK	T3	
BLOOD GLUCOSE CONTROL	T3	
BLOOD-GLUCOSE CONTROL	T3	
BREEZE 2	T3	
CAREONE	T2	
CARESENS	T3	
CARESENS CONTROL SOLUTION	T3	
CARETOUCH CONTROL SOLUTION	T3	
CARETOUCH LANCING DEVICE	T2	
CEQR SIMPLICITY	T2	
CEQR SIMPLICITY INSERTER	T2	
CHEMSTRIP BG DIARY	T3	
CHOSEN LANCING DEVICE	T2	
CLEVER CHOICE CONTROL SOLUTION	T3	
CONTOUR	T3	
CONTOUR NEXT CONTROL SOLUTION	T3	
CONTROL SOLUTION	T3	
COOL CONTROL SOLUTION	T3	
DEXCOM G6 RECEIVER	T2	PA QL (1 unit/365 days)
DEXCOM G6 SENSOR	T2	PA QL (3 kits/30 days)
DEXCOM G6 TRANSMITTER	T2	PA QL (1 kit/90 days)
DEXCOM G7 RECEIVER	T2	PA QL (1 unit/365 days)
DEXCOM G7 SENSOR	T2	PA QL (3 units/30 days)
DIATRUE	T3	
DROPLET GENTEEL LANCING DEVICE	T2	
DROPLET LANCING DEVICE	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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
SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)		
EASY MINI EJECT LANCING DEVICE	T2	
EASY PLUS II CONTROL SOLN HIGH	T3	
EASY PLUS II CONTROL SOLN LOW	T3	
EASY STEP CONTROL SOLUTION	T3	
EASY TALK CONTROL SOLN LOW	T3	
EASY TALK HIGH CONTROL SOLN	T3	
EASY TALK PLUS II HIGH CONTROL	T3	
EASY TALK PLUS II LOW CTRL SLN	T3	
EASY TOUCH BLULINK CTRL SOLN	T3	
EASY TOUCH CONTROL SOLUTION	T3	
EASY TOUCH LANCING DEVICE	T2	
EASY TRAK CONTROL SOLN HIGH	T3	
EASY TRAK CONTROL SOLN LOW	T3	
EASY TRAK II CONTROL SOLUTION	T3	
EASYGLUCO PLUS CONTROL NORMAL	T3	
EASYMAX 15 LEVEL 2 SOLUTION	T3	
EASYMAX NORMAL CONTROL SOLN	T3	
ELEMENT COMPACT CONTROL SOLN	T3	
ELEMENT CONTROL SOLUTION	T3	
EMBRACE EVO LEVEL 1 CTRL SOLN	T3	
EMBRACE GLUC CONTROL SOLN HIGH	T3	
EMBRACE GLUCOSE CONTROL SOLN	T3	
EMBRACE LANCING DEVICE	T2	
EMBRACE PRO	T3	
EMBRACE TALK CONTROL SOLUTION	T3	
ENLITE SERTER	T3	
EVENCARE G2 , G3 CONTROL SOLUTION	T3	
EVOLUTION CONTROL SOLUTION	T3	
FORA CONTROL SOLUTION	T3	
FORA GTEL MULTIFUNCTN MONITOR	T3	
FORA KETONE CONTROL SOLUTION	T3	
FORA LANCING DEVICE	T2	
FORA TN'GO ADV MOBILE MULT MTR	T3	
FORA TN'GO ADVANCE MULTIFN MTR	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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
SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)		
FORA TN'G ADVANCE PRO MONITOR	T3	
FORACARE GDH	T3	
FORTISCARE	T3	
FREESTYLE CONTROL SOLUTION	T2	
FREESTYLE LIBRE 2 READER	T2	PA QL (1 unit/365 days)
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR	T2	PA QL (2 sensors/28 days)
FREESTYLE LIBRE 2 PLUS SENSOR	T2	PA QL (2 units/30 days)
FREESTYLE LIBRE 3 PLUS SENSOR	T2	PA QL (2 units/30 days)
FREESTYLE LIBRE 3 READER	T2	PA QL (1 unit/365 days)
FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR	T2	PA QL (2 units/28 days)
FREESTYLE LIBRE 10 DAY READER	T2	PA
FREESTYLE LIBRE 10 DAY SENSOR	T2	PA
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER	T2	PA
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR	T2	PA QL (2 kits/30 days)
FREESTYLE NAVIGATOR SENSOR KIT	T2	
GE100 CONTROL SOLUTION NORMAL	T3	
GENTEEL VACUUM LANCING DEVICE	T3	
GLUCOCARD 01 CONTROL	T3	
GLUCOCARD EXPRESSION CNTRL SLN	T3	
GLUCOCARD SHINE CONTROL SOLN	T3	
GLUCOCOM AUTOLINK	T3	
GLUCOCOM CONTROL SOLUTION	T3	
GLUCOSE CONTROL	T3	
GLUCOSE CONTROL SOLUTION	T3	
GOJJI GLUCOSE CONTROL SOLUTION	T3	
GOJJI KETONE CONTROL SOLUTION	T3	
GOJJI LANCING DEVICE	T2	
GOJJI MULTI-FUNCTIONAL METER	T3	
GUARDIAN 4 GLUCOSE SENSOR	T3	PA QL (5 sensors/30 days)
GUARDIAN 4 TRANSMITTER	T3	PA QL (1 transmitter/273 days)
GUARDIAN LINK 3 TRANSMITTER	T3	PA QL (1 transmitter/273 days)
GUARDIAN RT CHARGER	T3	
GUARDIAN RT STARTER KIT	T3	
GUARDIAN TEST PLUG	T3	

T1 – Genéricos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Marcas preferidas

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas no preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

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.)		
GUARDIAN TRANSMITTER TAPE	T3	
HEALTHPRO GLUCOSE CONTROL SOLN	T3	
HEALTHY ACCENTS AUTOLET	T2	
HYPOLANCE	T2	
IHEALTH CONTROL SOLN LEVEL 2	T3	
ILET INFUSION-CONTACT DETACH	T2	
ILET INFUSION KIT-INSET	T2	
ILET STARTER KIT-INSET	T2	
INCONTROL LANCING DEVICE	T2	
INFINITY CONTROL SOLUTION	T3	
INFINITY VOICE CONTROL SOLN	T3	
INPEN (FOR HUMALOG)	T3	
INPEN (FOR NOVOLOG OR FIASP)	T3	
INSUL-CAP	T3	
INSUL-EZE	T3	
LANCING DEVICE	T2	
LANCING SYSTEM	T2	
LANZO	T2	
LITE TOUCH LANCING PEN	T2	
MEDISENSE	T2	
MEDISENSE GLUCOSE KETONE	T2	
MEDISENSE GLUCOSE KETONE CONTR	T2	
MEDTRONIC EXT INFUSION SET	T2	
MEDTRONIC REMOTE CONTROL	T2	
MICRODOT HIGH-LOW CONTROL SOL	T3	
MICRODOT NORMAL CONTROL SOLUT	T3	
MICROLET 2	T2	
MICROLET NEXT LANCING DEVICE	T2	
MINI LANCING DEVICE	T2	
MINIMED MIO ADVANCE	T2	
MINIMED QUICK SET	T2	
MINIMED QUICK-SERTER	T3	
MINIMED QUICK-SERTER	T2	
MINIMED SILHOUETTE	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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
SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)		
MINIMED SURE T	T2	
MODD1 PATIENT WELCOME KIT	T3	
MODD1 SUPPLY KIT	T3	
MULTI-LANCET	T2	
MYGLUCOHEALTH CONTROL SOLUTION	T3	
NOVA MAX PLUS GLUC-KETON METER	T3	
NOVAMAX PLUS GLU-KET	T3	
NOVOPEN 3	T2	
NOVOPEN ECHO	T3	
OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS)	T2	QL (15 crtgs/30 days)
OMNIPOD 5 DEXG7G6 INTRO(GEN 5)	T2	QL (1 kit/720 days)
OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS (GEN 5)	T2	QL (15 crtgs/30 days)
OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS (GEN 5)	T2	QL (15 pods/28 days)
OMNIPOD 5 INTRO(G6/LIBRE2PLUS)	T2	QL (1 kit/720 days)
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5)	T2	QL (1 kit/720 days)
OMNIPOD CLASSIC PDM KIT(GEN 3)	T2	
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5)	T2	QL (15 crtgs/30 days)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	T2	
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	T2	QL (1 kit/720 days)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	T2	QL (15 pods/28 days)
OMNIPOD GO PODS	T2	QL (10 crtgs/30 days)
ON CALL EXPRESS CONTROL SOLN	T3	
ON CALL LANCING DEVICE	T2	
ON CALL PLUS CONTROL	T3	
ON CALL PLUS LANCING DEVICE	T2	
ON CALL VIVID CONTROL	T3	
ONETOUCH DELICA	T2	
ONETOUCH DELICA PLUS LANC DEV	T2	
ONETOUCH ULTRA CONTROL SOLN	T3	
ONETOUCH VERIO HIGH CNTRL SOLN	T3	
ONETOUCH VERIO MID CNTRL SOLN	T3	
OPTUMRX GLUCOSE CONTROL SOLN	T3	
OVAL TAPE	T3	
PIP GLUCOSE CONTROL SOLUTION	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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
SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)		
PRECISION XTRA KETONE-GLUCOSE	T2	
PRODIGY CONTROL SOLUTION	T3	
PRODIGY LANCING DEVICE	T2	
QUICK RELEASE SOFT TEFLON	T2	
REFUAH PLUS GLUCOSE CONTROL	T3	
RELIAMED MINI LANCING DEVICE	T2	
REPLACEMENT PEDIATRIC MONITOR	T3	
RIGHTEST CONTROL SOLUTION	T3	
RIGHTEST GD500	T2	
SAFE-CLIP	T2	
SEN-SERTER	T3	
SIL-SERTER	T2	
SMARTDIABETES VANTAGE	T2	
SMARTEST	T3	
SOF-SERTER	T2	
SOF-SET	T2	
SOF-SET MICRO	T2	
SOLUS V2 CONTROL SOLUTION	T3	
SOLUS V2 LANCING DEVICE	T2	
SURE COMFORT LANCING PEN	T2	
SUREFLEX	T2	
SURE-PEN	T2	
SURE-TEST EASYPLUS MINI SOLN	T3	
T:FLEX	T2	
T:SLIM X2	T2	
TANDEM MOBI AUTOSOFT 30	T2	PA SP HD
TANDEM MOBI AUTOSOFT XC	T2	PA SP HD
TANDEM MOBI AUTOSOFT XC SUPPLY	T2	
TANDEM MOBI AUTOSOFT 30 SUPPLY	T2	
TANDEM MOBI CARTRIDGE	T2	
TANDEM MOBI TRUSTEEL SUPPLY	T2	
TANDEM T:SLIM ASFT 30	T2	
TANDEM T:SLIM ASFT XC	T2	
TANDEM T:SLIM TRUSTL	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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
SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)		
TELCARE CONTROL SOLUTION	T3	
TRUE METRIX	T2	
TRUECONTROL	T2	
TRUEDRAW	T2	
TRUSTEEL INFUSION SET	T2	
TRUSTEEL INFUSION SET PACK	T3	
TWIIST REFILL KT(CSST-NDL-SYR)	T2	
TWIIST RFL(INFUS-CSST-NDL-SYR)	T2	
TWIIST STARTER KIT	T2	
ULTI-LANCE	T2	
ULTRATRAK CONTROL SOL NORMAL	T3	
ULTRATRAK CONTROL SOLUTION	T3	
ULTRATRAK ULTIMATE CNTRL SOLN	T3	
UNISTIK 2	T2	
UNISTRIP	T3	
VARISOFT INFUSION SET	T2	
V-GO 20	T2	
V-GO 30	T2	
V-GO 40	T2	
VIVAGUARD INO CONTROL SOLUTION	T3	
VIVAGUARD LANCING DEVICE	T2	
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I)		
1ST TIER UNILET COMFORTOUCH	T2	
2-IN-1 LANCET DEVICE	T2	
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET DRUM	T2	
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO	T2	
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO PLUS	T2	
ACCU-CHEK SOFTCLIX	T2	
<i>acti-lance lite 28g lancets</i>	T1	
<i>acti-lance special 17g lancets</i>	T1	
<i>acti-lance univers 23g lancets</i>	T1	
ACTI-LANCE UNIVERS 23G LANCETS	T2	
ADVANCED TRAVEL LANCETS	T2	
ADVOCATE LANCET	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
ADVOCATE LANCETS	T2	
ADVOCATE SAFETY LANCET	T2	
AGAMATRIX ULTRA-THIN LANCET	T2	PA SP HD
ALTERNATE SITE LANCETS	T2	
ASSURE HAEMOLANCE PLUS	T2	
ASSURE LANCE	T2	
ASSURE LANCE PLUS	T2	
BD MICROTAINER LANCETS	T2	
BLOOD LANCETS	T2	
BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS	T2	
BUTTERFLY TOUCH LANCET	T2	
CAREONE	T2	
CARESENS LANCET	T2	
CARETOUCH SAFETY LANCETS	T2	
CARETOUCH TWIST LANCET	T2	
CHOSEN LANCET	T2	
CHOSEN SAFETY LANCET	T2	
CLEVER CHEK LANCETS	T2	
COAGUCHEK	T2	
COLOR LANCETS	T2	
COMFORT EZ	T2	
COMFORT LANCETS	T2	
COMFORT TOUCH PLUS SAFETY LANC	T2	
COMFORT TOUCH ULT THIN LANCET	T2	
DROPLET LANCETS	T2	
DROPSAFE ACTI-LANCE	T2	
EASY COMFORT LANCETS	T2	
EASY TOUCH PULL-TOP 26G LANCET	T2	
EASY TOUCH PULL-TOP 28G LANCET	T2	
EASY TOUCH PULL-TOP 30G LANCET	T2	
EASY TOUCH PULL-TOP 32G LANCET	T2	
EASY TOUCH SAFETY 21G LANCETS	T2	
EASY TOUCH SAFETY 23G LANCETS	T2	
EASY TOUCH SAFETY 26G LANCETS	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 SAFETY 28G LANCETS	T2	
EASY TOUCH SAFETY 30G LANCETS	T2	
EASY TOUCH SAFETY 32G LANCETS	T2	
EASY TOUCH TWIST 26G LANCETS	T2	
EASY TOUCH TWIST 28G LANCETS	T2	
EASY TOUCH TWIST 30G LANCETS	T2	
EASY TOUCH TWIST 32G LANCETS	T2	
EASY TOUCH TWIST 33G LANCETS	T2	
EASY TWIST & CAP LANCETS	T2	
EMBRACE 30G LANCETS	T2	
EMBRACE SAFETY LANCET	T2	
EZ SMART LANCETS	T2	
EZ-LETS	T2	
FIFTY50 SAFETY SEAL LANCETS	T2	
FINGERSTIX	T2	
FORA LANCETS	T2	
FORACARE LANCETS	T2	
FREESTYLE LANCETS	T2	
FREESTYLE UNISTIK 2	T2	
GLUCOCOM	T2	
GLUCOCOM LANCETS	T2	
GOJJI LANCETS	T2	
HEALTHY ACCENTS UNILET LANCET	T2	
INCONTROL SUPER THIN LANCETS	T2	
INCONTROL ULTRA THIN LANCETS	T2	
INJECT EASE LANCETS	T2	
INVACARE LANCETS	T2	
<i>lancets</i>	T1	
LANCETS	T2	
LITE TOUCH 28G LANCETS	T2	
LITE TOUCH 30G LANCETS	T2	
LITE TOUCH 33G LANCETS	T2	
MEDISENSE THIN LANCETS	T2	
<i>medlance plus 21g lancets</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
MEDLANCE PLUS 21G LANCETS	T2	
<i>medlance plus 30g lancets</i>	T1	
MEDLANCE PLUS 30G LANCETS	T2	
MEDLANCE PLUS EXTRA 21G LANCET	T2	
<i>medlance plus lite 25g lancets</i>	T1	
MEDLANCE PLUS LITE 25G LANCETS	T2	
MICRO THIN LANCET	T2	
MICRO THIN LANCETS	T2	
MICROLET	T2	
MOBILE LANCETS	T2	
MONOLET LANCETS	T2	
MONOLET THIN LANCETS	T2	
MYGLUCOHEALTH LANCETS	T2	
NOVA SAFETY LANCETS	T2	
NOVA SUREFLEX	T2	
ON CALL LANCET	T2	
ON CALL PLUS LANCET	T2	
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET	T2	
ONETOUCH DELICA SAFETY LANCET	T2	
ONETOUCH LANCETS	T2	
ONETOUCH SURESOFT	T2	
ONETOUCH ULTRASOFT 2 LANCET	T2	
ON-THE-GO	T2	
PERFECT POINT SAFETY LANCETS	T2	
PIP LANCET	T2	
PRESSURE ACTIVATED LANCETS	T2	
PRO COMFORT LANCET	T2	
PRO COMFORT LANCETS	T2	
PRO COMFORT SAFETY LANCET	T2	
PRODIGY LANCETS	T2	
PRODIGY TWIST TOP LANCET	T2	
PURE COMFORT LANCETS	T2	
PURE COMFORT SAFETY LANCETS	T2	
PUSH BUTTON SAFETY LANCETS	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
READYLANC SAFETY LANCETS	T2	
RELIAMED	T2	
RELIAMED SAFETY SEAL LANCETS	T2	
RIGHTEST GL300 LANCETS	T2	
SAFETY LANCETS	T2	
SAFETY SEAL LANCETS	T2	
SAFETY-LET	T2	
SINGLE-LET	T2	
SMART SENSE	T2	
SMART SENSE LANCETS	T2	
SMARTTEST LANCET	T2	
SOLUS V2	T2	
SOLUS V2 LANCETS	T2	
STERILANCE TL	T2	
STERILE LANCETS	T2	
SUPER THIN LANCETS	T2	
SURE COMFORT LANCETS	T2	
SURE-LANCE	T2	
SURE-TOUCH	T2	
TECHLITE LANCETS	T2	
TELCARE ULTRA THIN 30G LANCETS	T2	
THIN LANCETS	T2	
TOPCARE UNIVERSAL1 LANCET	T2	
TOPCARE UNIVERSAL1 THIN LANCET	T2	
TRUE COMFORT LANCET	T2	
TRUE COMFORT SAFETY LANCET	T2	
TRUEPLUS LANCET	T2	
TRUEPLUS LANCETS	T2	
TWIST LANCETS	T2	
TWIST TOP LANCET	T2	
ULTILET BASIC	T2	
ULTILET CLASSIC	T2	
ULTILET LANCETS	T2	
ULTILET SAFETY	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
ULTRA THIN LANCET	T2	
ULTRA THIN LANCETS	T2	
ULTRA THIN PLUS LANCETS	T2	
ULTRA-CARE LANCETS	T2	
ULTRALANCE	T2	
ULTRA-THIN II 28G LANCETS	T2	
ULTRA-THIN II 30G LANCETS	T2	
ULTRATLC LANCETS	T2	
UNILET COMFORTOUCH	T2	
UNILET EXCELITE	T2	
UNILET EXCELITE II	T2	
UNILET GP LANCET	T2	
UNILET LANCET	T2	
UNILET LANCETS	T2	
UNISTIK 2 COMFORT	T2	
UNISTIK 2 EXTRA	T2	
UNISTIK 2 NORMAL	T2	
UNISTIK 3	T2	
UNISTIK 3 COMFORT	T2	
UNISTIK 3 DUAL	T2	
UNISTIK 3 EXTRA	T2	
UNISTIK 3 NORMAL	T2	
UNISTIK COMFORT	T2	
UNISTIK CZT	T2	
UNISTIK EXTRA	T2	
UNISTIK NORMAL	T2	
UNISTIK PRO	T2	
UNISTIK SAFETY	T2	
UNISTIK TOUCH	T2	
UNIVERSAL 1	T2	
VERIFINE SAFETY LANCET MINI	T2	
VERIFINE UNIVERSAL LANCET	T2	
VIVAGUARD LANCET	T2	
VIVAGUARD SAFETY LANCET	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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
AGUJAS/DISPOSITIVOS SIN AGUJA		
AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE	T2	
BD ECLIPSE NEEDLE 18G 40MM	T3	
BD ECLIPSE NEEDLE 21GX1"	T2	
BD ECLIPSE NEEDLE 22GX1"	T2	
BD ECLIPSE NEEDLE 23GX1"	T3	
BD ECLIPSE NEEDLE 25G 16MM	T3	
BD ECLIPSE NEEDLE 25G 25MM	T3	
BD ECLIPSE NEEDLE 25GX1"	T2	
BD ECLIPSE NEEDLE 25GX1.5"	T2	
BD ECLIPSE NEEDLES 21GX1.5"	T2	
BD SAFETYGLIDE NEEDLE	T2	
BD SAFETYGLIDE NEEDLE 18GX1.5"	T2	
BD SAFETYGLIDE NEEDLE 21GX1"	T2	
BD SAFETYGLIDE NEEDLE 21GX1.5"	T2	
BD SAFETYGLIDE NEEDLE 22GX1.5"	T2	
BD SAFETYGLIDE NEEDLE 23G 40MM	T3	
BD SAFETYGLIDE NEEDLE 25GX1"	T2	
BD SAFETYGLIDE NEEDLE 27GX5/8"	T2	
BLUNT NEEDLE	T2	
CAREPOINT PRECISION NEEDLE	T3	
CARETOUCH HYPODERMIC NEEDLE	T3	
CHEMO TRANSFER PIN	T2	
DROPSAFE SICURA SAFETY NEEDLE	T3	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE	T3	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLES	T3	
EASY TOUCH HYPODERMIC NEEDLE	T3	
EASYPPOINT NEEDLE	T3	
EXEL HUBER NEEDLE	T2	
EXEL HYPODERMIC NEEDLE	T2	
EXEL MTI DRAWING NEEDLE	T2	
FILTER ASPIRATOR NEEDLE	T2	
FILTER NEEDLE	T2	
FLOW-EZE	T2	
HURRICANE LUER-LOCK	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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
AGUJAS/DISPOSITIVOS SIN AGUJA (cont.)		
HYPODERMIC NEEDLE	T2	
INTEGRA NEEDLE	T2	
INTEGRA PRECISIONGLIDE NEEDLE	T3	
LIFESHIELD BLUNT CANNULA	T2	
MINI TRANSFER PIN	T2	
MONOJECT BLOOD COLLECTION	T2	
MONOJECT FILTER NEEDLE	T3	
NANO 2ND GEN PEN NEEDLE	T2	
NANO PEN NEEDLE	T2	
NEEDLES	T2	
needles,safety huber,disposabl	T1	
NOKOR ADMIX NEEDLE	T2	
NOKOR NEEDLE	T2	
PEN NEEDLE 30G X 8MM	T3	
PERFECT POINT SAFETY NEEDLE	T3	
PHASEAL PROTECTOR	T3	
POLY HUB NEEDLE	T2	
PRECISIONGLIDE	T2	
PRECISIONGLIDE NEEDLE	T2	
QUINCE SPINAL NEEDLE	T2	
RAYA SURE PEN NEEDLE 29G 12MM	T3	
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 5MM	T3	
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 6MM	T3	
REGULAR BEVEL NEEDLES	T2	
SAFETYGLIDE NEEDLE	T2	
SHORT BEVEL NEEDLES	T2	
SPECIALTY USE NEEDLES	T2	
TERUMO SURGUARD2	T2	
THIN WALL NEEDLES	T2	
TRANSFER NEEDLE	T2	
TRANSFER PIN	T2	
ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE	T2	
ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE	T2	
ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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
AGUJAS/DISPOSITIVOS SIN AGUJA (cont.)		
ULTRA-FINE ORIGINAL PEN NEEDLE	T2	
ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE	T2	
ULTRA-FINE PEN NEEDLE	T2	
YALE NEEDLES	T2	
JERINGAS Y ACCESORIOS		
ALLERGIST TRAY	T3	
ALLERGIST TRAY SYR-DETACH NDL	T2	
ALLERGIST TRAY SYR-PERM NEEDLE	T2	
ALLERGY SYRINGE 1 ML 27GX1/2"	T3	
ALLERGY SYRINGE 1 ML 27GX3/8"	T3	
BD ALLERGY SYRINGE-NEEDLE 1 ML	T2	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYR 1 ML	T2	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYR 3 ML	T2	
BD ECLIPSE SYR 3 ML 22GX1-1/2"	T3	
BD INS SYR 0.3 ML 8MMX31G(1/2)	T2	
BD INS SYR UF 0.3ML 12.7MMX30G	T2	
BD INS SYR UF 0.5ML 12.7MMX30G	T2	
BD INS SYRN UF 1 ML 12.7MMX30G	T2	
BD INS SYRNG 0.3 ML 29GX12.7MM	T2	
BD INS SYRNG 0.5 ML 29GX12.7MM	T2	
BD INS SYRNG UF 0.3 ML 8MMX31G	T2	
BD INS SYRNG UF 0.5 ML 8MMX31G	T2	
BD INSULIN SYR 0.5 ML 28GX1/2"	T2	
BD INSULIN SYR 1 ML 27GX12.7MM	T2	
BD INSULIN SYR 1 ML 27GX5/8"	T2	
BD INSULIN SYR 1 ML 28GX1/2"	T2	
BD INSULIN SYR 1 ML 29GX1/2"	T2	
BD INSULIN SYR 1 ML 29GX12.7MM	T2	
BD INSULIN SYR UF 1 ML 8MMX31G	T2	
BD SAFETYGLIDE 3 ML SYRINGE	T2	
BD SAFETYGLIDE SYR 22GX1.5"	T2	
BD SAFETYGLIDE SYR 3 ML 25GX1"	T3	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 27GX5/8	T2	
BD SAFETYGLIDE TB 1 ML SYR	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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
JERINGAS Y ACCESORIOS (cont.)		
BD SAFETYGLIDE TB 1ML 27G 10MM	T3	
BD SAFETYGLIDE TUBERCULIN SYR	T2	
BD SYRINGE-SAFETY GLIDE	T2	
BD UF INS SYR 1 ML 30GX1/2"	T2	
BULK SYRINGE	T2	
CANNULA	T2	
CAREPOINT LUER LOCK SYRINGE	T3	
CAREPOINT LUER LOCK SYRING-NDL	T2	
CAREPOINT PRECISION LUER LOCK	T3	
CAREPOINT PRECISION SAFETY	T2	
CAREPOINT SAFETY LUER LOCK SYR	T2	
CAREPOINT LUER SLIP SYRINGE	T3	
CAREPOINT LUER SLIP SYRING-NDL	T3	
CARETOUCH LUER LOCK	T2	
CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE	T3	
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE	T3	
CORNWALL SYRINGE TIP CONNECTOR	T2	
DAVOL IRRIGATION SYRINGE	T2	
DOVER BULB SYRINGE	T3	
EASY GLIDE CATHETER TIP SYRING	T3	
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE	T3	
EASY GLIDE LUER SLIP TB SYRING	T3	
EASY TOUCH FLIPLK 10ML 20GX1.5	T3	
EASY TOUCH FLIPLK 10ML 21GX1.5	T3	
EASY TOUCH FLIPLK 10ML 22GX1.5	T3	
EASY TOUCH FLIPLK 5 ML 20GX1.5	T3	
EASY TOUCH FLIPLK 5 ML 21GX1.5	T3	
EASY TOUCH FLIPLK 5 ML 22GX1.5	T3	
EASY TOUCH FLIPLOCK	T3	
EASY TOUCH FLIPLOCK 1 ML 25GX1	T2	
EASY TOUCH FLIPLOCK 10ML 21GX1	T3	
EASY TOUCH FLIPLOCK 3 ML 18GX1	T3	
EASY TOUCH FLIPLOCK 3 ML 20GX1	T3	
EASY TOUCH FLIPLOCK 3 ML 21GX1	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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
JERINGAS Y ACCESORIOS (cont.)		
EASY TOUCH FLIPLOCK 5 ML 18GX1	T3	
EASY TOUCH FLIPLOCK 5 ML 21GX1	T3	
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE	T3	
EASY TOUCH FLIPLOK 10 ML 20GX1	T3	
EASY TOUCH FLIPLOK 10 ML 25GX1	T3	
EASY TOUCH FLIPLOK 1ML 26GX3/8	T2	
EASY TOUCH FLIPLOK 1ML 27GX0.5	T2	
EASY TOUCH FLIPLOK 3ML 18GX1.5	T3	
EASY TOUCH FLIPLOK 3ML 20GX1.5	T3	
EASY TOUCH FLIPLOK 3ML 21GX1.5	T3	
EASY TOUCH FLURINGE	T2	
EASY TOUCH FLURINGE FLIPLOCK	T2	
EASY TOUCH FLURINGE FLU TRAY	T3	
EASY TOUCH FLURINGE SHEATHLOCK	T2	
EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN	T3	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE	T3	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRG-NDL	T3	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE	T3	
EASY TOUCH SYR 1 ML 25GX5/8"	T2	
EASY TOUCH SYR 3 ML 22GX1-1/2"	T2	
EASY TOUCH SYR 3 ML 25GX5/8"	T2	
EASY TOUCH SYR ALLERGY TRAY	T3	
EASY TOUCH SYRINGE 1 ML 25GX1"	T2	
EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 20GX1"	T2	
EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 21GX1"	T2	
EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 22GX1"	T2	
EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 23GX1"	T2	
EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 25GX1"	T2	
EASY TOUCH TUBERCULIN FLIPLOCK	T2	
EASY TOUCH TUBERCULIN SHEATHLK	T2	
EASY TOUCH UNI-SLIP	T3	
ECLIPSE SYRINGE	T2	
ECLIPSE SYRINGE-NEEDLE	T2	
ENFIT CAP	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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
JERINGAS Y ACCESORIOS (cont.)		
ENFIT MULTIFIL SYRINGE	T3	
ENFIT POP ON CAP	T3	
ENFIT SCREW-ON CAP	T3	
ENFIT SYRINGE	T3	
ENFIT SYRINGE STERILE	T3	
ENFIT THUMB CONTROL RING SYRIN	T3	
EXEL SYRINGE	T2	
EXEL TB WITH NEEDLE	T2	
EXEL TUBERCULIN SYRINGE	T2	
EXTENDED RESERVOIR	T3	
FILTER, MILLEX-OR SYRINGE	T3	
FINGER GRIP EXTENDER	T3	
INJECT-EASE	T2	
INSULIN CARTRIDGE	T2	
INSULIN SYR 0.5 ML 28G 12.7MM	T2	
INSULIN SYR 0.5 ML 28G 12.7MM	T3	
INSULIN SYRINGE 1 ML 27G 16MM	T2	
INSULIN SYRINGE 1ML 28G 12.7MM	T2	
INSULIN SYRINGE U-500	T2	
INTEGRA SYRINGE	T2	
INTERLINK SYRINGE	T2	
INTERLINK SYRINGE W-CANNULA	T3	
KENDALL DISINFECTANT CAP	T3	
LEVER LOCK CANNULA	T3	
LIFESHIELD BLUNT CANNULA	T2	
LUER LOCK SYRINGE-NEEDLE	T2	
LUER LOCK SYRINGE	T2	
LUER SLIP TIP SYRINGE TRAY	T3	
LUER TIP CAP TRAY	T3	
LUER-LOK SYRINGE	T2	
LUER-LOCK SYRINGE-NEEDLE	T2	PA SP HD
LUER-LOK TIP SYRINGE	T2	
LUERSLIP SYRINGE	T2	
MAD NASAL ATOMIZER-SYRG-ADAPTR	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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
JERINGAS Y ACCESORIOS (cont.)		
MAGELLAN SAFETY SYRINGE	T2	
MAGELLAN TB SAFETY SYRINGE	T2	
MAGELLAN TUBERCULIN SYRINGE	T2	
MINIMED RESERVOIR 1.8 ML	T3	
MINIMED RESERVOIR 3 ML	T2	
MONOJECT 3 ML SYRINGE 25GX1"	T2	
MONOJECT 6CC SAFETY SYRINGE	T2	
MONOJECT ALLERGY TRAY-NEEDLE	T2	
MONOJECT CONTROL SYRINGE	T2	
MONOJECT ENFIT SYRINGE	T3	
MONOJECT ENFIT SYRINGE CAP	T3	
MONOJECT LUER LOCK TB SYRINGE	T2	
MONOJECT MAGELLAN	T2	
MONOJECT PHARMACY TRAY	T2	
MONOJECT SAFETY SYR TIP CAP	T3	
MONOJECT SAFETY SYRINGE	T2	
MONOJECT SMARTIP CANNULA	T3	
MONOJECT SYRINGE	T2	
MONOJECT SYRINGE 140 ML	T3	
MONOJECT SYRINGE 35 ML	T2	
MONOJECT SYRINGE PHARMACY TRAY	T2	
MONOJECT TB	T2	
MONOJECT TB SYRINGE	T2	
MONOJECT TB SAFETY SYRINGE	T2	
MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE	T2	
NORM-JECT SYRINGE	T3	
NORM-JECT TUBERKULIN SYRINGE	T3	
PARADIGM	T2	
PISTON ENFIT SYRINGE	T3	
PRECISIONGLIDE	T2	
PRODIGY COUNT-A-DwOSE	T2	
SAFESNAP ALLERGY SYRINGE	T3	
SAFESNAP SYRINGE 10 ML	T2	
SAFESNAP SYRINGE 10 ML	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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
JERINGAS Y ACCESORIOS (cont.)		
SAFESNAP SYRINGE 3 ML	T2	
SAFESNAP SYRINGE 5 ML	T2	
SAFESNAP SYRINGE 5 ML	T3	
SAFESNAP TUBERCULIN SYRINGE	T3	
SAFETY SYRINGE WITH SHIELD	T2	
SAFETY SYRINGE-NEEDLE	T3	
SAFETYGLIDE ALLERGY	T2	
SAFETYGLIDE ALLERGY SYRINGE	T3	
SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE	T2	
SLIP-TIP SYRINGE	T3	
SUPOR	T3	
SYRINGE	T2	
SYRINGE BULK	T2	
SYRINGE CATHETER TIP	T2	
SYRINGE CATHETER TIP NON-STER	T2	
SYRINGE FILTER, MILLEX-GP	T3	
SYRINGE FILTER, MILLEX-GS	T3	
SYRINGE LUER LOCK	T2	PA SP HD
SYRINGE LUER-LOK	T2	
SYRINGE LUER-LOK NON-STERILE	T2	
SYRINGE LUER-LOK STERILE	T2	
SYRINGE SLIP TIP NON-STERILE	T2	
SYRINGE SLIP TIP	T2	
SYRINGE TIP CAP	T2	
SYRINGE WITH NEEDLE	T2	
SYRINGE WITH NEEDLE DISP	T2	
SYRINGE WITHOUT NEEDLE	T2	
SYRINGE-LUER TIP CAP	T2	
SYRINGE-PRECISIONGLIDE NEEDLE	T2	
TB SYRINGE	T2	
TERUMO ALLERGY SYRINGE	T2	
TERUMO HYPODERMIC NEEDLE-SYRIN	T2	
TERUMO SURGUARD2	T2	
TERUMO SYRINGE	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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
JERINGAS Y ACCESORIOS (cont.)		
TOOMEY SYRINGE	T2	
TUBERCULIN SLIP-TIP SYRINGE	T3	
TUBERCULIN SYRINGE	T2	
TUBERCULIN SYRINGE-NEEDLE	T2	
TWINPAK DUAL CANNULA	T2	
ULTICARE LDS SYR 1 ML 22G 1.5"	T3	
ULTICARE LDS SYR 3 ML 22GX1.5"	T2	
ULTICARE SAFETY SYRINGE	T3	
ULTICARE SYRINGE	T3	
ULTICARE TB SAFETY 1 ML 25GX1"	T2	
ULTICARE TB SAFETY 1ML 25GX5/8	T2	
ULTICARE TB SAFETY SYRINGE	T2	
ULTIGUARD SAFE 1ML 30G 12.7MM	T3	
ULTIGUARD SAFEPACK 1ML 31G 8MM	T3	
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE	T2	
UNIVERSAL SYRINGE TIP ADAPTOR	T3	
VANISHPOINT 1 ML TB SYR 25X5/8	T2	
VANISHPOINT 1 ML TB SYR 27X1/2	T2	
VANISHPOINT 20GX1" 3 ML SYRING	T2	
VANISHPOINT 21GX1" 5 ML SYRING	T2	
VANISHPOINT 21GX1.5" 3 ML SYR	T2	
VANISHPOINT 22GX1" 3 ML SYR	T2	
VANISHPOINT 22GX1-1/2" 5 ML SY	T2	
VANISHPOINT 23GX1" 3 ML SYRING	T2	
VANISHPOINT 23GX1-1/2 3 ML SYR	T2	
VANISHPOINT 25GX1" 3 ML SYRING	T2	
VANISHPOINT 25GX5/8" 3 ML SYR	T2	
VANISHPOINT 3 ML 21GX1" SYRING	T2	
VANISHPOINT 3 ML 22GX1.5" SYRG	T2	
VANISHPOINT SYRINGE	T3	
VANISHPOINT SYRINGE 1 ML 25X1"	T2	
VEO INSULIN SYRINGE	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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	T3	
CONFORMANT 2	T3	
DERMAVIEW	T2	
DERMAVIEW II	T2	
IV 3000	T2	
IV3000 FRAME DELIVERY	T3	
KENDALL	T2	
NEXCARE TEGADERM 2.375"X2.75"	T3	
NEXCARE TEGADERM DRESSING	T2	
OPSITE	T3	
OPSITE IV 3000	T2	
POLYSKIN II	T2	
SURESITE MATRIX	T2	
SURESITE WINDOW	T2	
TEGADERM 1.75X1.75" DRSSNG	T3	
TEGADERM 2"X2.75" DRESSING	T2	
TEGADERM 2.375"X2.75" DRESSING	T2	
TEGADERM 2.375"X4" DRESSING	T2	
TEGADERM 2.375X2.75" DRSSNG	T2	
TEGADERM 3.5" X 4" DRESSING	T2	
TEGADERM 3.5"X 10" DRESSING	T3	
TEGADERM 3.5"X 6" DRESSING	T3	
TEGADERM 3.5"X13.75" DRESS	T3	
TEGADERM 3.5"X4.125" DRESS	T2	
TEGADERM 3.5"X8" DRESSING	T3	
TEGADERM 4" X 10" DRESSING	T2	
TEGADERM 4" X 4-3/4" DRESSING	T2	
TEGADERM 4"X4.75" DRESSING	T2	
TEGADERM 6" X 8" DRESSING	T2	
TEGADERM 8" X 12" DRESSING	T2	
TEGADERM ABSORBENT	T3	
TEGADERM HP 4" X 4.5 " DRSSN	T2	
TEGADERM HP 4.5"X4.75" DRSS	T2	
TEGADERM HP DRESSING	T2	

T1 – Genéricos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Marcas preferidas

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas no preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

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	T3	
TEGADERM I.V.	T3	
TEGADERM I.V. 2.5"X2.75" DRSSN	T3	
TEGADERM I.V. 4"X4.75" DRSSN	T2	
TRANSPARENT DRESSING	T3	
TRANSPARENT FILM DRESSING	T3	
TRANSPARENT I.V. SITE DRESSING	T2	
TRANSPARENT MEPITEL FILM DRESS	T3	
TRANSPARENT THIN FILM DRESSING	T2	
WINDOW BANDAGES	T3	
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I)		
1ST TIER UNILET COMFORTOUCH	T2	
2-IN-1 LANCET DEVICE	T2	
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET DRUM	T2	
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO	T2	
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO PLUS	T2	
ACCU-CHEK SOFTCLIX	T2	
<i>acti-lance lite 28g lancets</i>	T1	
<i>acti-lance special 17g lancets</i>	T1	
ACTI-LANCE UNIVERS 23G LANCETS	T2	
<i>acti-lance univers 23g lancets</i>	T1	
ADVANCED TRAVEL LANCETS	T2	
ADVOCATE LANCET	T2	
ADVOCATE LANCETS	T2	
ADVOCATE SAFETY LANCET	T2	
AGAMATRIX ULTRA-THIN LANCET	T2	PA SP HD
ALTERNATE SITE LANCETS	T2	
ASSURE HAEMOLANCE PLUS	T2	
ASSURE LANCE	T2	
ASSURE LANCE PLUS	T2	
BD MICROTAINER LANCETS	T2	
BD ULTRA-FINE	T2	
BD ULTRA-FINE II	T2	
BLOOD LANCETS	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS	T2	
BUTTERFLY TOUCH LANCET	T2	
CAREONE	T2	
CARESENS LANCET	T2	
CARETOUCH SAFETY LANCETS	T2	
CARETOUCH TWIST LANCET	T2	
CHOSEN LANCET	T2	
CHOSEN SAFETY LANCET	T2	
CLEVER CHEK LANCETS	T2	
COAGUCHEK	T2	
COLOR LANCETS	T2	
COMFORT EZ	T2	
COMFORT LANCETS	T2	
DROPLET LANCETS	T2	
DROPSAFE ACTI-LANCE	T2	
EASY COMFORT LANCETS	T2	
EASY TOUCH BUTTON 30G LANCETS	T2	
EASY TOUCH PULL-TOP 26G LANCET	T2	
EASY TOUCH PULL-TOP 28G LANCET	T2	
EASY TOUCH PULL-TOP 30G LANCET	T2	
EASY TOUCH PULL-TOP 32G LANCET	T2	
EASY TOUCH SAFETY 21G LANCETS	T2	
EASY TOUCH SAFETY 23G LANCETS	T2	
EASY TOUCH SAFETY 26G LANCETS	T2	
EASY TOUCH SAFETY 28G LANCETS	T2	
EASY TOUCH SAFETY 30G LANCETS	T2	
EASY TOUCH SAFETY 32G LANCETS	T2	
EASY TOUCH TWIST 26G LANCETS	T2	
EASY TOUCH TWIST 28G LANCETS	T2	
EASY TOUCH TWIST 30G LANCETS	T2	
EASY TOUCH TWIST 32G LANCETS	T2	
EASY TOUCH TWIST 33G LANCETS	T2	
EASY TWIST CAP LANCETS	T2	
EMBRACE 30G LANCETS	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
EMBRACE SAFETY LANCET	T2	
EZ SMART LANCETS	T2	
EZ-LETS	T2	
FIFTY50 SAFETY SEAL LANCETS	T2	
FINGERSTIX	T2	
FORA LANCETS	T2	
FORACARE LANCETS	T2	
FREESTYLE LANCETS	T2	
FREESTYLE UNISTIK 2	T2	
GLUCOCOM	T2	
GLUCOCOM LANCETS	T2	
GOJJI LANCETS	T2	
HEALTHY ACCENTS UNILET LANCET	T2	
INCONTROL SUPER THIN LANCETS	T2	
INCONTROL ULTRA THIN LANCETS	T2	
INJECT EASE LANCETS	T2	
INVACARE LANCETS	T2	
<i>lancets</i>	T1	
LANCETS	T2	
LITE TOUCH 28G LANCETS	T2	
LITE TOUCH 30G LANCETS	T2	
LITE TOUCH 33G LANCETS	T2	
MEDISENSE THIN LANCETS	T2	
MEDLANCE PLUS 21G LANCETS	T2	
<i>medlance plus 21g lancets</i>	T1	
MEDLANCE PLUS 30G LANCETS	T2	
<i>medlance plus 30g lancets</i>	T1	
MEDLANCE PLUS EXTRA 21G LANCET	T2	
MEDLANCE PLUS LITE 25G LANCETS	T2	
<i>medlance plus lite 25g lancets</i>	T1	
MEDLANCE PLUS SPECIAL BLADE	T2	
MICRO THIN LANCET	T2	
MICRO THIN LANCETS	T2	
MICROLET	T2	

T1 – Genéricos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Marcas preferidas

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas no preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

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.)		
MICROTAINER LANCETS	T2	
MONOLET LANCETS	T2	
MONOLET THIN LANCETS	T2	
MYGLUCOHEALTH LANCETS	T2	
NOVA SAFETY LANCETS	T2	
NOVA SUREFLEX	T2	
ON CALL LANCET	T2	
ON CALL PLUS LANCET	T2	
ONETOUCH DELICA	T2	
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET	T2	
ONETOUCH DELICA SAFETY LANCET	T2	
ONETOUCH LANCETS	T2	
ONETOUCH SURESOFT	T2	
ON-THE-GO	T2	
PERFECT POINT SAFETY LANCETS	T2	
PIP LANCET	T2	
PRESSURE ACTIVATED LANCETS	T2	
PRO COMFORT LANCET	T2	
PRO COMFORT LANCETS	T2	
PRODIGY LANCETS	T2	
PRODIGY TWIST TOP LANCET	T2	
PURE COMFORT LANCETS	T2	
PURE COMFORT SAFETY LANCETS	T2	
PUSH BUTTON SAFETY LANCETS	T2	
READYLANC SAFETY LANCETS	T2	
RELIAMED	T2	
RELIAMED SAFETY SEAL LANCETS	T2	
RIGHTEST GL300 LANCETS	T2	
SAFETY LANCETS	T2	
SAFETY SEAL LANCETS	T2	
SAFETY-LET	T2	
SINGLE-LET	T2	
SMART SENSE	T2	
SMART SENSE LANCETS	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
SMARTEST LANCET	T2	
SOLUS V2	T2	
SOLUS V2 LANCETS	T2	
STERILANCETL	T2	
STERILE LANCETS	T2	
SUPER THIN LANCETS	T2	
SURE COMFORT LANCETS	T2	
SURE-LANCE	T2	
SURE-TOUCH	T2	
TECHLITE LANCETS	T2	
TELCARE ULTRA THIN 30G LANCETS	T2	
THIN LANCETS	T2	
TOPCARE UNIVERSAL1 LANCET	T2	
TOPCARE UNIVERSAL1 THIN LANCET	T2	
TRUE COMFORT LANCET	T2	
TRUEPLUS LANCET	T2	
TRUEPLUS LANCETS	T2	
TWIST LANCETS	T2	
TWIST TOP LANCET	T2	
ULTILET BASIC	T2	
ULTILET CLASSIC	T2	
ULTILET LANCETS	T2	
ULTILET SAFETY	T2	
ULTRA THIN LANCET	T2	
ULTRA THIN LANCETS	T2	
ULTRA THIN PLUS LANCETS	T2	
ULTRA-CARE LANCETS	T2	
ULTRALANCE	T2	
ULTRA-THIN II 28G LANCETS	T2	
ULTRA-THIN II 30G LANCETS	T2	
ULTRATLC LANCETS	T2	
UNILET COMFORTOUCH	T2	
UNILET EXCELITE	T2	
UNILET EXCELITE II	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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

SUMINISTROS MÉDICOS, VARIOS

ALCOH-GLOVE	T3	
ALCOH-WIPE	T3	

EQUIPOS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL

1.5 VOLT BATTERIES #357	T2	
ACCU-CHEK	T3	
ACCU-CHEK RAPID D 10-100	T3	
ACCU-CHEK RAPID D 10-50	T3	
ACCU-CHEK RAPID D 10-70	T2	
ACCU-CHEK RAPID D 6-100	T3	
ACCU-CHEK RAPID D 6-50	T2	
ACCU-CHEK RAPID D 6-70	T3	
ACCU-CHEK RAPID D 8-100	T3	
ACCU-CHEK RAPID D 8-50	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL (cont.)		
ACCU-CHEK RAPID D 8-70	T2	
ACCU-CHEK SPIRIT, TENDER	T2	
ACCU-CHEK ULTRAFLEX	T2	
IV ADMINISTRATION SET	T2	
IVENIX PRIMARY ADMINISTRAT SET	T3	
NERIA	T3	
PARADIGM INFUSION	T2	
POLYFIN QR	T2	
PSV SET	T3	
Q-SYTE	T2	
SILHOUETTE	T2	
SURE-T	T2	
AYUDAS, DISPOSITIVOS, EQUIPOS RESPIRATORIOS		
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER	T2	
AEROCHAMBER2GO	T2	PA SP HD
AEROCHAMBER MECHANICAL VENT	T2	
AEROCHAMBER MINI	T2	
AEROCHAMBER MV	T2	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU	T2	
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS	T2	
AEROTRACH PLUS	T2	
AEROVENT PLUS	T2	
BREATHERITE	T2	
BREATHERITE SPACER-ADULT MASK	T2	
BREATHERITE SPACER-INFANT MASK	T2	
BREATHERITE SPACER-LG CHLD MSK	T2	
BREATHERITE SPACER-NEONATE MSK	T2	
BREATHERITE SPACER-SM CHLD MSK	T2	
BREATHRITE	T2	
CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER	T2	
COMFORTSEAL	T2	
COMPACT SPACE CHAMBER	T2	
EASIVENT	T2	
FLEXICHAMBER	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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
AYUDAS, DISPOSITIVOS, EQUIPOS RESPIRATORIOS (cont.)		
FLEXICHAMBER MASK	T2	
INSPIRACHAMBER	T2	
LITEAIRE	T2	
LITETOUCH	T2	
MICROCHAMBER	T2	
MICROSPACER	T2	
MOUTHPIECE	T2	
ONE WAY MOUTHPIECE	T2	
OPTICHAMBER	T2	
OPTICHAMBER DIAMOND	T2	
PANDA MASK	T2	
PEDIATRIC MASK	T2	
PEDIATRIC PANDA MASK	T2	
POCKET CHAMBER	T2	
PRIMEAIRE	T2	
PRO COMFORT SPACER-ADULT MASK	T2	
PRO COMFORT SPACER-CHILD MASK	T3	
PRO COMFORT SPACER-INFANT MASK	T3	
PROCARE SPACER WITH ADULT MASK	T2	
PROCARE SPACER WITH CHILD MASK	T2	
PROCHAMBER	T2	
PURECOMFORT PEAK FLOW MOUTHPCE	T2	
PURE COMFORT SPACER WITH MASK	T3	
RITEFLO	T2	
SIDESTREAM PEDIATRIC	T2	
SILICONE MASK	T2	
SPACE CHAMBER	T2	
SPACE CHAMBER-LARGE MASK	T2	
SPACE CHAMBER-MEDIUM MASK	T2	
SPACE CHAMBER-SMALL MASK	T2	
VORTEX	T2	
VORTEX VHC FROG MASK	T2	
VORTEX VHC LADYBUG MASK	T2	
VORTEX VHC PEDIATRIC MASK	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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

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	T3	
COMFORT PAC-TIZANIDINE	T3	
RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS		
<i>baclofen 10 mg/5 ml solution</i>	T1	PA HD
<i>baclofen 5mg/5ml solution</i>	T1	PA HD
<i>baclofen 25mg/5ml suspension (Fleqsuvy)</i>	T1	HD
<i>baclofen 5 mg, 10 mg tablet</i>	T1	HD
<i>baclofen 15 mg, 20 mg tablet</i>	T1	HD
<i>carisoprodol (Soma)</i>	T1	
<i>carisoprodol/aspirin</i>	T1	
<i>chlorzoxazone</i>	T1	
<i>chlorzoxazone (Lorzone)</i>	T1	
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	T1	
<i>cyclobenzaprine hcl (Amrix)</i>	T1	PA
<i>cyclobenzaprine hcl (Fexmid)</i>	T1	
<i>DANTRIUM (dantrolene sodium)</i>	T3	
<i>dantrolene sodium</i>	T1	
<i>dantrolene sodium (Dantrium)</i>	T1	
<i>FEXMID (cyclobenzaprine hcl)</i>	T3	PA
<i>LORZONE (chlorzoxazone)</i>	T3	PA
<i>metaxalone 400 mg, 800 mg tablet</i>	T1	
<i>methocarbamol</i>	T1	
<i>methocarbamol 500 mg, 750 mg, 1,000 mg tablet</i>	T1	
<i>NORGESIC (orphenadrine/aspirin/caffeine)</i>	T3	
<i>NORGESIC FORTE (orphenadrine/aspirin/caffeine)</i>	T3	
<i>orphenadrine citrate</i>	T1	
<i>orphenadrine/aspirin/caffeine (Norgesics Forte)</i>	T1	
<i>orphenadrine/aspirin/caffeine (Norgesics)</i>	T1	
<i>SOMA (carisoprodol)</i>	T3	
<i>tizanidine hcl</i>	T1	
<i>tizanidine hcl (Zanaflex)</i>	T1	
<i>ZANAFLEX 2 MG CAPSULE (tizanidine hcl)</i>	T3	
<i>ZANAFLEX 4 MG CAPSULE (tizanidine hcl)</i>	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)

ZANAFLEX 4 MG TABLET (<i>tizanidine hcl</i>)	T3	
ZANAFLEX 6 MG CAPSULE (<i>tizanidine hcl</i>)	T3	

VITAMINAS PRENATALES (Nutritivas/alimenticias)

PREPARACIONES DE VITAMINAS PRENATALES

BAL-CARE DHA ESSENTIAL	T3	
CADEAU DHA	T3	
CITRANATAL 90 DHA	T3	
CITRANATAL ASSURE	T3	
CITRANATAL DHA	T3	
CITRANATAL HARMONY	T3	
CITRANATAL RX	T3	
<i>cvs prenatal multi-dha softgel</i>	T1	PPACA
<i>cvs prenatal multivit-dha sfgl</i>	T1	PPACA
<i>cvs prenatal vitamins tablet</i>	T1	PPACA
DUET DHA BALANCED	T3	
EXPECTA PRENATAL	T2	
<i>ft prenatal tablet</i>	T1	PPACA
<i>gnp prenatal tablet</i>	T1	PPACA
GS PRENATAL VITAMINS TABLET	T3	
HM ONE DAILY PRENATAL COMBO PK	T2	
<i>hm prenatal tablet</i>	T1	PPACA
KOSHER PRENATAL PLUS IRON	T3	
KPN	T2	
MARNATAL-F	T3	
MASONATAL PRENATAL	T3	
MINI PRENATAL	T3	
MTERYTI	T3	
MTERYTI FOLIC 5	T3	
NATACHEW	T3	
NEONATAL COMPLETE	T3	
NEONATAL PLUS	T3	
NEONATAL-DHA	T3	
NESTABS	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
NESTABS ABC	T3	
NESTABS DHA	T3	
OB COMPLETE ONE	T3	
OB COMPLETE PETITE	T3	
OB COMPLETE PREMIER	T3	
OB COMPLETE WITH DHA	T3	
OBSTETRIX EC	T3	
OBTREX DHA	T3	
ONE A DAY WOMEN'S PRENATAL DHA	T3	
ONE-A-DAY PRENATAL-1	T3	
<i>pnv 11/iron fum/folic acid/om3</i>	T1	
<i>pnv 119/iron fum/folic acid</i>	T1	
<i>pnv 66/iron/folic/docusate/dha</i>	T1	
<i>pnv 69/iron/folic/docusate/dha</i>	T1	
<i>pnv 80/iron fum/folic/dss/dha</i>	T1	
<i>pnv no.52/iron/fa/omega-3/dha</i>	T1	PA SP HD
<i>pnv81/iron ps,edta/folic/omeg3</i>	T1	PA SP HD
<i>pnv no.118/iron fumarate/fa</i>	T1	
<i>pnv no.154/iron fum/folic acid</i>	T1	
<i>pnv,calcium 72/iron,carb/folic</i>	T1	
<i>pnv,calcium 72/iron/folic acid</i>	T1	
<i>pnv/iron,carb/docusat/folic ac</i>	T1	
<i>pnv19/iron bg,s.p/folic ac/om3</i>	T1	
<i>pnv81/iron edta,ps/folic/omeg3</i>	T1	
PRENATA	T3	
<i>prenatal 105/iron/folic ac/dha</i>	T1	
<i>prenatal 12/iron/folic/dss/om3</i>	T1	
<i>prenatal,calc 40/iron/folate 1</i>	T1	PA SP HD
PRENATAL 19 CHEWABLE TABLET	T3	
<i>prenatal 19 chewable tablet</i>	T1	
PRENATAL 19 TABLET	T3	
<i>prenatal 19 tablet</i>	T1	
<i>prenatal 21/iron fu/folic acid</i>	T1	PPACA
<i>prenatal 53/iron/folic ac/omg3</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 54/iron/folic ac/omg3</i>	T1	
<i>prenatal 93/iron/folate 9/dha</i>	T1	
<i>prenatal caplet</i>	T1	PPACA
PRENATAL FORMULA	T2	
PRENATAL FORMULA-DHA (<i>prenatal vit 116/iron/fa/dha</i>)	T3	PA SP HD
PRENATAL GUMMIES	T3	
PRENATAL MULTI	T3	
<i>prenatal multi-dha softgel</i>	T1	PPACA
PRENATAL MULTI-DHA SOFTGEL	T2	
PRENATAL MULTI-DHA SOFTGEL	T3	
<i>prenatal multivitamin tablet</i>	T1	PPACA
PRENATAL MULTIVITAMIN TABLET	T3	
PRENATAL MULTIVITAMIN-DHA SEGL	T2	
PRENATAL PLUS VITAMIN-MINERAL	T3	
PRENATAL PLUS-DHA	T3	
<i>prenatal tablet</i>	T1	PPACA
PRENATAL TABLET	T3	
<i>prenatal vit 14/iron fum/folic</i>	T1	
<i>prenatal vit 55/iron/folic/om3</i>	T1	
<i>prenatal vit 91/iron/folic/dha</i>	T1	
<i>prenatal vit no.126/iron/folic</i>	T1	PPACA
<i>prenatal vit no.129/iron/folic</i>	T1	PPACA
<i>prenatal vit,cal 73/iron/folic</i>	T1	
<i>prenatal no.42/folic acid (Vitamedmd Redichew Rx)</i>	T1	PA SP HD
<i>prenatal vit 27,calc/iron/fa</i>	T1	PA SP HD
<i>prenatal vit,cal 76/iron/folic</i>	T1	PA SP HD
<i>prenatal vit,cal 78/iron/folic</i>	T1	PA SP HD
<i>prenatal vits 86/iron/folic ac</i>	T1	PA SP HD
<i>prenatal vit/iron fum/folic ac</i>	T1	
PRENATAL VITAMIN + DHA	T2	
<i>prenatal vitamin tablet</i>	T1	PPACA
PRENATAL VITAMIN TABLET (<i>prenatal vit no.124/iron/folic</i>)	T3	
<i>prenatal vitamins tablet</i>	T1	PPACA
<i>prenatal vits calc.36/iron/fa</i>	T1	PPACA

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 71/iron/folic ac/dha</i>	T1	
PRENATE ENHANCE	T3	
PRENATE RESTORE	T3	
PRIMACARE	T3	
PROVIDA OB	T3	
<i>ra one daily prenatal dha pack</i>	T1	PPACA
<i>ra prenatal tablet</i>	T1	PPACA
SELECT-OB	T3	
SELECT-OB (<i>prenatal vit 128/iron/folic ac</i>)	T3	
SELECT-OB + DHA	T3	
SIMILAC PRENATAL	T3	
<i>sm prenatal vitamins tablet</i>	T1	PPACA
STUART ONE (<i>pnv no.63/iron,carb/folic/dha</i>)	T3	
<i>sv prenatal tablet</i>	T1	PPACA
SV PRENATAL VITAMINS TABLET	T3	
THERANATAL	T3	
THERANATAL COMPLETE	T3	
THERANATAL ONE	T3	
THERANATAL PLUS	T3	
THRIVITE RX	T3	
TRICARE	T3	
TRICARE PRENATAL DHA ONE	T3	
TRISTART DHA	T3	
ULTRA PRENATAL PLUS DHA	T3	
VITAFOL FE PLUS	T3	
VITAFOL NANO	T3	
VITAFOL ULTRA	T3	
VITAFOL-OB	T3	
VITAFOL-OB+DHA	T3	
VITAFOL-ONE	T3	
VITAMEDMD ONE RX	T3	
VITAMEDMD REDICHEW RX (<i>prenatal no.42/folic acid</i>)	T3	PA SP HD
VITAPEARL	T3	
VITATRUE	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
WOMEN'S PRENATAL PLUS DHA	T2	
VITAMINAS PRENATALES CON BAJO CONTENIDO DE HIERRO O SIN HIERRO		
CVS PRENATAL GUMMIES	T3	
CITRANATAL B-CALM	T3	PA SP HD
DUET DHA 400	T3	PA SP HD
P2I PRENATAL WITH CHOLINE	T3	
PRENATAL GUMMIES	T3	
PRENATE DHA	T3	PA SP HD
PRENATE ELITE	T3	PA SP HD
PRENATE MINI	T3	PA SP HD
PRENATE PIXIE	T3	PA SP HD
PRENATE STAR	T3	PA SP HD
R-NATAL OB	T3	PA SP HD
THERANATAL OVAVITE	T3	PA SP HD
TRINAZ	T3	
VITAFOL GUMMIES	T3	PA SP HD
MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar)⁹		
ANTIDEPRESIVOS ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES ALFA 2		
<i>mirtazapine</i>	T1	HD
<i>mirtazapine</i> (Remeron)	T1	HD
REMERON (<i>mirtazapine</i>)	T3	HD
MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS - BENZODIAZEPINAS		
<i>alprazolam</i>	T1	
<i>alprazolam</i> (Xanax Xr)	T1	
<i>alprazolam</i> (Xanax)	T1	
ATIVAN (<i>lorazepam</i>)	T3	
<i>chlordiazepoxide hcl</i>	T1	
<i>clorazepate dipotassium</i>	T1	
<i>diazepam 10 mg tablet</i> (Valium)	T1	
<i>diazepam 2 mg tablet</i> (Valium)	T1	
<i>diazepam 25 mg/5 ml oral conc</i>	T1	
<i>diazepam 5 mg tablet</i> (Valium)	T1	
<i>diazepam 5 mg/5 ml oral soln</i>	T1	
<i>diazepam 5 mg/5 ml solution</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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
MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS - BENZODIAZEPINAS (cont.)		
<i>diazepam 5 mg/ml oral conc</i>	T1	
<i>lorazepam</i>	T1	
<i>lorazepam (Ativan)</i>	T1	
<i>oxazepam</i>	T1	
MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS		
<i>buspirona hcl</i>	T1	HD
<i>meprobamate</i>	T1	
ANTIDEPRESIVOS - DEPRESIÓN POSPARTO (PPD)		
ZURZUVAE 20 MG CAPSULE	T4	QL (28 caps/365 days) SP HD
ZURZUVAE 25 MG CAPSULE	T4	QL (28 caps/365 days) SP HD
ZURZUVAE 30 MG CAPSULE	T4	QL (14 caps/365 days) SP HD
MEDICAMENTOS PARA TRASTORNO BIPOLAR		
EQUETRO	T3	HD
<i>lithium carbonate</i>	T1	HD
<i>lithium carbonate (Lithobid)</i>	T1	HD
LITHOBID (<i>lithium carbonate</i>)	T3	HD
MAOI - ANTIDEPRESIVOS NO SELECTIVOS E IRREVERSIBLES		
MARPLAN	T3	
MAOI - ANTIDEPRESIVOS NO SELECTIVOS E IRREVERSIBLES		
NARDIL (<i>phenelzine sulfate</i>)	T3	
PARNATE (<i>tranylcypromine sulfate</i>)	T3	
<i>phenelzine sulfate (Nardil)</i>	T1	
<i>tranylcypromine sulfate (Parnate)</i>	T1	
ANTIDEPRESIVOS INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA (MAO)		
EMSAM	T3	
COMB. DE ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES NMDA Y NDRI		
AUVELITY	T3	ST QL (60 tabs/30 days)
INHIB. DE LA RECAPT. DE NOREPINEFRINA Y DOPAMINA (NDRI)		
<i>bupropion hcl</i>	T1	HD
AGONISTAS INVERSOS SELECTIVOS DE SEROTONINA 5-HT2A (SSIA)		
NUPLAZID 10 MG TABLET	T5	PA QL (30 tabs/fill) SP HD
NUPLAZID 34 MG CAPSULE	T5	PA QL (30 caps/fill) SP HD
INHIBIDOR SELECTIVO DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (SSRI)		
<i>citalopram hbr 10 mg/5 ml soln</i>	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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
INHIBIDOR SELECTIVO DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (SSRI) (cont.)		
<i>citalopram hbr 20 mg/10 ml cup</i>	T1	PA SP HD
<i>escitalopram oxalate 5 mg/5 ml</i>	T1	ST HD
<i>escitalopram 10 mg/10 ml cup</i>	T1	PA SP HD
<i>fluoxetine hcl</i>	T1	ST QL (4 caps/fill) HD
<i>fluoxetine 20 mg/5 ml solution cup</i>	T1	HD
<i>fluoxetine hcl 10 mg tablet</i>	T1	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>	T1	ST HD
<i>fluvoxamine maleate</i>	T1	ST QL (60 caps/fill) HD
<i>fluvoxamine maleate 100 mg tab</i>	T1	QL (90 tabs/fill) HD
<i>fluvoxamine maleate 25 mg tab</i>	T1	QL (30 tabs/fill) HD
<i>fluvoxamine maleate 50 mg tab</i>	T1	QL (60 tabs/fill) HD
<i>paroxetine hcl (Paxil Cr)</i>	T1	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>	T1	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>	T3	ST QL (30 tabs/fill) HD
<i>PAXIL 10 MG/5 ML SUSPENSION (paroxetine hcl)</i>	T3	ST HD
<i>PAXIL 20 MG TABLET (paroxetine hcl)</i>	T3	ST QL (60 tabs/fill) HD
<i>PAXIL 30 MG TABLET (paroxetine hcl)</i>	T3	ST QL (60 tabs/fill) HD
<i>PAXIL 40 MG TABLET (paroxetine hcl)</i>	T3	ST QL (30 tabs/fill) HD
<i>PAXIL CR (paroxetine hcl)</i>	T3	ST QL (60 tabs/fill) HD
<i>sertraline 150 mg capsule</i>	T1	QL (30 caps/30 days) HD
<i>sertraline 150 mg capsule</i>	T1	ST QL (30 caps/30 days) HD
<i>sertraline 200 mg capsule</i>	T1	QL (30 caps/30 days) HD
<i>sertraline 200 mg capsule</i>	T1	ST QL (30 caps/30 days) HD
<i>sertraline 20 mg/ml oral conc (Zoloft)</i>	T1	HD
<i>sertraline hcl 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>	T1	HD
<i>trazodone hcl</i>	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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	T3	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 20-40 MG TITRATION PAK	T2	ST QL (28 caps/30 days)
FETZIMA ER 20 MG CAPSULE	T2	ST QL (30 caps/30 days)
FETZIMA ER 40 MG CAPSULE	T2	ST QL (30 caps/30 days)
FETZIMA ER 80 MG CAPSULE	T2	ST QL (30 caps/30 days)
FETZIMA ER 120 MG CAPSULE	T2	ST QL (30 caps/30 days)
<i>venlafaxine hcl</i>	T1	QL (90 tabs/fill) HD
<i>venlafaxine hcl er 150 mg tab</i>	T1	ST QL (30 tabs/fill) HD
<i>venlafaxine hcl er 225 mg tab</i>	T1	ST QL (30 tabs/fill) HD
<i>venlafaxine hcl er 37.5 mg tab</i>	T1	ST QL (30 tabs/fill) HD
<i>venlafaxine hcl er 75 mg tab</i>	T1	ST QL (30 tabs/fill) HD
SSRI, ANTIDEPRESIVOS MODULADORES DE RECEPTORES DE SEROTONINA		
TRINTELLIX	T3	ST QL (30 tabs/30 days)
TRINTELLIX 10 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST HD
COMBINACIONES DE ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS-BENZODIAZEPINAS		
<i>amitriptyline/chlordiazepoxide</i>	T1	HD
<i>perphenazine/amitriptyline hcl</i>	T1	HD
ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS, INHIB. NO SELECT. DE LA RECAPTACIÓN REL.		
<i>amitriptyline hcl</i>	T1	HD
<i>amoxapine</i>	T1	HD
ANAFRANIL (<i>clomipramine hcl</i>)	T3	HD
<i>clomipramine hcl</i> (Anafranil)	T1	HD
<i>desipramine hcl</i>	T1	HD
<i>doxepin 10 mg capsule</i>	T1	HD
<i>doxepin 10 mg/ml oral conc</i>	T1	HD
<i>doxepin 25 mg capsule</i>	T1	HD
<i>doxepin 50 mg capsule</i>	T1	HD
ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS, INHIB. NO SELECT. DE LA RECAPTACIÓN REL.		
<i>doxepin 75 mg capsule</i>	T1	HD
<i>doxepin 100 mg capsule</i>	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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
ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS, INHIB. NO SELECT. DE LA RECAPTACIÓN REL. (cont.)		
<i>doxepin 150 mg capsule</i>	T1	HD
<i>imipramine hcl (Tofranil)</i>	T1	HD
<i>imipramine pamoate</i>	T1	HD
<i>maprotiline hcl</i>	T1	HD
<i>nortriptyline hcl</i>	T1	HD
<i>nortriptyline hcl (Pamelor)</i>	T1	HD
PAMELOR (<i>nortriptyline hcl</i>)	T3	HD
<i>protriptyline hcl</i>	T1	HD
SURMONTIL (<i>trimipramine maleate</i>)	T3	HD
TOFRANIL (<i>imipramine hcl</i>)	T3	HD
<i>trimipramine maleate (Surmontil)</i>	T1	HD

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

ADRENÉRGICOS, AROMÁTICOS, SIN CATECOLAMINAS

<i>lisdexamfetamine 10 mg capsule (Vyvanse)</i>	T1	
<i>lisdexamfetamine 10 mg tb chew (Vyvanse)</i>	T1	ST
<i>lisdexamfetamine 20 mg capsule (Vyvanse)</i>	T1	
<i>lisdexamfetamine 20 mg tb chew (Vyvanse)</i>	T1	ST
<i>lisdexamfetamine 30 mg capsule (Vyvanse)</i>	T1	
<i>lisdexamfetamine 30 mg tb chew (Vyvanse)</i>	T1	ST
<i>lisdexamfetamine 40 mg capsule (Vyvanse)</i>	T1	
<i>lisdexamfetamine 40 mg tb chew (Vyvanse)</i>	T1	ST
<i>lisdexamfetamine 50 mg capsule (Vyvanse)</i>	T1	
<i>lisdexamfetamine 50 mg tb chew (Vyvanse)</i>	T1	ST
<i>lisdexamfetamine 60 mg capsule (Vyvanse)</i>	T1	
<i>lisdexamfetamine 60 mg tb chew (Vyvanse)</i>	T1	ST
<i>lisdexamfetamine 70 mg capsule (Vyvanse)</i>	T1	
VYVANSE (<i>lisdexamfetamine dimesylate</i>)	T3	ST

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

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

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

APTENSIO XR (<i>methylphenidate hcl</i>)	T3	ST
AZSTARYS	T2	ST

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 (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	T3	ST
DAYTRANA	T3	ST
dexmethylphenidate hcl (Focalin Xr)	T1	
dexmethylphenidate hcl (Focalin)	T1	
JORNAY PM	T3	ST
METADATE CD (methylphenidate hcl)	T3	ST
METHYLIN (methylphenidate hcl)	T3	
methylphenidate	T1	ST
methylphenidate er 10 mg cap (Aptensio Xr)	T1	ST
methylphenidate er 10 mg, 20 mg tab	T1	
methylphenidate er 15 mg cap (Aptensio Xr)	T1	ST
methylphenidate er 18 mg tab (Relexxii)	T1	
methylphenidate er 18 mg tab (Concerta)	T1	
methylphenidate er 20 mg cap (Aptensio Xr)	T1	ST
methylphenidate er 27 mg tab (Relexxii)	T1	
methylphenidate er 27 mg tab (Concerta)	T1	
methylphenidate er 30 mg cap (Aptensio Xr)	T1	ST
methylphenidate er 36 mg tab (Relexxii)	T1	
methylphenidate er 36 mg tab (Concerta)	T1	
methylphenidate er 40 mg cap (Aptensio Xr)	T1	ST
methylphenidate er 50 mg cap (Aptensio Xr)	T1	ST
methylphenidate er 54 mg tab (Relexxii)	T1	
methylphenidate er 54 mg tab (Concerta)	T1	
methylphenidate er 60 mg cap (Aptensio Xr)	T1	ST
METHYLPHENIDATE ER 72 MG TAB	T3	ST
methylphenidate er 72 mg tab	T1	
methylphenidate hcl	T1	
methylphenidate hcl (Metadate Cd)	T1	
methylphenidate hcl (Methylin)	T1	
methylphenidate hcl (Ritalin La)	T1	
methylphenidate hcl (Ritalin)	T1	
QUELBREE ER	T3	ST
RELEXXII ER 72 MG TABLET	T3	ST
atomoxetine hcl (Strattera)	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 (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	T3	ST
---------	----	----

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Varios)

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

ADDYI	T3	PA
VYLEESI	T5	PA QL (8 auto-injs/fill) SP

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Esquizofrenia/antipsicóticos)⁹

ANTIPSIC., ANTAG. DE LA DOPAMINA, DIFENILBUTILPIPERIDINAS

pimozide	T1	
----------	----	--

ANTIPSICÓTICOS, ATÍPICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA

asenapine maleate (Saphris)	T1	QL (60 tabs/fill)
CAPLYTA	T3	QL (30 caps/fill)
clozapine	T1	
clozapine (Clozaril)	T1	
CLOZARIL (clozapine)	T3	
GEODON (ziprasidone hcl)	T3	QL (60 caps/fill)
INVEGA ER 3 MG TABLET (paliperidone)	T3	QL (30 tabs/fill)
INVEGA ER 6 MG TABLET (paliperidone)	T3	QL (60 tabs/fill)
INVEGA ER 9 MG TABLET (paliperidone)	T3	QL (30 tabs/fill)
LYBALVI	T3	QL (30 tabs/30 days)
olanzapine	T1	PA SP HD
olanzapine (Zyprexa Zydis)	T1	QL (30 tabs/fill)
quetiapine er 50 mg tablet (Seroquel Xr)	T1	QL (60 tabs/fill)
quetiapine er 200 mg tablet (Seroquel Xr)	T1	QL (30 tabs/fill)
quetiapine er 300 mg tablet (Seroquel Xr)	T1	QL (60 tabs/fill)
quetiapine er 400 mg tablet (Seroquel Xr)	T1	QL (60 tabs/fill)
quetiapine fumarate 200 mg tab (Seroquel)	T1	QL (90 tabs/fill)
quetiapine fumarate 300 mg tab (Seroquel)	T1	QL (60 tabs/fill)
RISPERDAL 0.5 MG TABLET (risperidone)	T3	QL (60 tabs/fill)
RISPERDAL 1 MG TABLET (risperidone)	T3	QL (60 tabs/fill)
RISPERDAL 1 MG/ML SOLUTION (risperidone)	T3	
RISPERDAL 2 MG TABLET (risperidone)	T3	QL (60 tabs/fill)
RISPERDAL 3 MG TABLET (risperidone)	T3	QL (60 tabs/fill)
RISPERDAL 4 MG TABLET (risperidone)	T3	QL (60 tabs/fill)

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 (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>	T1	QL (60 tabs/fill)
<i>risperidone 0.5 mg tablet</i> (Risperdal)	T1	QL (60 tabs/fill)
<i>risperidone 1 mg tablet</i> (Risperdal)	T1	QL (60 tabs/fill)
<i>risperidone 1 mg/ml solution</i> (Risperdal)	T1	
<i>risperidone 2 mg tablet</i> (Risperdal)	T1	QL (60 tabs/fill)
<i>risperidone 3 mg tablet</i> (Risperdal)	T1	QL (60 tabs/fill)
<i>risperidone 4 mg tablet</i> (Risperdal)	T1	QL (60 tabs/fill)
SECUADO	T3	QL (30 patches/fill)
VERSACLOZ	T3	
<i>ziprasidone hcl</i> (Geodon)	T1	QL (60 caps/fill)
ZYPREXA (<i>olanzapine</i>)	T3	QL (30 tabs/fill)
ZYPREXA ZYDIS (<i>olanzapine</i>)	T3	QL (30 tabs/fill)
ANTIPSICÓTICOS-ATÍPICOS, AG. PARCIAL DE D3/D2-5HT MIXTOS		
VRAYLAR	T3	QL (30 caps/30 days)
ANTIPSICÓTICOS-ATÍPICOS, AG. PARCIAL DE D2/5HT MIXTOS		
ABILIFY ASIMTUFI 720MG/2.4ML, 960MG/3.2ML	T3	
ABILIFY MYCITE	T3	QL (30 tabs/fill)
<i>aripiprazole</i>	T1	QL (60 tabs/fill)
<i>aripiprazole 1 mg/ml solution</i>	T1	
<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	T3	QL (30 tabs/fill)
ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA		
<i>loxapine succinate</i>	T1	
ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, TIOXANTENOS		
<i>thiothixene</i>	T1	
ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, BUTIROFENONAS		
<i>haloperidol</i>	T1	
<i>haloperidol lactate</i>	T1	
ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, DIHIDROINDOLONAS		
<i>molindone hcl</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 (Esquizofrenia/antipsicóticos) ⁹ (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIPSIÓTICOS, FENOTIAZINAS		
<i>chlorpromazine hcl</i>	T1	
<i>fluphenazine hcl</i>	T1	
<i>perphenazine</i>	T1	
<i>thioridazine hcl</i>	T1	
<i>trifluoperazine hcl</i>	T1	
SSRI-ANTIPSIÓTICO, ATÍPICO, ANTAG. DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA		
<i>olanzapine/fluoxetine hcl</i>	T1	
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)	T1	PA QL (30 tabs/fill)
<i>modafinil 100 mg tablet</i> (Provigil)	T1	PA QL (30 tabs/fill)
SUNOSI	T2	PA QL (30 tabs/fill)
SEDANTES/HIPNÓTICOS (Trastornos del sueño/sedantes)		
AGENTE TIPO SEDANTE ANTINARCOLEPSIA Y ANTICATAPLEXIA		
LUMRYZ STARTER PACK	T4	
LUMRYZ ER	T5	PA SP HD QL (30 packets/30 days)
SODIUM OXYBATE	T4	PA QL (540 mls/30 days)
XYREM	T4	PA QL (540 mls/fill) SP HD
XYWAV	T4	PA QL (540 mls/fill) SP HD
BARBITÚRICOS		
<i>phenobarbital</i>	T1	
HIPNÓTICOS, AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA MELATONINA MT1/MT2		
HETLIOZ	T5	PA QL (30 caps/fill) SP HD
HETLIOZ LQ	T5	PA QL (158 mls/fill) SP HD
<i>ramelteon</i> (Rozerem)	T1	QL (30 tabs/fill)
HIPNÓTICOS SEDANTES - BENZODIAZEPINAS		
<i>estazolam</i>	T1	QL (15 tabs/fill)
<i>flurazepam hcl</i>	T1	QL (15 caps/fill)
HALCION (<i>triazolam</i>)	T3	QL (15 tabs/fill)
MIDAZOLAM HCL 10 MG/5 ML SYRUP	T3	

T1 – Genéricos
T2 – Marcas preferidas
T3 – Marcas no preferidas
T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos
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

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

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

HIPNÓTICOS SEDANTES - BENZODIAZEPINAS (cont.)

<i>midazolam hcl</i>	T1	
RESTORIL (<i>temazepam</i>)	T3	QL (15 caps/fill)
<i>temazepam</i> (Restoril)	T1	QL (15 caps/fill)
<i>triazolam</i>	T1	QL (15 tabs/fill)
<i>triazolam</i> (Halcion)	T1	QL (15 tabs/fill)

HIPNÓTICOS SEDANTES, NO BARBITÚRICOS

BELSOMRA	T3	ST QL (30 tabs/fill)
DAYVIGO	T3	ST QL (30 tabs/fill)
<i>doxepin hcl 3 mg tablet</i> (Silenor)	T1	ST QL (30 tabs/fill)
<i>doxepin hcl 6 mg tablet</i> (Silenor)	T1	ST QL (30 tabs/fill)
EDLUAR	T3	ST QL (30 tabs/fill)
<i>eszopiclone</i> (Lunesta)	T1	QL (30 tabs/fill)
IGALMI	T3	
MKO (MIDAZOLAM-KETAMINE-ONDAN)	T3	
QUVIVIQ	T3	ST QL (30 tabs/fill)
SILENOR (<i>doxepin hcl</i>)	T3	ST QL (30 tabs/fill)
<i>zaleplon 10 mg capsule</i>	T1	QL (60 caps/fill)
<i>zaleplon 5 mg capsule</i>	T1	QL (30 caps/fill)
<i>zolpidem tartrate</i>	T1	QL (30 tabs/fill)
<i>zolpidem tartrate</i> (Ambien Cr)	T1	QL (30 tabs/fill)
<i>zolpidem tartrate</i> (Ambien)	T1	QL (30 tabs/fill)
ZOLPIMIST	T3	ST QL (1 canister/30 days)

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Varias)

ANTISÉPTICOS, GENERALES

ADVOCATE ALCOHOL 70% PREP PADS	T2	
ALCOHOL 70% PREP PADS	T2	
<i>alcohol 70% swabs</i>	T1	
ALCOHOL 70% SWABS	T2	
ALCOHOL 70% WIPES	T2	
<i>alcohol antiseptic pads</i>	T1	
<i>alcohol prep pads</i>	T1	
<i>alcohol swab</i>	T1	
<i>alcohol swabs</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 (Varías) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTISÉPTICOS, GENERALES (cont.)		
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD	T2	
CURITY ALCOHOL PREPS	T2	
CVS ALCOHOL 70% PREP PADS	T2	
<i>cvs isopropyl alcohol 70% wipe</i>	T1	
DROPSAFE PREP PADS	T2	
EASY COMFORT ALCOHOL PAD	T2	
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS	T2	
<i>fifty50 alcohol prep pads</i>	T1	
GNP ALCOHOL SWAB	T2	
GS ALCOHOL 70% SWABS	T2	
HM ALCOHOL 70% PREP PADS	T2	
INCONTROL ALCOHOL PADS	T2	
<i>pharm choice alcohol prep pads</i>	T1	
PHARM CHOICE ALCOHOL PREP PADS	T2	
PRO COMFORT ALCOHOL PADS	T2	
PURE COMFORT ALCOHOL PAD	T2	
<i>ra alcohol swabs</i>	T1	
RA ISOPROPYL ALCOHOL 70% WIPES	T2	
RELION ALCOHOL 70% SWABS	T2	
SAPS ALCOHOL 70% PREP PADS	T2	
SINGLE USE SWAB	T2	
SURE COMFORT ALCOHOL	T2	
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS	T2	
SWI ALCOHOL 70% PREP PADS	T2	
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS	T2	
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS	T2	
ULTILET ALCOHOL SWAB	T2	
WEBCOL	T2	
IRRIGANTES		
<i>acetic acid</i>	T1	
<i>neomycin sulf/polymyxin b sulf</i>	T1	
PHYSIOLYTE (<i>physiological irrig soln no.1</i>)	T3	
PHYSIOSOL (<i>physiological irrig soln no.1</i>)	T3	
<i>ringer's solution</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 (Varías) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
IRRIGANTES (cont.)		
<i>ringer's solution, lactated</i>	T1	
<i>sod, pot chlor/mag/sod, pot phos</i>	T1	
<i>sodium chloride 0.9% irrig.</i>	T1	
<i>sodium chloride 0.9% prcss sol</i>	T1	
SODIUM CHLORIDE 0.9% IRRIG.	T3	
<i>sodium chloride irrig solution</i>	T1	
SORBITOL	T3	
SORBITOL-MANNITOL	T3	
water for irrigation, sterile	T1	
AGENTES OXIDANTES		
<i>hydrogen peroxide</i>	T1	
CONSERVANTES		
<i>formaldehyde</i>	T1	
PREPARACIONES CUTÁNEAS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
AGENTES ANTIPSORIÁSICOS, SISTÉMICOS		
<i>acitretin</i>	T1	
<i>methoxsalen</i>	T1	
SKYRIZI	T4	PA QL (150 mg/84 days) SP HD
SKYRIZI (2 SYRINGES) KIT	T4	PA QL (150 mg/84 days) SP HD
SKYRIZI PEN	T4	PA QL (150 mg/84 days) SP HD
SOTYKTU	T4	PA QL (30 tabs/30 days) SP HD
SPEVIGO	T5	PA SP HD
TALTZ AUTOINJECTOR	T4	PA QL (1 ml/28 days) SP HD
TALTZ AUTOINJECTOR (2 PACK)	T4	PA QL (1 ml/28 days) SP HD
TALTZ AUTOINJECTOR (3 PACK)	T4	PA QL (1 ml/28 days) SP HD
TALTZ 20 MG/0.25 ML SYRINGE	T4	PA QL (1 syringe/28 days) SP HD
TALTZ 40 MG/0.5 ML SYRINGE	T4	PA QL (1 syringe/28 days) SP HD
TALTZ 80 MG/ML SYRINGE	T4	PA QL (1 ml/28 days) SP HD
ANTIINFLAMATORIOS TÓPICOS, ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS		
<i>diclofenac sodium 1% gel</i>	T1	QL (500 gms/28 days) HD
FLECTOR	T2	ST QL (60 patches/fill) HD
LICART	T2	ST QL (30 patches/fill) HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIACNÉ, SISTÉMICOS		
ABSORICA (isotretinoin)	T3	ST
isotretinoin (Absorica)	T1	
ACZONE (dapsone)	T3	ST
adapalene/benzoyl peroxide	T1	
adapalene/benzoyl peroxide (Epiduo Forte)	T1	
AZELEX	T3	ST
clindamycin phos/benzoyl perox	T1	
clindamycin phos/benzoyl perox (Acanya)	T1	
clindamycin/tretinoin (Ziana)	T1	PA
dapsone 5% gel (Aczone)	T1	PA SP HD
dapsone 7.5% gel pump (Aczone)	T1	PA SP HD
EPIDUO FORTE	T3	ST
EPIDUO FORTE (adapalene/benzoyl peroxide)	T3	ST
KLARON (sulfacetamide sodium)	T3	ST
NEUAC 1.2-5% KIT	T3	ST
neuac gel	T1	
ONEXTON	T2	ST
sulfacetamide sodium (Klaron)	T1	
AGENTES ANTIACNÉ, TÓPICOS		
clindamycin/tretinoin (Veltin)	T1	
ONEXTON (clindamycin phos/benzoyl perox)	T3	ST
ANTIPRURIGINOSOS, TÓPICOS		
ZONALON	T3	ST QL (90 gms/30 days)
ZONALON (doxepin hcl)	T3	ST QL (90 gms/30 days)
AGENTES ANTIPSORIÁSICOS		
calcipotriene 0.005% cream (Dovonex)	T1	QL (120 gms/30 days)
calcipotriene 0.005% ointment	T1	QL (120 gms/30 days)
calcipotriene 0.005% solution	T1	QL (120 mls/30 days)
calcitriol 3 mcg/g ointment (Vectical)	T1	
DOVONEX (calcipotriene)	T3	ST QL (120 gms/30 days)
DUOBRII	T3	ST QL (200 gms/30 days)
tazarotene 0.05% gel (Tazorac)	T1	PA
tazarotene 0.05% cream (Tazorac)	T1	PA

T1 – Genéricos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Marcas preferidas

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas no preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

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% cream (Tazorac)</i>	T1	PA
<i>tazarotene 0.1% gel (Tazorac)</i>	T1	PA
TWYNEO	T3	PA ST
VECTICAL (<i>calcitriol</i>)	T3	
VTAMA	T2	PA QL (60 gms/28 days)
ZIANA (<i>clindamycin/tretinoin</i>)	T3	PA ST
ZORYVE 0.3% CREAM	T3	PA QL (60 gms/30 days)
AGENTES ANTISEBORREICOS		
ESKATA	T3	
OVACE (<i>sulfacetamide sodium</i>)	T3	
OVACE PLUS	T3	
OVACE PLUS WASH	T3	
PLEXION NS	T3	
<i>selenium sulfide</i>	T1	
<i>sod sulfacetam 10% clnsng gel</i>	T1	
<i>sod sulfacetamide 10% shampoo</i>	T1	
<i>sod sulfacetamide 9.8% shampoo</i>	T1	
SODIUM SULFACETAMIDE 10% WASH	T3	
<i>sodium sulfacetamide 10% wash (Ovace)</i>	T1	
ANTISÉPTICOS, GENERALES		
ADVOCATE ALCOHOL 70% PREP PADS	T2	
ALCOHOL 70% PREP PADS	T2	
ALCOHOL 70% SWABS	T2	
<i>alcohol 70% swabs</i>	T1	
ALCOHOL 70% WIPES	T2	
<i>alcohol antiseptic pads</i>	T1	
<i>alcohol prep pads</i>	T1	
<i>alcohol swabs</i>	T1	
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD	T2	
CURITY ALCOHOL PREPS	T2	
CVS ALCOHOL 70% PREP PADS	T2	
<i>cvs isopropyl alcohol 70% wipe</i>	T1	
DROPSAFE PREP PADS	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
EASY COMFORT ALCOHOL PAD	T2	
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS	T2	
<i>fifty50 alcohol prep pads</i>	T1	
GS ALCOHOL 70% SWABS	T2	
HM ALCOHOL 70% PREP PADS	T2	
INCONTROL ALCOHOL PADS	T2	
PHARM CHOICE ALCOHOL PREP PADS	T2	
<i>pharm choice alcohol prep pads</i>	T1	
PRO COMFORT ALCOHOL PADS	T2	
PURE COMFORT ALCOHOL PAD	T2	
<i>ra alcohol swabs</i>	T1	
RA ISOPROPYL ALCOHOL 70% WIPES	T2	
RELION ALCOHOL 70% SWABS	T2	
SAPS ALCOHOL 70% PREP PADS	T2	
SINGLE USE SWAB	T2	
<i>sm alcohol prep pads</i>	T1	
SURE COMFORT ALCOHOL	T2	
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS	T2	
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS	T2	
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS	T2	
ULTILET ALCOHOL SWAB	T2	
<i>v-r alcohol prep pads</i>	T1	
WEBCOL	T2	
ANTISÉPTICOS, VARIOS		
GUAIACOL	T2	
INMUNOMODULADORES		
<i>imiquimod</i>	T1	
<i>imiquimod (Zyclara)</i>	T1	
RUBEFACIENTES/CONTRAIRRITANTES		
CANTHARIDIN-ACETONE	T3	
<i>methyl salicylate</i>	T1	
YCANTH	T5	SP
INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK)		
CIBINQO	T4	PA QL (30 tabs/30 days) SP

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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
COMBINACIONES DE QUERATOLÍTICOS-GLUCOCORTICOIDES		
VANOXIDE-HC	T3	ST
QUERATOLÍTICOS		
<i>benzepto 6% foaming cloths</i>	T1	
BENZEPTRO 7% CREAMY WASH (<i>benzoyl peroxide microspheres</i>)	T3	ST
<i>benzoyl peroxide</i>	T1	
<i>benzoyl peroxide (Pacnex)</i>	T1	
ENZOCLEAR	T3	ST
INOVA	T3	ST
INOVA 4-1	T3	ST
INOVA 8-2	T3	ST
PACNEX (<i>benzoyl peroxide</i>)	T3	ST
<i>podofilox 0.5% gel (Condylox)</i>	T1	ST QL (7 gms/30 days)
<i>podofilox 0.5% topical soln</i>	T1	
PR BENZOYL PEROXIDE (<i>benzoyl peroxide microspheres</i>)	T3	ST
PROTECTORES		
PHARMABASE BARRIER (<i>zinc oxide</i>)	T3	
<i>zinc oxide 20% ointment</i>	T1	
ZINC OXIDE PASTE	T2	
AGENTES PARA LA ROSÁCEA, TÓPICOS		
<i>azelaic acid (Finacea)</i>	T1	
EPSOLAY	T3	ST
FINACEA 15% FOAM	T2	ST
FINACEA 15% GEL (<i>azelaic acid</i>)	T3	ST
<i>ivermectin 1% cream (Soolantra)</i>	T1	QL (45 gms/30 days)
METROCREAM (<i>metronidazole</i>)	T3	ST
METROGEL (<i>metronidazole</i>)	T3	ST
<i>metronidazole 0.75% cream (Metrocream)</i>	T1	
<i>metronidazole 0.75% lotion</i>	T1	
<i>metronidazole top 1% gel pump</i>	T1	
<i>metronidazole topical 0.75% gl</i>	T1	
<i>metronidazole topical 1% gel (Metrogel)</i>	T1	
MIRVASO	T2	PA
RHOFADE	T3	PA
<i>rosadan 0.75% cream (Metrocream)</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 PARA LA ROSÁCEA, TÓPICOS (cont.)		
ROSADAN 0.75% CREAM KIT	T3	ST
<i>rosadan 0.75% gel</i>	T1	
ROSADAN 0.75% GEL KIT	T3	ST
SOOLANTRA (<i>ivermectin</i>)	T3	ST QL (60 gms/30 days)
ADHESIVOS PARA TEJIDOS/HERIDAS		
ARTISS	T3	
SURGISEAL STYLUS	T3	
SURGISEAL TEARDROP	T3	
SURGISEAL TWIST	T3	
TISSEEL VHSD	T3	
ANTIINFLAM. TÓPICO, INHIB. DE LA FOSFODIESTERASA-4 (PDE4)		
EUCRISA	T2	ST QL (120 gms/30 days)
ZORYVE 0.15% CREAM	T2	ST QL (60 gms/30 days)
ZORYVE 0.3% FOAM	T3	ST QL (60 gms/30 days)
AGENTE ANTIACNÉ TÓPICO, AGONISTA DEL RECEPTOR DE ÁCIDO RETINOICO		
AKLIEF	T3	PA ST
ARAZLO	T3	PA
AGENTES TÓPICOS, VARIOS		
L-MESITRAN SOFT	T3	
MEDIHONEY	T3	
<i>trichloroacetic acid</i>	T1	
TRICHLOROACETIC ACID 100% (<i>trichloroacetic acid</i>)	T3	
TRICHLOROACETIC ACID 20% (<i>trichloroacetic acid</i>)	T2	
TRICHLOROACETIC ACID 25%	T3	
TRICHLOROACETIC ACID 30%	T2	
TRICHLOROACETIC ACID 35%	T2	
TRICHLOROACETIC ACID 40%	T2	
TRICHLOROACETIC ACID 50%	T2	
TRICHLOROACETIC ACID 75%	T3	
TRICHLOROACETIC ACID 80%	T2	
TRICHLOROACETIC ACID 85%	T2	
TRICHLOROACETIC ACID 90%	T2	
DERIVADOS DE LA PLEUROMUTILINA, ANTIBIÓTICOS TÓPICOS		
ALTABAX	T3	ST QL (30 gms/fill)

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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		
ALA-SCALP (<i>hydrocortisone</i>)	T3	ST
<i>alclometasone dipropionate</i>	T1	
<i>amcinonide</i>	T1	ST
<i>betamethasone dipropionate</i>	T1	
<i>betamethasone</i> va 0.1% cream, lotion	T1	
<i>betamethasone</i> valer 0.1% ointm	T1	
<i>betamethasone</i> valer 0.12% foam	T1	ST
<i>betamethasone/propylene glyc</i>	T1	
<i>betamethasone/propylene glyc</i> (Diprolene)	T1	
BRYHALI	T3	ST
CAPEX SHAMPOO	T3	ST
<i>clobetasol</i> 0.05% cream	T1	QL (120 gms/30 days)
<i>clobetasol</i> 0.05% gel	T1	QL (120 gms/30 days)
<i>clobetasol</i> 0.05% ointment (Temovate)	T1	QL (120 gms/30 days)
<i>clobetasol</i> 0.05% shampoo (Clobex)	T1	ST QL (236 mls/30 days)
<i>clobetasol</i> 0.05% solution	T1	QL (100 mls/30 days)
<i>clobetasol</i> 0.05% topical lotn	T1	ST QL (118 mls/30 days)
<i>clobetasol</i> emollient 0.05% crm	T1	QL (120 gms/30 days)
<i>clobetasol</i> emollnt 0.05% foam	T1	ST QL (100 gms/30 days)
<i>clobetasol</i> prop 0.05% foam (Olux)	T1	ST QL (100 gms/30 days)
<i>clobetasol</i> prop 0.05% spray (Clobex)	T1	ST QL (125 mls/30 days)
<i>clobetasol</i> propionate/emoll	T1	ST QL (100 gms/30 days)
CLOBEX 0.05% SHAMPOO (<i>clobetasol propionate</i>)	T3	ST QL (236 mls/30 days)
CLOBEX 0.05% SPRAY (<i>clobetasol propionate</i>)	T3	ST QL (125 mls/30 days)
CLODAN 0.05% KIT	T3	ST QL (2 kits/28 days)
<i>clodan</i> 0.05% shampoo (Clobex)	T1	ST QL (236 mls/30 days)
CLODERM	T3	ST
CLODERM (<i>clocortolone pivalate</i>)	T3	ST
CORDRAN 0.025% CREAM	T3	ST QL (120 gms/30 days)
CORDRAN 0.05% CREAM (<i>flurandrenolide</i>)	T3	ST QL (120 gms/30 days)
CORDRAN 0.05% LOTION (<i>flurandrenolide</i>)	T3	ST QL (120 mls/30 days)
CORDRAN 0.05% OINTMENT (<i>flurandrenolide</i>)	T3	ST QL (120 gms/30 days)
CORDRAN 4 MCG/SQ CM TAPE LARGE	T3	ST
DERMA-SMOOTH-FS (<i>fluocinolone acetonide</i>)	T3	ST

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
DERMA-SMOOTH-FS (<i>fluocinolone/shower cap</i>)	T3	ST
DERMASORB HC	T3	ST
DERMASORB TA	T3	ST
DERMATOP (<i>prednicarbate</i>)	T3	ST
DESONATE (<i>desonide</i>)	T3	ST
<i>desonide</i> (Desonate)	T1	ST
<i>desonide 0.05% cream</i> (Tridesilon)	T1	
<i>desonide 0.05% gel</i> (Desonate)	T1	ST
<i>desonide 0.05% lotion</i>	T1	ST
<i>desonide 0.05% ointment</i>	T1	
<i>desoximetasone</i> (Topicort)	T1	ST
DIPROLENE (<i>betamethasone/propylene glyc</i>)	T3	ST
<i>fluocinolone acetonide</i>	T1	
<i>fluocinolone acetonide</i> (Derma-Smooth-Fs)	T1	
<i>fluocinolone acetonide</i> (Synalar)	T1	
<i>fluocinolone/shower cap</i> (Derma-Smooth-Fs)	T1	
<i>fluocinonide 0.05% cream</i>	T1	QL (120 gms/30 days)
<i>fluocinonide 0.05% gel</i>	T1	QL (120 gms/30 days)
<i>fluocinonide 0.05% ointment</i>	T1	QL (120 gms/30 days)
<i>fluocinonide 0.05% solution</i>	T1	QL (120 gms/30 days)
<i>fluocinonide 0.1% cream</i> (Vanos)	T1	ST QL (120 gms/30 days)
<i>fluocinonide/emollient base</i>	T1	QL (120 gms/30 days)
<i>fluticasone prop 0.005% oint</i>	T1	
<i>fluticasone prop 0.05% cream</i>	T1	
<i>fluticasone prop 0.05% lotion</i>	T1	ST
<i>fluticasone propionate</i>	T1	ST
<i>halobetasol prop 0.05% cream</i>	T1	
<i>halobetasol prop 0.05% foam</i>	T1	ST
<i>halobetasol prop 0.05% ointmnt</i>	T1	
<i>halobetasol prop 0.05% cream</i> (Ultravate)	T1	
<i>halobetasol prop 0.05% ointmnt</i> (Ultravate)	T1	
<i>halobetasol propionate</i>	T1	ST
HALOG	T3	ST
HALOG (<i>halcinonide</i>)	T3	ST

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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>hydrocort buty 0.1% lipo cream</i> (Locoid Lipocream)	T1	QL (120 gms/30 days)
<i>hydrocort/min oil/petrolat, wht</i>	T1	
<i>hydrocortisone</i>	T1	
<i>hydrocortisone</i> (Ala-Scalp)	T1	
<i>hydrocortisone</i> (Anusol-Hc)	T1	
<i>hydrocortisone acetate</i>	T1	
<i>hydrocortisone buty 0.1% cream</i>	T1	QL (120 gms/30 days)
<i>hydrocortisone butyr 0.1% lotn</i>	T1	PA SP HD
<i>hydrocortisone butyr 0.1% oint</i>	T1	ST QL (10 gm/28 days)
<i>hydrocortisone butyr 0.1% soln</i>	T1	ST QL (120 mls/30 days)
<i>hydrocortisone valerate</i>	T1	
IMPEKLO	T3	ST QL (136 gms/28 days)
KENALOG 0.147 MG/GRAM SPRAY (<i>triamcinolone acetonide</i>)	T3	ST QL (100 gms/30 days)
KENALOG 0.147 MG/GRAM SPRAY (<i>triamcinolone acetonide</i>)	T3	ST QL (126 gms/30 days)
<i>mometasone furoate 0.1% cream</i>	T1	
<i>mometasone furoate 0.1% oint</i>	T1	
<i>mometasone furoate 0.1% soln</i>	T1	
NUCORT	T3	ST
OLUX (<i>clobetasol propionate</i>)	T3	ST QL (100 gms/30 days)
PANDEL	T3	ST
<i>prednicarbate</i>	T1	
<i>prednicarbate</i> (Dermatop)	T1	
SCALACORT DK	T3	ST
SYNALAR	T3	ST
SYNALAR (<i>fluocinolone acetonide</i>)	T3	ST
SYNALARTS	T3	ST
TEMOVATE (<i>clobetasol propionate</i>)	T3	ST QL (120 gms/30 days)
TEXACORT	T3	ST
TOPICORT 0.25% CREAM (<i>desoximetasone</i>)	T3	ST
TOPICORT 0.25% OINTMENT (<i>desoximetasone</i>)	T3	ST
TOPICORT 0.05% CREAM (<i>desoximetasone</i>)	T3	ST
TOPICORT 0.05% GEL (<i>desoximetasone</i>)	T3	ST
TOPICORT 0.05% OINTMENT (<i>desoximetasone</i>)	T3	ST
<i>triamcinolone 0.025% cream</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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>triamcinolone 0.025% lotion</i>	T1	
<i>triamcinolone 0.025% oint</i>	T1	
<i>triamcinolone 0.5% cream</i>	T1	
<i>triamcinolone 0.05% ointment</i>	T1	ST
<i>triamcinolone 0.1% cream, lotion</i>	T1	
<i>triamcinolone 0.1% ointment</i>	T1	
<i>triamcinolone 0.147 mg/g spray (Kenalog)</i>	T1	ST QL (126 gms/30 days)
<i>triamcinolone 0.147 mg/g spray (Kenalog)</i>	T1	ST QL (100 gms/30 days)
<i>triamcinolone 0.5% ointment</i>	T1	
<i>triamcinolone acetonide</i>	T1	ST
<i>triderm 0.1% cream</i>	T1	
<i>triderm 0.5% cream</i>	T1	ST
TRIDESILON (<i>desonide</i>)	T3	ST
ULTRAVATE X	T3	ST
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS-ANESTÉSICOS LOCALES		
ANALPRAM HC 2.5%-1% LOTION	T3	ST
EPIFOAM	T3	ST
<i>hydrocort-pramoxine 2.5-1% crm</i>	T1	ST
<i>lidocaine/hydrocortisone ac</i>	T1	
<i>lidocaine-hc 3-0.5% cream</i>	T1	
PRAMOSONE	T3	ST
ANTIPARASITARIOS TÓPICOS		
<i>lindane</i>	T1	
<i>malathion (Ovide)</i>	T1	
OVIDE (<i>malathion</i>)	T3	
INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK) TÓPICOS		
OPZELURA	T3	PA QL (240 gms/28 days)
PREPARACIONES ANTIBACTERIANAS TÓPICAS		
<i>iodine/potassium iodide</i>	T1	
<i>iodine/sodium iodide</i>	T1	
IODOFLEX	T3	
IODOSORB	T3	
NORMLGEL AG	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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
ANÁLOGOS DE VIT. D/ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS		
<i>calcipotriene/betamethasone</i> (Taclonex)	T1	ST QL (60 gms/30 days)
<i>calcipotriene/betamethasone</i> (Taclonex)	T1	QL (60 gms/30 days)
ENSTILAR	T2	ST QL (60 gms/30 days)
WYNZORA	T3	ST QL (60 gms/30 days)
ENZIMAS TÓPICAS/DE LAS MEMBR. MUCOSAS/ SUBCUT.		
SANTYL	T2	QL (180 gms/fill)
DERIVADOS DE LA VITAMINA A		
<i>adapalene 0.1% cream</i> (Differin)	T1	
ADAPALENE 0.1% LOTION	T3	ST
<i>adapalene 0.1% solution</i>	T1	
<i>adapalene 0.1% swab</i>	T1	ST
<i>adapalene 0.3% gel</i>	T1	
<i>adapalene 0.3% gel pump</i> (Differin)	T1	
ALTRENO	T3	PA
<i>avita 0.025% cream</i> (Retin-A)	T1	PA
AVITA 0.025% GEL	T3	PA
DIFFERIN	T3	ST
DIFFERIN (<i>adapalene</i>)	T3	ST
RETIN-A (<i>tretinoin</i>)	T3	PA
RETIN-A MICRO PUMP 0.06% GEL	T3	PA
RETIN-A MICRO PUMP 0.08% GEL	T3	PA
<i>tretinoin 0.01% gel</i> (Retin-A)	T1	PA
<i>tretinoin 0.025% cream</i> (Retin-A)	T1	PA
<i>tretinoin 0.025% gel</i> (Retin-A)	T1	PA
<i>tretinoin 0.05% cream</i> (Retin-A)	T1	PA
<i>tretinoin 0.05% gel</i> (Atralin)	T1	PA
<i>tretinoin 0.1% cream</i> (Retin-A)	T1	PA
<i>tretinoin microspheres</i> (Retin-A Micro Pump)	T1	PA
<i>tretinoin microspheres</i> (Retin-A Micro)	T1	PA
AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR (Productos para dejar de fumar)		
AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR (ESTIM. GANGLIONARES, OTROS)		
NICOTROL	T3	QL (180 ds/365 days)PPACA
NICOTROL NS	T3	QL (180 ds/365 days)PPACA

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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

AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR (Productos para dejar de fumar) (cont.)		
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	T2	QL (180 ds/365 days)PPACA
APO-VARENICLINE 1 MG TABLET	T2	QL (180 ds/365 days)PPACA
CHANTIX	T3	QL (180 ds/365 days)PPACA
varenicline starting month box	T1	
AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR, OTROS		
bupropion hcl sr 150 mg tablet	T1	QL (180 ds/365 days)PPACA
PREPARACIONES PARA LA TIROIDES (Agentes hormonales)		
PREPARACIONES ANTITIROIDEAS		
methimazole	T1	HD
propylthiouracil	T1	HD
HORMONAS TIROIDEAS		
adthyza 15 mg tablet	T1	HD
adthyza 30 mg tablet	T1	HD
adthyza 60 mg tablet	T1	HD
adthyza 90 mg tablet	T1	HD
adthyza 120 mg tablet	T1	HD
ARMOUR THYROID	T2	HD
ERMEZA SOLUTION	T3	ST HD
levothyroxine sodium (Synthroid)	T1	HD
liothyronine sodium (Cytomel)	T1	HD
thyroid,pork	T1	HD
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (SIDA/VIH)		
INHIBIDORES DEL CITOCROMO P450		
TYBOST	T5	SP
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias)		
FIBROSIS QUÍSTICA - AGENTES OSMÓTICOS, INHALACIÓN		
BRONCHITOL	T5	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

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 (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.)		
ORKAMBI 150-188 MG GRANULE PKT	T4	PA QL (56 packs/fill) SP HD
ORKAMBI 200 MG-125 MG TABLET	T4	PA QL (112 tabs/fill) SP HD
ORKAMBI 75-94 MG GRANULE PKT	T4	PA QL (56 packs/fill) SP HD
SYMDEKO	T4	PA QL (56 tabs/fill) SP HD
TRIKAFTA 100-50-75 MG/75MG PKT	T4	SP PA HD QL (56 packets/28 days)
TRIKAFTA 80-40-60MG/59.5MG PKT	T4	SP PA HD QL (56 packets/28 days)
FIB. QUÍSTICA-POTENCIADOR DE LA REG. DE LA CONDOC. TRANSMEMB. (CFTR)		
KALYDECO 150 MG TABLET	T4	PA QL (56 tabs/fill) SP HD
KALYDECO 5.8 MG GRANULES PKT	T4	PA QL (56 packs/fill) SP HD
KALYDECO 13.4MG GRANULES PKT	T4	PA SP QIL (56 packets/28 days)
KALYDECO 25 MG, 50 MG GRANULES PACKET	T4	PA QL (56 packs/fill) SP HD
KALYDECO 75 MG GRANULES PACKET	T4	PA QL (56 packs/fill) SP HD
INHIBIDOR DE LA DIPEPTIDIL PEPTIDASA I (DPPI)		
BRINSUPRI	T5	PA SP
SURFACTANTES PULMONARES		
CUROSURF	T3	
INFASURF	T3	
SURVANTA	T3	
MUCOLÍTICOS		
PULMOZYME	T4	PA SP HD
FIBROSIS PULMONAR - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS		
OFEV	T4	PA QL (60 caps/fill) SP HD
INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS		
JOENJA 70 MG TABLET	T5	PA SP QL (60 tabs/30 days)
VIJOICE 250 MG DAILY DOSE PACK	T4	PA QL (56 tabs/28 days) SP
VIJOICE 50 MG GRANULE PACKET	T4	PA QL (28 packs/28 days) SP
VIJOICE 125 MG TABLET	T4	PA QL (28 tabs/28 days) SP
VIJOICE 50 MG TABLET	T4	PA QL (28 tabs/28 days) SP
ZOKINVY	T5	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)

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)

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

INHIBIDORES DE LA TIROSINA QUINASA DEL BAZO/BRUTON

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

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

ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA BRADIQUININA B2

<i>icatibant acetate</i> (Firazyr)	T1	PA SP HD
<i>icatibant acetate</i> (Firazyr)	T1	PA SP

INHIBIDORES DE CALICREÍNA PLASMÁTICA

ORLADEYO	T5	PA SP
----------	----	-------

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Cáncer)

AGENTES DE RESCATE/ANTÍDOTOS PARA QUIMIOTERAPIA

<i>leucovorin calcium</i>	T1	CSL
<i>mesna</i> (Mesnex)	T1	SP CSL
MESNEX (<i>mesna</i>)	T4	SP CSL
VISTOGARD	T4	PA QL (20 packs/30 days) SP CSL

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Productos dentales)

PREPARACIONES Y AYUDAS DENTALES

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

INHIBIDORES DE LA COLAGENASA PERIODONTAL

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

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Disfunción eréctil)

MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL (ED)

<i>avanafil</i> (Stendra)	T1	PA QL (8 tabs/30 days)
CAVERJECT 20 MCG VIAL	T2	PA QL (12 vials/fill)
CAVERJECT 40 MCG VIAL	T2	PA QL (12 vials/fill)
CAVERJECT IMPULSE 10 MCG KIT	T2	PA QL (12 kits/fill)
CAVERJECT IMPULSE 10 MCG SYRNG	T2	PA QL (12 syringes/fill)
CAVERJECT IMPULSE 20 MCG KIT	T2	PA QL (12 kits/fill)
CAVERJECT IMPULSE 20 MCG SYRNG	T2	PA QL (12 syringes/fill)
CIALIS (<i>tadalafil</i>)	T3	PA QL (8 tabs/30 days)
EDEX 10 MCG CARTRIDGE 2-PK KIT	T3	PA QL (6 kits/fill)

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 (Disfunción eréctil) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL (ED) (cont.)		
EDEX 10 MCG CARTRIDGE 6-PK KIT	T3	PA QL (2 kits/fill)
EDEX 20 MCG CARTRIDGE 2-PK KIT	T3	PA QL (6 kits/fill)
EDEX 20 MCG CARTRIDGE 6-PK KIT	T3	PA QL (2 kits/fill)
EDEX 40 MCG CARTRIDGE 2-PK KIT	T3	PA QL (6 kits/fill)
EDEX 40 MCG CARTRIDGE 6-PK KIT	T3	PA QL (2 kits/fill)
IFE-BIMIX 30/1	T3	
LEVITRA (<i>varденаfil 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)	T1	PA QL (8 tabs/30 days) HD
<i>sildenafil 100 mg tablet</i> (Viagra)	T1	PA QL (8 tabs/30 days) HD
<i>sildenafil 50 mg tablet</i> (Viagra)	T1	PA QL (8 tabs/30 days) HD
STENDRA (<i>avanafil</i>)	T3	PA QL (8 tabs/30 days)
<i>tadalafil 2.5 mg tablet</i>	T1	PA QL (30 tabs/30 days) HD
<i>tadalafil 5 mg tablet</i> (Cialis)	T1	PA QL (8 tabs/30 days) HD
<i>tadalafil 10 mg tablet</i> (Cialis)	T1	PA QL (8 tabs/30 days) HD
<i>tadalafil 20 mg tablet</i> (Cialis)	T1	PA QL (8 tabs/30 days) HD
TRI-MIX (PAPVRN-PHNTLMN-PGE1)	T3	
<i>varденаfil hcl</i>	T1	PA QL (8 tabs/fill)
<i>varденаfil hcl</i> (Levitra)	T1	PA QL (8 tabs/fill)

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones oculares)

AGONISTA PARCIAL DE RECEPTORES NICOTÍNICOS, ALFA4-BETA2

TYRVAYA	T3	PA
---------	----	----

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones gastrointestinales/pirosis)

AGENTES PARA USO ESTOMATOLÓGICO

PROTHELIAL	T3	
------------	----	--

KIT PARA PREPARAR COMPUESTOS

FIRST-MOUTHWASH BLM	T3	
---------------------	----	--

AGENTES ORALES PARA LA MUCOSITIS/ESTOMATITIS

GELCLAIR	T3	
GELX	T3	
ORAMAGICRX	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS ORALES PARA LA MUCOSITIS/ESTOMATITIS		
EPISIL	T3	
AGONISTAS DE LOS PPAR		
IQIRVO	T4	PA SP HD
LIVDELZI	T4	PA SP
AGENTES ESTIMULANTES DE LA SALIVA		
NUMOISYN	T3	
AGENTES SUSTITUTOS DE LA SALIVA		
AQUORAL	T3	
BOCASAL	T3	
CAPHOSOL	T3	
MUCOSITISRX	T3	
NEUTRASAL	T3	
NUMOISYN	T3	
SALIVAMAX	T3	
AGONISTA DEL RECEPTOR DE LA HORMONA TIROIDEA (THR)		
REZDIFFRA	T4	PA QL (30 tabs/30 days) SP HD
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Agentes hormonales)		
ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE LA HORMONA DE CRECIMIENTO		
SOMAVERT	T4	PA SP HD
AGENTES PARA EL TRAT. DEL HIPERPARATIROID. - TIPO ANÁLOGO DE VITAMINA D		
<i>doxercalciferol</i>	T1	ST
<i>paricalcitol</i>	T1	ST SP HD
<i>paricalcitol</i> (Zemplar)	T1	ST SP HD
RAYALDEE	T3	ST
ZEMPLAR (<i>paricalcitol</i>)	T5	ST SP HD
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios)		
ABORTIVOS-ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA PROGESTERONA		
MIFEPREX	T3	
<i>mifepristone 200 mg tablet</i>	T1	
AGENTES PARA TRATAR LA PARÁLISIS PERIÓDICA - INHIB. DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA		
<i>dichlorphenamide</i> (Keveyis)	T1	PA SP
INHIBIDORES DE AMONÍACO		
CARBAGLU (<i>carglumic acid</i>)	T4	PA SP HD
<i>carglumic acid</i> (Carbaglu)	T1	PA SP HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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
PREPARACIONES ANTIALCOHÓLICAS		
<i>acamprosate calcium</i>	T1	
<i>disulfiram</i>	T1	
TRATAMIENTO ANTIFIBRÓTICO - ANÁLOGOS DE LA PIRIDONA		
<i>pirfenidone 267 mg capsules</i>	T1	PA QL (270 caps/30 days) SP HD
INHIBIDORES DE LA ESTERASA CI		
HAEGARDA	T5	PA SP HD
HAEGARDA 2,000UNIT VIAL	T4	PA QL (24 vls/28 days) SP HD
HAEGARDA 3,000UNIT VIAL	T4	PA QL (16 vls/28 days) SP HD
CALCIMIMÉTICO, POTENCIADOR DEL CALCIO PARATIROIDEO		
<i>cinacalcet hcl (Sensipar)</i>	T1	PA SP
COLORANTES Y TINTES		
<i>methylene blue</i>	T1	
KIT PARA PREPARAR COMPUESTOS		
FIRST-MOUTHWASH BLM	T3	
AGENTES CRIOPRESERVANTES		
<i>dimethyl sulfoxide</i>	T1	
MEDICAMENTOS PARA TRATAR DIAG. DE GAUCHER TIPO I, REDUCTORES DE SUSTRATOS		
CERDELGA	T4	PA QL (56 caps/28 days) SP HD
<i>miglustat (Zavesca)</i>	T1	PA SP HD
ALÉRGENOS E IRRITANTES AMBIENTALES, OTROS		
T.R.U.E. TEST	T3	
AGENTES PARA INHALACIÓN GENERALES		
HYPER-SAL	T3	
<i>nebusal 3% vial</i>	T1	
NEBUSAL 6% VIAL	T3	
<i>sodium chloride for inhalation</i>	T1	
<i>sodium chloride 0.9% inhal vl</i>	T1	
<i>sodium chloride 10% vial</i>	T1	
<i>sodium chloride 3% vial</i>	T1	
<i>sodium chloride 7% vial</i>	T1	
TRATAMIENTO DE TRASTORNO GENÉTICO - TRATAMIENTO POR DEFICIENCIA DE PROTEÍNA SMN		
EVRYSDI	T5	PA SP HD
INHIBIDOR DE LA GLUCOSILCERAMIDA SINTASA (GCS)		
<i>miglustat (Zavesca)</i>	T1	PA QL (90 caps/30 days) SP

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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
INHIBIDOR DE LA GLUCOSILCERAMIDA SINTASA (GCS) (cont.)		
OPFOLDA	T5	PA QL (8 caps/fill) SP HD
MEDICAMENTOS HOMEOPÁTICOS		
VERTIGOHEEL	T3	
INHIBIDOR DE LA HIDROXIFENILPIRUVATO DIOXIGENASA (HPPD)		
<i>nitisinone</i> (Orfadin)	T1	PA SP HD
NITYR	T4	PA SP
ORFADIN	T5	PA SP
ORFADIN (<i>nitisinone</i>)	T5	PA SP
SUPRESORES DE LOS SÍNTOMAS MENOPÁUSICOS - ANTAG. DEL RECEPT. NK		
VEOZAH	T3	
SUPRESORES DE LOS SÍNTOMAS MENOPÁUSICOS - SSRI		
paroxetine mesylate (Brisdelle)	T1	ST QL (30 caps/fill) HD
REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, HIPOFOSFATASIA		
STRENSIQ	T4	PA SP
AGENTES PARA TRATAR LA INTOXIC. POR METALES		
CHEMET	T2	PA
<i>deferiasirox</i> (Exjade)	T1	PA SP HD
<i>deferiasirox</i> (Jadenu Sprinkle)	T1	PA SP HD
<i>deferiasirox</i> (Jadenu)	T1	PA SP HD
<i>deferiprone</i> (Ferriprox (3 Times A Day))	T1	PA SP HD
FERRIPROX	T5	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>)	T5	PA SP
GALZIN	T5	SP
RADIOGARDASE	T3	
SYPRINE (<i>trientine hcl</i>)	T5	PA SP HD
PÉPTIDOS NATRIURÉTICOS		
VOXZOGO	T5	PA SP HD
INHIBIDORES DEL RECEPTOR FC NEONATAL (FCRN)		
VYVGART HYTRULO	T5	PA SP HD
ACTIVADOR DEL FACTOR 2 RELACIONADO CON EL FACTOR NUCLEAR ERITROIDE 2		
SKYCLARYS	T5	PA SP

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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
CHAPERÓN FARMACOLÓGICO-ESTAB. DE LA ALFA-GALACTOSIDASA A		
GALAFOLD	T5	PA QL (15 caps/fill) SP HD
AGENTE PARA TRATAR LA FENILCETONURIA-COFACTOR DE LA FENILALANINA HIDROXILASA		
<i>sapropterin dihydrochloride</i> (Kuvan)	T1	PA SP
ESTABILIZADORES DE PROTEÍNAS		
ATTRUBY	T4	PA SP
VYNDAMAX	T4	PA SP HD
VYNDAQEL	T4	PA SP HD
AGONISTAS DEL RECEPTOR DE ÁCIDO RETINOICO (RAR)		
SOHONOS 1 MG CAPSULE	T5	PA QL (112 caps/fill) SP
SOHONOS 1.5 MG CAPSULE	T5	PA QL (112 caps/fill) SP
SOHONOS 10 MG CAPSULE	T5	PA QL (56 caps/fill) SP
SOHONOS 2.5 MG CAPSULE	T5	PA QL (140 caps/fill) SP
SOHONOS 5 MG CAPSULE	T5	PA QL (84 caps/fill) SP
SOLVENTES		
CVS ISOPROPYL ALCOHOL 91%	T3	
<i>cvs isopropyl alcohol 91%</i>	T1	
CVS ISOPROPYL RUB ALCOHOL 70%	T3	
<i>cvs isopropyl rub alcohol 70%</i>	T1	
<i>eqi isopropyl alcohol 91%</i>	T1	
<i>eqi isopropyl rub alcohol 70%</i>	T1	
FT ISOPROPYL ALCOHOL 91%	T3	
FT ISOPROPYL RUB ALCOHOL 70%	T3	
GNP ISOPROPYL ALCOHOL 70%	T3	
<i>gnp isopropyl alcohol 99%</i>	T1	
GS ISOPROPYL ALCOHOL 91%	T3	
<i>hm isopropyl alcohol 70%</i>	T1	
<i>hm isopropyl alcohol 91%</i>	T1	
INSTACLEAN	T2	
ISOPROPANOL	T2	
<i>isopropyl 70% alcohol</i>	T1	
<i>isopropyl alcohol</i>	T1	
ISOPROPYL ALCOHOL 70%	T3	
<i>isopropyl alcohol 70%, 91%</i>	T1	
<i>isopropyl alcohol 99%</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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

SOLVENTES (cont.)

<i>isopropyl rubbing alcohol 70%</i>	T1	
ISOPROPYL RUBBING ALCOHOL 70%	T3	
ISOPROPYL RUBBING ALCOHOL 91%	T3	
<i>kro isopropyl alcohol 91%</i>	T1	
MURI-LUBE MINERAL OIL	T2	
<i>polyethylene glycol</i>	T1	
<i>ra isopropyl alcohol 70%, 91%</i>	T1	
<i>sm isopropyl alcohol 70%</i>	T1	
<i>swan isopropyl alcohol 70%</i>	T1	

EXCIPIENTES

GELFILM	T3	
HYDROXYPROPYLCELLULOSE	T2	
HYPROMELLOSE	T2	

TRATAMIENTO DE LA HIPERFAGIA EN EL SÍNDROME DE PRADER-WILLI

VYKAT XR	T5	PA SP
----------	----	-------

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Nutritivos/alimenticios)

AGENTES PARA DEFICIENCIAS METABÓLICAS

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

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Productos para la osteoporosis)

AGENTES QUE ESTIM. LA FORMACIÓN DE HUESO - HORMONA PARATIROIDEA

BONSITY (<i>teriparatide</i>)	T5	PA QL (1 pens/28 days) SP
<i>teriparatide (Bonsity)</i>	T1	PA QL (1 pens/28 days) SP HD
<i>teriparatide (Forteo)</i>	T1	PA QL (1 pens/28 days) SP HD

COMBINACIONES DE INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA Y VITAMINA D

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

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 (Productos para la osteoporosis) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA		
ACTONEL 35 MG TABLET (<i>risedronate sodium</i>)	T3	ST QL (4 tabs/28 days) HD
ACTONEL 150 MG TABLET (<i>risedronate sodium</i>)	T3	ST QL (1 tab/30 days) HD
<i>alendronate sod 70 mg/75 ml</i>	T1	QL (300 mls/28 days) HD
<i>alendronate sodium 5mg, 10mg 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>	T1	HD
<i>alendronate sodium 70 mg tab (Fosamax)</i>	T1	QL (4 tabs/28 days) HD
ATELVIA (<i>risedronate sodium</i>)	T3	ST QL (4 tabs/28 days) HD
BINOSTO	T3	ST QL (4 tabs/28 days) HD
EVISTA (<i>raloxifene hcl</i>)	T3	HD
FOSAMAX (<i>alendronate sodium</i>)	T3	ST QL (4 tabs/28 days) HD
<i>ibandronate sodium</i>	T1	QL (1 tab/30 days) HD
<i>raloxifene hcl (Evista)</i>	T1	HD PPACA
<i>risedronate sodium (Atelvia)</i>	T1	QL (4 tabs/28 days) HD
<i>risedronate sodium 5 mg, 30 mg tablet</i>	T1	QL (30 tabs/fill) HD
<i>risedronate sodium 35 mg tab (Actonel)</i>	T1	QL (4 tabs/28 days) HD
<i>risedronate sodium 150 mg tab (Actonel)</i>	T1	QL (1 tab/30 days) HD

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

ANTIINFLAM. ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-1		
ARCALYST	T5	PA QL (4 vls/28 days) SP HD
AGENTES PARA LA FIBROMIALGIA, INHIB. DE LA RECAPT. DE SEROTONINA-NOREPINEFRINA		
SAVELLA 12.5MG, 25MG, 50MG, 100MG TABLET	T2	ST QL (60 tabs/30 days)
SAVELLA TITRATION PACK	T2	ST QL (55 tabs/30 days)
INMUNOMODULADORES, INHIB. ESPECÍF. DE ESTIM. DE LINFOCITOS B (BLYS)		
BENLYSTA	T4	PA QL (4 mls/28 days) SP HD

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Trastornos convulsivos)

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

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones cutáneas)

INHIBIDORES DE LA INTERLEUCINA-13 (IL-13), ANTICUERPOS MONOCLONALES		
ADBRY	T4	PA QL (4 syringes/28 days) SP HD
ADBRY AUTOINJECTOR	T4	PA QL (2 auto-injs/28 days) SP HD

T1 – Genéricos
 T2 – Marcas preferidas
 T3 – Marcas no preferidas
 T4 – Medicamentos de especialidad preferidos
 T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos
 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

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

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

INHIBIDORES DE LA INTERLEUCINA-13 (IL-13), ANTICUERPOS MONOCLONALES (cont.)

EBGLYSS PEN	T4	PA QL (4 mls/28 days) SP
EBGLYSS SYRINGE	T4	PA SP

INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK)

LITFULO	T5	PA QL (28 caps/28 days) SP HD
LEQSELVI	T5	PA SP HD

AGENTES CICATRIZANTES LOCALES

FILSUVEZ	T5	PA SP
----------	----	-------

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Abuso de sustancias)

TRATAMIENTO PARA LA ABSTINENCIA DE OPIOIDES, AGONISTAS ADRENÉRGICOS ALFA 2

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

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

buprenorphine hcl	T1	
buprenorphine hcl/naloxone hcl	T1	
buprenorphine hcl/naloxone hcl (Suboxone)	T1	
ZUBSOLV	T2	

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Medicamentos para trasplante)

INHIBIDORES DE LA QUINASA RHO

REZUROCK	T5	PA QL (30 tabs/fill) SP
----------	----	-------------------------

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones urinarias)

AGENTES PARA LA HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA/MICCIÓN

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

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

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

AGENTES QUE REDUCEN LA CISTINA, CISTINOSIS NEFROPÁTICA

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

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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

ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ENDOTELINA

VANRAPIA	T4	PA SP
----------	----	-------

AGENTES PARA CÁLCULOS RENALES

THIOLA EC (<i>tiopronin</i>)	T5	PA SP
<i>tiopronin 100 mg tablet</i> (Thiola)	T1	PA SP
<i>tiopronin dr 100 mg tablet</i> (Thiola Ec)	T1	PA SP
<i>tiopronin dr 100 mg tablet</i> (Thiola Ec)	T1	PA SP HD
<i>tiopronin dr 300 mg tablet</i> (Thiola Ec)	T1	PA SP
<i>tiopronin dr 300 mg tablet</i> (Thiola Ec)	T1	PA SP HD
<i>tiopronin</i> (Thiola Ec)	T1	PA SP

AGENTES PARA LA VEJIGA HIPERACTIVA, RECEP. ADRENÉRGICOS BETA 3

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

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

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

AGENTE ANTIESPASMÓDICO/ANTIINCONTINENCIA DE LAS VÍAS URINARIAS

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

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Control del peso)

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

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

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias)

COMBINACIONES MULTIVITAMÍNICAS ANTIOXIDANTES

50 PLUS ADULT EYE HEALTH	T3	
--------------------------	----	--

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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
COMBINACIONES MULTIVITAMÍNICAS ANTIOXIDANTES (cont.)		
<i>a/c/e/zinc ox/cupric ox/lutein</i>	T1	
ADULT 50 PLUS EYE HEALTH	T3	
ANTIOXIDANT FORMULA	T3	
BIOTECT PLUS SOFTGEL	T3	
EQ VISION FORMULA TABLET	T2	
<i>eq eye health plus lutein tab</i>	T1	
EYE HEALTH AND LUTEIN	T3	
EYE HEALTH WITH LUTEIN	T3	
EYE HEALTH PLUS LUTEIN TABLET	T3	
EYE MULTIVITAMIN	T2	
EYE MULTIVITAMIN WITH LUTEIN	T3	
EYEPROTECT	T3	
<i>gnp healthy eyes tablet</i>	T1	
HEALTHY EYES TABLET	T2	
<i>healthy eyes tablet</i>	T1	
I-CAPS	T2	
ICAPS AREDS FORMULA DR TABLET	T3	
ICAPS AREDS2	T3	
LIPOTRIAD	T3	
LIPOTRIAD VISIONARY	T3	
LUTEIN PLUS WITH ZEAXANTHIN	T3	
MACULAR BENEFITS	T3	
MACULAR HEALTH FORMULA	T3	
MACUVEX	T3	
MACUZIN	T3	
OCULAR VITAMINS	T3	
OCUVEL	T3	
OCUVITE ADULT 50 PLUS	T2	
OCUVITE WITH LUTEIN	T2	
PRESERVISION AREDS	T2	
PRESERVISION AREDS 2 CO Q-10	T3	
PRESERVISION LUTEIN	T2	
VISION FORMULA TABLET	T3	
VISION FORMULA WITH LUTEIN	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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
COMBINACIONES MULTIVITAMÍNICAS ANTIOXIDANTES (cont.)		
VISION OPTIMIZER	T3	
VISTA ADVANCED AREDS2	T3	
<i>vit a/vit c/vit e/zinc/copper</i>	T1	
<i>vits a,c,e/lutein/minerals</i>	T1	
VITEYES AREDS 2 PLUS MULTIVIT	T3	
BIOFLAVONOIDES		
<i>bioflav,lemon/vit bcomp,c</i>	T1	
<i>bioflav,lemon/vit bcomp,c</i> (Lipo-Flavonoid Plus)	T1	
CITRUS BIOFLAVONOIDES	T3	
EAR HEALTH PLUS CAPLET	T3	
<i>ear health plus caplet</i> (Lipo-Flavonoid Plus)	T1	
FLAVOVIT	T3	
FLOGEN	T3	
INNER EAR PLUS	T3	
LIPO FLAVONOID	T3	
LIPO-FLAVONOID PLUS (<i>bioflav,lemon/vit bcomp,c</i>)	T2	
QUERCETIN	T3	
<i>rutin</i>	T1	
VASCULERA	T3	
VASOFLEX D1	T3	
VENALIV	T3	
PREPARACIONES CON ÁCIDO FÓLICO		
COBALEFOL	T3	
<i>cvs folic acid 800 mcg tablet</i>	T1	PPACA
DENOVO	T3	
DEPLIN-ALGAL OIL (<i>levomefolate/algae oil</i>)	T3	
DEPLIN FC	T3	
ENLYTE	T3	
FA-8	T3	
FOLETRA	T3	
<i>folic acid 0.4 mg, 0.8 mg tablet</i>	T1	PPACA
<i>folic acid 1 mg tablet</i>	T1	
<i>folic acid 1,000 mcg tablet</i>	T1	
FOLIC ACID 20 MG CAPSULE	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 CON ÁCIDO FÓLICO (cont.)		
<i>folic acid 400 mcg, 800 mcg tablet</i>	T1	PPACA
FOLIC ACID 5 MG CAPSULE	T3	
<i>folic acid 5 mg/ml vial</i>	T1	
<i>folic acid 50 mg/10 ml vial</i>	T1	
FOLIC ACID 800 MCG CAPSULE	T3	
<i>folic acid/b6/ca phos/ginger</i>	T1	
FOLIKA-V	T3	
FOLITE	T3	
<i>ft folic acid 400 mcg, 800 mcg tablet</i>	T1	PPACA
GENICIN VITA-Q	T3	
<i>gnp folic acid 400 mcg tablet</i>	T1	PPACA
<i>hm folic acid 400 mcg tablet</i>	T1	PPACA
HYLAZINC	T3	
<i>levomefolate calcium</i>	T1	
<i>levomefolate/algae oil (Deplin-Algal Oil)</i>	T1	
METHYLFOLATE	T3	
MI-VITE RX	T3	
<i>purevita folic acid 400 mcg tb</i>	T1	PPACA
PUREVITA FOLIC ACID 400MCG/2ML	T3	
<i>ra folic acid 0.4 mg tablet</i>	T1	PPACA
<i>ra folic acid 800 mcg tablet</i>	T1	PPACA
<i>sm folic acid 0.4 mg tablet</i>	T1	PPACA
<i>sm folic acid 400 mcg tablet</i>	T1	PPACA
<i>sv folic acid 800 mcg tablet</i>	T1	PPACA
<i>true folic acid 667 mcg dfe tb</i>	T1	PPACA
<i>true folic acid 1600mcg dfe tb</i>	T1	
XAQUIL XR	T3	
PREPARACIONES DE VITAMINAS GERIÁTRICAS		
<i>a thru z advanced formula tab (Vision Plus Lutein)</i>	T1	
<i>a thru z select tablet (Vision Plus Lutein)</i>	T1	
CENTRUM SILVER CHEWABLE TABLET	T2	
<i>eldertonic elixir</i>	T1	
ELDERTONIC LIQUID	T3	
GERITOL COMPLETE	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
GERITOL TONIC	T2	
<i>multivit with iron,minerals</i>	T1	
<i>multivit with minerals/lutein</i> (Vision Plus Lutein)	T1	
REQ49+	T3	
SPECTRAVITE ADULT 50+	T3	
VISION PLUS LUTEIN (<i>multivit with minerals/lutein</i>)	T2	
PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS		
<i>a thru z advanced formula tab</i>	T1	
A THRU Z MEN'S ULTIMATE TABLET	T2	
A THRU Z SELECT MEN 50+ TABLET	T3	
<i>a thru z select multivit tab</i>	T1	
<i>a thru z select multivit tab</i> (Centrum Silver)	T1	
<i>a thru z select multivit tab</i> (Certavite Senior)	T1	
<i>a thru z select tablet</i> (Centrum Silver)	T1	
<i>a thru z select tablet</i> (Certavite Senior)	T1	
<i>a thru z select women's tablet</i>	T1	
<i>a/c/e/zinc/sod selenate/copper</i>	T1	
ABC COMPLETE ADULT	T2	
ABC COMPLETE MEN'S	T2	
ABC COMPLETE SENIOR WOMEN'S	T3	
ACTIVNUTRIENTS	T3	
ACTIVNUTRIENTS PERFORMANCE	T3	
ADEK GUMMIES PLUS ZINC	T3	
ADULT MULTI GUMMIES	T3	
ADULT MULTIVITAMIN GUMMIES	T3	
ADULT ONE DAILY GUMMIES	T3	
ADULTS' DAILY FORMULA	T3	
ADULTS MULTI	T3	
ADULTS MULTIVITAMIN	T3	
ADVANCED MULTI EA	T3	
AFLOA	T3	
ALIVE ADULT ULTRA POTENCY	T3	
ALIVE COMPLETE PREMIUM PRENATL	T3	
ALIVE MAX6 POTENCY	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 MULTIVITAMÍNICAS (cont.)		
ALIVE WOMEN'S 50 PLUS COMPLETE	T3	
ALIVE DAILY ENERGY	T3	
ALIVE HAIR, SKIN AND NAILS	T3	
ALIVE DAILY SUPPORT PRENATAL	T3	
ALIVE MAX POTENCY	T3	
ALIVE MEN'S 50 PLUS GUMMY	T3	
ALIVE MEN'S 50 PLUS ULTRA	T3	
ALIVE MEN'S ULTRA POTENCY	T3	
ALIVE MEN'S ENERGY	T3	
ALIVE MEN'S GUMMY	T3	
ALIVE PREMIUM ADULT	T3	
ALIVE PREMIUM PRENATAL	T3	
ALIVE WOMEN'S 50 PLUS	T3	
ALIVE WOMEN'S 50 PLUS ULTRA	T3	
ALIVE WOMEN'S ENERGY	T3	
ALIVE WOMEN'S GUMMY VITAMIN	T3	
ALIVE WOMEN'S MULTIVITAMIN	T3	
ALIVE WOMEN'S ULTRA POTENCY	T3	
ALPHA BETIC MULTIVITAMIN	T3	
ALTRIXA	T3	
<i>amino acids/mv,tx,iron,mineral</i>	T1	
AMLADEX	T3	
ANIMI-3	T3	
AQUADEKS	T2	
BACMIN	T3	
BARIATRIC MULTIVITAMINS	T3	
<i>b-complex with vitamin c</i>	T1	
<i>b-complex with vitamin c (Support-500)</i>	T1	
<i>b-complex w-vitamin c caplet</i>	T1	
BEROCCA	T3	
<i>beta-carotene(a)-vits c,e/mins</i>	T1	
BIO-35	T3	
<i>biotect plus liquid</i>	T1	
BLADDER 2.2	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
BODY, HAIR, SKIN AND NAILS	T3	
CENTRAL-VITE	T3	
CENTRAL-VITE WOMEN'S MATURE (multivit-min/iron/folic/lutein)	T3	
CENTRAVITES ADULTS	T3	
CENTRUM	T2	
CENTRUM ADULT 50 PLUS	T3	
CENTRUM ADULT 50 FRESH-FRUITY	T3	
CENTRUM CHEWABLES ADULTS TAB	T2	
CENTRUM CHEWABLES ADULTS TAB	T3	
CENTRUM COMPLETE	T2	
CENTRUM FLAVOR BURST ADULT	T3	
CENTRUM MEN 50 PLUS	T3	
CENTRUM MEN MULTIGUMMY	T3	
CENTRUM MEN'S TABLET	T2	
CENTRUM MENOPAUSE MULTIVITAMIN	T3	
CENTRUM MULTI MENTAL FOCUS	T3	
CENTRUM MULTI PLUS BEAUTY	T3	
CENTRUM MULTI PLUS OMEGA-3	T3	
CENTRUM POSTNATAL	T3	
CENTRUM PRENATAL	T3	
CENTRUM WOMEN 50 PLUS	T3	
CENTRUM WOMEN MULTIGUMMY	T3	
centrum women tablet (Certavite-Antioxidant)	T1	
centrum women tablet (Tab-A-Vite Multivit With Iron)	T1	
CENTRUM MULTIGUMMIES	T3	
CENTRUM SILVER MEN	T3	
CENTRUM SILVER TABLET (multivit-min/fa/lycopen/lutein)	T3	
CENTRUM SILVER ULTRA MEN'S (multivit-min/fa/lycopen/lutein)	T2	
CENTRUM SILVER WOMEN (multivit-min/iron/folic/lutein)	T3	
CENTRUM SPECIALIST ENERGY	T3	
CENTRUM SPECIALIST HEART	T2	
CENTRUM ULTRA MEN'S	T2	
CENTRUM WOMEN IMMUNE MINIS	T3	
certavite-antioxidant tablet (Certavite-Antioxidant)	T1	

T1 – Genéricos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Marcas preferidas

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas no preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

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.)		
CERTAVITE-ANTIOXIDANT TABLET (<i>multivitamin/iron/folic acid</i>)	T3	
<i>certavite-antioxidant tablet</i> (Tab-A-Vite Multivit With Iron)	T1	
COMPLETE MEN	T2	
COMPLETE MEN 50 PLUS	T3	
COMPLETE MULTIVITAMIN-MINERAL	T3	
COMPLETIA DIABETIC MULTIVIT	T3	
CONCEPT DHA (<i>mvn-min75/iron/iron ps/om3/dha</i>)	T3	
CONCEPT OB (<i>mvn-min 74/iron fum/iron/fa</i>)	T3	
CORVITE	T3	
CULTURELLE PROBIOTIC-MULTIVIT	T3	
<i>cvs adult multivitamin gummy</i>	T1	
<i>cvs b-complex-vit c caplet</i>	T1	
<i>cvs hair, skin and nails cplt</i>	T1	
<i>cvs one daily essential tablet</i> (Daily-Vite)	T1	
DAILY GUMMIES	T3	
DAILY MULTIVITAMIN	T3	
DAILY MULTIPLE	T2	
<i>daily-vite tablet</i> (Daily-Vite)	T1	
DAILY-VITE TABLET (<i>multivitamin with folic acid</i>)	T3	
DAVIMET WITH IRON	T3	
DAYAVITE	T3	
DECUBI VITE	T3	
DEKAS BARIATRIC	T3	
DEKAS ESSENTIAL	T3	
DEKAS PLUS	T3	
DERMACINRX FOLIFLEX	T3	
DERMACINRX FOLITIN-Z	T3	
DERMACINRX MULTITAM	T3	
DERMACINRX RIBOTIN-E	T3	
DERMACINRX VENEXA	T3	
DERMACINRX VENEXA FE	T3	
DERMACINRX VENTRIXYL	T3	
DERMACINRX VENTRIXYL FE	T3	
DERMACINRX VITRAMYN	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 MULTIVITAMÍNICAS (cont.)		
DERMACINRX VITRANOL	T3	
DERMACINRX VITRANOL FE	T3	
DERMACINRX VITREXATE	T3	
DERMACINRX VITREXATE FE	T3	
DERMACINRX ZINTREXYL-C	T3	
DIABETES HEALTH FORMULA	T3	
DIABETES HEALTH PACK	T3	
DIABETIC VITAMIN	T3	
DIALYVITE 800 WITH IRON	T3	
DIATROL	T3	
ELON MATRIX 5000 COMPLETE	T3	
ENBRACE HR	T3	
ENDUR-VM IRON-FREE	T3	
ENDUR-VM WITH IRON	T3	
EQ ONE DAILY MEN'S TABLET	T2	
EQ ONE DAILY WOMEN'S HEALTH TB	T3	
EQ ONE DAILY WOMEN'S TABLET	T2	
ESSENTIAL MAN	T3	
ESSENTIAL MAN 50+	T3	
ESSENTIAL WOMAN 50+	T3	
ESTROVEN MENOPAUSE	T3	
<i>fa/mv,ca,iron,min/lycopene/lut</i>	T1	
FATIGUE RELIEF COMPLEX (<i>bcomp,c/st,jhn wrt/s.ginsg/pgn</i>)	T3	
FINAZOL	T3	
FLORRAXYL	T3	
FOLACHEW	T3	
FOLAGENT DHA	T3	
FOLAMAX	T3	
FOLAMED DHA	T3	
FOLAPRIME	T3	
FOLAWISE	T3	
<i>folic acid/multivit,iron,miner</i>	T1	
<i>folic acid/mv,iron,min/lutein</i>	T1	
FOLIC ACID-VIT B-6-VIT B-12	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 MULTIVITAMÍNICAS (cont.)		
<i>folic/mvi ther-min/lycop/lut</i>	T1	
FOLIKA-CI	T3	
FOLIKA-MG	T3	
FORTAVIT	T3	
FREEDAVITE	T3	
<i>ft b complex plus vit c tablet</i>	T1	
<i>ft century men tablet</i>	T1	
<i>ft century women tablet</i> (Certavite-Antioxidant)	T1	
<i>ft century women tablet</i> (Tab-A-Vite Multivit With Iron)	T1	
FT HAIR, SKIN AND NAILS TABLET	T3	
<i>ft one daily men's tablet</i>	T1	
<i>ft one daily women's tablet</i>	T1	
GENADEK STEP 1	T3	
GENADEK STEP 2	T3	
GERBER GS PRENATAL NOURISH PLS	T3	
GNP B-COMPLEX PLUS VIT C TAB	T3	
GNP CENTURY ADULT FORMULA TAB	T3	
<i>gnp century adult formula tab</i> (Certavite-Antioxidant)	T1	
<i>gnp century adult formula tab</i> (Tab-A-Vite Multivit With Iron)	T1	
GNP CENTURY MEN TABLET	T3	
GNP CENTURY WOMEN TABLET	T3	
<i>gnp one daily tablet</i>	T1	
GNP ONE DAILY MAXIMUM TABLET	T3	
HAIR, SKIN AND NAILS CAPLET	T3	
HAIR, SKIN AND NAILS SOFTGEL	T3	
HAIR, SKIN AND NAILS TABLET (<i>multivitamin/folic acid/biotin</i>)	T3	
HEARTBURN ACID REFLUX	T3	
<i>high potency multivitamin tab</i>	T1	
HIGH POTENCY MULTIVITAMIN TAB	T3	
<i>high potency multivitamin tab</i> (Certavite-Antioxidant)	T1	
<i>high potency multivitamin tab</i> (Tab-A-Vite Multivit With Iron)	T1	
HM HAIR, SKIN AND NAILS TABLET	T3	
HM MEN'S ONE DAILY TABLET	T2	
ICAPS MV	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 MULTIVITAMÍNICAS (cont.)		
ICAPS TABLET	T2	
IMMUNERX	T3	
INFUVITE ADULT	T3	
K-PAX IMMUNE SUPPORT	T2	
<i>lecithin/pyridoxine/kelp</i>	T1	
<i>lmeolate/b3/copp/zn/sel/chrom</i>	T1	
MAXIMIN	T3	
MEBOLIC	T3	
MEN 50 PLUS ADVANCED ONE DAILY	T3	
MEN 50 PLUS MULTIVITAMIN	T3	
MEN'S 50 PLUS DAILY FORMULA	T3	
MEN'S 50 PLUS MULTIVITAMIN	T3	
MEN'S DAILY FORMULA	T3	
MEN'S DAILY GUMMIES	T3	
MEN'S DAILY MULTIVITAMIN	T2	
MEN'S DAILY PACK	T3	
MEN'S MULTIVITAMIN	T3	
MEN'S ONE DAILY	T3	
MICRONEX	T3	
MONOCAPS	T3	
MULTI FOR HER 50 PLUS	T3	
MULTI FOR HER SOFTGEL	T3	
<i>multi for her tablet</i>	T1	
MULTI PRO	T3	
MULTI-DAY PLUS MINERALS	T3	
MULTIA DAILY MULTIVITAMIN	T3	
MULTILEX TABLET	T3	
<i>multilex tablet</i>	T1	
MULTILEX T-M	T3	
<i>multivit 47/iron/folate 1/dha</i>	T1	
<i>multivit no. 18/iron no. 1/folic (Tandem Plus)</i>	T1	
<i>multivit no.51/iron/folic acid</i>	T1	
<i>multivit with calcium,iron,min</i>	T1	
<i>multivit,calc,mins/iron/folic</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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,iron,minerals/lutein</i>	T1	
<i>multivit,stress formula/zinc</i> (Stress Formula With Zinc)	T1	
<i>multivit/iron/folic acid/hb 179</i>	T1	
<i>multivitamin</i>	T1	
MULTI-VITAMIN	T3	
<i>multivitamin combination no.56</i>	T1	
MULTIVITAMIN GUMMIES	T3	
MULTIVITAMIN LIQUID	T3	
<i>multivitamin tablet</i>	T1	
<i>multivitamin with folic acid</i> (Daily-Vite)	T1	
<i>multivitamin with iron</i>	T1	
MULTIVITAMIN WITH MINERALS	T3	
<i>multivitamin with minerals</i>	T1	
<i>multivitamin,stress formula</i>	T1	
<i>multivitamin,ther and minerals</i>	T1	
<i>multivitamin,therapeutic</i>	T1	
<i>multivitamin,therapeutic</i> (Oncovite)	T1	
<i>multivitamin/ferrous gluconate</i>	T1	
<i>multivitamin/iron/folic acid</i> (Certavite-Antioxidant)	T1	
<i>multivitamin/iron/folic acid</i> (Tab-A-Vite Multivit With Iron)	T1	
MULTIVITAMIN-MULTIMINERAL	T3	
MULTI-VITE	T3	
<i>multivit-min/fa/lycopen/lutein</i>	T1	
<i>multivit-min/fa/lycopen/lutein</i> (Centrum Silver)	T1	
<i>multivit-min/ferrous gluconate</i>	T1	
<i>multivit-min/folic acid/biotin</i>	T1	
<i>multivit-min/iron fum/folic ac</i>	T1	
<i>multivit-min/iron/folic/lutein</i> (Central-Vite Women'S Mature)	T1	
<i>multivit-min/iron/folic/lutein</i> (Centrum Silver Women)	T1	
<i>multivit-min69/iron/folic acid</i>	T1	
<i>multivit-minerals/fa/lycopen</i>	T1	
<i>multivit-minerals/folic acid</i>	T1	
<i>multivit-minerals/folic acid</i> (One-A-Day)	T1	
<i>multivit-minerals/folic/ginkgo</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 MULTIVITAMÍNICAS (cont.)		
<i>multivit-mins no.7/folic acid</i>	T1	
<i>multivit-mins/iron/folic/lycop</i>	T1	
<i>mv-min 59/iron/folic/docusate</i>	T1	
<i>mv,cal,min/iron/folic acid/lut</i>	T1	
<i>mv,iron,min/ginkgo/pan.ginseng</i>	T1	
<i>mv-min/iron/folic ac/vit k/lut</i>	T1	
<i>mv-mins 71/iron/folic no.1/dha</i>	T1	
<i>mv-mins/folic/lycopene/ginkgo</i>	T1	
<i>mv-mn/folic ac/calcium/vit k1</i>	T1	
<i>mv-mn/folic acid/lutein/hrb178</i>	T1	
<i>mvn no.53/iron/folic/dss/dha</i>	T1	
<i>mvn-min 74/iron fum/iron/fa</i> (Concept Ob)	T1	
<i>mvn-min75/iron/iron ps/om3/dha</i> (Concept Dha)	T1	
MVW MODULATR FORM MINI MULTIVT	T3	
NEEVODHA	T3	
NEOVITE	T3	
NESTABS ONE	T3	
NICOMIDE	T3	
NIVA-PLUS NIVA-PLUS (<i>multivit-min 60/iron fum/folic</i>)	T3	
NUTRALYN	T3	
NUTRIVIT	T2	
OB COMPLETE	T3	
OBSTETRIX ONE	T3	
OCUVITE EYE PLUS MULTI	T3	
<i>om-3/dha/epa/b12/fa/b6/phytost</i>	T1	
OMNIVEX	T3	
ONCOVITE (<i>multivitamin,therapeutic</i>)	T2	
ONE DAILY ESSENTIALS	T3	
ONE DAILY ESSENTIAL TABLET	T3	
<i>one daily essential tablet</i>	T1	
<i>one daily essential tablet</i> (Daily-Vite)	T1	
ONE DAILY HEALTHY WEIGHT	T3	
<i>one daily maximum tablet</i>	T1	
ONE DAILY MEN'S 50 PLUS	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 MULTIVITAMÍNICAS (cont.)		
ONE DAILY MEN'S 50 PLUS D3	T3	
ONE DAILY MEN'S HEALTH	T3	
ONE DAILY MEN'S MULTIVITAMIN	T3	
<i>one daily multivitamin tab</i>	T1	
<i>one daily multivitamin tab</i>	T1	
ONE DAILY MULTIVITAMIN TABLET	T3	
<i>one daily multivitamin tablet (Daily-Vite)</i>	T1	
<i>one daily tablet</i>	T1	
ONE DAILY WOMEN 50 PLUS TAB	T3	
ONE DAILY WOMEN'S 50 PLUS ADV	T3	
ONE DAILY WOMEN'S 50+	T2	
ONE DAILY WOMEN'S FORMULA	T3	
<i>one daily women's health tab</i>	T1	
ONE DAILY WOMEN'S MULTIVITAMIN	T3	
ONE-A-DAY (multivit-minerals/folic acid)	T3	
ONE-A-DAY ENERGY	T3	
ONE-A-DAY MEN VITACRAVES	T3	
ONE-A-DAY MENOPAUSE FORMULA	T3	
ONE-A-DAY MEN'S	T2	
ONE-A-DAY MEN'S 50 PLUS	T2	
ONE-A-DAY MEN'S 50 PLUS (mv-mins/folic/lycopene/ginkgo)	T2	
ONE-A-DAY MEN'S COMPLETE	T3	
ONE-A-DAY PROACTIVE 65 PLUS	T3	
ONE-A-DAY TRIPLE IMMUNE SUPPORT	T3	
ONE-A-DAY WOMEN'S 50 PLUS TAB	T3	
<i>one-a-day women's 50 plus tab (One-A-Day)</i>	T1	
ONE-A-DAY VITACRAVES	T3	
ONE-A-DAY VITACRAVES IMMUNITY	T3	
ONE-A-DAY VITACRAVES OMEGA-3	T3	
ONE-A-DAY VITACRAVES SOUR	T3	
ONE-A-DAY WEIGHTSMART	T2	
ONE-A-DAY WOMEN VITACRAVES	T3	
ONE-A-DAY WOMEN'S COMPLETE	T2	
ONE-A-DAY WOMEN'S HEALTHY SKIN	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 MULTIVITAMÍNICAS (cont.)		
ONE-A-DAY WOMEN'S PETITES	T3	
ONE-A-DAY WOMEN'S TABLET	T2	
ONE-A-DAY WOMEN'S TABLET	T3	
ONE-DAILY MULTI	T3	
<i>one daily multivit-mineral tab</i>	T1	
ONE DAILY MULTIVIT-MINERAL TAB	T3	
ONE-DAILY MULTI-VITAMIN-IRON	T3	
ONE-DAILY MULTIVITAMIN-MINERAL	T3	
ONEVITE	T3	
OPTIFAST	T3	
OPTISOURCE	T3	
OPURITY MULTIVITAMIN	T3	
POLY VITAMIN-IRON	T3	
PRENATAL GUMMIES	T3	
PRENATE AM	T3	
PRENATE CHEWABLE	T3	
PRENATE ESSENTIAL	T3	
PREV-RX	T3	
PROCERV HP	T3	
PROFOLA	T3	
PRORENAL QD	T2	
PROTECT CARDIO AF	T3	
PROTECT IRON	T3	
PROTECT PLUS SO	T3	
PUREFE OB PLUS	T3	
PUREFE PLUS	T3	
QUINTABS	T3	
QUINTABS-M	T3	
<i>ra one daily essential tablet (One-A-Day)</i>	T1	
<i>ra one daily maximum tablet</i>	T1	
<i>ra one daily women's tablet</i>	T1	
REMEDIENT	T3	
<i>sm b complex with vit c tablet</i>	T1	
<i>sm super b complex-c caplet</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
SOLO	T3	
SPECTRAVITE MEN 50 PLUS	T3	
SPECTRAVITE ULTRA MEN 50+	T3	
SPECTRAVITE ULTRA MEN'S	T3	
STRESS B-COMPLEX	T3	
<i>stress formula tablet</i>	T1	
STRESS FORMULA WITH ZINC TAB (<i>multivit, stress formula/zinc</i>)	T3	
<i>stress formula with zinc tab</i> (Stress Formula With Zinc)	T1	
<i>stress-c with zinc tablet</i> (Stress Formula With Zinc)	T1	
STROVITE FORTE (<i>multivit, iron, min 5/folic acid</i>)	T3	
STROVITE ONE	T3	
SUPER GINSENG MULTIVITAMIN	T3	
SUPER MULTIPLE-LOW IRON	T3	
SUPERIOR MEN'S MULTI	T3	
SUPPORT-500 (<i>b-complex with vitamin c</i>)	T3	
SV HAIR, SKIN AND NAILS CAPLET	T3	
TAB-A-VITE MULTIVIT WITH IRON	T3	
TAB-A-VITE MULTIVIT WITH IRON (<i>multivitamin/iron/folic acid</i>)	T3	
TANDEM PLUS (<i>multivit no.18/iron no.1/folic</i>)	T3	
THERAGRAN-M PREMIER 50 PLUS	T3	
<i>thera-m caplet</i>	T1	
<i>thera-m tablet</i>	T1	
THERA-M CAPLET	T3	
THERAMILL FORTE	T3	
THERANATAL LACTATION SUPPORT	T3	
THEREMS-H	T2	
TOBAKIENT	T3	
TRIVIA COMPLETE	T3	
TRUE MULTIVITAMIN	T3	
TRUEPLUS MULTIVITAMIN (<i>multivit-min/folic acid/vit k1</i>)	T3	
UDAMIN SP	T3	
ULTRA FREEDA	T3	
VITABEX PLUS	T3	
VITACORE	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 MULTIVITAMÍNICAS (cont.)		
VITAFUSION PRENATAL	T3	
VITAJoy ADULT MULTI	T3	
<i>vitamin b complex-vit c cap</i> (Support-500)	T1	
<i>vitamin b complex-vit c caplet</i>	T1	
<i>vitamin b complex-vitamin c tb</i>	T1	
VITAMIN D3-ALOE	T3	
VITAMINS A-D-E	T3	
VITREXYL	T3	
VITREXYL PLUS IRON	T3	
VITRUM 50 PLUS SENIOR	T2	
WOMEN'S 50 PLUS ADVANCED	T3	
WOMEN'S 50 PLUS DAILY FORMULA	T3	
<i>women's daily formula caplet</i>	T1	
WOMEN'S DAILY FORMULA CAPLET	T2	
WOMEN'S DAILY FORMULA TABLET	T3	
WOMENS DAILY GUMMIES	T3	
WOMEN'S DAILY PACK	T3	
WOMEN'S MULTIVITAMIN	T3	
WOMEN'S MULTIVITAMIN W-BIOTIN	T3	
XYZBAC	T3	
ZYVANA	T3	
ZYVIT	T3	
PREPARACIONES DE NIACINA		
<i>cvs niacin 400 mg capsule</i>	T1	
ENDUR-AMIDE	T3	
ENDUR-THINE	T3	
<i>ft niacin 400 mg capsule</i>	T1	
<i>gnp niacin 250 mg tablet</i>	T1	
<i>gnp niacin 400 mg capsule</i>	T1	
<i>hm niacin tr 250 mg tablet</i> (Slo-Niacin)	T1	
<i>niacin</i>	T1	
<i>niacin</i> (inositol niacinate)	T1	
<i>niacin</i> (Slo-Niacin)	T1	
NIACIN 100 MG CAPSULE	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 NIACINA (cont.)		
NIACINAMIDE 500 MG CAPSULE	T3	
<i>niacin 100 mg tablet</i>	T1	
<i>niacin 250 mg tablet</i>	T1	
<i>niacin 50 mg tablet</i>	T1	
<i>niacin 500 mg capsule</i>	T1	
<i>niacin 500 mg capsule sa</i>	T1	
NIACIN 500 MG SOFTGEL	T2	
<i>niacin 500 mg tablet</i>	T1	
<i>niacin 750 mg tablet sa (Slo-Niacin)</i>	T1	
NIACIN ER 1,000 MG TABLET	T2	
<i>niacin er 250 mg tablet (Slo-Niacin)</i>	T1	
<i>niacin er 500 mg caplet</i>	T1	
<i>niacin er 500 mg capsule</i>	T1	
<i>niacin er 500 mg tablet</i>	T1	
<i>niacin flush free 500 mg cap</i>	T1	
NIACIN FLUSH FREE 750 MG CAP	T2	
<i>niacin sa 250 mg capsule</i>	T1	
<i>niacin tr 250 mg capsule</i>	T1	
<i>niacin tr 250 mg tablet (Slo-Niacin)</i>	T1	
<i>niacin tr 500 mg caplet</i>	T1	
<i>niacin tr 500 mg tablet</i>	T1	
<i>niacinamide 500 mg tablet</i>	T1	
NIACINAMIDE ER 500 MG TABLET	T3	
NO FLUSH NIACIN	T3	
PUREVITA VITAMIN B3	T3	
<i>ra niacin 100 mg tablet</i>	T1	
RA NIACIN 500 MG TABLET	T3	
<i>ra niacin 500 mg tablet</i>	T1	
SLO-NIACIN 250 MG TABLET (<i>niacin</i>)	T2	
<i>slo-niacin 500 mg tablet</i>	T1	
SLO-NIACIN 750 MG TABLET (<i>niacin</i>)	T2	
<i>sv niacin flush free 500 mg</i>	T1	
<i>true vitamin b3 50 mg, 500 mg tablet</i>	T1	
TRUE VITAMIN B3 250 MG TABLET	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 PANTENOL		
CALCIUM PANTOTHENATE	T3	
PANTETHINE	T3	
PANTOTHENIC ACID	T3	
PUREVITA VITAMIN B5	T3	
PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS		
ABDEK MULTIVITAMIN	T3	
ALIVE KIDS MULTIVITAMIN	T3	
ANIMAL SHAPES COMPLETE	T3	
CENTRUM KIDS	T3	
CHILD CHEWABLE VITAMN COMPLETE	T3	
CHILD COMPLETE CHEWABLE VITAMN	T3	
CHILD COMPLETE MULTIVITAMIN	T3	
CHILD MULTIVITAMIN PLUS IRON	T3	
CHILDREN MULTIVITAMIN	T3	
<i>children multivitamin chew tab</i>	T1	
CHILDREN MULTIVITAMIN GUMMIES	T3	
CHILDREN MULTIVITAMIN GUMMIES (<i>pediatric multivitamin no.120</i>)	T3	
CHILDREN'S CHEW MULTIVIT-IRON (<i>pedi multivit no.91/iron fum</i>)	T3	
<i>childrens chew vitamin tab</i> (Flintstones With Extra C)	T1	
<i>childrens chew vitamin tab</i> (Flintstones)	T1	
CHILDREN'S CHEWABLE	T3	
CHILDREN'S MULTI-VIT GUMMIES	T3	
CHILDREN'S MULTIVITAMIN GUMMY	T3	
CHILD'S CHEWABLE VITAMIN TAB	T3	
CHILD'S OMEGA-3 DHA MULTIVITAM	T3	
CULTURELLE KIDS PROBIOTIC-MV	T3	
CULTURELLE KIDS PRO-MV-LUTEIN	T3	
DAVIMET WITH FLUORIDE	T3	
DEKAS PLUS	T3	
EMERGEN-C KIDZ	T3	
EMERGEN-C KIDZ DAILY IMMUNE	T3	
EMERGEN-C KIDZ IMMUNE PLUS	T3	
EQ CHILD MULTIVITAMIN GUMMIES	T3	
FLINTSTONES COMPLETE GUMMIES	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 VITAMINAS PEDIÁTRICAS (cont.)		
FLINTSTONES COMPLETE TABLET (<i>multivit with iron,minerals</i>)	T2	
FLINTSTONES EXTRA C GUMMIES	T3	
FLINTSTONES EXTRA C TAB CHEW (<i>multivitamin</i>)	T2	
FLINTSTONES GUMMIES	T2	
FLINTSTONES GUMMIES CHEW TAB	T3	
FLINTSTONES IMMUNITY SUPPORT	T3	
FLINTSTONES MULTIVIT CHEW TAB (<i>pedi multivit no.25/folic acid</i>)	T3	
FLINTSTONES MULTI-VIT GUMMIES	T2	
FLINTSTONES PLUS CALCIUM	T2	
FLINTSTONES SOUR-GUM CHEW TAB	T3	
FLINTSTONES TAB CHEW	T2	
FLINTSTONES TABLET CHEWABLE (multivitamin)	T2	
FLINTSTONES WITH IRON	T3	
FLORAFOL PEDIATRIC	T3	
FLORAFOL FE PEDIATRIC	T3	
FLORIVA	T3	
FLORIVA PLUS	T3	
GENADEK	T3	
GERBER GROW MIGHTY	T3	
GERBER LIL BRAINIES	T3	
GUMMIES CHILDREN MULTIVITAMIN	T3	
GUMMY	T3	
GUMMY DINOS	T3	
INFANT-TODDLER MULTIVITAMIN	T3	
INFANT-TODDLER MULTIVIT-IRON	T3	
infant-toddler multivit-iron	T1	
INFANT-TODDLER TRI-VITAMIN	T3	
INFUVITE PEDIATRIC	T2	
JUST 4 KIDZ MULTIVIT-PROBIOTIC	T3	
KIDS COD LIVER OIL +D	T3	
KIDS MULTIVITAMIN-MINERALS	T2	
<i>little animals child tb chw</i> (Flintstones With Extra C)	T1	
<i>little animals child tb chw</i> (Flintstones)	T1	
LITTLE ANIMALS CHILD TB CHW	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 VITAMINAS PEDIÁTRICAS (cont.)		
LITTLE ANIMALS PLUS IRON	T3	
LIVITA FOR CHILDREN	T3	
<i>multivit with iron,minerals</i>	T1	
<i>multivit with iron,minerals (Flintstones Complete)</i>	T1	
<i>multivit with iron,minerals (Scooby-Doo)</i>	T1	
<i>multivitamin (Flintstones With Extra C)</i>	T1	
<i>multivitamin (Flintstones)</i>	T1	
<i>multivitamin with iron</i>	T1	
MULTI-VIT-FLOR	T3	
MULTIVIT-FLUOR 0.25 MG TAB CHW	T3	
<i>multivit-fluor 0.25 mg tab chw</i>	T1	PPACA
<i>multivit-fluor 0.25 mg/ml drop</i>	T1	PPACA
<i>multivit-fluor 0.5 mg tab chew</i>	T1	PPACA
MULTIVIT-FLUOR 0.5 MG TAB CHEW	T3	
<i>multivit-fluor 0.5 mg/ml drop</i>	T1	PPACA
<i>multivit-fluoride 1 mg tab chw</i>	T1	PPACA
MULTIVIT-FLUORIDE 1 MG TAB CHW	T3	
MVW COMPLETE FORMLTN PEDIATRIC	T3	
MVW COMPLETE FORMULATION D3000, D5000	T3	
MVW COMPLETE FORMULTN MULTIVIT	T3	
MVW MODULATR FORMLTN PEDIATRIC	T3	
NANO VM 1-3	T2	
NANO VM 4-8	T2	
NANOVM 9-18	T3	
NANOVM T-F	T3	
NOVAFERRUM YUM PEDIATR MV-IRON	T3	
NOVAMV MMM PEDIATRIC MULTIVIT	T3	
ONE-A-DAY KID'S	T3	
ONE-A-DAY TEEN HER VITACRAVES	T3	
ONE-A-DAY TEEN HIM VITACRAVES	T3	
<i>ped mvit a,c,d3 no.21/fluoride</i>	T1	PPACA
<i>pedi multivit 158/iron/vit k1</i>	T1	
<i>pedi multivit 45/fluoride/iron</i>	T1	
<i>pedi multivit no.12 w-fluoride</i>	T1	PPACA

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 VITAMINAS PEDIÁTRICAS (cont.)		
<i>pedi multivit no.17 w-fluoride</i>	T1	PPACA
<i>pedi multivit no.23/folic acid</i>	T1	
<i>pedi multivit no.25/folic acid (Flintstones)</i>	T1	
<i>pedia poly-vite iron 5mg/0.5ml</i>	T1	
PEDIA POLY-VITE WITH IRON DROP	T3	
PEDIA TRI-VITE	T3	
<i>pediatric multivit no.36/iron</i>	T1	
<i>pediatric multivitamin no.17</i>	T1	
<i>pediatric multivitamin no.111</i>	T1	
<i>pediatric multivitamin no.212</i>	T1	
PEDIATRIC POLY-VITAMIN	T3	
PEDIATRIC POLY-VITAMIN-IRON	T3	
PEDIATRIC POLY-VITE	T3	
PEDIATRIC POLY-VITE WITH IRON	T3	
PEDIATRIC TRI-VITAMIN	T3	
PEDIATRIC TRI-VITE	T3	
POLY-VI-FLOR	T3	
POLY-VI-FLOR WITH IRON	T3	
<i>poly-vi-sol 0.5 ml oral syringe</i>	T1	
POLY-VI-SOL 1 ML ENFIT SYRINGE	T3	
POLY-VI-SOL 250MCG-50MG/ML DRP	T3	
POLY-VI-SOL WITH IRON	T3	
POLY-VITA	T3	
POLY-VITA WITH IRON	T3	
QUFLORA	T3	
QUFLORA FE	T3	
SCOOPY-DOO ONE A DAY GUMMIES	T3	
SCOOPY-DOO ONE A DAY TABLET (<i>multivit with iron,minerals</i>)	T2	
SOLUVITA MULTIVITAMIN FLUORIDE	T3	
SOLUVITA MULTIVITAMIN FLUORIDE (<i>pedi multivit no.82 w-fluoride</i>)	T3	
TRI-VI-FLOR	T3	
TRI-VI-SOL	T3	
<i>tri-vit-fluor 0.25 mg/ml drop</i>	T1	PPACA
TRI-VIT-FLUOR 0.25 MG/ML DROP	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 VITAMINAS PEDIÁTRICAS (cont.)		
<i>tri-vit-fluor 0.5 mg/ml drop</i>	T1	PPACA
TROPICAL LIQUID NUTRITION (<i>pediatric multivitamin no.118</i>)	T3	
<i>vit a palmitate/vit c/vit d3</i>	T1	
ZOO FRIENDS	T3	
ZOO FRIENDS COMPLETE	T3	
PREPARACIONES DE VITAMINAS A Y D		
cod liver oil softgel	T1	
gnp norwegian cod liver oil	T1	
SV COD LIVER OIL SOFTGEL	T3	
PREPARACIONES DE VITAMINA A		
A-25	T3	
AQUASOL A	T2	
<i>beta-carotene</i>	T1	
<i>cvs vitamin a 2,400 mcg sftgl</i>	T1	
FT VITAMIN A 3,000 MCG SOFTGEL	T3	
GNP VITAMIN A 3,000 MCG SOFTGL	T3	
NORWEGIAN COD LIVER OIL SFGL	T3	
PREVENT	T2	
PUREVITA VITAMIN A	T3	
<i>ra vitamin a 10,000 unit sftgl</i>	T1	
VITAMIN A BETA CAROTENE	T3	
<i>vitamin a 10,000 unit capsule</i>	T1	
<i>vitamin a 10,000 unit softgel</i>	T1	
VITAMIN A 10,000 UNIT SOFTGEL	T3	
<i>vitamin a 3,000 mcg softgel</i>	T1	
<i>vitamin a 8,000 unit capsule</i>	T1	
VITAMIN A PALMITATE	T3	
<i>vitamin a/vit c/zinc/propolis</i>	T1	
VITAMINS A D	T3	
PREPARACIONES DE VITAMINA B		
5-MTHF PLUS B12	T3	HD
<i>acetylcyst/methy/b12/levomefol (Cerefolin Brain Wellness)</i>	T1	HD
ALBA-LYBE	T2	HD
APETEX (<i>vitamin b complex/lysine</i>)	T2	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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>)	T2	HD
ARKALIOX	T3	HD
B ACTIV	T3	HD
<i>b comp no3/folic/c/biotin/zinc</i>	T1	HD
<i>b comp/ferrous gluc/lysin/znox</i>	T1	HD
<i>b complex 11/folic/c/biot/zinc</i>	T1	HD
<i>b complex c no.10/folic acid</i>	T1	HD
<i>b complex capsule</i>	T1	HD
<i>b complex tablet</i>	T1	HD
<i>b complex, c no.20/folic acid</i> (Virt-Caps)	T1	HD
B COMPLEX WITH B-12	T3	HD
B COMPLEX WITH VITAMIN C	T3	HD
B COMPLEX FAST DISSOLVE TABLET	T3	HD
B COMPLEX-FOLIC ACID (<i>cyanocobalamin/folic ac/vit b6</i>)	T3	HD
<i>b12/levomefolate calcium/b-6</i>	T1	HD
B-50 COMPLEX	T3	HD
<i>b-100 complex tr caplet</i>	T1	HD
B-100 COMPLEX CAPSULE	T3	HD
<i>balanced b-100 complex tab sa</i>	T1	HD
B-COMPLEX 100	T3	HD
<i>b-complex 100 injection</i>	T1	HD
<i>b-complex injection vial</i>	T1	HD
<i>b-complex plus vitamin c cplt</i> (Vita-Bee With C)	T1	HD PPACA
<i>b-complex tablet</i> (Vitamin B Complex-Electrolytes)	T1	HD PPACA
B-COMPLEX WITH B-12	T3	HD
<i>b-complex with b12 tablet</i>	T1	HD
<i>b-complex with vit c caplet</i> (Vita-Bee With C)	T1	HD PPACA
<i>b-complex with vit c tablet</i> (Vita-Bee With C)	T1	HD PPACA
B-COMPLEX-VITAMIN C TR TABLET	T2	HD
BIOTIN 1,000 MCG GUMMIES	T3	HD
<i>biotin 1,000 mcg tablet</i>	T1	HD
BIOTIN 10 MG TABLET	T2	HD
BIOTIN 10,000 MCG SOFTGEL	T3	HD
BIOTIN 10,000 MCG TABLET	T2	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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>biotin 2,500 mcg softgel</i> (Hard Nails)	T1	HD
<i>biotin 300 mcg tablet</i>	T1	HD
BIOTIN 5 MG TABLET	T3	HD
<i>biotin 5,000 mcg capsule</i> (Meribin)	T1	HD
BIOTIN 5,000 MCG FAST DISSOLVE	T3	HD
BIOTIN 5,000 MCG QUICK DISSOLV	T3	HD
<i>biotin 5,000 mcg softgel</i> (Meribin)	T1	HD
BIOTIN 5,000 MCG TABLET	T3	HD
<i>biotin 800 mcg tablet</i>	T1	HD
BIOTIN FORTE 3 MG TABLET	T3	HD
BIOTIN FORTE 5 MG TABLET	T2	HD
B-STRESS	T3	HD
CARDIOTEK-RX	T3	HD
CEREFOLIN (<i>vit b12/levomefolate/vit b6/b2</i>)	T3	HD
CEREFOLIN BRAIN WELLNESS (<i>acetylcyst/methylb12/levomefol</i>)	T3	HD
CEREFOLIN NAC	T3	HD
COMPLEX B-100 ER CAPLET	T3	HD
<i>complex b-100 tablet sa</i>	T1	HD
COMPLEX B-50	T3	HD
COMPLETE LIVER CLEANSE	T3	HD
CVS BALANCED B-100 TR CAPLET	T3	HD
<i>cvs biotin 1,000 mcg tablet</i>	T1	HD
CVS BIOTIN 5,000 MCG TABLET	T3	HD
CVS BIOTIN 10,000 MCG SOFTGEL	T3	HD
<i>cvs super b-complex-vit c cplt</i> (Vita-Bee With C)	T1	HD PPACA
<i>cyanocobalamin/folic ac/vit b6</i>	T1	HD
<i>cyanocobalamin/folic ac/vit b6</i>	T1	HD PPACA
<i>cyanocobalamin/folic ac/vit b6</i> (Niva-Fol)	T1	HD
CYTO B7	T3	HD
DIALYVITE 3000	T3	HD
DIALYVITE 5000	T3	HD
DIALYVITE 800 CHEWABLE WAFER	T3	HD
DIALYVITE 800 PLUS D	T3	HD
<i>dialyvite 800 tablet</i>	T1	HD PPACA

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
DIALYVITE 800 WITH ZINC	T3	HD
DIALYVITE 800-ULTRA D	T2	HD
DIALYVITE SUPREME D	T3	HD
ELFOLATE PLUS	T3	HD
ENDUR-B COMPLEX	T3	HD
<i>eq/ b complex 50 tablet</i>	T1	HD
FOLA-B COMPLEX	T3	HD
FOLIC ACID-B6-B12	T3	HD
<i>folic acid/b complex c no.17</i>	T1	HD
<i>folic acid/vit b complex and c</i>	T1	HD PPACA
<i>folic acid/vit b complex and c</i>	T1	HD
<i>folic acid/vit b complex and c (Vita-Bee With C)</i>	T1	HD PPACA
<i>folic acid/vit bcomp,c/cu/zinc</i>	T1	HD
FOLICORE B COMPLEX	T3	HD
FOLIKA-BC	T3	HD
FOLIKA-NC	T3	HD
FOLIKA-T	T3	HD
FOLINIC-PLUS	T3	HD
FOLTX	T3	HD
FOLVITA COMPLEX	T3	HD
<i>ft b-100 complex er tablet</i>	T1	HD
<i>ft biotin 5,000 mcg capsule (Meribin)</i>	T1	HD
FT BIOTIN 10,000 MCG TABLET	T2	HD
FT BIOTIN 2,500 MCG GUMMY	T3	HD
GENICIN VITA-S	T3	HD
<i>gnp b-100 complex tablet</i>	T1	HD
GNP BIOTIN 10,000 MCG TABLET	T2	HD
GNP BIOTIN 2,500 MCG GUMMY	T3	HD
<i>gnp biotin 5,000 mcg capsule (Meribin)</i>	T1	HD
HAIR-SKIN-NAILS	T3	HD
HARD NAILS (<i>biotin</i>)	T3	HD
HM BIOTIN 10,000 MCG TABLET	T3	HD
<i>hm biotin 5,000 mcg capsule (Meribin)</i>	T1	HD
HOMOCYSTEINE FORMULA	T3	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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>)	T3	HD
KIDS BRAIN BUILDER	T3	HD
<i>levomefolate/b6/b12/algal oil</i>	T1	HD
LEVOMEFOLATE-NAC-MECOBAL-ALGAL	T3	HD
LEVOMEFOL-PYRIDOXAL-MEC-ALGAL	T3	HD
<i>l-mefol/a-cyst/meb12/algal oil</i>	T1	HD
L-METHYLFOL-ALGAL-NAC-ME-CBL	T3	HD
L-METHYLFOL-ALGAL-P5P-ME-CBL	T3	HD
LORID	T3	HD
LORMATE	T3	HD
<i>mecobal/levomefolat ca/b6 phos</i>	T1	HD
MEDTYCHOLL-B COMPLEX W-LIVER	T3	HD
MEGA BIOTIN	T3	HD
MERIBIN (<i>biotin</i>)	T2	HD
METANX	T3	HD
METANX FC	T3	HD
METANX RR	T3	HD
METANXPRO NERVE HEALTH	T3	HD
METHAVER	T3	HD
METHYL PROTECT	T3	HD
MINCORA	T3	HD
MULTIVITAMIN-ZINC-STRESS	T3	HD
NEPHRON FA	T3	HD
NEPHRO-VITE	T2	HD
NIVA-FOL (<i>cyanocobalamin/folic ac/vit b6</i>)	T3	HD
NUFOLA	T3	HD
PODIAPN	T3	HD
PRORENAL	T2	HD
PUREVITA SUPER B-COMPLEX	T3	HD
QUIN B STRONG	T3	HD
<i>ra balanced b-100 tablet (Vitamin B Complex-Electrolytes)</i>	T1	HD PPACA
<i>ra b-complex-vitamin b-12 tab</i>	T1	HD
<i>ra biotin 2,500 mcg capsule (Hard Nails)</i>	T1	HD
RELCARE	T3	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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	T3	HD
RENAL VITAMIN	T3	HD
RENAL-VITE	T3	HD
RENAPLEX	T3	HD
RENAPLEX-D	T3	HD
RIBOZEL	T3	HD
<i>sm biotin 5,000 mcg capsule</i> (Meribin)	T1	HD
<i>sm stress formula+zinc tablet</i>	T1	HD
<i>super b complex-vit c caplet</i> (Vita-Bee With C)	T1	HD PPACA
<i>super quint b-50 tablet</i> (Vitamin B Complex-Electrolytes)	T1	HD PPACA
<i>super quint b-50 tablets</i>	T1	HD
SV BIOTIN 1,000 MCG SOFTGEL	T3	HD
<i>sv biotin 5,000 mcg softgel</i> (Meribin)	T1	HD
TRONVITE	T3	HD
ULTRA B-100 COMPLEX TABLET	T3	HD
<i>ultra b-100 complex tablet</i>	T1	HD
VIRT-CAPS (<i>b complex w-c no.20/folic acid</i>)	T3	HD
VIRT-CAPS (<i>b complex, c no.20/folic acid</i>)	T3	HD
<i>vit b comp c 19/folic acid/d3</i>	T1	HD PPACA
<i>vit b comp no.3/folic/c/biotin</i>	T1	HD
<i>vit b comp/c/fa/iron sulf/vite</i>	T1	HD PPACA
<i>vit b comp/c/folic/iron/vit e</i>	T1	HD PPACA
<i>vit b comp/folic/choline/inosi</i>	T1	HD PPACA
<i>vit b 12/levomefolate/vit b6/b2</i> (Cerefolin)	T1	HD
VITA-BEE WITH C (<i>folic acid/vit b complex and c</i>)	T3	HD
VITAL-D RX	T3	HD
VITAJOY BIOTIN	T3	HD
<i>vitamin b complex</i>	T1	HD
<i>vitamin b complex capsule</i>	T1	HD
<i>vitamin b complex softgel</i>	T1	HD
<i>vitamin b complex tablet</i>	T1	HD
<i>vitamin b complex tablet</i> (Vitamin B Complex-Electrolytes)	T1	HD PPACA
<i>vitamin b complex/folic acid</i> (Vitamin B Complex-Electrolytes)	T1	HD PPACA
VITAMIN B COMPLEX-ELECTROLYTES (<i>vitamin b complex/folic acid</i>)	T3	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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/lysine</i> (Apetex)	T1	HD
<i>vitamin b complex/lysine</i> (Apetigen)	T1	HD
<i>vitamin b complex-vitamin c tb</i> (Vita-Bee With C)	T1	HD PPACA
<i>vitamin b-complex c caplet</i>	T1	HD PPACA
VITA-RESPA	T3	HD
VITASURE	T3	HD
XVITE	T3	HD
ZELDANA	T3	HD
PREPARACIONES DE VITAMINA B1		
<i>cvs vitamin b-1 100 mg tablet</i>	T1	
CYTO B-1	T3	
<i>ft vitamin b-1 100 mg tablet</i>	T1	
<i>grp vitamin b-1 100 mg tablet</i>	T1	
PUREVITA VITAMIN B1	T3	HD
<i>ra vitamin b-1 100 mg tablet</i>	T1	
THIAMINE HCL-0.9% NACL	T3	
TRUE VITAMIN B-1 250 MG TABLET	T3	
TRUE VITAMIN B-1 50 MG TABLET	T3	
<i>true vitamin b-1 100 mg tablet</i>	T1	
<i>thiamine 100 mg tablet</i>	T1	
<i>thiamine 200 mg/2 ml vial</i>	T1	
<i>thiamine 250 mg tablet</i>	T1	
THIAMINE 500 MG TABLET	T3	
<i>thiamine hcl</i>	T1	
VITAMIN B-1 100 MG CAPSULE	T3	
<i>vitamin b-1 100 mg tablet</i>	T1	
<i>vitamin b-1 250 mg tablet</i>	T1	
<i>vitamin b-1 50 mg tablet</i>	T1	
PREPARACIONES DE VITAMINA B12		
ABANEU-SL	T3	
APATATE	T2	
B-12 1,000 MCG FAST DISSOLVE	T3	
B-12 1,000 MCG LOZENGE	T3	
B-12 1,000 MCG QUICK DISSOLVE	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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>b-12 1,000 mcg tablet</i>	T1	
B-12 1,000 MCG/15 ML LIQUID	T2	
<i>b-12 1,000 mcg/15 ml liquid</i>	T1	
<i>b-12 2,500 mcg microlozenge</i>	T1	
<i>b12 2,500 mcg tablet sl</i>	T1	
<i>b-12 2,500 mcg tablet sl</i>	T1	
B-12 3,000 MCG TABLET SL	T3	
<i>b-12 3,000 mcg/ml subling liq</i>	T1	
B-12 5,000 MCG FAST DISSOLVE	T3	
B-12 5,000 MCG MICROLOZENGE	T2	
B-12 5,000 MCG ODT	T3	
B-12 5,000 MCG QUICK DISSOLVE	T3	
B-12 5,000 MCG SUBLINGUAL TAB	T3	
B-12 5,000 MCG/ML SUBLING LIQ	T3	
B-12 500 MCG QUICK DISSOLVE TB	T3	
<i>b-12 500 mcg tablet</i>	T1	
B12 ACTIVE	T3	
B-12 DUAL SPECTRUM	T3	
<i>b-12 er 1,000 mcg tab</i>	T1	
B-12 WITH FOLIC ACID	T3	
<i>cvs b-12 1,000 mcg tablet</i>	T1	
CVS VIT B-12 500 MCG LOZENGE	T2	
<i>cvs vit b-12 500 mcg lozenge</i>	T1	
<i>cvs vit b-12 tr 1,000 mcg tab</i>	T1	
<i>cvs vit b-12 tr 2,000 mcg tab</i>	T1	
CVS VIT B12 2,500 MCG SOFT CHW	T3	
<i>cvs vitamin b12 5,000 mcg chew</i>	T1	
CVS VITAMIN B12 5,000 MCG TAB	T3	
CVS VITAMIN B-12 500 MCG GUMMY	T3	
<i>cvs vitamin b-12 500 mcg tab</i>	T1	
cyanocobalamin (vitamin b-12) (Nascobal)	T1	ST QL (4 units/30 days)
<i>eql vitamin b-12 500 mcg tab</i>	T1	
<i>fn vitamin b-12 1,000 mcg tab</i>	T1	
FOLTRATE	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 B12 (cont.)		
<i>ft vit b-12 2,500 mcg tab sl</i>	T1	
<i>ft vitamin b-12 500 mcg tablet</i>	T1	
<i>ft vitamin b12 er 1,000 mcg tb</i>	T1	
FT VITAMIN B-12 1500 MCG GUMMY	T3	
FT VITAMIN B-12 5,000 MCG TAB	T2	
<i>gnp b12 2,500 mcg tablet sl</i>	T1	
<i>gnp vit b-12 er 1,000 mcg tab</i>	T1	
<i>gnp vitamin b-12 500 mcg tab</i>	T1	
GNP VITAMIN B-12 1500MCG GUMMY	T3	
GNP VITAMIN B-12 5,000 MCG TAB	T3	
<i>hm vit b-12 tr 1,000 mcg tab</i>	T1	
<i>hm vitamin b-12 500 mcg tablet</i>	T1	
<i>hydroxocobalamin</i>	T1	
INTRINSI B12-FOLATE	T3	
METHYL B-12	T3	
METHYLCOBALAMIN	T3	
METHYLCOBALAMIN 5,000 MCG TAB	T3	
MTX SUPPORT	T3	
NASCOBAL (cyanocobalamin (vitamin b-12))	T2	ST QL (4 units/30 days)
NEURIN-SL	T3	
OPURITY	T3	
PAXLYTE	T3	
PUREVITA VITAMIN B12	T3	
<i>ra vit b12 1,000 mcg tab sa</i>	T1	
RA VIT B-12 1,000 MCG/ML LIQ	T3	
<i>ra vitamin b-12 100 mcg tablet</i>	T1	
<i>ra vitamin b12 er 2,000 mcg tb</i>	T1	
RAPID B-12 ENERGY	T3	
<i>sm vitamin b12 1,000 mcg tab</i>	T1	
<i>sm vitamin b-12 100 mcg tablet</i>	T1	
<i>sm vitamin b-12 500 mcg tablet</i>	T1	
<i>sv b-12 2,500 mcg microlozenge</i>	T1	
SV B-12 5,000 MCG MICROLOZENGE	T2	
SV VIT B-12 500 MCG LOZENGE	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 B12 (cont.)		
<i>sv vitamin b-12 500 mcg tablet</i>	T1	
<i>sv vitamin b12 tr 1,000 mcg tb</i>	T1	
<i>true vitamin b-12 1000 mcg tab</i>	T1	
<i>true vitamin b-12 500 mcg tab</i>	T1	
VIT B-12 500 MCG SUBLING TAB	T3	
VITAMIN B-12 1,000 MCG SOFTGEL	T3	
<i>vitamin b-12 1,000 mcg tab sl</i>	T1	
<i>vitamin b-12 1,000 mcg tablet</i>	T1	
<i>vitamin b-12 100 mcg tablet</i>	T1	
<i>vitamin b-12 2,000 mcg tab sa</i>	T1	
VITAMIN B-12 2,000 MCG TABLET	T3	
<i>vitamin b-12 2,500 mcg tab sl</i>	T1	
VITAMIN B-12 250 MCG LOZENGE	T3	
<i>vitamin b-12 250 mcg tablet</i>	T1	
VITAMIN B-12 3,000 MCG SL LOZ	T3	
VITAMIN B-12 3,000 MCG SOFTGEL	T3	
VITAMIN B-12 3,000 MCG TAB SL	T3	
VITAMIN B-12 5,000 MCG ODT	T3	
VITAMIN B-12 5,000 MCG SOFTGEL	T3	
VITAMIN B-12 5,000 MCG TAB SL	T2	
<i>vitamin b-12 5,000 mcg tab sl</i>	T1	
VITAMIN B-12 5,000 MCG TAB SL	T3	
VITAMIN B-12 5,000 MCG TABLET	T3	
VITAMIN B-12 50 MCG LOZENGE	T3	
<i>vitamin b12 50 mcg tablet</i>	T1	
<i>vitamin b-12 50 mcg tablet</i>	T1	
VITAMIN B-12 500 MCG LOZENGE	T2	
<i>vitamin b12 500 mcg tablet</i>	T1	
<i>vitamin b-12 500 mcg tablet</i>	T1	
<i>vitamin b-12 er 1,000 mcg tab</i>	T1	
<i>vitamin b-12 tr 1,000 mcg tab</i>	T1	
<i>vitamin b-12 tr 2,000 mcg tab</i>	T1	
VITAMIN B12-FOLIC ACID	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 B2		
CYTO B-2	T3	
PUREVITA VITAMIN B2	T3	
<i>riboflavin (vitamin b2)</i>	T1	
RIBOFLAVIN 100 MG CAPSULE	T3	
<i>riboflavin 100 mg tablet</i>	T1	
RIBOFLAVIN 400 MG TABLET	T3	
<i>riboflavin 50 mg tablet</i>	T1	
PREPARACIONES DE VITAMINA B6		
<i>cvs vitamin b-6 100 mg tablet</i>	T1	
<i>eql vitamin b-6 100 mg tablet</i>	T1	
<i>ft vitamin b-6 100 mg tablet</i>	T1	
<i>gnp vitamin b-6 100 mg tablet</i>	T1	
PUREVITA VITAMIN B6	T3	
<i>pyridoxine 100 mg/ml vial</i>	T1	
<i>pyridoxine 25 mg tablet</i>	T1	
<i>pyridoxine 250 mg tablet</i>	T1	
PYRIDOXINE 50 MG TABLET (<i>pyridoxine hcl (vitamin b6)</i>)	T2	
<i>pyridoxine 50 mg tablet (Pyridoxine Hcl)</i>	T1	
PYRIDOXINE 500 MG TABLET (<i>pyridoxine hcl (vitamin b6)</i>)	T3	
<i>pyridoxine hcl (vitamin b6)</i>	T1	
<i>pyridoxine hcl (vitamin b6) (Pyridoxine Hcl)</i>	T1	
<i>ra vitamin b-6 100 mg tablet</i>	T1	
<i>ra vitamin b-6 50 mg tablet</i>	T1	
<i>sm vitamin b-6 100 mg tablet</i>	T1	
<i>sv vitamin b-6 100 mg tablet</i>	T1	
<i>true vitamin b-6 100 mg tablet</i>	T1	
<i>true vitamin b-6 25 mg tablet</i>	T1	
<i>true vitamin b-6 50 mg tablet</i>	T1	
<i>vitamin b-6 100 mg tablet</i>	T1	
<i>vitamin b-6 25 mg tablet</i>	T1	
<i>vitamin b-6 250 mg tablet</i>	T1	
<i>vitamin b-6 50 mg tablet</i>	T1	
TRUE VITAMIN B-6 10 MG TABLET	T3	
VB6 PSP	T3	

T1 – Genéricos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Marcas preferidas

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas no preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

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		
ASCOR	T3	
<i>ascorbate calcium</i>	T1	
<i>ascorbic acid</i>	T1	
<i>ascorbic acid 500 mg/5 ml cup</i>	T1	
<i>ascorbic acid 500 mg tablet</i>	T1	
<i>ascorbic acid 500 mg/ml vial</i>	T1	
ASCORBIC ACID GRANULES	T2	
<i>ascorbic acid/ascorbate sodium</i>	T1	
BIO C 1:1	T3	
<i>c-1,000 mg tablet sa</i>	T1	
<i>cod liver oil tab chewable</i>	T1	
<i>cvs vit c-rose hip 500 mg cplt</i>	T1	
<i>cvs vit c-rose hip 1,000 mg tb</i>	T1	
<i>cvs vit c-rose hip 500 mg chew</i>	T1	
<i>cvs vit c-rose hips 500 mg tab</i>	T1	
<i>cvs vitamin c 1,000 mg caplet</i>	T1	
CVS VITAMIN C 1,000 MG POWDER	T3	
<i>cvs vitamin c 250 mg, 500 mg tablet</i>	T1	
<i>cvs vitamin c 500 mg caplet</i>	T1	
CYTO C	T3	
EASY-C IMMUNE HEALTH	T3	
EMERGEN-C	T3	
EMERGEN-C APPLE CIDER VINEGAR	T3	
EMERGEN-C ASHWAGANDHA	T3	
EMERGEN-C ELDERBERRY	T3	
EMERGEN-C ENERGY PLUS	T3	
EMERGEN-C IMMUNE PLUS	T3	
EMERGEN-C MSM LITE	T3	
EMERGEN-C TURMERIC GINGER	T3	
<i>eqi vitamin c 1,000 mg tablet</i>	T1	
ESSENCE C	T3	
ESTER-C 1,000 MG TABLET	T3	
ESTER-C 500 MG TABLET	T2	
FLEVOXIN	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 C (cont.)		
FRUIT C-100 TABLET CHEWABLE	T3	
<i>fruit c-100 tablet chewable</i>	T1	
FRUIT C-200	T3	
<i>ft vit c-rose hip 1,000 mg tab</i>	T1	
<i>ft vit c-rose hips 500 mg tab</i>	T1	
FT VITAMIN C 500 MG CHEW TAB	T2	
<i>ft vitamin c 1,000 mg tablet</i>	T1	
<i>gnp vit c-rose hips 500 mg tab</i>	T1	
GNP VITAMIN C 125 MG GUMMY	T3	
<i>gnp vitamin c 1,000 mg tablet</i>	T1	
<i>gnp vitamin c 250 mg tablet</i>	T1	
<i>gnp vitamin c 500 mg tab chew</i>	T1	
<i>gnp vitamin c 500 mg tablet</i>	T1	
<i>gnp vitamin c er 500 mg tablet</i>	T1	
<i>hm vit c-rose hip 1,000 mg tab</i>	T1	
<i>hm vit c-rose hips 500 mg cplt</i>	T1	
<i>hm vitamin c 500 mg tab chew</i>	T1	
LIQUID-C	T3	
PAN-C 500	T3	
PERIDIN-C	T2	
PUREVITA VITAMIN C	T3	
<i>ra vit c-rose hips 500 mg tab</i>	T1	
<i>ra vitamin c 1,000 mg tab sa</i>	T1	
<i>ra vitamin c 1,000 mg tablet</i>	T1	
<i>ra vitamin c 250 mg tablet</i>	T1	
<i>ra vitamin c 500 mg chew tab</i>	T1	
<i>ra vitamin c 500 mg tab chew</i>	T1	
<i>ra vitamin c 500 mg tablet</i>	T1	
RA VITAMIN C 53 MG DROP	T3	
<i>ra vitamin c tr 500 mg caplet</i>	T1	
SAMBUCUS ELDERBERRY-VITAMIN C	T3	
<i>sm vit c-rose hips 500 mg tab</i>	T1	
<i>sm vitamin c 1,000 mg tablet</i>	T1	
<i>sm vitamin c 250 mg tablet</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 C (cont.)		
<i>sm vitamin c 500 mg chew tab</i>	T1	
<i>sm vitamin c 500 mg tab chew</i>	T1	
<i>sm vitamin c 500 mg tablet</i>	T1	
<i>sm vitamin c with rose hips</i>	T1	
SPAN C	T3	
<i>sv vit c-rose hips 1,000 mg tb</i>	T1	
<i>sv vit c-rose hips 500 mg tab</i>	T1	
<i>sv vitamin c 500 mg tab chew</i>	T1	
<i>sv vitamin c tr 1,000 mg tab</i>	T1	
<i>true vitamin c 250 mg tablet</i>	T1	
<i>true vitamin c 500 mg tablet</i>	T1	
<i>true vitamin c 1,000 mg tablet</i>	T1	
<i>vit c-rose hips 500 mg capsule</i>	T1	
VIT C-ROSE HIPS 500 MG CAPSULE	T3	
<i>vit c-rose hip 1,000 mg caplet</i>	T1	
<i>vit c-rose hips 1,000 mg cplt</i>	T1	
<i>vit c-rose hips 1,000 mg tab</i>	T1	
VIT C-ROSE HIPS 500 MG CHEW TB	T3	
<i>vit c-rose hips 500 mg tablet</i>	T1	
<i>vit c-rose hips tr 1,000 mg</i>	T1	
<i>vit c-rose hips tr 500 mg cplt</i>	T1	
<i>vit c-rose hips tr 500 mg tab</i>	T1	
VITAJoy DAILY C	T3	
<i>vitamin c 1,000 mg caplet</i>	T1	
<i>vitamin c 1,000 mg tablet</i>	T1	
<i>vitamin c 1,500 mg tablet sa</i>	T1	
<i>vitamin c 100 mg tablet</i>	T1	
VITAMIN C 125 MG GUMMIES	T3	
<i>vitamin c 250 mg tablet</i>	T1	
VITAMIN C 250 MG TABLET CHEW	T3	
<i>vitamin c 250 mg tablet chew</i>	T1	
<i>vitamin c 500 mg capsule sa</i>	T1	
<i>vitamin c 500 mg chew tablet</i>	T1	
VITAMIN C 500 MG POWDER PACKET	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 C (cont.)		
VITAMIN C 500 MG SOFTGEL	T3	
<i>vitamin c 500 mg tablet</i>	T1	
<i>vitamin c 500 mg tablet chew</i>	T1	
VITAMIN C 500 MG WAFER	T3	
VITAMIN C 500 MG/15 ML LIQUID	T3	
<i>vitamin c 500 mg/5 ml liquid</i>	T1	
<i>vitamin c drops</i>	T1	
VITAMIN C FIZZY DRINK	T3	
VITAMIN C POWDER	T3	
<i>vitamin c powder</i>	T1	
<i>vitamin c tr 1,000 mg tablet</i>	T1	
<i>vitamin c tr 500 mg caplet</i>	T1	
<i>vitamin c tr 500 mg tablet</i>	T1	
<i>vitamin c-500 mg tablet</i>	T1	
<i>vitamin c-500 mg tr capsule</i>	T1	
VITAMIN C-BIOFLAVINOIDS-RH	T3	
<i>vitamin c-rose hip 1,000 mg tb</i>	T1	
<i>v-r vitamin c 1,000 mg tablet</i>	T1	
<i>v-r vitamin c 250 mg tab chew</i>	T1	
<i>v-r vitamin c 500 mg tab chew</i>	T1	
<i>well vitamin c 1,000 mg tablet</i>	T1	
<i>well vitamin c 500 mg tablet</i>	T1	
XCELLENT C	T3	
ZINC PLUS	T3	
ZINC-VITAMIN C	T3	
PREPARACIONES DE VITAMINA D		
BABY DDROPS	T3	HD
BABY VITAMIN D3	T3	HD
BABY'S SUPER DAILY D3	T3	HD
BIO-D-MULSION	T3	HD
BIO-D-MULSION FORTE	T3	HD
<i>calcitriol 0.25 mcg capsule</i>	T1	
<i>calcitriol 0.5 mcg capsule</i>	T1	
<i>calcitriol 1 mcg/ml ampul</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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>calcitriol 1 mcg/ml solution (Rocaltrol)</i>	T1	
CHOLECAL DF	T3	HD
<i>cholecalciferol (vitamin d3)</i>	T1	HD
<i>cod liver oil</i>	T1	HD
<i>cod liver oil capsule</i>	T1	HD
<i>cvs vit d3 1,000 unit gummies</i>	T1	HD
<i>cvs vit d3 250 mcg softgel</i>	T1	HD
<i>cvs vitamin d3 1,000 unit sfgl</i>	T1	HD
<i>cvs vitamin d3 10 mcg softgel</i>	T1	HD
<i>cvs vitamin d3 125 mcg softgel</i>	T1	HD
CVS VITAMIN D3 250 MCG SOFTGEL	T3	HD
<i>cvs vitamin d3 2,000 unit sfgl</i>	T1	HD
<i>cvs vitamin d3 25 mcg gummies</i>	T1	HD
<i>cvs vitamin d3 25 mcg softgel</i>	T1	HD
<i>cvs vitamin d3 400 unit sfgl</i>	T1	HD
<i>cvs vitamin d3 5,000 unit sfgl</i>	T1	HD
<i>cvs vitamin d3 50 mcg softgel</i>	T1	HD
CYFOLEX	T3	HD
D3 LIQUID	T3	HD
D3 PLUS K2 DOTS	T3	HD
D3-50	T2	HD
DDROPS	T3	HD
<i>decara 10,000 unit softgel</i>	T1	HD
DECARA 25,000 UNIT VEGICAP	T2	HD
<i>decara 50,000 unit softgel</i>	T1	HD
DECARA K	T3	HD
DERMACINRX DOTREMIN	T3	HD
DERMACINRX FOLDITAM	T3	HD
DERMACINRX FOLIXAPURE	T3	HD
DERMACINRX FOLIXATE	T3	HD
DERMACINRX FOLTAMIN	T3	HD
DERMACINRX FOLTREXYL	T3	HD
DERMACINRX PUREFOLIX	T3	HD
DIALYVITE VITAMIN D3 MAX	T3	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
DOSOKAP	T3	HD
<i>eql vitamin d3 2,000 unit sfgl</i>	T1	HD
<i>eql vitamin d3 400 unit sftgl</i>	T1	HD
ERGOCAL	T3	HD
<i>ergocaliferol (vitamin d2)</i>	T1	HD
FOLIC D3	T3	HD
FOLIKA-D	T3	HD
FOLVITE-D	T3	HD
<i>ft vitamin d3 25 mcg softgel</i>	T1	HD
<i>ft vitamin d3 50 mcg softgel</i>	T1	HD
<i>ft vitamin d3 50 mcg tablet</i>	T1	HD
<i>ft vitamin d3 125 mcg softgel</i>	T1	HD
<i>ft vitamin d3 125 mcg tablet</i>	T1	HD
<i>ft vitamin d3 25 mcg tablet</i>	T1	HD
FT VITAMIN D3 250 MCG SOFTGEL	T3	HD
FT VITAMIN D3 250 MCG TABLET	T3	HD
<i>gnp vitamin d3 50 mcg softgel</i>	T1	HD
<i>gnp vitamin d3 125 mcg softgel</i>	T1	HD
GNP VITAMIN D3 250 MCG SOFTGEL, TABLET	T3	HD
GENICIN VITA-D	T3	HD
<i>gnp vit d3 10mcg(400 unit) chw</i>	T1	HD
<i>gnp vitamin d3 1,000 unit tab</i>	T1	HD
<i>gnp vitamin d3 10 mcg tablet</i>	T1	HD
<i>gnp vitamin d3 2,000 unit tab</i>	T1	HD
<i>gnp vitamin d3 25 mcg tablet</i>	T1	HD
<i>gnp vitamin d3 25mcg(1000 unt)</i>	T1	HD
<i>gnp vitamin d3 5,000 unit tab</i>	T1	HD
<i>hm vitamin d3 1,000 unit tab</i>	T1	HD
<i>hm vitamin d3 2,000 unit sftgl</i>	T1	HD
HM VITAMIN D3 4,000 UNIT SFTGL	T3	HD
IS-D-10,000	T3	HD
K2 PLUS D3	T3	HD
K2-D3 10,000	T3	HD
K2-D3 5000	T3	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
K2-D3 MAX	T3	HD
MAXIMUM D3	T2	HD
NOXIFOL-D3	T3	HD
OPTIMAL D3 M	T3	HD
ORTHO DF	T3	HD
OSTACHOL	T3	HD
<i>purevita vitamin d3 25 mcg tab</i>	T1	HD
PUREVITA VITAMIN D3 10 MCG/2ML	T3	HD
<i>ra cod liver oil</i>	T1	HD
<i>ra cod liver oil softgel</i>	T1	HD
<i>ra vitamin d3 1,000 unit tab</i>	T1	HD
<i>ra vitamin d3 2,000 unit sftgl</i>	T1	HD
<i>ra vitamin d3 2,000 unit sftgl</i>	T1	HD
<i>ra vitamin d3 5,000 unit sftgl</i>	T1	HD
REPLESTA NX	T2	HD
REVESTA	T3	HD
ROCALTROL (<i>calcitriol</i>)	T3	ST
ROXIFOL-D	T3	HD
<i>sm vitamin d3 1,000 unit tab</i>	T1	HD
<i>sm vitamin d3 2,000 unit sftgl</i>	T1	HD
<i>sm vitamin d3 50 mcg softgel</i>	T1	HD
SUPER DAILY D3	T3	HD
<i>sv vitamin d3 1,000 unit gummy</i>	T1	HD
<i>sv vitamin d3 1,000 unit sftgl</i>	T1	HD
<i>sv vitamin d3 2,000 unit sftgl</i>	T1	HD
<i>sv vitamin d3 25mcg(1000 unit)</i>	T1	HD
<i>sv vitamin d3 400 unit softgel</i>	T1	HD
<i>sv vitamin d3 5,000 unit sftgl</i>	T1	HD
<i>thera-d 2000 tablet</i>	T1	HD
THERA-D 4000 TABLET	T3	HD
<i>thera-d rapid repletion tablet</i>	T1	HD
<i>thera-d sport 2,000 unit tab</i>	T1	HD
<i>true vitamin d3 1,250 mcg tab</i>	T1	HD
<i>true vitamin d3 10 mcg capsule</i>	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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>true vitamin d3 10 mcg tablet</i>	T1	HD
<i>true vitamin d3 125 mcg cap</i>	T1	HD
<i>true vitamin d3 125 mcg tablet</i>	T1	HD
<i>true vitamin d3 25 mcg capsule</i>	T1	HD
<i>true vitamin d3 50 mcg capsule</i>	T1	HD
<i>true vitamin d3 25 mcg tablet</i>	T1	HD
<i>true vitamin d3 50 mcg tablet</i>	T1	HD
TRUE VITAMIN D3 1,250 MCG CAP	T1	HD
TRUE VITAMIN D3 250 MCG CAP	T1	HD
TRUE VITAMIN D3 250 MCG TABLET	T1	HD
<i>vit d3 125 mcg (5000 unit) tab</i>	T1	HD
VIT D3 5,000 UNIT FAST DISSOLV	T3	HD
VITAMIN D2 2,000 UNIT TABLET	T2	HD
<i>vitamin d2 1.25mg(50,000 unit)</i>	T1	HD
<i>vitamin d2 400 unit tablet</i>	T1	HD
VITAMIN D2 50 MCG (2,000 UNIT)	T3	HD
VITAMIN D2-VITAMIN K1	T3	HD
VITAMIN D3-VITAMIN K2	T3	HD
VITAMIN D3 10 MCG/ML ENFIT SYR	T3	HD
<i>vitamin d3 1,000 unit gummies</i>	T1	HD
<i>vitamin d3 1,000 unit gummy</i>	T1	HD
<i>vitamin d3 1,000 unit softgel</i>	T1	HD
VITAMIN D3 1,000 UNIT SPRAY	T3	HD
<i>vitamin d3 1,000 unit tab chew</i>	T1	HD
<i>vitamin d3 1,000 unit tablet</i>	T1	HD
VITAMIN D3 1,000 UNIT/10 ML LQ	T3	HD
<i>vitamin d3 1,250 mcg capsule</i>	T1	HD
<i>vitamin d3 1.25 mg softgel</i>	T1	HD
<i>vitamin d3 10 mcg tablet</i>	T1	HD
<i>vitamin d3 10 mcg(400 unit)/ml</i>	T1	HD
<i>vitamin d3 10 mcg/ml drop</i>	T1	HD
<i>vitamin d3 10 mcg/ml liquid</i>	T1	HD
VITAMIN D3 10,000 UNIT CAPSULE	T3	HD
<i>vitamin d3 10,000 unit softgel</i>	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
VITAMIN D3 10,000 UNIT TABLET	T3	HD
<i>vitamin d3 125 mcg (5000 unit)</i>	T1	HD
<i>vitamin d3 125 mcg capsule</i>	T1	HD
<i>vitamin d3 125 mcg softgel</i>	T1	HD
<i>vitamin d3 125 mcg tablet</i>	T1	HD
VITAMIN D3 125 MCG/0.5 ML DROP	T3	HD
<i>vitamin d3 2,000 unit softgel</i>	T1	HD
VITAMIN D3 2,000 UNIT TAB CHEW	T3	HD
<i>vitamin d3 2,000 unit tablet</i>	T1	HD
<i>vitamin d3 25 mcg (1,000 unit)</i>	T1	HD
<i>vitamin d3 25 mcg gummy</i>	T1	HD
<i>vitamin d3 25 mcg softgel</i>	T1	HD
<i>vitamin d3 25 mcg tablet</i>	T1	HD
VITAMIN D3 62.5 MCG SOFTGEL	T3	HD
VITAMIN D3 250 MCG TABLET	T3	HD
VITAMIN D3 3,000 UNIT TABLET	T3	HD
<i>vitamin d3 400 unit softgel</i>	T1	HD
<i>vitamin d3 400 unit tab chew</i>	T1	HD
<i>vitamin d3 400 unit tablet</i>	T1	HD
VITAMIN D3 400 UNIT/5 ML LIQ	T3	HD
<i>vitamin d3 400 unit/ml liquid</i>	T1	HD
<i>vitamin d3 5,000 unit capsule</i>	T1	HD
<i>vitamin d3 5,000 unit softgel</i>	T1	HD
<i>vitamin d3 5,000 unit tablet</i>	T1	HD
<i>vitamin d3 5,000 unit/ml drops</i>	T1	HD
<i>vitamin d3 50 mcg (2,000 unit)</i>	T1	HD
<i>vitamin d3 50 mcg capsule</i>	T1	HD
<i>vitamin d3 50 mcg softgel</i>	T1	HD
<i>vitamin d3 50 mcg tablet</i>	T1	HD
VITAMIN D3 50 MCG DISSOLVE TAB	T3	HD
<i>vitamin d3 50,000 unit capsule</i>	T1	HD
VITAMIN D3 50,000 UNIT CAPSULE	T3	HD
<i>vitamin d3/folic acid</i>	T1	HD
<i>v-r cod liver oil capsule</i>	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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>well vitamin d3 125 mcg softgl</i>	T1	HD
<i>well vitamin d3 25 mcg softgel</i>	T1	HD
<i>well vitamin d3 50 mcg softgel</i>	T1	HD
PREPARACIONES DE VITAMINA E		
AQUA-E	T2	
AQUA-E CONCENTRATE	T3	
<i>cvs vitamin e 180 mg softgel</i>	T1	
<i>cvs vitamin e 200 unit softgel</i>	T1	
CVS VITAMIN E 450 MG SOFTGEL	T3	
<i>cvs vitamin e 90 mg softgel</i>	T1	
<i>eql vitamin e 1,000 unit sftgl</i>	T1	
<i>eql vitamin e 180 mg softgel</i>	T1	
<i>ft vitamin e 180 mg softgel</i>	T1	
<i>gnp vitamin e 180 mg softgel</i>	T1	
<i>gnp vitamin e 400 unit softgel</i>	T1	
GNP VITAMIN E 450 MG SOFTGEL	T3	
<i>gnp vitamin e 90 mg softgel</i>	T1	
<i>hm vitamin e 180 mg softgel</i>	T1	
<i>hm vitamin e 200 unit softgel</i>	T1	
<i>hm vitamin e 400 unit softgel</i>	T1	
MIXED TOCOTRIENOLS	T3	
PUREVITA VITAMIN E	T3	
<i>ra vitamin e 268 mg softgel</i>	T1	
<i>sv vitamin e 180 mg softgel</i>	T1	
<i>sv vitamin e 400 unit softgel</i>	T1	
<i>sv vitamin e 450 mg softgel</i>	T1	
<i>sv vitamin e 670 mg softgel</i>	T1	
<i>true vitamin e 180 mg capsule</i>	T1	
<i>true vitamin e 90 mg capsule</i>	T1	
TRUE VITAMIN E 450 MG CAPSULE	T1	
<i>vitamin e (dl,tocopheryl acet)</i>	T1	
<i>vitamin e 1,000 unit softgel</i>	T1	
VITAMIN E 1,000 UNIT SOFTGEL	T3	
<i>vitamin e 100 unit softgel</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 E (cont.)		
VITAMIN E 100 UNIT TABLET	T3	
<i>vitamin e 15 unit/0.3 ml drop</i>	T1	
<i>vitamin e 180 mg softgel</i>	T1	
<i>vitamin e 180mg(400 unit) sfgl</i>	T1	
<i>vitamin e 200 unit capsule</i>	T1	
<i>vitamin e 200 unit softgel</i>	T1	
<i>vitamin e 400 unit capsule</i>	T1	
<i>vitamin e 400 unit softgel</i>	T1	
<i>vitamin e 45 mg softgel</i>	T1	
VITAMIN E 450 MG SOFTGEL	T3	
<i>vitamin e 450 mg softgel</i>	T1	
<i>vitamin e 600 unit capsule</i>	T1	
<i>vitamin e 90 mg softgel</i>	T1	
VITAMIN E NATURAL OIL DROPS	T2	
VITAMIN E OIL	T3	
VITAMIN E OIL DROPS	T2	
VITAMIN E OIL DROPS	T3	
VITAMIN E-OIL	T2	
WHEAT GERM OIL	T2	
XCELLENT E	T3	
PREPARACIONES DE VITAMINA K		
FNP VITAMIN K2 40 MCG TABLET	T3	
<i>ft vitamin k2 100 mcg capsule</i>	T1	
<i>gnp vitamin k2 100 mcg capsule</i>	T1	
K1-1000	T3	
K2 LIQUID	T3	
K2-45	T3	
MEPHYTON (<i>phytonadione (vit k1)</i>)	T3	QL (10 tabs/fill)
<i>phytonadione (vit k1)</i>	T1	
<i>phytonadione 1 mg/0.5 ml syr</i>	T1	
PHYTONADIONE 1 MG/0.5 ML SYR	T2	
PHYTONADIONE 1 MG/0.5 ML VIAL	T2	
<i>phytonadione 10 mg/ml ampul</i>	T1	
<i>phytonadione 10 mg/ml vial</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 K (cont.)		
VITAMIN K	T2	
VITAMIN K-1	T2	
VITAMIN K2 (MENAQUINONE-4)	T3	
VITAMIN K2 100 MCG SOFTGEL	T3	
VITAMINAS (Vitaminas)		
PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS		
ALIVE MEN'S MAX3 POTENCY	T3	
BOOSTNOW IMMUNE SUPPORT	T3	
CENTRUM ADULTS 50 PLUS MINIS	T3	
CENTRUM MEN 50 PLUS MINIS	T3	
DAVIMET-M	T3	
DERMACINRX MULTIVITAMIN	T3	
LIVITA FOR ADULT	T3	
MULTITOL-M	T3	
NANOVM ADULT	T3	
SUPERIOR WOMEN'S MULTI	T3	
PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS		
<i>ft children's multi gummy</i>	T1	
GNP CHILDREN'S MULTI GUMMY	T3	
<i>multivit-fluor 0.5 mg tab chew</i>	T1	PPACA

T1 – Genéricos
T2 – Marcas preferidas
T3 – Marcas no preferidas
T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos
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 medicamento 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

1.5 VOLT BATTERIES	162
IST TIER	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.....	203
(Jalyn).....	202
(ticagrelor)	65

A

A-25	225
abacavir	66, 67
abacavir sulfate/lamivudine	66
ABANEU-SL.....	231
ABATRON	112
ABC COMPLETE	207
ABDEK.....	221
ABILIFY.....	177
abiraterone.....	54
ABRYSVO.....	76
ABSORICA	182
ABSTRAL	22
ACAM2000	76
acamprosate.....	197
acarbose	48
ACCOLATE	32
ACCRUFER	112
ACCU-CHEK	134, 141, 157, 162, 163
ACCUPRIL.....	83
ACCURETIC.....	81
ACCUTREND.....	134
ACD-A	42
ACD SOLUTION A	42
ACE.....	81, 82, 83, 84
ACE AEROSOL	163
acebutolol.....	85
acetaminophen/caff/dihydrocod.....	21
acetaminophen with codeine.....	21
acetazolamide.....	101
acetic acid	51, 103, 180
acetic acid/oxyquinoline	51
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	126
ACTHIB	75
ACTICLATE	38
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-ADBIM	53
ADALIMUMAB-RYVK.....	53
adapalene	182, 191
ADAPALENE	191
adapalene/benzoyl peroxide.....	182
ADBRY	201
ADDYI	176
adefovir	70
ADEK GUMMIES	207
ADEMPAS	80
ADIPEX-P	62
ADJUSTABLE LANCING DEVICE	134
ADLARITY.....	71
ADLYXIN.....	47
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.....	30
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, 142, 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.....	38	almotriptan malate.....	15
AEROCHAMBER.....	163	ALOCRIL.....	105
AEROCHAMBER2GO.....	163	alosetron.....	123
AEROTRACH.....	163	ALPHA.....	32, 48, 82, 132, 170, 174, 199, 202, 208
AEROVENT.....	163	ALPHAGAN P.....	105
AFLORA.....	207	alprazolam.....	170
AFLURIA.....	74	ALTABAX.....	186
AFLURIA QUAD.....	74	ALTACE.....	83
AGAMATRIX.....	134, 142, 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.....	30	ALTRIXA.....	208
AJOVY.....	15, 19	ALUNBRIG.....	57
AKLIEF.....	186	ALVESCO.....	31
AKTEN.....	105	alvimopan.....	124
AKTIPAK.....	40	ALYFTREK.....	192
ALA-SCALP.....	187	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, 266, 273, 275, 277, 284	amiodarone.....	78
ALCOHOL.....	53, 179, 180, 183, 184, 199, 200, 250, 256, 258, 263, 265, 273, 275, 277, 279	amitriptyline.....	173
ALCOH-WIPE.....	162	amitriptyline/chlordiazepoxide.....	173
ALDACTONE.....	102	AMLADEX.....	208
ALECENSA.....	57	amlodipine.....	78, 81, 83, 86
alendronate.....	201	amoxapine.....	173
alfuzosin.....	202	amoxicillin.....	38
ALHEMO.....	77	amphetamine.....	72
ALINIA.....	63	ampicillin.....	38
aliskiren hemifumarate.....	85	AMZEEQ.....	40
ALIVE.....	207, 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.....	122
ANCOBON.....	44	ASCOR.....	236
ANGELIQ.....	128	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
ANTICOAGULANT SODIUM CITRATE.....	42	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, 120	ASTRINGYN.....	77
APRETUDE.....	68	atazanavir.....	67, 68
APRISO.....	122	ATELVIA.....	201
APTENSIO.....	174	atenolol.....	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.....	175
AQUASOL A.....	225	atorvastatin.....	86
AQUORAL.....	196	atovaquone.....	52, 53
ARAKODA.....	52	atovaquone-proguanil.....	52
ARAVA.....	26	atropine.....	107, 119, 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.....	34	AUSTEDO.....	89
aripiprazole.....	177	AUTOJECT.....	134
ARIXTRA.....	43	AUTO-LANCET.....	134
ARKALIOX.....	226	AUTOLET.....	134, 135, 138
armodafinil.....	178	AUTOPEN.....	135
ARMOUR THYROID.....	192	AUTOSHIELD.....	147
ARNUITY ELLIPTA.....	31	AUTOSOFT.....	135
AROMASIN.....	55	AUVELITY.....	171
ARTHROTEC 50.....	27	AUVI-Q.....	71

Índice de medicamentos

avanafil.....	194, 195	BARACLUDE.....	70
AVAR-E.....	41	BARIATRIC MULTIVITAMINS.....	208
AVAR LS.....	41	BAXDELA.....	38
AVC.....	51	BCG.....	75
AVIDOXY.....	38	b comp.....	226, 230
avita.....	191	b complex.....	217, 219, 225, 226, 228, 229, 230, 231
AVITA.....	191	b-complex.....	208, 210, 218, 226, 227, 229, 231
AVITENE.....	77	B COMPLEX.....	226, 228, 229
AVMAPKI.....	57	B-COMPLEX.....	212, 218, 226
AVONEX.....	89	B-COMPLEX-VITAMIN C.....	226
AYVAKIT.....	57	B-COMPLEX WITH B-12.....	226
AZASAN.....	133	BD.....	142, 147, 149, 150, 157
AZASITE.....	33	BD ECLIPSE.....	147, 149
azathioprine.....	133	BELBUCA.....	22
azelaic acid.....	185	BELSOMRA.....	179
azelastine.....	47, 102, 103	BELVIQ.....	63
AZELEX.....	182	benazepril.....	81, 82, 83
AZILECT.....	64	benazepril/hydrochlorothiazide.....	81, 82
azithromycin.....	37	BENLYSTA.....	201
AZSTARYS.....	174	BENTIVITE BX.....	112
AZULFIDINE.....	122	BENZAMYCIN.....	40
B		benzepro.....	185
BI.....	231	BENZEPRO.....	185
b-6.....	226, 235	BENZNIDAZOLE.....	53
b-12.....	229, 232, 233, 234	benzonatate.....	96
bi2.....	113, 114, 115, 215, 226, 227, 229, 230, 232, 233, 234	benzoyl peroxide.....	40, 41, 182, 185
B-12.....	114, 211, 226, 231, 232, 233, 234	benzphetamine.....	62
BI2.....	225, 231, 232, 233, 234	benztropine.....	64
BI2 ACTIVE.....	232	bepotastine.....	47
b-12 er.....	232, 233	BEPREVE.....	47
bi2/levomefolate calcium/b-6.....	226	BEROCCA.....	208
B-50 COMPLEX.....	226	beta-carotene.....	208, 225
b-100.....	226, 227, 229, 230, 252, 255, 282	BETADINE.....	104
BABY DDROPS.....	239	betaine.....	200
BABY'S SUPER DAILY D3.....	239	betamethasone.....	45, 187, 188, 191
BABY VITAMIN D3.....	239	BETAPACE.....	85
bacitracin.....	33, 34	BETASERON.....	89
baclofen.....	165	betaxolol.....	85, 105
BACLOFEN.....	165	bethanechol.....	72, 73
BACMIN.....	208	BETHKIS.....	34
B ACTIV.....	226	BETOPTIC S.....	105
BACTRIM.....	34	bexarotene.....	54, 62
BAFIERTAM.....	89	BEXSERO.....	74
BALANCED B-100.....	227	BEYAZ.....	95
balanced b-100 complex tab sa.....	226	BEYFORTUS.....	68
BAL-CARE DHA.....	166	bicalutamide.....	54
balsalazide.....	122	BIKTARVY.....	68
BALVERSA.....	57	BILTRICIDE.....	52

Índice de medicamentos

bimatoprost	105	BRUKINSA	57
BIMATOPROST	105, 106	BRYHALI	187
BINOSTO	201	B-STRESS	227
BIO-35	208	budesonide	31, 128, 129
BIO C	236	BULK SYRINGE	150
BIO-D-MULSION	239	BULLSEYE	142, 158
bioflav,lemon/vit bcomp,c	205	BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS	158
biotect	208	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	208	butalb-acetamin-caff 50-325-40	15
BLEPH-IO	33	butalb/acetaminophen/cafeine	15, 19
BLEPHAMIDE S.O.P.	33	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, 158
BODY, HAIR, SKIN AND NAILS	209	BUTTERFLY TOUCH LANCET	158
BONSITY	200	BYDUREON BCISE	47
BOOSTNOW	247	BYDUREON PEN	48
BOOSTRIX TDAP	75	BYETTA	48
bosentan	80, 253	BYLVAY	123
BOSULIF	57	C	
BRAFTOVI	55	c-I,000	236
BREATHERITE	163	cabergoline	130
BREATHRITE	163	CADEAU DHA	166
BREEZE 2	135	CADUET	86
BREO ELLIPTA	30	CAFERGOT	15
BREXAFEMME	45	cafeine	19, 89, 165
breyana	31	CALAN	78
BREZTRI AEROSPHERE	31	calcipotriene	182, 191
BRILINTA	65	calcitonin,salmon,synthetic	131
brimonidine	105, 106	calcitriol	182, 183, 239, 240, 242
BRIMONIDINE	106	calcium acetate	III
BRIMONIDINE-DORZOLAMIDE	106	CALCIUM PANTOTHENATE	221
BRINSUPRI	193	CALQUENCE	57
brinzolamide	106	CAMBIA	19
BRIVIACT	91	CAMZYOS	79
BROMFED DM	96	candesartan cilexetil	84
bromfenac	104	candesartan/hydrochlorothiazid	83
bromocriptine	64	CANNULA	148, 150, 152, 153, 155
brompheniramine/pseudoephed/dm	96	CANTHARIDIN-ACETONE	184
BRONCHITOL	192	CAPCOF	97
BROVANA	30	capecitabine	55

Índice de medicamentos

CAPEX.....	187	CENTRUM KIDS	221
CAPHOSOL.....	196	CENTRUM SILVER.....	206, 209
CAPLYTA.....	176	cephalexin.....	36
CAPRELSA	57	CEQUA	108
captopril	82, 83	CEQUR SIMPLICITY	135
captopril/hydrochlorothiazide.....	82	CERDELGA.....	197
CAPVAXIVE	74	CEREFOLIN	227
CARBAGLU.....	196	certavite	209, 210
carbamazepine.....	91, 92, 94	CERTAVITE.....	210
CARBAMAZEPINE	92	CERVIDIL.....	129
CARBATROL.....	92	CETACAINE ANESTHETIC.....	25
carbidopa	64, 65	cetrorelix.....	129
carbidopa/levodopa	64, 65	CETROTIDE	129
carbinoxamine	46, 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, 180, 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.....	54	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	36	chlordiazepoxide.....	119, 170, 173
cefditoren pivoxil	36	chlordiazepoxide/clidinium br	119
cefpodoxime proxetil.....	36	chlorhexidine	194
cefprozil.....	36	chloroquine	52
ceftriaxone	36	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.....	40	cholestyramine	87
CENTRAL-VITE.....	209	choline salicyl/mag salicylate	15, 19
CENTRAVITES	209	CHORIONIC	131
centrum	209	CHORIONIC GONAD	131
CENTRUM.....	206, 209, 221, 247, 254	CHOSEN.....	135, 142, 158

Índice de medicamentos

CHROMAGEN.....	112	clozapine.....	176
CIALIS.....	194	CLOZARIL.....	176
CIBINQO.....	184	COAGUCHEK.....	142, 158
ciclodan.....	45	COARTEM.....	52
CICLODAN.....	45, 53	COBALEFOL.....	205
ciclopirox.....	45, 46	COCAINE.....	103
cilostazol.....	65	codeine.....	21, 22, 24, 97, 98
CILOXAN.....	34	CODITUSSIN AC.....	98
CIMDUO.....	66	CODITUSSIN DAC.....	97
cimetidine.....	122	cod liver oil.....	225, 236, 240, 242, 244
cinacalcet.....	197	COLAZAL.....	122
CIPRO.....	38	colchicine.....	26, 29
ciprofloxacin.....	32, 33, 34, 38	COLCHICINE.....	26
citalopram.....	171, 172	colesevelam.....	87
CITRANATAL.....	112, 166, 170	COLESTID.....	87
CITRANATAL BLOOM.....	112	colestipol.....	87
CITRATE PHOSPHATE DEXTROSE.....	42	COLOR.....	142, 158
citric.....	118	COLOR LANCETS.....	158
CITRUS BIOFLAVONOIDS.....	205	COMBIGAN.....	106
CLARINEX.....	46, 47	COMBIPATCH.....	127
CLARINEX-D.....	46	COMBISTIX REAGENT.....	100
clarithromycin.....	37	COMBIVENT.....	30
CLEOCIN.....	36, 40, 41	COMBIVENT RESPIMAT.....	30
CLEVER.....	135, 142, 158, 163	COMBIVIR.....	66
CLEVER CHEK LANCETS.....	158	COMETRIQ.....	57
CLEVER CHOICE.....	163	COMFORT ... 27, 140, 142, 144, 145, 146, 158, 160, 161, 162, 164, 165, 180, 184, 255, 258, 274, 275, 279, 281	
CLEVER CHOICE CONTROL SOLUTION.....	135	COMFORT PAC-IBUPROFEN.....	27
CLIMARA.....	127	COMFORT PAC-MELOXICAM.....	27
clindacin.....	41	COMFORT PAC-NAPROXEN.....	27
CLINDACIN.....	41	COMFORTSEAL.....	163
clindamycin.....	36, 37, 40, 41, 182, 183	COMIRNATY.....	73
clindamycin/tretinoin.....	182, 183	COMPACT SPACE CHAMBER.....	163
CLINDESSE.....	40	COMPAZINE.....	120
CLINPRO 5000.....	108, 111	COMPLETE.....	166, 167, 169, 206, 207, 209, 210, 211, 215, 216, 221, 222, 223, 225, 227
clobazam.....	91	COMPLETIA.....	210
clobetasol.....	187, 189	COMPLEX B-50.....	227
CLOBEX.....	187	complex b-100.....	227
clocortolone.....	187	COMPLEX B-100.....	227
clodan.....	187	CONCEPT.....	210
CLODAN.....	187	CONFORMANT 2.....	156
CLODERM.....	187	CONSENSI.....	78
clomiphene.....	130	CONTOUR.....	135
clomipramine.....	173	CONTRAVE.....	63
clonazepam.....	91	CONTROL SOLUTION.....	134, 135, 136, 137, 139, 140, 141
clonidine.....	84, 174	COOL CONTROL SOLUTION.....	135
clopidogrel.....	65	COPIKTRA.....	57
clorazepate.....	170		
clotrimazole.....	44, 45		

Índice de medicamentos

CORDRAN.....	187	cyclobenzaprine.....	165
COREG.....	82	CYCLOGYL.....	107
CORNWALL SYRINGE TIP CONNECTOR.....	150	CYCLOMYDRIL.....	107
CORTANE-B.....	103	cyclopentolate.....	107, 256
CORTEF.....	128	CYCLOPENTOLATE-TROPICAMIDE-PE.....	107
CORTENEMA.....	125	cyclopentolat/tropic/phenyleph.....	107
cortisone.....	128	cyclophosphamide.....	54
CORTISPORIN.....	32	CYCLOPHOSPHAMIDE.....	54
CORVITE.....	112, 210	CYCLOSET.....	48
CORVITE 150.....	112	cyclosporine.....	108, 133
CORVITE FE.....	112	CYCLOSPORINE.....	108
COTELIC.....	56	CYFOLEX.....	240
COTEMPLA.....	175	CYLTEZO.....	53
CRENESSITY.....	130	cyproheptadine.....	47
CREON.....	124	CYPROHEPTADINE.....	47
CRESEMBA.....	44	CYSTAGON.....	202
CREXONT.....	64	CYSTARAN.....	108
CRINONE.....	130, 131	CYSTO-CONRAY II.....	100
cromolyn.....	25, 32, 105	CYSTOGRAFIN.....	100
c-rose.....	236, 237, 238, 239	CYSTOGRAFIN-DILUTE.....	100
crotamiton.....	63	CYTO B-1.....	231
CRRT TRISODIUM CITRATE.....	42	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, 212, 213, 215, 216, 217, 219, 238, 239, 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, 170, 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.....	35, 182
cvs prenatal.....	166	DAPTACEL DTAP.....	75
CVS PRENATAL.....	170	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.....	55, 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	DAYVIGO.....	179

Índice de medicamentos

DDAVP	126	dexchlorpheniramine	47
DDROPS	239, 240	DEXCOM	135
decara	240	DEXCOM G6	135
DECARA	240	DEXEDRINE	72
DECUBI	210	dexlansoprazole	124
deferasirox	198	dexmethylphenidate	175
deferiprone	198	DEXONTO	128
deflazacort	128	DEXTENZA	104
DEKAS	210, 221	dextroamphetamine	72
DEKAS PLUS	210, 221	dextrose	110, 111
DELESTROGEN	127	DIABETES HEALTH	211
DELSTRIGO	68	DIABETIC VITAMIN	211
demeclocycline	38	DIACOMIT	92
DEMSER	84	dialyvite	227
DENAVIR	70	DIALYVITE	211, 227, 228, 240
DENG VAXIA	75	DIASTAT	91
DENOVO	205	DIASTIX REAGENT	98, 100
DEPAKOTE	92	diatrizoate meglumine	99
DEPEN	26	DIATROL	211
DEPLIN	205	DIATRUE	135
DEPLIN-ALGAL OIL	205	diazepam	91, 170, 171
DEPO-ESTRADIOL	127	diazoxide	110
DEPO-PROVERA	95	DIBENZYLINE	72
DEPO-SUBQ PROVERA	95	dichlorphenamide	196
DEPO-TESTOSTERONE	126	DICLEGIS	120
DERMACINRX	210, 211, 240, 247	diclofenac	20, 27, 62, 104, 181
DERMA-SMOOTH-FS	187, 188	dicloxacillin	38
DERMASORB	188	dicyclomine	119, 257
DERMATOP	188	didanosine	67
DERMAVIEW	156	diethylpropion	62
DERMOTIC	103	DIFFERIN	191
DESCOVY	66	DIFICID	37
desflurane	24	DIFLUCAN	44
desipramine	173	diflunisal	15, 19
desloratadine	47	difluprednate	104
desmopressin	126, 127	digoxin	79
DESMOPRESSIN	126	dihydroergotamine	15, 19, 20
desog-e.estradiol	95	DILANTIN	92
desogestrel-ethinyl estradiol	95	DILAUDID	22
DESONATE	188	diltiazem	78, 79
desonide	188, 190	dimethyl	197
desoximetasone	188, 189	diphenoxylate hcl/atropine	119
DESOXYN	72	DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS-PED	75
DESVENLAFAXINE	173	DIPROLENE	188
dex4 glucose	109	dipyridamole	65
DEX4 GLUCOSE	109	DISALCID	26
dex4 quick dissolve tab chew	110	disopyramide	78
dexamethasone	33, 104, 128	disulfiram	197

Índice de medicamentos

DIURIL.....	102	EASY COMFORT LANCETS.....	158
divalproex.....	92	EASY GLIDE CATHETER.....	150
dofetilide.....	78	EASY GLIDE LUER.....	150
DOJOLVI.....	108	EASYGLUCO PLUS.....	136
donepezil.....	71	EASYMAX I5.....	136
DONNATAL.....	121	EASYMAX NORMAL.....	136
DOPTLET.....	95	EASY MINI EJECT.....	136
dorzolamide.....	106	EASY PLUS II.....	136
DORZOLAMIDE.....	106, 107	EASYPOINT.....	147
DOSOKAP.....	241	EASY STEP.....	136
DOVATO.....	65	EASY TALK.....	136
DOVER BULB SYRINGE.....	150	EASY TOUCH.....	136, 147, 150, 151, 158, 184
DOVONEX.....	182	EASY TOUCH FLIPLOCK.....	147, 150, 151
doxazosin.....	82	EASY TRAK.....	136
doxepin.....	173, 174, 179, 182	EASY TWIST CAP LANCETS.....	158
doxercalciferol.....	196	EBGLYSS.....	202
doxycycline.....	38, 39, 40, 194	ECLIPSE SYRINGE.....	151
doxylamine succinate/vit b6.....	120	EC-NAPROSYN.....	27
dronabinol.....	119	ec-naproxen.....	27
DROPLET.....	135, 142, 158	econazole.....	46
DROPLET GENTEEL LANCING DEVICE.....	135	EDECRIN.....	101
DROPLET LANCETS.....	158	EDEX.....	194, 195
DROPLET LANCING DEVICE.....	135	EDLUAR.....	179
DROPSAFE.....	142, 147, 158, 180, 183, 258	EDURANT.....	66
DROPSAFE PREP PADS.....	183	E.E.S. 200.....	37
drospir/eth estra/levomefol.....	95	efavirenz.....	66, 67, 68
DROXIA.....	77	effer-k.....	117
droxidopa.....	72	EFFER-K.....	117
drug mart glucose.....	110	EFFIENT.....	65
DUAVEE.....	128	EFUDEX.....	62
DUET.....	166, 170	EGRIFTA.....	129
DUETACT.....	49	eldertonic.....	206
DUET DHA.....	166	ELDERTONIC LIQUID.....	206
DULERA.....	31	ELEMENT COMPACT.....	136
duloxetine.....	173	ELEMENT CONTROL.....	136
DUOBRII.....	182	ELEPSIA.....	92
DUOPA.....	64	eletriptan hydrobromide.....	15, 19
DUPIXENT.....	132	ELFOLATE.....	228
dutasteride.....	202	ELIMITE.....	64
DYAZIDE.....	102	ELIQUIS.....	42, 258
DYCLOPRO.....	25	ELIXOPHYLLIN.....	32
DYRENIUM.....	102	ELLA.....	95
E		ELMIRON.....	24
EAR HEALTH PLUS.....	205	ELON.....	211
ear health plus caplet.....	205	eltrombopag.....	95
EASIVENT.....	163	EMBRACE.....	136, 143, 158, 159
EASY.....	136, 142, 143, 147, 150, 151, 158, 180, 184, 236, 258	EMBRACE EVO LEVEL I.....	136
EASY-C.....	236	EMBRACE GLUC CONTROL SOLN.....	136
EASY COMFORT ALCOHOL PAD.....	184	EMBRACE LANCING DEVICE.....	136

Índice de medicamentos

EMBRACE PRO.....	136	eprosartan.....	84
EMBRACE TALK CONTROL.....	136	EPSOLAY.....	185
EMERGEN-C.....	221, 236	EPZICOM.....	66
EMERGEN-C KIDZ.....	221	EQ.....	204, 211, 221
EMGALITY.....	15, 19, 90	EQ CHILD.....	221
EMGALITY PEN.....	19	eql.....	113, 199, 204, 228, 232, 235, 236, 241, 245
EMPAVELI.....	76	eql slow release iron.....	113
EMSAM.....	171	eql vitamin.....	232, 236, 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.....	82, 83, 84	ERGOMAR.....	19
enalapril/hydrochlorothiazide.....	82	ergotamine tartrate/cafeine.....	15, 19
ENBRACE.....	211	ERIVEDGE.....	56
ENBREL.....	53, 54	ERLEADA.....	54
ENDARI.....	77	erlotinib.....	58
ENDO-AVITENE.....	77	ERMEZA.....	192
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, 40, 41
ENFIT.....	151, 152, 153, 224, 243, 259, 273	escitalopram.....	172
ENERGIX-B.....	76	ESGIC.....	15, 19
ENLITE SERTER.....	136	ESKATA.....	183
ENLYTE.....	205	eslicarbazepine.....	91, 92
enoxaparin.....	43	esomeprazole.....	124
ENSACOVE.....	58	ESOMEPRAZOLE.....	124
ENSPRYNG.....	132	ESSENCE C.....	236
ENSTILAR.....	191	ESSENTIAL.....	166, 210, 211, 215, 217
entacapone.....	64, 65	estazolam.....	178
entecavir.....	70	ESTER-C.....	236
ENTEREG.....	124	ESTRACE.....	127
ENTERO VU.....	99	estradiol.....	95, 96, 127, 130
ENTRESTO.....	83	ESTRATEST.....	127
ENZOCLEAR.....	185	estrogen,ester/me-testosterone.....	127
EPCLUSA.....	70	ESTROVEN.....	211
EPIDIOLEX.....	91	eszopiclone.....	179
EPIDUO FORTE.....	182	ethacrynic.....	101
EPIFOAM.....	190	ethambutol.....	36
epinastine.....	47	ethinyl.....	95, 96
epinephrine.....	71, 103	ethinyl estradiol/drospirenone.....	95, 96
EPINEPHRINE.....	71	ethosuximide.....	92, 94
EPIPEN.....	71	ethynodiol d-ethinyl estradiol.....	95
EPISIL.....	196	etodolac.....	27, 28
EPIVIR.....	67	etonogestrel/ethinyl estradiol.....	95
eplerenone.....	102	etoposide.....	61

Índice de medicamentos

etravirine	66	FASENRA	32
EUCRISA	186	FATIGUE RELIEF COMPLEX	211
EULEXIN	54	febuxostat	26
EURAX	64	felbamate	92
EVAMIST	127	FELBATOL	92
EVEKEO	72	FELDENE	27
EVENCARE	136	felodipine	79
everolimus	56, 133, 134	FEMARA	55
EVICEL	77	fenofibrate	87, 88
EVISTA	201	fenofibric	87, 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	FERRETT'S 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, 114
ezetimibe	86, 87	ferrous fumarate	113, 114
ezetimibe/simvastatin	86	FERROUS FUMARATE	113
E-Z-HD	99	ferrous fum/vit c/b12-if/folic	113
EZ-LETS	159	ferrous gluconate	113, 214
E-Z-PAQUE	99	ferrous sulfate	113, 114
E-Z-PASTE	99	ferumoxyltol	113, 114
EZ SMART LANCETS	159	fesoterodine	203
F		FETZIMA	173
FA-8	205	FEXMID	165
FABHALTA	76	FIBRICOR	88
FACTIVE	38	fidaxomicin	37
famciclovir	69	fifty50	180, 184, 260
famotidine	122	FIFTY50	143, 159
fa/mv,ca,iron,min/lycopene/lut	211	fifty50 alcohol prep pads	184
FARESTON	61	FIFTY50 SAFETY SEAL LANCETS	159
FARXIGA	50	FILSPARI	88
FARYDAK	54	FILSUVEZ	202

Índice de medicamentos

FILTER.....	147, 148, 152, 154	fluorouracil.....	62
FILTER ASPIRATOR.....	147	fluoxetine.....	172, 178
FINACEA.....	185	fluphenazine.....	178
finasteride.....	202	FLURA-DROPS.....	109, 117
FINAZOL.....	211	flurandrenolide.....	187
FINE.....	148, 149, 157	flurazepam.....	178
FINGER GRIP.....	152	flurbiprofen.....	27, 104
FINGERSTIX.....	143, 159	flutamide.....	54, 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.....	75
flecainide.....	78	FLUZONE HIGH-DOSE.....	75
FLECTOR.....	181	FLUZONE QUAD.....	75
FLEVOXIN.....	236	FML.....	104
FLEXICHAMBER.....	163, 164	FNP.....	246
FLINTSTONES.....	221, 222	fn vitamin.....	232
FLOGEN.....	205	FOLACHEW.....	211
FLOLIPID.....	86	FOLAGENT.....	211
FLOMAX.....	202	FOLAMAX.....	211
FLORAFOL.....	222	FOLAMED.....	211
FLORIVA.....	108, 222	FOLAPRIME.....	211
FLORRAXYL.....	211	FOLAWISE.....	211
FLOVENT.....	31	FOLETRA.....	205
FLOW-EZE.....	147	FOLIC.....	166, 205, 206, 211, 226, 232, 234, 241
FLUAD.....	74	folic acid 113, 114, 115, 167, 205, 206, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 218, 222, 224, 226, 228, 229, 230, 244	
FLUAD QUAD.....	74	folic/mvi ther-min/lycop/lut.....	212
FLUARIX QUAD.....	74	FOLIKA.....	206, 212, 228, 241
FLUBLOK QUAD.....	74	FOLIKA-BC.....	228
FLUCELVAX QUAD.....	74, 75	FOLIKA-D.....	241
fluconazole.....	44	FOLIKA-NC.....	228
flucytosine.....	44	FOLIKA-T.....	228
fludrocortisone.....	129	FOLIKA-V.....	206
FLULAVAL QUAD.....	75	FOLINIC-PLUS.....	228
FLUMADINE.....	69	FOLITE.....	206
FLUMIST QUAD.....	75	FOLIXAPURE.....	240
flunisolide.....	103	FOLLISTIM AQ.....	131
fluocinolone.....	103, 187, 188, 189	FOLTRATE.....	232
fluocinonide.....	188	FOLTX.....	228
fluorescein.....	99, 105	FOLVITE-D.....	241
FLUORESCEIN-BENOXINATE.....	105	fondaparinux.....	43
fluoride.....	108, 109, 111, 112, 117, 223, 224	FORA.....	98, 136, 137, 143, 159
FLUORIDEX.....	108, 109, 112	FORACARE.....	137, 143, 159
fluorometholone.....	104	FORACARE LANCETS.....	159
FLUOROPLEX.....	62		

Índice de medicamentos

FORA GTEL	98, 136	GATIFLOXACIN-DEXAMETHASONE	33
FORA LANCETS	159	GATTEX	125
formaldehyde	181	GAVRETO	58
formoterol	30	GE100	137
FORMOTEROL	30	GELCLAIR	195
FORTAVIT	212	GELFILM	105, 200
FORTISCARE	137	GEL-FLOW	77
FOSAMAX	200, 201	GELFOAM	77
FOSAMAX PLUS D	200	GELX	195
fosamprenavir	67	gemfibrozil	88
fosaprepitant	120	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	109	GENOTROPIN	129
FREEDAVITE	212	gentamicin	34, 35, 41
FREESTYLE	98, 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	206, 207
FRUZAQLA	58	GIALAX	123
ft... 114, 166, 206, 212, 219, 228, 231, 233, 235, 237, 241, 245, 246, 247, 262		GILOTRIF	58
FT	114, 199, 212, 228, 233, 237, 241	glatiramer	89
ful-glo	99	glatopa	89, 90
FUL-GLO	99	GLEOLAN	99
FULPHILA	95	GLEOSTINE	54
FURADANTIN	37	glimepiride	49
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	199	glucose	109, 110, 111
galantamine	71	GLUCOSE	98, 100, 109, 110, 111, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140
GALZIN	198	GLUCOSE CONTROL	134, 135, 136, 137, 139, 140
ganirelix	129	GLUCOSE LIQUID	109, 110, 111
GANIRELIX	129	GLUCOTROL	49
GARDASIL 9	76	glutamine	77
GASTROCROM	25	GLUTOL	111
GASTROGRAFIN	99	GLUTOSE-15	110
GASTROMARK	99	GLUTOSE-45	110
gatifloxacin	34	glyburide	49, 50

Índice de medicamentos

GLYCATE.....	119	HEALTHY ACCENTS UNILET LANCET	159
glycopyrrolate	119	healthy eyes tablet.....	204
GLYNASE	49	HEALTHY EYES TABLET	204
GLYXAMBI	49	HEARTBURN ACID REFLUX.....	212
gnp110, 114, 166, 199, 204, 206, 212, 219, 225, 228, 231, 233, 235, 237, 241, 245, 246, 262		HEMA-COMBISTIX.....	100
GNP	180, 199, 212, 225, 228, 233, 237, 241, 245, 247, 262, 263	HEMANGEOL.....	85
GNP B-COMPLEX PLUS VIT C TAB.....	212	HEMATEX	114
gnp glucose	110	HEMATOGEN.....	114
GNP VITAMIN E	245	HEMATRON-AF	114
GOJJI	98, 137, 143, 159	HEMAX.....	114
GOLYTELY	123	HEMLIBRA	77
GOMEKLI	56	HEMOCYTE.....	114
GONAL-F	131	heparin	43
GONITRO	80	HEPARIN	43, 44, 45
GOPRELTO	103	HEPLISAV-B.....	76
GRALISE.....	91	HETLIOZ	178
granisetron.....	120	HIBERIX.....	75
GRASTEK	73	high potency multivitamin tab.....	212
griseofulvin	45	HIGH POTENCY MULTIVITAMIN TAB	212
gs	110	HISTEX-AC	97
GS	53, 154, 166, 180, 184, 199, 212, 263	hm	114, 166, 199, 206, 219, 228, 233, 237, 241, 245
GS PRENATAL	166, 212	HM	166, 180, 184, 212, 228, 241, 263
GUAIACOL.....	184	HM ALCOHOL 70% PREP PADS.....	184
guaifen-codeine	98	HM BIOTIN	228
GUAIFEN-CODEINE.....	98	HM HAIR, SKIN AND NAILS TABLET	212
guanfacine.....	84, 174	hm iron	114
GUARDIAN	137, 138	HM MEN'S ONE DAILY TABLET	212
GUMMIES CHILDREN MULTIVITAMIN	222	HM ONE DAILY PRENATAL	166
GUMMY	110, 208, 221, 222, 232, 233	hm prenatal.....	166
GVOKE.....	110	hm slow release iron	114
GYNAZOLE	44	hm vit	233, 237
H		hm vitamin.....	233, 237, 241, 245
HAEGARDA.....	197	HM VITAMIN	241
HAIR, SKIN AND NAILS	209, 212, 218	homatropine.....	107
HAIR-SKIN-NAILS.....	228	HOMOCYSTEINE.....	228
halcinonide.....	188	HORIZANT	89
HALCION.....	178	HORMONES	126, 127, 128, 129, 130, 131, 192
halobetasol	188, 263	HUMALOG	50, 51
HALOG.....	188	HUMATIN	52
haloperidol.....	177	HUMULIN.....	51
HARD NAILS	228	HURRICAIN LUER-LOCK	147
HARVONI.....	70	HYCAMTIN.....	56
HAVRIX.....	76	HYCODAN.....	97
HEALON GV	108	hydralazine.....	84, 86
HEALTHPRO GLUCOSE CONTROL SOLN	138	HYDREA.....	54
HEALTHY.....	138, 143, 159, 204, 215, 216	hydrochlorothiazide	81, 82, 83, 84, 85, 102
HEALTHY ACCENTS AUTOLET	138	hydrocodone	21, 22, 97
		hydrocodone-acetamin.....	21

Índice de medicamentos

HYDROCODONE-ACETAMIN.....	21	IMMUNERX	213
hydrocodone/ibuprofen	21	IMPAVIDO.....	53
hydrocort..... 32, 33, 103, 122, 125, 189, 190, 263, 270		IMPEKLO.....	189
hydrocortisone	103, 122, 125, 128, 187, 189, 190, 263	IMULDOSA	131
hydrocortisone/acetic acid	103	IMURAN.....	133
hydrocort-pramoxine	125, 190	INBRIJA	64
hydrogen peroxide.....	181	INCONTROL..... 138, 143, 159, 180, 184, 264	
hydromorphone.....	22	INCONTROL LANCING DEVICE	138
hydroxocobalamin.....	233	INCRELEX	129
hydroxychloroquine	52	INCRUSE.....	29
HYDROXYCHLOROQUINE.....	52	indapamide	102
HYDROXYPROPYLCELLULOSE	200	INDICLOR	100
hydroxyurea.....	54	indomethacin	28
hydroxyzine	47	INFANRIX DTAP	75
HYFTOR.....	132	INFANT-TODDLER MULTIVITAMIN	222
HYLAVITE	229	infant-toddler multivit-iron.....	222
HYLAZINC.....	206	INFANT-TODDLER MULTIVIT-IRON	222
HYMPAVZI	77	INFANT-TODDLER TRI-VITAMIN.....	222
hyoscyamine.....	121	INFASURF	193
HYPER-SAL	197	INFED.....	114
HYPODERMIC NEEDLE..... 147, 148, 154		INFINITY	138
HYPOLANCE.....	138	INFUVITE	213, 222
HYPROMELLOSE	200	INGREZZA.....	89
HYSINGLA.....	22	INJECT	143, 152, 159
I		INJECTAFER.....	114
ibandronate.....	201	INJECT EASE.....	159
IBRANCE	58	INJECT-EASE	152
IBTROZI	58	INLYTA	58
ibuprofen	21, 27, 28	INNER EAR PLUS.....	205
I-CAPS.....	204	INOVA	185
ICAPS.....	204, 212, 213	INPEN.....	138
ICAPS AREDS2.....	204	INSPIRACHAMBER.....	164
ICAR.....	114	INSPIRA	102
icatibant.....	194	INSTACLEAN	199
ICLUSIG	58	INSTA-GLUCOSE	110
icosapent.....	118	INSUL-CAP	138
IDHIFA	61	INSUL-EZE.....	138
IFE-BIMIX	195	INSULIN	48, 49, 50, 51, 129, 149, 151, 152, 154, 155
IGALMI	179	INSULIN CARTRIDGE.....	152
IHEALTH	138	INSULIN SYRINGE U-500.....	152
ILET	138	INTEGRA	114, 148, 152
ILEVRO.....	104	INTELENCE	66
I.L.X. B-12.....	114	INTERLINK.....	152
IMBRUVICA	58	INTRINSI	233
IMCIVREE.....	63	INVACARE	143, 159
imipramine	174	INVEGA	176
imiquimod.....	184	INVELTYS	104
IMKELDI.....	58	iodine/potassium iodide	190

Índice de medicamentos

iodine/sodium iodide	190	ivermectin.....	52, 185, 186
IODOFLEX	190	IWILFIN.....	58
IODOSORB	190	J	
IOPIDINE.....	106	JAKAFI	56
IPOL	74	JALYN	202
ipratropium	29, 103	JANSSEN COVID-19 VACCINE	73
IQIRVO.....	196	JANUMET	49, 50
irbesartan.....	83, 84	JANUVIA	49
irbesartan/hydrochlorothiazide	83	JARDIANCE	50
IRESSA.....	58	JATENZO.....	126
iron 96, 112, 113, 114, 115, 116, 167, 168, 169, 207, 208, 209, 210, 211, 213, 214, 215, 218, 221, 222, 223, 224, 230		JOENJA.....	193
IRON 112, 113, 114, 115, 116, 117, 166, 170, 211, 217, 218, 219, 221, 222, 223, 224		JORNAY	175
iron bg.....	115, 167	JOURNAVX	19
IRON BISGLYCINATE.....	115	JUBLIA	46
iron/c.....	115	JULUCA	65
iron,carbonyl.....	113, 114, 115	JUST 4 KIDZ MULTIVIT-PROBIOTIC.....	222
iron/folic.....	115, 167, 168, 169, 209, 210, 213, 214, 215, 218	JUSTRIGHT 5000	109, 112
iron fum.....	114, 115, 167, 168, 210, 214, 215, 221	JUXTAPID	86
iron fumarate	115, 167	JYNARQUE.....	101
iron polysaccharide	114, 115, 116	JYNNEOS	76
IRONUP.....	115	K	
IRO-PLEX	115	KI-1000	246
IROSPAN.....	115	K2	240, 241, 242, 246, 247
IS-D.....	241	KADIAN	23
ISENTRESS.....	68	KALETRA	67
isoflurane.....	25	KALYDECO	193
isoniazid	36	KAPVAY	174
ISOPROPANOL	199	KENALOG	189
isopropyl	183, 199, 200	KENDALL	152, 156
ISOPROPYL.....	53, 180, 184, 199, 200, 265, 275	KENDALL DISINFECTANT CAP.....	152
isopropyl alcohol.....	183, 199, 200	KERENDIA	102, 265
ISOPROPYL ALCOHOL	184, 199	KESIMPTA	90
isopropyl rubbing alcohol.....	200	KETAMINE	179
ISOPROPYL RUBBING ALCOHOL.....	199, 200	ketoconazole	45, 46
ISOPTO CARPINE.....	106	ketodan	46
ISORDIL	80	KETO-DIASTIX REAGENT	100
isosorbide.....	80, 86	KETONE CARE TEST STRIP	100
isotretinoin.....	182	KETONE TEST STRIP	98, 100
isoxsuprine	86	ketoprofen	28
isradipine	79	ketorolac.....	20, 21, 104
itraconazole.....	44, 45	KETOSTIX REAGENT	100
IV 3000	156	KIDS	99, 109, 112, 221, 222, 229
IV3000	156	KIDS COD LIVER OIL	222
ivabradine.....	79	KIDS MULTIVITAMIN.....	222
IV ADMINISTRATION SET	163	KINRIX.....	75
IVENIX	163	KISQALI.....	56, 58
		KITABIS PAK	35
		KLARITY	34, 103, 104, 108

Índice de medicamentos

KLARITY-A(AZITHROMYCIN-CHONDR).....	34	L.E.T.....	25
KLARON.....	182	letrozole.....	55
KLOXXADO.....	43	leucovorin.....	194
KOSELUGO.....	56	LEUKERAN.....	54
KOSHER PRENATAL.....	166	LEUKINE.....	95
K-PAX.....	213	levalbuterol.....	30
K-PHOS.....	118	LEVBIID.....	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%.....	200	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.....	96
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, 266
lamotrigine.....	92, 93	LIDOCAINE.....	25, 125
lancets.....	143, 157, 159	LIDOCAINE-EPINEPHRIN-TETRACAIN.....	25
LANCETS.....	141, 142, 143, 144, 145, 146, 157, 158, 159, 160, 161, 162	LIDOCAINE-HYDROCORT.....	125
LANCING DEVICE.....	134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141	LIDOCAN.....	25
LANCING SYSTEM.....	138	LIFESHIELD BLUNT CANNULA.....	148, 152
LANOXIN.....	79	LILETTA.....	96
lansoprazole.....	120, 124	lindane.....	190
lansoprazole/amoxicilin/clarith.....	120	linezolid.....	37, 38
lanthanum carbonate.....	111	LINZESS.....	123
LANTUS.....	51	liothyronine.....	192
LANZO.....	138	LIPO.....	205
lapatinib ditosylate.....	58	LIPO-FLAVONOID PLUS.....	205
LASIX.....	101	LIPOTRIAD.....	204
LASTACRAFT.....	47	LIQUID99, 100, 109, 110, 111, 115, 206, 214, 225, 232, 239, 240, 246	
latanoprost.....	106	LIQUID-C.....	237
LATANOPROST.....	106, 107	LIQUID E-Z PAQUE.....	99
LAZCLUZE.....	58	LIQUID POLIBAR PLUS.....	99
leader glucose.....	110	liraglutide.....	48, 63, 266
leader quick dissolve gluc.....	110	lisdexamfetamine.....	174
lecithin/pyridoxine/kelp.....	213	lisinopril.....	82, 83, 84
leflunomide.....	26	lisinopril/hydrochlorothiazide.....	82
lenalidomide.....	56	LITEAIRE.....	164
LENVIMA.....	58, 59	LITE TOUCH.....	138, 143, 159
LEQSELVI.....	202	LITETOUCH.....	164
LESCOL.....	86	LITFULO.....	202

Índice de medicamentos

lithium	171	LUER SLIP TIP	152
LITHOBID	171	LUER TIP CAP	152, 154
LITHOSTAT	119	LUMAKRAS	56
little	222	LUMRYZ	178
LITTLE	222, 223, 266	LUPKYNIS	133
LITTLE ANIMALS	223	LUTEIN	204, 207, 221
LIVDELZI	196	LYBALVI	176
LIVITA	223, 247	LYDIA PINKHAM HERBAL	116
LIVMARLI	123	LYMEPAK	39
LIVTENCITY	69	LYNPARZA	59
l-mefol/a-cyst/mebl2/algal oil	229	LYSODREN	61
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	96	M	
LODINE	28	MACROBID	37
LODOSYN	65	MACULAR BENEFITS	204
lofexidine	202	MACUVEX	204
LOKELMA	111	MACUZIN	204
LOMAIRA	62	MAD	152
LOMOTIL	119	mafenide	41, 42
longs glucose	110	MAGELLAN	153
LONHALA MAGNAIR	29	MALARONE	52
LONSURF	55	malathion	190
LOPID	88	maprotiline	174
lopinavir/ritonavir	67	maraviroc	66
LOPRESSOR	85	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	116
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	MEDIHONEY	186
LUCENTIS	108	MEDISENSE	138, 143, 159
LUER LOCK	150, 151, 152, 153	medlance	143, 144, 159
LUER-LOK	149, 152, 154	MEDLANCE	144, 159
LUERSLIP	152	medlance plus	159

Índice de medicamentos

MEDLANCE PLUS	159	methenam/sod phos/mblue/hyoscy	35
MEDROL	128	methen/mblue/sal/sod phos/hyos	35
medroxyprogesterone	95, 130	methimazole	192
MEDTRONIC	138	METHITEST	126
MEDTYCHOLL-B	229	meth/meblue/sod phos/psal/hyos	35
mefenamic	21	methocarbamol	165
mefloquine	52	methotrexate	55
MEGA BIOTIN	229	methoxsalen	181
megestrol	61, 203	methscopolamine	121
meijer glucose	110	METHYL B-12	233
MEKINIST	56	METHYLCOBALAMIN	233
MEKTOVI	56	methyl dopa	84
meloxicam	28	methylene	197
melphalan	54	methylergonovine	130
memantine	88	METHYLFOLATE	206
MEMANTINE	88	METHYLIN	175
MEN 50	207, 210, 213, 218	methylphenidate	174, 175
MENACTRA	74	METHYLPHENIDATE	175
MENOPUR	130	methylprednisolone	128
MENOSTAR	127	METHYL PROTECT	229
MENQUADFI	74	methyl salicylate	184
MEN'S	207, 208, 209, 212, 213, 215, 216, 218	methyltestosterone	126
MEN'S 50 PLUS	213, 215, 216	metoclopramide	123
MEN'S DAILY	213	metolazone	102
MEN'S MULTIVITAMIN	213, 216	METOPIRONE	100
MENVEO	74	metoprolol	85
MEPHYTON	246	METOPROLOL SUCCINATE ER-HCTZ	85
meprobamate	171	Metrocream	185
MEPRON	53	METROCREAM	185
mercaptopurine	55	Metrogel	185
MERIBIN	229	METROGEL	185
mesalamine	121, 122	metronidazole	35, 40, 185
mesna	194	metyrosine	84
MESNEX	194	mexiletine	78
METADATE	175	MIACALCIN	131
METANX	229	miconazole	44
METANXPRO	229	MICRO	140, 144, 148, 159, 191
metaproterenol	29	MICROCHAMBER	164
metaxalone	165	MICRODOT	138
metformin	48, 49, 50	MICROLET	138, 144, 159
METHACHOLINE	99	MICRONEX	213
methadone	23	MICROSPACER	164
methamphetamine	72	MICROTAINER	157, 160
METHAVER	229	MICRO THIN LANCET	159
methazolamide	101	MICRO THIN LANCETS	159
methenamine hippurate	35	midazolam	179
methenamine mandelate	35	MIDAZOLAM	178, 179
methenam/m.blue/salicyl/hyoscy	35	midodrine	72

Índice de medicamentos

MIEBO.....	103	MOUNJARO	48
MIFEPREX.....	196	MOUTHPIECE	164
mifepristone	50, 196	MOVANTI K.....	43
miglitol.....	48	MOXATAG	38
miglustat	197	moxifloxacin.....	34, 38
MIGRANAL.....	20	MOXIFLOXACIN.....	33
MINCORA	229	MRESVIA.....	76
MINI LANCING DEVICE.....	138, 140	MS CONTIN.....	23
MINIMED.....	138, 139, 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.....	39	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	139
misoprostol.....	27, 120	multilex.....	213
MITIGARE	26	MULTILEX	213
MITOMYCIN.....	108	MULTI PRO	213
MITOSOL	108	MULTISTIX	100, 101
MI-VITE.....	206	MULTITOL-M	247
MIXED TOCOTRIENOLS	245	multivit.....	166, 207, 209, 211, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 221, 222, 223, 224, 247, 264, 269, 272, 273
MKO.....	179	multivitamin..	168, 210, 212, 214, 215, 216, 218, 221, 222, 223, 224, 225
M-M-R II VACCINE.....	75	MULTIVITAMIN.....	168, 203, 204, 205, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 221, 222, 229
MNEXSPIKE.....	73	MULTIVITAMIN-MULTIMINERAL	214
MOBILE	144	MULTI-VITE.....	214
modafinil	178	MULTI-VIT-FLOR.....	223
MODDI.....	139	MULTIVIT-FLUOR	223
MODERNA COVID.....	73	MULTIVIT-FLUORIDE.....	223
MODERNA COVID-19 BOOSTER.....	73	multivit-min/fa/lycopen/lutein.....	209, 214
moexipril.....	83	mupirocin	41
molindone.....	177	MURI-LUBE	200
mometasone.....	103, 189	MUSE	195
mondoxyne.....	39	mv	114, 115, 208, 211, 215, 216
MONOCAPS	213	mv-min.....	215
MONOFERRIC.....	116	mvn.....	210, 215
MONOJECT	148, 153	MVW.....	215, 223
MONOLET	144, 160	MVW COMPLETE	223
MONSEL'S.....	77	MYALEPT.....	131
montelukast.....	32	MYCAPSSA	130
morgidox.....	40	MYCOBUTIN.....	36
MORGIDOX	39, 40	mycophenolate	133
morphine.....	23		
MOTOFEN.....	119		

Índice de medicamentos

MYDAYIS.....	72	neomycin/bacitracin/polymyxinb.....	34
MYDCOMBI.....	107	neomycin/polymyxin b/dexametha.....	33
MYDRIACYL.....	107	neomycin/polymyxin b/hydrocort.....	32, 33
MYDRIATIC4.....	105	neomycin/polymyxn b/gramicidin.....	34
MYFEMBREE.....	129	neomycin sulfate.....	35
MYFORTIC.....	133	NEONATAL.....	116, 166
MYGLUCOHEALTH.....	139, 144, 160	NEONATAL FE.....	116
MYHIBBIN.....	133	NEORAL.....	133
MYLERAN.....	54	NEO-SYNALAR.....	40
MYRBETRIQ.....	203	NEOVITE.....	215
MYSOLINE.....	93	NEPHRON FA.....	229
MYXREDLIN.....	51	NEPHRO-VITE.....	229
N		NERIA.....	163
nabumetone.....	28, 29	NERLYNX.....	59
naftifine.....	46	NESTABS.....	166, 167, 215
NAFTIN.....	46	NEUAC.....	182
NALFON.....	28	neuac gel.....	182
NALOCET.....	21	NEULUMEX.....	99
naloxone.....	24, 44, 202	NEUPRO.....	64
naltrexone.....	44	NEURIN-SL.....	233
NAMENDA.....	88	NEUTRASAL.....	196
NAMZARIC.....	88	nevirapine.....	66
NANO.....	148, 169, 223	NEXAVAR.....	59
NANOVM.....	223, 247	NEXCARE TEGADERM.....	156
NAPRELAN.....	28	NEXLETOL.....	86
NAPROSYN.....	27, 28	NEXLIZET.....	86
naproxen.....	27, 28	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.....	79
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.....	37
neomycin.....	32, 33, 34, 35, 180	nitroglycerin.....	80
neomycin/bacit/p-myx/hydrocort.....	33	NITROLINGUAL.....	80

Índice de medicamentos

NITROMIST	80	NURTEC ODT	20
NITROSTAT	80	NUTRALYN	215
NITYR	198	NUTRIVIT	215
NIVA-FOL	229	NUVAXOVID	73
NIVA-PLUS	215	NUVESSA	40
NIVESTYM	95	NUZYRA	40
nizatidine	122	NYMALIZE	79
NOCTIVA	127	nystatin	45, 46
NO FLUSH NIACIN	220	O	
NOKOR	148	OB COMPLETE	167, 215
norelgestromin	96	OBREDON	98
norelgestromin/ethin.estradiol	96	OBSTETRIX EC	167
noreth-ethinyl estradiol/iron	96	OBSTETRIX ONE	215
norethind-eth estrad	96, 127	OBTREX DHA	167
norethindrone	96, 127, 130	OCALIVA	122
norethin-ee	96	OCUFLOX	34
norethin-eth estrad	127	OCULAR VITAMINS	204
NORGESIC	165	OCUVEL	204
norgestimate-ethinyl estradiol	96	OCUVITE	204, 215
norgestrel-ethinyl estradiol	96	ODACTRA	73
NORM-JECT	153	ODEFSEY	68
NORMLGEL	190	ODOMZO	56
nortriptyline	174	OFEV	193
NORVIR	67	ofloxacin	32, 34, 38
NORWEGIAN COD LIVER OIL	225	OGSIVEO	59
NOURIANZ	64	OJEMDA	55
NOVA	139, 144, 160	olanzapine	176, 177, 178
NOVAFERRUM	116, 223	olmesartan/amlodipin/hcthidiazid	83
NOVAMAX PLUS	98, 139	olmesartan/hydrochlorothiazide	83
NOVAMV	223	olmesartan medoxomil	84
NOVAREL	131	olopatadine	102
NOVAVAX COVID-19 VACC,ADJ	73	OLPRUVA	119
NOVOPEN 3	139	OLUX	189
NOVOPEN ECHO	139	om-3	215
NOXAFIL	45	OMECLAMOX-PAK	120
NOXIFOL-D3	242	omega-3 acid	118
NUBEQA	55	omeprazole	124
NUCALA	32	OMNIPAQUE	99
NUCORT	189	OMNIPOD	139
NUEDEXTA	89	OMNITROPE	129
NUFERA	116	OMNIVEX	215
NUFOLA	229	OMVOH	132, 271
NU-IRON	116	ON CALL	139, 144, 160
NULEV	121	ONCOVITE	215
NULYTELY	123	ondansetron	120
NUMBRINO	103	one	169, 210, 212, 215, 216, 217, 248
NUMOISYN	196	ONEI64, 166, 167, 169, 207, 211, 212, 213, 215, 216, 217, 218, 223, 224	
NUPLAZID	171	one-a-day	216

Índice de medicamentos

ONE A DAY	167, 224	OTOVEL	33
ONE-A-DAY	167, 216, 217, 223	OVACE	183
one daily	169, 210, 212, 215, 216, 217	OVAL TAPE	139
ONE DAILY	166, 207, 211, 212, 213, 215, 216	OVIDE	190
ONE-DAILY	217	OVIDREL	131
ONETOUCH	139, 144, 160	oxandrolone	126
ONETOUCH DELICA	139, 160	oxaprozin	27, 28
ONETOUCH ULTRA	139	oxazepam	171
ONETOUCH VERIO	139	OXBRYTA	77
ONEVITE	217	oxcarbazepine	93
ONE WAY MOUTHPIECE	164	OXERVATE	108
ONEXTON	182	oxiconazole	46
ONGENTYS	64	OXTELLAR	93
ON-THE-GO	144, 160	oxybutynin	203
OPFOLDA	198	oxycodone	21, 23, 24
opium/belladonna	23	oxycodone hcl/acetaminophen	21
opium tincture	119	OXYCONTIN	24
OPSITE	156	oxymorphone	24
OPSUMIT	80	OXYTROL	203
OPSYNVI	81	OZEMPIC	48
OPTICHAMBER	164	P	
OPTIFAST	217	P21	170
OPTIMAL D3 M	242	PACNEX	185
OPTISOURCE	217	paliperidone	176
OPTUMRX	139	PALYNZIQ	73
OPURITY	217, 233	PAMELOR	174
OPZELURA	190	PAN-C	237
ORACIT	118	PANCREAZE	124
ORALAIR	73	PANDA	164
ORAMAGICRX	195	PANDEL	189
ORAPRED ODT	128	PANRETIN	62
ORAVIG	45	PANTETHINE	221
ORENITRAM	81	pantoprazole	125
ORFADIN	198	PANTOTHENIC	221
ORGOVYX	57	PAPAVERINE-PHENTOLAMINE	195
ORIAHNN	129	PAPAVERINE-PHENTOLMN-ALPROSTD	195
ORILISSA	129	PARADIGM	153, 163
ORKAMBI	192, 193	paregoric	119
ORLADEYO	73, 194	PAREMYD	107
ORLISTAT	63	paricalcitol	196
orphenadrine	165	PARNATE	171
ORTHO DF	242	paroxetine	172, 198
oseltamivir	69	PARVLEX	116
OSENI	47	PASER	36
OSMOPREP	123	PATANASE	102
OSTACHOL	242	PAXIL	172
OTEZLA	26	PAXLOVID	68
OTIPRIO	32	PAXLYTE	233

Índice de medicamentos

pazopanib	59	PHEBURANE	119
PEDIA POLY-VITE	224	phenazopyridine	25
pedia poly-vite iron	224	phendimetrazine	62
PEDIARIX	76	phenelzine	171
PEDIATRIC MASK	164	phenobarb/hyoscy/atropine/scop	121
PEDIATRIC MONITOR	140	phenobarbital	178
pediatric multivit	224	phenoxybenzamine	72
pediatric multivitamin	221, 224, 225	phentermine	62
PEDIATRIC PANDA MASK	164	phenylephrine	46, 105
PEDIATRIC POLY-VITAMIN	224	PHENYTEK	93
PEDIATRIC POLY-VITE	224	phenytoin	92, 93
PEDIATRIC TRI-VITAMIN	224	PHOSPHOLINE IODIDE	106
PEDIATRIC TRI-VITE	224	PHOTREXA	103
PEDIA TRI-VITE	224	PHYSIOLYTE	180
pedi multivit	221, 222, 223, 224	PHYSIOSOL	180
ped mvit	223	phytonadione	246
PEDVAXHIB	75	PHYTONADIONE	246
peg3350/sod sulf,bicarb,cl/kcl	123, 124	PIFELTRO	67
peg3350/sod sul/nacl/kcl/asb/c	123	pilocarpine	72, 73, 106, 273
PEGASYS	70	pimecrolimus	133
PEMAZYRE	59	pimozide	176
PENBRAYA	74	pindolol	85
penciclovir	70	pioglitazone	49, 50
penicillamine	26	PIP	139, 144, 160
penicillin	38	PIP GLUCOSE CONTROL SOLUTION	139
PENMENVY	74	PIP LANCET	160
PENTACEL	75	PIQRAY	59
pentamidine	53	piroxicam	21, 27, 28
PENTASA	122	PISTON ENFIT	153
pentazocine	24	pitavastatin	87
pentoxifylline	78	PLEGRIDY	90
PEPCID	122	PLEXION	41, 183
perampanel	92, 93	PNEUMOVAX 23	74
PERFECT	116, 144, 148, 160	pnv	167, 169
PERFECT IRON	116	pnv81	167
PERIDEX	194	POCKET CHAMBER	164
PERIDIN-C	237	PODIAPN	229
perindopril erbumine	83	podofilox	185
permethrin	64	POLIBAR ACB	99
perphenazine	173, 178	polyethylene	200
perphenazine/amitriptyline	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

Índice de medicamentos

POLY-VITA.....	224	PRESERVISION	204
POLY VITAMIN-IRON	217	PRESSURE	105, 106, 107, 144, 160
POLY-VITE.....	224	PRESSURE ACTIVATED LANCETS.....	160
POMALYST	56	PRESTALIA.....	81
POSACONAZOLE.....	45	PRETOMANID	36
posaconazole dr	45	PREVENT.....	225
potassium.....	20, 38, 84, 109, 112, 117, 118, 124, 190	PREVIDENT	109, 112
POTASSIUM.....	102, 117, 118, 124	PREVNAR 13.....	74
potassium bicarbonate/cit ac.....	117	PREVNAR 20.....	74
potassium chloride	117	PREV-RX	217
potassium citrate	118	PREVYMIS.....	69
potassium iodide.....	112, 190	PREZISTA.....	66
potassium iodide/iodine	112	PRIFTIN	36
povidone-iodine	104	PRIMACARE.....	169
pramipexole	64	primaquine	52
PRAMOSONE	190	PRIMAQUINE	52
PRANDIN.....	49	PRIMEAIRE	164
prasugrel	65	primidone	93
pravastatin.....	87	PRIMSOL	35
praziquantel.....	52	PRIORIX	75
prazosin.....	82	PRISMASOL.....	118
PR BENZOYL PEROXIDE.....	185	probenecid.....	29
PRECISIONGLIDE.....	148, 153, 154	PROCARDIA	79
PRECISION XTRA	98, 140	PROCARE SPACER.....	164
PRECOSE	48	PROCERV HP	217
PRED FORTE	104	PROCHAMBER.....	164
PRED-G.....	33	prochlorperazine.....	120
prednicarbate	188, 189	PRO COMFORT	144, 160, 164, 184
prednisolone.....	33, 104, 128	PROCORT	122, 125, 274
PREDNISOLONE.....	33, 104	PROCTOCORT	125
PREDNISOLONE ACET-GATIFLO-BROM.....	33	PRODIGY	140, 144, 153, 160
PREDNISOLONE ACET-MOXIFLOXACIN.....	33	PRODIGY COUNT-A-DOSE.....	153
PREDNISOLONE AC-MOXIFLOX-BROMF	33	PRO FE.....	116
PREDNISOLONE AC-MOXIFLOX-NEPAF	33	PROFERRIN	116
PREDNISOLONE PHOS-GATIFLO-BROM.....	33	PROFOLA.....	217
PREDNISOLONE PHOS-GATIFLOXACIN	33	progesterone	130, 131, 274
PREDNISOLONE PHOS-MOXIFLOXACIN	33	PROGLYCEM.....	110
prednisone.....	128, 129	PROGRAF	133
preferred plus glucose	110	PROLENSA.....	105
pregabalin.....	93, 201	PROMACTA	95
PREGNYL	131	promethazine.....	47, 97, 120
PREHEVBRIO.....	76	PROMETRIUM.....	130
PREMARIN.....	130	propafenone	78
PRENATA	167	proparacaine.....	105
prenatal ..7, 166, 167, 168, 169, 248, 256, 263, 274, 275, 277, 279		propranolol.....	85
PRENATAL	166, 167, 168, 169, 170, 208, 212, 217, 219	propylthiouracil.....	192
PRENATE	169, 170, 217	PROQUAD	75
PREPIDIL	130	PRORENAL.....	217, 229

Índice de medicamentos

PROSCAR.....	202
PROTECT	109, 116, 217, 229
PROTECT IRON	116, 217
PROTHELIAL	195
protriptyline	174
PROVERA.....	95, 130
PROVIDA OB.....	169
PROVOCHOLINE	99
prucalopride.....	123
PSV SET	163
pub glucose	110
PULMOZYME.....	193
PURE	144, 160, 164, 180, 184, 275
PURE COMFORT	160, 164, 184
PURECOMFORT	164
PUREFE	217
purevita	206
PUREVITA 206, 220, 221, 225, 229, 231, 233, 235, 237, 242, 245	
PURIXAN	55
PUSH	144, 160
PUSH BUTTON	160
pyrazinamide.....	36
pyridostigmine	71
PYRIDOSTIGMINE	71
pyridoxine.....	213, 235
PYRIDOXINE.....	235
pyrimethamine.....	52
PYRUKYND	77
Q	
QELBREE	176
QSYMIA	62
Q-SYTE	163
QUADRACEL DTAP-IPV	75
QUDEXY	93
QUELBREE	175
QUERCETIN	205
QUESTRAN	87
quetiapine.....	176
QUFLORA.....	224
QUICK RELEASE SOFT TEFLON	140
quinapril.....	81, 82, 83
quinapril/hydrochlorothiazide	81, 82
QUIN B STRONG	229
QUINCE SPINAL	148
quinidine	78
quinine.....	52
QUINTABS.....	217
QULIPTA.....	20

QUVIVIQ	179
QVAR REDHALER.....	31
R	
ra..110, 116, 169, 184, 200, 206, 217, 220, 225, 229, 231, 233, 235, 237, 242, 245	
ra alcohol swabs.....	184
ra balanced.....	229
rabeprazole	125
RADICAVA ORS.....	88
RADIOGARDASE	198
ra glucose	110
RAGWITEK	73
ra high potency iron	116
RA HIGH POTENCY IRON.....	116
ra isopropyl alcohol 70%.....	200
RA ISOPROPYL ALCOHOL 70% WIPES	184
raloxifene.....	201
ramelteon.....	178
ramipril.....	83
RANEXA	78
RA NIACIN	220
ranitidine.....	122
ranolazine	78
ra one daily prenatal dha pack	169
RAPAMUNE.....	133
RAPID B-12 ENERGY	233
ra prenatal tablet.....	169
rasagiline	64
RASUVO.....	26
RAVICTI	119
ra vit.....	233, 237
RA VIT	233
ra vitamin.....	225, 233, 237, 242, 245
ra vitamin a.....	225
RA VITAMIN C	237
RAYALDEE	196
RAYA SURE	148
RAYOS.....	129
RAZADYNE.....	71
READI-CAT 2	99
READYLANCE.....	145, 160
REBIF.....	90
RECOMBIVAX HB.....	76
RECOTHROM.....	77
RECTIV	124
REFUAH	140
REGLAN	123
REGULAR BEVEL	148

Índice de medicamentos

RELAFEN.....	29	rifabutin.....	36
RELAGARD.....	51	rifampin.....	36
RELCARE.....	229	RIGHTEST.....	140, 145, 160
RELENZA.....	69	RILUTEK.....	88
RELEXXII.....	175	riluzole.....	88, 89
RELIAMED.....	140, 145, 160	rimantadine.....	69
RELION.....	III, 180, 184, 275, 276	RIMSO-50.....	24
reli-on glucose.....	III	ringer's solution.....	180, 181
relion glucose.....	III	RINVOQ.....	26, 27
RELION GLUCOSE.....	III	RIOMET.....	49
RELISTOR.....	43	risedronate.....	201
REMEDIENT.....	217	RISPERDAL.....	176
REMERON.....	170	risperidone.....	176, 177
RENACIDIN.....	118	RITEFLO.....	164
RENAL VITAMIN.....	230	ritonavir.....	67, 68
RENAL-VITE.....	230	rivaroxaban.....	42
RENAPLEX.....	230	rivastigmine.....	71
REVELA.....	III	rizatriptan.....	20
repaglinide.....	49	R-NATAL.....	170
REPATHA.....	86	ROBINUL.....	119
REPLACEMENT.....	77, 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, 186
RESTORIL.....	179	ROSADAN.....	186
RETEVMO.....	59	rosula.....	41
RETIN-A.....	191	ROSULA.....	41
RETROVIR.....	67	ROSZET.....	86
REVATIO.....	80	ROTARIX.....	74
REVESTA.....	242	ROTATEQ.....	74
REVLIMID.....	56	ROWASA.....	121
REVUFORJ.....	59	ROXICODONE.....	24
REXTOVY.....	44	ROXIFOL.....	242
REXULTI.....	177	ROZLYTREK.....	59
REYATAZ.....	67, 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

Índice de medicamentos

SAFETY.142, 143, 144, 145, 146, 150, 153, 154, 155, 158, 159, 160, 161, 162	SILHOUETTE 138, 163
SAFETYGLIDE 148, 149, 154	SILICONE MASK 164
SAFETY LANCETS 158, 160	silodosin 202
SAFETY-LET 160	SIL-SERTER 140
SAFETY SEAL LANCETS 159, 160	SILVADENE 41
SAFETY SYRINGE 153, 154, 155	silver sulfadiazine 41
SALAGEN 73	SIMBRINZA 106
SALIVAMAX 196	SIMILAC PRENATAL 169
salsalate 26	SIMLANDI 54
SAMBUCUS 237	SIMPONI 54
SANCUSO 120	simvastatin 86, 87
SANDIMMUNE 133	SIMVASTATIN 87
SANTYL 191	SINEMET 65
sapropterin 199	SINGLE 122, 125, 145, 160, 180, 184, 277
SAPS 180, 184, 277	SINGLE-LET 145, 160
SAPS ALCOHOL 70% PREP PADS 184	SINGLE USE SWAB 184
SAVELLA 201	sirolimus 133, 134
saxagliptin 49	SIRTURO 36
saxagliptin-metformin 50	SITAVIG 69
saxagliptin-metformn 50	SITZMARKS 99
saxagliptn-metform 50	SKYCLARYS 198
SAXENDA 63, 277	SKYLA 96
SCALACORT 189	SKYRIZI 132, 181
SCEMBLIX 59	SLIP-TIP 154
SCOOBY-DOO ONE A DAY 224	slo-niacin 220
scopolamine 120	SLO-NIACIN 220
SECUADO 177	SLOW FE 116
SEEBRI 30	slow release iron 112, 113, 114, 116
SELARSDI 131	SLOW RELEASE IRON 112, 116, 117
SELECT-OB 169	sm 116, 169, 184, 200, 206, 217, 230, 233, 235, 237, 238, 242
selegiline 64	sm alcohol prep pads 184
selenium 183	SMART 143, 145, 159, 160
SELZENTRY 66	SMARTDIABETES VANTAGE 140
SEMGLEE 51	SMARTEST 140, 145, 161
SEN-SERTER 140	smart sense 111
SEROSTIM 129	SMART SENSE 160
sertraline 172, 277	sm iron 116
sevelamer 111	sm isopropyl alcohol 70% 200
sevoflurane 25	sm prenatal vitamins tablet 169
SEYSARA 40	SM SLOW RELEASE IRON 45 MG TAB 116
SFROWASA 121	sm vitamin 233, 237, 238, 242
SHINGRIX 76	sodium 21, 25, 27, 28, 29, 32, 33, 36, 38, 42, 43, 55, 62, 83, 86, 87, 92, 93, 94, 99, 104, 105, 108, 109, 111, 112, 113, 116, 117, 118, 119, 123, 124, 128, 133, 165, 181, 182, 183, 190, 192, 197, 201, 236
SHORT BEVEL 148	SODIUM 34, 42, 100, 178, 181, 183
SIDEROL 116	sodium chloride 123, 124, 181, 197
SIDESTREAM 164	sodium chloride/nahco3/kcl/peg 123, 124
SIGNIFOR 130	SODIUM CITRATE 42
sildenafil 80, 195	
SILENOR 179	

Índice de medicamentos

sodium ferric gluconat/sucrose.....	113, 116	SPIRIVA RESPIMAT	29
sodium fluoride.....	109, 112, 117	spironolact/hydrochlorothiazid	102
SODIUM OXYBATE.....	178	spironolactone	102
sodium phenylbutyrate.....	118, 119	SPORANOX	45
sodium polystyrene sulfonate	111	SPRITAM.....	93
sodium polystyrene sulfon/sorb	111	SPRIX.....	20
sodium, potassium, magnesium sulfates.....	124	SSKI	112
sodium sulfacetamide.....	183	sss	42
SODIUM SULFACETAMIDE 10% WASH.....	183	STALEVO	65
sodium, potassium, magnesium, sodium, potassium phosphorus	181	stavudine.....	67
sodium sulfacet-sulf	41	STELARA.....	131
sodium sulfacet-sulfur	41	STENDRA	195
sodium sulfacetamide 10% ointment gel	183	STERILANCE.....	145, 161
sodium sulfacetamide 9.8% shampoo.....	183	STERILANCE TL	161
sodium sulfacetamide 10% shampoo.....	183	STERILE.....	145, 154, 161
sodium sulfacet-sulfur	42	STERILE LANCETS.....	161
sodium sulfacet-sulfur	42	STIOLTO RESPIMAT	30
sodium sulfacet-sulfur	42	STIVARGA.....	59
SOF-SERTER.....	140	STRENSIQ	198
SOF-SET	140	STRESS B-COMPLEX	218
SOFT	140	stress-c	218
SOHONOS.....	199	stress formula.....	214, 218, 230
solifenacin	203	STRESS FORMULA	218
SOLQUA.....	48	STRIVERDI.....	30
SOLO	218	STROMECTOL.....	52
SOLODYN	40	STROVITE	218
SOLOSEC	34	STUART ONE.....	169
SOLTAMOX.....	61	SUBSYS	24
SOLUS.....	140, 145, 161	SUCRAID	122
SOLUS V2.....	140, 161	sucrafate	120
SOLUVITA	224	SULAR.....	79
SOMA	165	sulfacetamide.....	33, 42, 182, 183
SOMAVERT	196	sulfadiazine.....	34, 41
SOOLANTRA.....	186	sulfamethoxazole/trimethoprim	34
sorafenib tosylate.....	59	SULFAMILYLON.....	42
SORBITOL	181	sulfasalazine	122
sotalol.....	85	sulindac	29
SOTYKTU	181	SUMADAN.....	42
SOTYLIZE	85	sumatriptan.....	20
SPACE CHAMBER	163, 164	SUMAXIN.....	42
SPAN C.....	238	sunitinib malate.....	59, 60
SPECIALTY USE NEEDLES	148	SUNLENCA	65
SPECTRACEF.....	36	SUNOSI.....	178
SPECTRAVITE.....	207, 218	super	217, 227, 230
SPEVIGO.....	181	SUPER.....	143, 145, 159, 161, 218, 239, 242
SPIKEVAX COVID	73	super b complex-vit c.....	230
spinosad.....	64	SUPER DAILY D3.....	239, 242
SPIRIVA HANDHALER	29	SUPER GINSENG.....	218

Índice de medicamentos

SUPERIOR.....	218, 247	SYMPROIC.....	43
super quints	230	SYMTUZA.....	66
SUPER THIN LANCETS.....	159, 161	SYNALAR.....	40, 189
SUPOR	154	SYNAREL.....	129
SUPPORT-500.....	218	SYNDROS.....	119
SUPRANE	25	SYNERA	25
SURE.....	139, 140, 145, 148, 161, 163, 180, 184, 275, 279	SYNJARDY.....	50
SURE COMFORT	140, 161, 184	SYPRINE.....	198
SUREFLEX.....	140, 160	SYRINGE.....	15, 19, 32, 43, 54, 70, 73, 77, 86, 90, 110, 131, 132, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 181, 202, 224
SURE-LANCE	161	SYRINGE AVITENE	77
SURE-PEN	140	SYRINGE BULK	154
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS	184	SYRINGE CATHETER	154
SURESITE.....	156	SYRINGE FILTER.....	154
SURE-T	163	SYRINGE SLIP TIP	154
SURE-TEST EASYPLUS.....	140	SYRINGE TIP CAP	154
SURE-TOUCH.....	161	SYRINGE WITH NEEDLE DISP.....	154
SURGICEL	77	SYRINGE WITHOUT NEEDLE	154
surgifoam.....	77	T	
SURGIFOAM	77	TAB-A-VITE	218
SURGISEAL	186	TABLOID	55
SURMONTIL	174	TABRECTA	60
SURVANTA	193	tacrolimus.....	133, 134
SUSTIVA.....	67	tadalafil.....	80, 194, 195
SUTENT.....	60	TAFINLAR.....	55, 56
sv.....	117, 169, 206, 220, 230, 233, 234, 235, 238, 242, 245	TAGITOL.....	99
sv b-12	233	TAGRISSO.....	60
sv biotin	230	TAKHZYRO.....	73
SV BIOTIN.....	230	TALICIA	120
SV COD LIVER OIL.....	225	TALTZ	181
sv folic acid.....	206	TALZENNA.....	60
SV HAIR, SKIN AND NAILS	218	TAMIFLU	69
sv niacin.....	220	tamoxifen.....	61
sv prenatal tablet.....	169	tamsulosin	202
SV PRENATAL VITAMINS TABLET	169	TANDEM.....	117, 140, 218, 279
SV SLOW RELEASE IRON 45 MG TAB.....	117	TANDEM DUAL ACTION.....	117
sv vitamin.....	234, 238, 242, 245	TAPERDEX.....	129
sv vitamin b-12.....	234	TARGADOX.....	40
sv vitamin c	238	TARGRETIN	62
SV VIT B	233	TARPEYO.....	129
sv vit c.....	238	TASIGNA	60
swan	200	TASMAR	65
SWI	180	tavaborole.....	46
SYMAX DUOTAB.....	121	TAVALISSE	194
SYMBICORT.....	31	TAVNEOS.....	76
SYMDEKO	193	tazarotene.....	182, 183
SYMFI.....	68	TAZVERIK	56
SYMLINPEN.....	48	TB SYRINGE	153, 154
SYMPAZAN	91		

Índice de medicamentos

TC.....	32, 99	THEREMS-H.....	218
TDVAX.....	76	thiamine.....	231
TECHLITE.....	145, 161	THIAMINE.....	231
TEGADERM.....	156, 157	THIN.....	100, 142, 143, 144, 145, 146, 148, 157, 159, 160, 161
TEGLUTIK.....	89	THIN LANCETS.....	159, 160, 161
TEGRETOL.....	94	THIN WALL NEEDLES.....	148
TEKTURN HCT.....	86	THIOLA.....	203
TELCARE.....	141, 145, 161	thioridazine.....	178
TELCARE CONTROL SOLUTION.....	141	thiothixene.....	177
TELCARE ULTRA THIN.....	161	THRIVITE.....	169
telmisartan.....	83, 84	THROMBI-GEL.....	77
telmisartan/amlodipine.....	83	THROMBIN-JMI.....	77
telmisartan/hydrochlorothiazid.....	83	THROMBI-PAD.....	78
temazepam.....	179	thyroid,pork.....	192
TEMIXYS.....	66	tiagabine.....	94
TEMOVATE.....	189	TIAZAC.....	79
temozolomide.....	54	TIBSOVO.....	61
TENIVAC.....	76	ticagrelor.....	65
tenofovir.....	67	TIGLUTIK.....	89
TENORETIC.....	85	timolol.....	85, 105, 106, 107
TENORMIN.....	85	TIMOLOL.....	105, 106, 107, 280
terazosin.....	82	TIMOLOL-BRIMONIDIN-DORZOLAMIDE.....	107
terbinafine.....	45	TIMOLOL-BRIMONI-DORZOL-LATANOP.....	107
terbutaline.....	29	TIMOLOL-DORZOLAMIDE.....	107
terconazole.....	44	TIMOLOL-LATANOPROST.....	107
teriparatide.....	200	TIMOPTIC.....	107
TERUMO.....	148, 154	tinidazole.....	52
TERUMO SURGUARD2.....	148, 154	tiopronin.....	203
TERUMO SYRINGE.....	154	TISSEEL VHSD.....	186
testosterone.....	126, 127	TIVICAY.....	68
TESTOSTERONE.....	126	TIVORBEX.....	29
tetrabenazine.....	89	tizanidine.....	165
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
TEZSPIRE.....	193	tobramycin/dexamethasone.....	33
T:FLEX.....	140	TOBRAMYCIN PAK.....	35
THALOMID.....	35, 36	TOBREX.....	34
THEO-24.....	32	TOFRANIL.....	174
theophylline anhydrous.....	32	tolcapone.....	65
thera-d.....	242	tolmetin.....	29
THERA-D.....	242	tolterodine.....	203
THERAGRAN.....	218	tolvaptan.....	101, 102
thera-m.....	218	TOOMEY SYRINGE.....	155
THERA-M.....	218	TOPCARE.....	145, 161
THERAMILL FORTE.....	218	TOPICORT.....	189
THERANATAL.....	169, 170, 218	topiramate.....	62, 93, 94, 280

Índice de medicamentos

toremifene.....	61	TRIUMEQ.....	65
torsemide.....	101	TRIVIA.....	218
TOSYMRA.....	20	TRI-VI-FLOR.....	224
TOUJEO.....	51	TRI-VI-SOL.....	224
TOXICOLOGY SALIVA COLLECTION.....	99	tri-vit-fluor.....	224, 225
TRACLEER.....	80	TRI-VIT-FLUOR.....	224
tramadol.....	21, 24	Trokendi.....	94
trandolapril.....	81, 83	TROKENDI.....	94
trandolapril/verapamil.....	81	TRONVITE.....	230
tranexamic.....	76	TROPICAL LIQUID.....	225
TRANSFER.....	68, 147, 148	tropicamide.....	107
TRANSPARENT.....	157	TROPICAMIDE.....	107, 108
tranylcypromine.....	171	TROPICAMIDE-CYCLOPENTOLATE-PE.....	107
travoprost.....	107	TROPICAMIDE-CYCLOPENT-PE-KTRLC.....	107
trazodone.....	172	TROPIC-CYCLOPENT-PE-KTRLC-PROP.....	108
TRECATOR.....	36	trosipium.....	203
TRELEGY ELLIPTA.....	31	true.....	206, 220, 231, 234, 235, 238, 242, 243, 245
TREMFYA.....	132	TRUE.....	141, 145, 161, 180, 184, 218, 220, 231, 235, 243, 245, 281
TRESIBA.....	51	TRUE COMFORT.....	161, 184
tretinoin.....	61, 182, 183, 191	TRUECONTROL.....	141
TREXALL.....	55	TRUEDRAW.....	141
TREZIX.....	21	TRUE METRIX.....	141
triamcinolone.....	189, 190, 194	TRUEPLUS.....	100, III, 145, 161, 218
triamterene.....	102	TRUEPLUS GLUCOSE.....	III
triamterene/hydrochlorothiazid.....	102	TRUEPLUS KETONE TEST STRIP.....	100
triazolam.....	178, 179	T.R.U.E. TEST.....	197
TRICARE.....	169	TRULANCE.....	123
trichloroacetic acid.....	186	TRULICITY.....	48
TRICHLOROACETIC ACID.....	186	TRUMENBA.....	74
triderm.....	190	TRUQAP.....	60
TRIDESILON.....	190	TRUSTEEL.....	141
trientine.....	198	TRUSTEEL INFUSION SET.....	141
TRIFERIC.....	117	TRYNGOLZA.....	86
trifluoperazine.....	178	T:SLIM.....	140
trifluridine.....	68	TUBERCULIN SYRINGE.....	152, 153, 154, 155
trihexyphenidyl.....	64	TUKYSA.....	60
TRIJARDY.....	50	TULIVITE.....	117
TRIKAFTA.....	193	TURALIO.....	60
trimethobenzamide.....	120	TUXARIN.....	97
trimethoprim.....	34, 35	TUZISTRA.....	97
trimipramine.....	174	TWIIST.....	141
TRI-MIX.....	195	TWINPAK DUAL CANNULA.....	155
TRIMO-SAN.....	51	TWINRIX.....	76
TRIMPEX.....	35	TWIST.....	142, 143, 144, 145, 158, 160, 161, 186
TRINAZ.....	170	TWYNEO.....	183
TRINTELLIX.....	173	TYBOST.....	192
TRISODIUM CITRATE CRRT.....	42	TYENNE.....	132
TRISTART.....	169	TYMLOS.....	131

Índice de medicamentos

TYRVAYA	195	URISTIX	101
TYVASO	81	UROCIT-K	118
U		UROQID-ACID	118
UBRELVY	20	URSO	121
UCERIS	125, 129	ursodiol	121
UDAMIN SP	218	USTEKINUMAB	131, 132
ULESFIA	64	UTIBRON	30
ULTANE	25	V	
ULTICARE LDS SYR	155	valacyclovir	69
ULTICARE SAFETY SYRINGE	155	VALCHLOR	62
ULTICARE SYRINGE	155	VALCYTE	69
ULTICARE TB SAFETY	155	valganciclovir	69
ULTIGUARD SAFE	155	valproic	94
ULTIGUARD SAFEPACK	155	valsartan	83, 84
ULTI-LANCE	141	valsartan/hydrochlorothiazide	83
ULTILET	145, 161, 180, 184, 282	VALTOCO	91
ULTRA 30, 139, 142, 143, 145, 146, 148, 149, 155, 157, 159, 161, 169, 207, 208, 209, 218, 228, 230, 266, 271, 280, 282		VANCOGIN	40
ultra b-100	230	vancomycin	40
ULTRA B-100 COMPLEX	230	VANILLA SILQ	99
ULTRA-CARE	161	VANISHPOINT	155
ULTRA-FINE	148, 149, 155, 157	VANOXIDE-HC	185
ULTRA-FINE MICRO	148	VANRAFIA	203
ULTRA-FINE MINI	148	VAQTA	76
ULTRA-FINE NANO	148	vardenafil	195
ULTRA-FINE ORIGINAL	149	varenicline	192
ULTRA-FINE SHORT	149	VARIBAR	99, 100
ULTRAFOAM	78	VARISOFT	141
ULTRA FREEDA	218	VARIVAX VACCINE	76
ULTRALANCE	146, 161	VARUBI	120
ULTRA THIN	159, 161	VASCEPA	118
ULTRA-THIN II	161	VASCULERA	205
ULTRA THIN PLUS	161	VASERETIC	82
ULTRATLC	146, 161	VASOFLEX	205
ULTRATRAK CONTROL	141	VASOTEC	84
ULTRATRAK ULTIMATE	141	VAXELIS	76
ULTRAVATE X	190	VAXNEUVANCE	74
UNILET	141, 143, 146, 157, 159, 161, 162	VB6 P5P	235
UNISTIK	141, 143, 146, 159, 162	VECAMEYL	84
UNISTRIP	141	VECTICAL	183
UNIVERSAL	146, 155, 162	VELPHORO	111
UNIVERSAL I	162	VELSIPITY	91
UNIVERSAL SYRINGE	155	VELTASSA	111
UPTRAVI	81	VEMLIDY	70
upup	111	VENALIV	205
URECHOLINE	73	VENCLEXTA	61
URELLE	35	venlafaxine	173
URIBEL	35	VENOFER	117
		VENTAVIS	81

Índice de medicamentos

VEO INSULIN SYRINGE	155	vitamin b12.....	233, 234
VEOZAH	198	VITAMIN B-12	232, 234
verapamil.....	78, 79, 81	VITAMIN B12... 231, 232, 233, 234, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247	
VERELAN	79	vitamin b complex	219, 225, 226, 230, 231
VERIFINE	146	vitamin b-complex	231
VERQUVO	79	vitamin c	208, 218, 219, 226, 231, 236, 237, 238, 239
VERSACLOZ	177	VITAMIN C	226, 236, 237, 238, 239
VERTIGOHEEL	198	vitamin d2.....	241, 243
VERZENIO	60	VITAMIN D2	243
VEVYE	108	vitamin d3.....	110, 240, 241, 242, 243, 244
VFEND	45	VITAMIN D3.....	219, 239, 240, 241, 243, 244
V-GO	141	VITAMIN D3-ALOE	219
VIBERZI	123	vitamin e.....	245, 246
VIBRAMYCIN	40	VITAMIN E	245, 246
vigabatrin	94	VITAMIN K.....	247
VIGADRONE	94	VITAMIN K2	247
VIGAMOX	34	VITAMINS A D	225
VIJOICE	193	VITAMINS A-D-E	219
VIOKACE	124	VITAPEARL	169
VIRACEPT	68	VITA-RESPA	231
VIREAD	67	VITASURE.....	231
VIRT-CAPS	230	VITATRUE	169
virt-fefa plus	117	vit a/vit c/vit e/zinc/copper	205
VIRT-FEFA PLUS	117	vit b	228, 229, 230, 232, 233
VISION FORMULA	204, 205	VIT B-12.....	211, 232, 233, 234
VISION PLUS	207	vit b12/levomefolate/vit b6/b2	227, 230
VISTA ADVANCED AREDS2.....	205	vit c-rose hip	236, 237, 238
VISTARIL	47	vit c-rose hips	236, 237, 238
VISTASEAL	78	VIT C-ROSE HIPS.....	238
VISTOGARD.....	194	vit d3	225, 240, 241, 243
vit a	205, 225	VIT D3 5,000 UNIT FAST DISSOLV	243
VITA-BEE	230	VITRAKVI.....	60
VITABEX	117, 218	VITREXYL.....	219
VITACORE	218	VITRON-C	117
VITAFOL	117, 169, 170	VITRUM 50	219
VITAFUSION	219	vits a,c,e/lutein/minerals.....	205
VITAJOY	219, 230, 238	VIVAGUARD.....	141, 146, 162
VITAL-D	230	VIVJOA	45
VITAMEDMD	169	VIZIMPRO	60
VITAMIN.....		VOGELXO	126
109, 117, 166, 167, 168, 169, 170, 191, 196, 200, 206, 207, 208, 211, 214, 217, 219, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247		VOLUMEN.....	100
vitamin a	225	VONJO	60
VITAMIN A	191, 225	VOQUEZNA	121, 124
vitamin b-1	231	VORANIGO	61
vitamin b-12.....	229, 232, 233, 234	voriconazole	45
		VORTEX.....	164
		VOSEVI.....	70

Índice de medicamentos

VOTRIENT.....	60	XEPI	41
VOXZOGO	198	XERMELO	119
VOYDEYA	76	XHANCE	103
v-r alcohol prep pads.....	184	XIFAXAN	38
VRAYLAR.....	177	XIGDUO.....	50
VRAYLAR 1.5 MG CAPSULE.....	177	XIIDRA	108
v-r cod liver oil capsule	244	XOFLUZA	69
v-r vitamin c	239	XOLAIR.....	32
VTAMA.....	183	XOLREMDI	95
VUEBLU.....	99	XOPENEX.....	30
VUMERITY.....	90	XOSPATA	61
VYKAT	200	XTANDI.....	55
VYLEESI.....	176	XURIDEN.....	III
VYNDAMAX	199	XVITE.....	231
VYNDAGEL.....	199	XYOSTED	126
VYVANSE.....	174	XYREM	178
VYVGART	198	XYWAV.....	178
W		XYZBAC.....	219
WAKIX	95	Y	
water	181	YALE.....	149
WEBCOL	180, 184, 284	YAZ.....	96
WEGOVY.....	63	YCANTH	184
WELIREG	61	YESINTEK	132
well	239, 245	YEZTUGO	65
WHEAT GERM	246	YONSA.....	55
WINDOW BANDAGES.....	157	YORVIPATH	130
WINREVAIR	81	YUPELRI	29
WOMEN'S 50.....	208, 216, 219	YUTREPIA	81
women's daily	219	Z	
WOMEN'S DAILY	219	zafirlukast.....	32
WOMENS DAILY GUMMIES	219	zaleplon.....	179
WOMEN'S MULTIVITAMIN	216, 219	ZANAFLEX.....	165, 166, 284
WOMEN'S PRENATAL PLUS DHA.....	170	ZARONTIN	94
WYNZORA.....	191	ZCORT	129
X		ZELBORAF.....	55
XACIATO	40	ZELDANA	231
XALKORI	60, 61	ZEMBRACE SYMTOUCH	20
XAQUIL.....	206	ZEMPLAR	196
XARELTO	43	ZENPEP.....	124
XCELLENT	239, 246	zenzedi.....	72
XCELLENT C.....	239	ZENZEDI.....	72
XCOPRI	94	ZEPATIER.....	70
XDEMVY	63	ZEPBOUND	62, 63, 284
XELJANZ.....	27	ZEPOSIA	90, 91, 284
XELODA	55	ZESTORETIC.....	82
XENICAL	63	ZESTRIL	84
XENLETA.....	38	ZIAGEN.....	67
XENON XE-I33.....	100		

Índice de medicamentos

ZIANA	183
zidovudine	66, 67
zinc oxide	185
ZINC OXIDE PASTE	185
ZINC PLUS	239
ziprasidone	176, 177
ZIRGAN	68
ZITHROMAX	37
ZODRYL AC	97
ZODRYL DAC	97
ZODRYL DEC	98
ZOKINVY	193
ZOLINZA	54
zolmitriptan	20
zolpidem	179
ZOLPIMIST	179
ZOMIG	20
ZONALON	182
zonisamide	94
ZONTIVITY	65
ZOO FRIENDS	225
ZORBTIVE	129
ZORTRESS	134
ZORYVE	183, 186
ZOVIRAX	69, 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 ayudarlo.

También puede presentar una queja en materia de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
1.800.368.1019, 800.537.7697 (TDD)

Los formularios para presentar una queja están disponibles en <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>



Todos los productos y servicios de Cigna Healthcare se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de The Cigna Group, que incluyen a Cigna Health and Life Insurance Company, Connecticut General Life Insurance Company, Evernorth Behavioral Health, Inc., Evernorth Care Solutions, Inc. y HMO subsidiarias o compañías de servicios subsidiarias de Cigna Health Corporation, incluidas Cigna HealthCare of Arizona, Inc., Cigna HealthCare of California, Inc., Cigna HealthCare of Colorado, Inc., Cigna HealthCare of Connecticut, Inc., Cigna HealthCare of Florida, Inc., Cigna HealthCare of Georgia, Inc., Cigna HealthCare of Illinois, Inc., Cigna HealthCare of Indiana, Inc., Cigna HealthCare of St. Louis, Inc., Cigna HealthCare of North Carolina, Inc., Cigna HealthCare of New Jersey, Inc., Cigna HealthCare of South Carolina, Inc., Cigna HealthCare of Tennessee, Inc. y Cigna HealthCare of Texas, Inc. **ATTENTION:** If you speak languages other than English, language assistance services, free of charge are available to you. For current Cigna customers, call the number on the back of your ID card. Otherwise, call 1.800.244.6224 (TTY: Dial 711). **ATENCIÓN:** Si usted habla un idioma que no sea inglés, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Si es un cliente actual de Cigna

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 1-800-244-8224 (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.

Polski – UWAGA: Jeśli mówisz po polsku, dostępne są bezpłatne usługi pomocy językowej. Odpowiednie pomoce i usługi wspierające w celu dostarczenia informacji w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1-800-244-8224 (TTY: wybierz 711) lub skontaktuj się ze swoim dostawcą usług.

Japanese – 注意: 日本語を話す場合は、無料の言語支援サービスが利用できます。アクセス可能な形式で情報を提供するための適切な補助機器やサービスも無料で利用できます。1-800-244-8224 (TTY: 711 にダイヤル) に電話するか、提供者に話してください。

Italian – ATTENZIONE: Se parli italiano, sono disponibili per te servizi gratuiti di assistenza linguistica. Sono disponibili gratuitamente anche ausili e servizi appropriati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama il numero 1-800-244-8224 (TTY: 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) - هندی، اردو و خدمات گفتاری برای دو نفری کمتر خدمات رایگان کمک زدن برای شما صورت می‌گیرد. توجه:
تکلیف به فارسی قابل پیگیری با (شماره 711 رایگانی: TTY) ارائه اطلاعات در قالبهای قابل دسترسی به صورت رایگان در دسترس هستند. با شمار
1-800-244-8224 یا از طریق وبسایت.